

MADRID SALUD

*RELACIÓN DE TRABAJOS
CIENTÍFICOS REALIZADOS
CON LA ENCUESTA DE
SALUD DE LA CIUDAD
DE MADRID 2004-05
(ESCM´05)*

2012

Unidad Técnica de Formación e Investigación.
Departamento de Evaluación y Calidad. (msinvestigacion@madrid.es)
C/Juan Esplandiú, 11 tfo. 914803569
28007 Madrid

1.	<u>RESUMEN</u>	<u>3</u>
2.	<u>RELACIÓN DE:</u>	<u>5</u>
2.1	<u>COMUNICACIONES A CONGRESOS</u>	<u>5</u>
2.2	<u>ARTÍCULOS CIENTIFICOS</u>	<u>13</u>
2.3	<u>TESIS DOCTORALES</u>	<u>17</u>
3.	<u>RESÚMENES DE:</u>	<u>18</u>
3.1	<u>COMUNICACIONES A CONGRESOS</u>	<u>18</u>
3.2	<u>ARTÍCULOS CIENTÍFICOS</u>	<u>50</u>
3.3	<u>TESIS DOCTORALES</u>	<u>69</u>

1. RESUMEN

En el año 2004-2005 se realiza una **Encuesta de Salud en la Ciudad de Madrid (ESCM'05)**, que por su diseño y cobertura supone una extraordinaria fuente de conocimiento para el estudio de salud de la ciudad, completándose en los años próximos con la acción de diversos investigadores de la organización y de fuera de ella. Es una oportunidad que los investigadores de los principales organismos de la comunidad y nacionales no dudan en aprovechar para sus acciones, solicitando de nuestra organización como depositaria las bases de los datos.

Es así como se utilizan por:

- Centro Nacional de Epidemiología (CNE)
- Universidades Autónoma de Madrid (UAM)
- Universidad Complutense de Madrid (UCM)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)
- Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC)
- Madrid Salud (MS)

Los datos que formalmente se han ido solicitando al Departamento de Evaluación y Calidad, han reportado un volumen sustancial de **comunicaciones a congresos**, así como de **artículos originales en revistas de impacto científico**, tanto de parte de estas organizaciones como de Madrid Salud que también ha elaborado diversos estudios adicionales.

No olvidemos que la base de datos es una muestra que representa a la Ciudad de Madrid y por tanto muchos de sus resultados son extrapolables a toda la población, por lo que sus conclusiones son un **extraordinaria fuente de conocimiento**.

Pedidos a todas las organizaciones los trabajos que se habían realizado hasta ahora nos encontramos con estos interesantes resultados en las áreas de:

Salud Mental	Fecundidad
Deterioro Cognitivo	Prevención Obesidad, Diabetes
Salud en Inmigración	Tabaquismo
Enfermedades Crónicas	Problemas Odontológicos
Control de la Vida Personal	Dependencia
Calidad de Vida en Relación con la Salud (CVRS)	Vacunación
Autopercepción del Estado de Salud	Cáncer
Esperanzas de Vida en Salud (EVBS)	Utilización de Servicios
Medio Ambiente	Desigualdades en Salud.

Desde el punto de vista cuantitativo se han presentado:

- **41 comunicaciones a congresos y jornadas nacionales e internacionales.**
- **21 trabajos originales en revistas de impacto científico nacional e internacional (60% participe Madrid Salud)**
- **2 tesis doctorales**

Se recogen en este documento tanto las comunicaciones, como los trabajos originales y las tesis doctorales que se han realizado, con sus respectivos resúmenes.

2.RELACIÓN DE:

2.1 COMUNICACIONES A CONGRESOS;Error! Marcador no definido.

1. Juárez S, Esparza Catalán C, Díaz Olalla JM. **Inmigración y Salud Mental: algunas consideraciones metodológicas, algunas reflexiones.** VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica. Sesión: Mortalidad, salud y migraciones. 31 de mayo -2 de junio de 2007. Mahón (Menorca), Spain.

Organismo colaborador: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

2. Carrasco Garrido P, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A, Jiménez García R. **La Percepción del Paciente sobre el Sistema Sanitario como predictor de la Vacunación Antigripal.** XXVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología.27-30 Octubre. 2009. Zaragoza. España.

Organismo colaborador: Universidad Rey Juan Carlos (URJC)

3. Esteban y Peña M, Jiménez García R, Díaz Olalla J M, Gil de Miguel A, Fernández Cordero X. **Impacto de las enfermedades crónicas mas habituales en la calidad de vida de las personas adultas de la Ciudad de Madrid.** I Congreso Internacional de Salud Pública y Salud Laboral. IV Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid. Noviembre 2009. Madrid.

Organismo colaborador: URJC

4. Montejo Carrasco P, Montenegro Peña M, Llanero Luque, M, Ruiz Sánchez de León, JM, Fernández Blázquez MA .**Prevalencia de quejas de memoria. Estudio poblacional.10º Congreso virtual de psiquiatría.** Interpsiquis. 2009.

Organismo colaborador: Unidad de Deterioro Cognitivo-Madrid Salud

5. Montejo P, Montenegro M, Reinoso AI, de Andrés ME, García Marín A, Fernández Blázquez MA. **Estudio Madrid Salud: quejas de memoria en la Ciudad de**

Madrid. Estudio poblacional. Congreso Internacional de Salud Pública y Salud Laboral. IV Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid. Noviembre 2009. Madrid.

Organismo colaborador: Unidad de Deterioro Cognitivo-Madrid Salud

6. Esteban y Peña M, Díaz Olalla J M; Martín Martínez, Perez Álvarez M T. Rivero García A, Gonzalez Ahedo M.J, Galván Romo J. **Calidad de vida en relación con la salud, medida por las laminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid.** en la XXIV Reunión Científica Anual de la Sociedad Española de Epidemiología SEE Logroño 2006.

Organismo colaborador: Sociedad Española de Epidemiología SEE

7. M.M. Esteban y Peña, X. Fernández Cordero, M. Rodríguez Pérez, V. Hernández Barrera, A. López-de Andrés, R. Jiménez-García, A. Gil de Miguel. **Autopercepción de salud, salud mental y calidad de vida en diabéticos de un área metropolitana.** Congreso SEE-SESPAS Madrid 2011.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología SEE-SESPAS

8. M M Esteban y Peña, MI Puerto Sala, X Fernandez Cordero, R Jiménez García, A Gil De Miguel, AM, Gonzalez de la Rocha, R Ruiz de Adana, Rodriguez Pérez.M. **Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad.** Congreso SEE 2012.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología SEE

9. Serrano-Gallardo P, Díaz-Olalla JM. **Vivencia y gestión de problemas de salud desde una perspectiva etno-racial y de género.**

Organismo colaborador XXVIII Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología. Valencia, octubre 2010

10. Juárez, S; Díaz Olalla, J.M. **Desigualdades en salud mental en la población extranjera en Madrid. Aspectos metodológicos de medida.** Sesión: Salud e inmigración. Sociedad Española de Epidemiología y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 2011

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

11. Montenegro, M.; Montejo, P.; Claver, M.D.; Fernández, M.A.; Maestú, F. **Prevalence of memory complaints. Transversal population study in the city of Madrid.** IPA International Meeting. 2010: Septiembre. Santiago de Compostela

Organismo colaborador: IPA International Meeting.

12. Montenegro, M; Montejo, P; Fernández, MA; Maestú, F. **Quejas de memoria en mayores del municipio de Madrid.** LXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología 2010. Noviembre Barcelona.

Organismo colaborador Sociedad Española de Neurología

13. Montejo, P; Montenegro, M; Fernández, MA; Maestú, F. **Variables de salud y quejas de memoria en mayores. Estudio poblacional.** Sociedad Española de Neurología.

Organismo colaborador LXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología 2010. Noviembre. Barcelona.

14. Fernández Blázquez, M; Montenegro Peña, M; Montejo Carrasco, P. **Estudio poblacional. Quejas de memoria en mayores: calidad de vida y actividades de la vida diaria.** Congreso SESPAS, 2011.Madrid.

Organismo colaborador SESPAS

15. Montejo Carrasco, P.; Fernández Blázquez, M.; Llanero Luque, M **Quejas de memoria, estado de salud, medicación y uso de servicios sanitarios: estudio poblacional**. Congreso SESPAS, 2011. Madrid.

Organismo colaborador SESPAS

16. Esteban y Peña M; Díaz Olalla JM; Pérez Álvarez MT; Rivero García A; Martín Martínez A; Galván Romo J. **Calidad de vida en relación con la salud de las mujeres de una gran ciudad medida con las láminas COOP/WONCA**“, Congreso SEMFYC 2006 Valencia.

Organismo colaborador SEMFYC

17. José Manuel Díaz Olalla, Mercedes Esteban Peña, M^a Teresa Pérez Álvarez, Antonio Rivero García, M^a José González Ahedo y Jesús Galván Romo :**Estudio del consumo de medicamentos y de la frecuentación de servicios sanitarios en la ciudad de Madrid** Comunicación al Congreso de la SEMFYC Valencia – 2006.

Organismo colaborador SEMFYC

18. Díaz Olalla JM, Esteban Peña M, Pérez Álvarez MT, Rivero García A, Gutiérrez Fernández FJ, Galván Romo J. **Estudio de la cumplimentación de actividades preventivas recomendadas por el PAPPs en la población general de la ciudad de Madrid**”, Congreso de la SEMFYC Valencia – 2006.

Organismo colaborador SEMFYC

19. JM. Díaz Olalla, M. Esteban Peña, MT. Pérez Álvarez, A. Rivero García, J. Gutiérrez Fernández, J. Galván Romo. **Indicadores de expectativas de vida en buena salud en la Ciudad de Madrid**” Comunicación al Congreso Nacional de La Sociedad Española de Epidemiología, 2006.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología, 2006.

20. JM Díaz Olalla, N Aerny, A Antona, M Esteban, D Malmusi, U Martín, A Bacigalup. **“Desigualdades en salud entre la población de Madrid nacida en la ciudad y en el resto de España”** Comunicación al Congreso Nacional SESPAS, 2011.

Organismo colaborador: SESPAS, 2011.

21. Villasevil Llanos, JM. Díaz Olalla, M. Esteban Peña, MT. Pérez Álvarez, González Ahedo M J, J. Galván Romo. **Prevalencia de patología crónica y utilización de servicios por la población inmigrante en la Ciudad de Madrid”**. Comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología 2007.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología

22. Quintero Rodríguez MY, Rayón López H, Jambers Moreau B, Correas García A, García Martín A, Mendizábal Albizu A, Díaz Olalla, JM. **Percepción de la población sobre las condiciones medioambientales adversas en los distritos de la Ciudad de Madrid en 2006, y factores individuales que la determinan”**. Poster en el XI Congreso de la Sociedad Española de Salud Ambiental, SESA, 2011.

Organismo colaborador Sociedad Española de Salud Ambiental, SESA.

23. J. M. Díaz Olalla, M. Esteban Peña, E. Villasevil Llanos, M.J. González Ahedo, J. Galván Romo. **Asociación entre determinadas variables socio-económicas e indicadores de salud a nivel territorial y a nivel individual en la Ciudad de Madrid”** Comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad española de Epidemiología, 2007.

Organismo colaborador Congreso Nacional de la Sociedad española de Epidemiología.

24. Sanz B, Regidor E, Díaz Olalla JM. **Diferencias en la utilización de los servicios del médico general entre la población inmigrante y la población autóctona”**, Comunicación al Congreso Nacional de Epidemiología 2008.

Organismo colaborador Congreso Nacional de Epidemiología.

25. Mercedes Esteban, M^a José González Ahedo y José Manuel Díaz Olalla. **Perfil de los hábitos saludables en los ciudadanos mayores de la Ciudad de Madrid**". Comunicación a la XXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. 2006.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología.

26. José Manuel Díaz Olalla, M^a José González Ahedo y Mercedes Esteban y Peña. **"Resultados de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid"**. Poster en la XXIV Reunión Científica de la Sociedad española de Epidemiología, 2006.

Organismo colaborador. Sociedad española de Epidemiología.

27. F Campillo, Pérez Alvarez MT, Ortiz C y Díaz Olalla, JM. **Cancer prevention activities in Madrid city's women: sociosanitary aspects.** Comunicación al XVIII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, 2006.

Organismo colaborador Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia.

28. F Campillo, Pérez Alvarez MT, Ortiz C y Díaz Olalla, JM. **Sociosanitary study of the abortion in Madrid City (Spain).** Comunicación al XVIII Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, 2006.

Organismo colaborador. Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia, 2006.

29. Mercedes Esteban Peña, José Manuel Díaz Olalla. **Valoración de la dependencia funcional en los mayores de 65 años de la Ciudad de Madrid, 2004-2005"** Comunicación a las I Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid, 2005.

Organismo colaborador Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid, 2005.

30. Diaz Olalla J.M.; Esteban y Peña M.; Pérez Álvarez M.T.; Rivero García A.; Galván Romo J.: **Estudio descriptivo de indicadores de fecundidad en la Ciudad de**

Madrid y sus Distritos Municipales según edades y nacionalidad de las madres. Jornadas de Salud Pública De La Ciudad De Madrid.

Organismo colaborador I Jornadas de Salud Pública De La Ciudad de Madrid.

31. José Manuel Díaz Olalla, Maite Pérez Alvarez y Mercedes Esteban Peña. **Principales causas que provocaron mortalidad prematura en la Ciudad de Madrid** en el año 2002 Comunicación a las I Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid, 2005.

Organismo colaborador Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid, 2005.

32. M Esteban Peña; JM Díaz Olalla; E. Villasevil; A Arribas de la Vieja; A. Antona Rodríguez y J. Galván. **Esperanza de Vida en la Ciudad de Madrid.** Comunicación a la XXV Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología 2007.

Organismo colaborador Sociedad Española de Epidemiología 2007.

33. J. M. Díaz Olalla. "**¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud?**". Comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia, 2005.

Organismo colaborador Sociedad Española de Medicina de Familia, 2005.

34. José Manuel Díaz Olalla "La utilización de los PRO's: **La calidad de vida en la encuesta de salud de la Ciudad de Madrid.** Comunicación Curso Verano "Investigación, innovación y Desarrollo en España", Universidad Jaume I, Castellón, 2011.

Organismo colaborador Universidad Jaume I, Castellón, 2011.

35. José Manuel Díaz Olalla. La utilización del Padrón Municipal de Habitantes como base muestral de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid. **La importancia de los estudios de base poblacional en el análisis de las desigualdades en salud que afectan a la población inmigrante.** Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. 2005.

Organismo colaborador Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. 2005.

36. José Manuel Díaz Olalla. **Uso de las medicinas alternativas en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid.** Comunicación Congreso Anual SOMAMFYC 2006.

Organismo colaborador SOMAMFYC.

37. Díaz Olalla, José Manuel; Aerny Perreten, Nicole; Antona Rodríguez, Alfonso; Malmusi D; Martín U y Bacigalupe, A. **Migraciones internas y desigualdades en salud: un análisis de la migración interna en el estado español a mediados del siglo xx.** Comunicación presentada en el IX Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política Julio de 2012.

Organismo colaborador Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política.

38. Mercedes Esteban y Peña, José Manuel Díaz Olalla, M. Perez Alvarez. **Hábitos alimenticios de los madrileños y obesidad infantil.** Comunicación a las I Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid 2005.

Organismo colaborador I Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid 2005.

39. Mercedes Esteban y Peña. Presentación de la comunicación oral “**Salud e inmigración**” celebrada en la Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de enfermería , podología y fisioterapia y organizado conjuntamente por el Centro de Estudios sobre Migraciones y Racismo (CEMIRA), dentro de IX Semana Contra el Racismo del 14 al 18 de Noviembre 2005.

Organismo colaborado Universidad Complutense .

40. Esteban y Peña M. **Mortalidad en la ciudad de Madrid y sus distritos: diferencias** Lugar: CNE. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. SEMINARIO 2007.

Organismo colaborador Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III.

41. Esteban y Peña M. **Calidad de Vida Relacionada con la Salud**. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación 2009.

Organismo colaborador ENS.

2.2 ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

1. Esteban y Peña MM, Jimenez Garcia R, Díaz Olalla JM, Villasevil Llanos E, Gil de Miguel Á, Fernandez Cordero X. **Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among people aged >15 years in Madrid.** European Journal of Public Health. 2010 Feb; 20(1):78-84.

Organismo colaborador: URJC.

2. Juárez S. Migration and Health. **The relationship between self assessment of health and diagnosed morbidity in young adults.** Grupo de Estudios de Población y Sociedad (GEPS) 2009, disponible en: http://www.geps.es/uploads/tx_geps/DT001_III_2009.pdf.

Organismo colaborador: CSIC.

3. Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andres A, Esteban y Peña M.M, Gil de Miguel Á. **Coverage and predictors of influenza vaccination among adults living in a large metropolitan area in Spain: A comparison between the immigrant and indigenous populations.** Vaccine. 2008; 26(33):4218-23.

Organismo colaborador: URJC.

4. .Marín-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas, J.R, Regidor E, Rodriguez-Artalejo F. **Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid.** Medicina Clínica 2009.

Organismo colaborador: Universidad Complutense de Madrid (UCM).

5. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. **La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España.** Gaceta Sanitaria. Mayo 2009. 23:4–11.

Organismo colaborador: (UCM).

6. Enrique Regidor, José Manuel Díaz Olalla, Lourdes Lostao, Cruz Pascual, Belén Sanz y Elizabet Sánchez. **Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española.** Monografía publicada por la Fundación Ciencias de la Salud, 2008. (Fundación de Ciencias de la Salud, 2008 145 Págs. ISBN: 84-96277-19-4).

Organismo colaborador: Fundación Ciencias de la Salud.

7. Marín-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas, JR, Regidor E, Rodriguez-Artalejo F. **Length of residence and obesity among immigrants in Spain.** Public Health Nutrition 2009.

Organismo colaborador: UCM.

8. Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Gil de Miguel Á, Jiménez-García R. **Patient's perceptions and information provided by the public health service are predictors for influenza vaccine uptake.** Human Vaccines 2009. 12:1-4.

Organismo colaborador: URJC.

9. Esteban y Peña MM, Hernandez Barrera V, Fernández Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, Jiménez-García R **Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area.** Diabetes Metab. 2010;36(4):305-1.

Organismo colaborador: URJC.

10. Marín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. **Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid, España** Med Clin (Barc) 2010 ;134(11):483-5.

Organismo colaborador: UAM-UCM-CSIC.

11. López-de-Andrés A, Martín-Lopez R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil-de-Miguel A, Esteban y Peña MM, Jiménez-García R. **Predictors of breast and cervical cancer screening in a Spanish metropolitan area.**

J Womens Health (Larchmt). 2010 Sep;19(9):1675-81.

Organismo colaborador: URJC.

12. Miguel Díez J, Esteban y Peña MM, Puente Maestu L, Hernández Barrera V, Carrasco Garrido P, Alvarez-Sala Walther LA, Jiménez García R. **Relationship between tobacco consumption and health-related quality of life in adults living in a large metropolitan area.** Lung. 2010 Oct;188 (5):393-9. Epub 2010.

Organismo colaborador: URJC.

13. Esteban y Peña, M.; Jiménez García, R.; Gil-De Miguel, A.; Díaz-Olalla, J.M.; Villasevil-Llanos, E.; Fernández-Cordero, X. **Calidad de vida en relación con la salud, medida por las laminas COOP/WONCA en la Ciudad de Madrid** Semergen. 2010; 36:187-95.

Organismo colaborador: URJC.

14. Miguel Angel Tapias-Ledesma, Valentín Hernández-Barrera Pilar Carrasco Garrido, Ángel Gil de Miguel, Mercedes Esteban y Peña, Rodrigo Jiménez-García, **Use of Dental Care and Prevalence of Caries among Immigrant and Spanish-Born Children** Journal of Dentistry for Children-78:1, 2011.

Organismo colaborador: URJC.

15. M.M. Esteban y Peña, M.L. Puerto, X. Fernández Cordero, R. Jiménez García, A. Gil de Miguel, V. Hernández Barrera. **Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad Determinants of poor mental health in people aged 16 to 64 residing in a large city** An. Sist. Sanit. Navar. 2012, Vol. 35, Nº 2, mayo-agosto.

Organismo colaborador: URJC.

16. Juárez, S Inmigración y salud. **La relación entre la salud autopercebida y las morbilidades diagnosticadas en adultos jóvenes.** Anales de Psicología, 28(2):350-357.

Organismo colaborador: CSIC.

17. Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestú F. **Subjective memory complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the City of Madrid.** Aging and Mental Health 2010; 15, 85-96.

Organismo colaborador: Madrid Salud.

18. Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. **Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study.** Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012 54, 298–304. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.05.021>.

Organismo colaborador: Madrid Salud.

19. Serrano-Gallardo P, Díaz-Olalla JM, Otero A, Bolumar F. **Self-Perceived Health among Migrant and Native Populations in Madrid: A Gender Perspective** Journal of Migration, Health and Social Care 2009;5(4):43-57.

Organismo colaborador: UAM.

20. Quintero Rodríguez MY, Rayón López H, Jambers Moreau B, Correas García A, García Martín A, Mendizábal Albizu A., Díaz Olalla JM. **Percepción de la población sobre las condiciones medioambientales adversas en los distritos de la Ciudad de Madrid en 2006, y factores individuales que la determinan.** Curso sobre salud ambiental. Madrid Salud 2011.

Organismo colaborador: Madrid Salud .

21. Maria Eugenia Morante, Miguel Costa y Mercedes Esteban. **El control de la vida personal, social y económica: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida.** Universitas Psychologica 2013.

Organismo colaborador: Madrid Salud.

2.3 TESIS DOCTORALES

1. Serrano Gallardo P. **Salud autopercibida y calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante y autóctona residente en Madrid desde una perspectiva de género.** Universidad Autónoma de Madrid, [tesis doctoral]. 2009 Disponible en: <http://digitool-uam.greendata.es/R/FGH8HABYXD86KL7TRYHFLL259STN9VUYHNV2DX3LR2LI7M7MTD-00183>

Organismo colaborador: Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

2. M. Mercedes Esteban y Peña. **Valoración funcional y de calidad de vida en relación con la salud: implicación según los diferentes grupos sociales, de edad y de morbilidad.** Universidad Rey Juan Carlos 2010.

Disponible en:

http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Calidad/Observatorio_Ciudad/06_S_Percpcion/Documentos%20por%20Areas/archivos/salud/Informe_274_2011_ASN.pdf.

Organismo colaborador: Universidad Rey Juan Carlos.

3. RESÚMENES DE:

3.1 COMUNICACIONES A CONGRESOS

1. Título: Inmigración y Salud Mental: algunas consideraciones metodológicas, algunas reflexiones.

Autores: Juárez S, Esparza Catalán C, Díaz Olalla JM.

VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica. Sesión: Mortalidad, salud y migraciones. (Mahón) Menorca, 31 de mayo 1 y 2 de junio de 2007. Spain.

Resumen:

La corta trayectoria que tiene España como país receptor de inmigración y la importancia que este componente está generando en la estructura demográfica de su población, ha generado una fuerte necesidad de estudios orientados al conocimiento de este fenómeno, cuya traducción más evidente se observa en la enorme producción teórica existente en esta materia. Nuestra propuesta, pretende asomarse a una de las dimensiones de este fenómeno: la salud, y más concretamente, la salud mental, abordando el estudio desde dos perspectivas. Por un lado, apuntando consideraciones metodológicas, que ponen a la luz las posibilidades y los inconvenientes que la Encuesta General de Salud de Madrid (2004) ofrece en esta materia, y por el otro, reflexionando sobre ciertos aspectos teóricos, que podrían situarse en el marco de los estudios transculturales existentes en la literatura especializada sobre inmigración y salud mental, y que son de enorme utilidad en el diseño de encuestas de salud.

Palabras claves: test de Goldberg, GHQ-12, inmigrantes, salud mental, diseño de encuestas de salud.

2. Título: La Percepción del Paciente sobre el Sistema Sanitario como predictor de la Vacunación Antigripal.

Carrasco Garrido P, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel A, Jiménez García R.

XXVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. 27-30 Octubre 2009.

Resumen:

Antecedentes/Objetivos: En la última década, la satisfacción del paciente se ha convertido en un indicador de la calidad y la eficacia de los sistemas sanitarios, encontrándose una relación directa entre dicha satisfacción y la adherencia a determinadas medidas preventivas, como la vacunación, por parte de la población. Nuestro sistema público de salud y la información recibida por el paciente desde los servicios sanitarios, se comportan como predictores de las coberturas vacunales frente a la gripe, en los adultos residentes en la Ciudad de Madrid (España).

Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo transversal. Se utilizaron los datos individuales de 7.341 adultos (16 y más años) incluidos en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid realizada en 2005. Para conocer la satisfacción con la sanidad pública se preguntó por la valoración de los servicios sanitarios públicos con respuesta positiva o negativa a la pregunta “¿En su opinión, la sanidad pública en el municipio de Madrid funciona?”. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas hemos analizado la pregunta “¿Se siente suficientemente informado sobre los programas de prevención de enfermedades y de hábitos saludables?” (con respuesta suficiente o insuficiente) en cuanto a la información recibida “Según su punto de vista ¿el médico y/o la enfermera de atención primaria le dan suficiente información al respecto?”. También se ha preguntado por la visita al médico en las dos semanas previas a la entrevista.

Resultados: Las coberturas vacunales para nuestra población de estudio fueron del 24% (IC 95% = 22,9-25,0). El modelo de regresión logística indica que la población que declara estar satisfecha tiene mayor probabilidad de recibir la vacuna frente a la gripe (OR=1,23, IC 95% = 1,06 – 1,43), así como aquellos que perciben recibir suficiente información desde los servicios sanitarios. La visita al médico también muestra una asociación estadísticamente significativa con la vacunación antigripal.

Conclusiones: La satisfacción con el sistema público de salud y la información recibida desde los servicios sanitarios se comportan como predictores de la vacunación antigripal.

3. Título: Impacto de las enfermedades crónicas más habituales en la calidad de vida de las personas adultas de la Ciudad de Madrid.

Autores: M. Esteban y Peña, R. Jiménez García, J. M. Díaz Olalla, A. Gil de Miguel, X. Fernández Cordero

I Congreso Internacional de Salud Pública y Salud Laboral. IV Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid. Noviembre 2009.

Resumen

Objetivos: Determinar en qué grado la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) en la Ciudad de Madrid se ve afectada por cada una de las enfermedades crónicas más prevalentes, de mayor gravedad o que utilizan mas recursos sanitarios, teniendo en cuenta la presencia de comorbilidad y las variables socio-demográficas más habituales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal analítico, a 7.341 sujetos con edad ≥ 16 años en la Ciudad de Madrid. Los datos son autoreferidos recogiendo si le habían diagnosticado de: hipertensión, la hipercolesterolemia, insuficiencia venosa, diabetes, asma crónica, bronquitis, infarto de miocardio / angina de pecho, problemas de estómago, alergia, artrosis / artritis o reumatismo, depresión y la ansiedad, las cataratas, los accidentes cerebrovasculares (CVACs), estreñimiento crónico, la osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer o la demencia. La CVRS se midió mediante las láminas COOP / WONCA. Los efectos de diagnóstico, edad, clase social, género, y la comorbilidad se analizaron mediante un análisis multivariado de covarianza (ANCOVA).

Resultados: Las enfermedades crónicas que registraron los peores resultados en la media general de las láminas COOP / WONCA fueron la enfermedad de Alzheimer o la demencia, la enfermedad de Parkinson, la fibromialgia, los ACVs y la depresión, con puntuaciones de más de 26 puntos en todos los casos. Con la introducción de variables socio-demográficas en el modelo los valores más altos de la prueba de F de Snedecor corresponden a la depresión (F = 461.63), "la artrosis / artritis o reumatismo" (F = 175.41), la enfermedad de Alzheimer o la demencia (F = 65.70), trastornos gástricos (F = 65,17), cáncer (F = 43,08) y CVACs (F = 41,65).

Conclusiones: La depresión y la "artrosis / artritis o reumatismo", seguido de la enfermedad de Alzheimer son las dos condiciones crónicas de salud que tienen el mayor impacto sobre la CVRS en los ciudadanos de Madrid, por lo que resulta de gran interés para proponer y aplicar estrategias de salud pública que podrían reducir la prevalencia y la morbilidad de estos trastornos.

4. Título: Prevalencia de quejas de memoria. Estudio poblacional.

Autores: Montejo Carrasco P, Montenegro Peña M, Llanero Luque M, Ruiz Sánchez de León JM, Fernández Blázquez, MA.

10º Congreso virtual de psiquiatría, Interpsiquis. 2009.

Resumen

Objetivos:

1. Estudiar la prevalencia de quejas de Memoria en el municipio de Madrid.
2. Estudiar la distribución en la población según características de edad, sexo, clase social, estudios.

Metodología: El Estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal. La recogida de información se realizó en el domicilio con cuestionario estructurado a población de Madrid inscrita en el padrón en Septiembre de 2004. Muestreo por conglomerados en dos etapas. Tamaño muestral: 8.504 entrevistas, de ellas 1637 mayores de 64 años (edad media 74 a, DT: 6,9; rango: 65-102; 40 % varones). Se hicieron varias preguntas relacionadas con quejas de memoria y orientación temporal.

Resultados: Prevalencia de quejas de memoria: 32,4%. Olvida dónde pone las cosas el 24% y el nombre de familiares y conocidos (más grave) el 20%. Hay asociación con edad: el 24% a los 65-69 años, el 57% a los 90 y más años ($p=0,000$). Por sexos: refieren quejas 28,0% varones y 35,2% mujeres ($p=0,002$). Asociación con las respuestas a todas y cada una de las preguntas de orientación temporal ($P < 0,001$; $Eta > 0,33$ para todas las cuestiones). Asociación con salud percibida (20% cuando es "excelente"; 42% cuando es "mala" o "regular" ($p=0.000$)). Hay asociación con alteraciones funcionales, forma física, depresión, etc. Se hacen estudios de estas y otras variables.

Conclusiones: Los datos de prevalencia son semejantes a otros estudios. Hay asociación con variables que miden rendimiento cognitivo, salud general, calidad de vida y síntomas psiquiátricos.

Palabras clave: mayores, quejas de memoria, rendimiento cognitivo, estudio poblacional, calidad de vida.

Key Words: elderly, subjective memory complaints, memory failures, community – based studies, quality of life.

5. Título: Estudio Madrid Salud: quejas de memoria en la Ciudad de Madrid. Estudio poblacional.

Autores: Montejo P, Montenegro M, Reinoso A.I, de Andrés M.E, García Marín A., Fernández Blázquez M.A,

Congreso Internacional de Salud Pública y Salud Laboral. IV Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid. Noviembre 2009.

Resumen:

Objetivos:

1. Estudiar la Prevalencia de quejas de memoria en la Ciudad de Madrid y su distribución en la población según edad, estudios, etc.

2. Estudiar la relación de las quejas con variables como el rendimiento cognitivo, calidad de vida, actividad funcional, enfermedades y utilización de servicios.

Metodología: Los datos están tomados del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Es un estudio de base poblacional utilizando el padrón de habitantes. Se ha hecho muestreo de conglomerados en dos etapas teniendo en cuenta distritos censales, edad y sexo. Muestra: 1637 mayores de 64 años. Valoración: cuestionario con datos sociales, epidemiológicos, de salud y otros; pregunta de quejas de memoria; Cuestionario COOP / Wonca de Calidad de Vida; Índice de Katz y Escala de Lawton.

Resultados: La prevalencia de quejas de memoria es del 32,4%. Hay asociación con edad (grupo de 65-69 años, prevalencia 24,2%; grupo de 90 y más años prevalencia 57 %), sexo y estudios. Hay asociación entre rendimiento cognitivo y quejas: sujetos con 1 fallo en orientación: 22,2% quejas, sujetos con más de 3 fallos: >92 % de quejas; los sujetos que son dependientes según Lawton y Katz tienen más quejas de memoria; hay algunas enfermedades asociadas con mayor prevalencia de quejas, mientras que otras no lo están; los sujetos que han visitado un servicio de salud mental tienen quejas el 50

%; hay asociación entre el consumo de fármacos y las quejas de memoria. En el análisis de predictores mediante regresión logística intervienen como predictores la orientación temporal, la depresión-ansiedad y la calidad de vida.

Conclusiones: Las quejas de memoria reflejan varios procesos y son el resultado de diversos elementos: rendimiento cognitivo, estado de ánimo, ansiedad, calidad de vida, rasgos de personalidad, estilo atribucional, incorpora aspectos del presente y comparaciones con el pasado, comparaciones con otras personas de su edad, estereotipos, expectativas, etc. En nuestro trabajo los factores encontrados son el rendimiento cognitivo, la depresión-ansiedad y la calidad de vida. Dado que en algunos casos las quejas de memoria son un primer síntoma de alteración del rendimiento cognitivo o de la memoria, deben ser tenidas en cuenta con el fin de detectar precozmente el deterioro cognitivo.

6. Título: Calidad de vida en relación con la salud, medida por las laminas COOP/WONCA en la Ciudad de Madrid.

Autores: M M. Esteban y Peña, JM Díaz Olalla A. Martín Martínez, MT.Pérez Álvarez ,A.Rivero Garcia ,MJ.Gonzalez Ahedo, J.Galván Romo .

Instituto de Salud Publica .Madrid Salud .Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Determinar la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) percibida por los ciudadanos de Madrid.

Métodos: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid: poblacional representativa de 21 distritos, a 7.341 personas mayores de 16 años no institucionalizadas, en la población del padrón a 1 -Sep -2004, con muestreo bietápico. Se recogen variables sociodemográficas, sanitarias y de factores condicionantes .Se introdujo el cuestionario de CVRS COOP/WONCA validado en español de 9 ítems. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS. La clase social se clasificó con la Clasificación Nacional de Ocupación [CNO] 1994.

Resultados: Se completaron 7.153 cuestionarios con una puntuación media global de $20 \pm 5,2$ puntos(IC 95%:19,88-20,12).La puntuación media para cada una de las dimensiones fue: Forma física : 2.8 ± 1.2 (IC 2.77-2.83).Sentimientos: 1.6 ± 1 (IC 1,58-

1,62).Actividades cotidianas:1,5±0,9(IC 1,48-1,52).Actividades sociales:1,4 ± 0,9(IC 1,38-1,42).Cambio en el estado de salud:2,9±0,6(IC 2,89-2,91). Estado de salud:2,8±,9(IC 2,78-2,82).Dolor:1,9±1,3(IC 1,87-1,93).Apoyo social 2,6±1,1(IC 2,57-2,63) y Calidad de vida:2,4±0.7 (IC 2,38-2,42).

Las mujeres tienen una puntuación global en CVRS de 20.84 y los hombres de 19.02($p=0.0001$).Respecto a la edad la puntuación total es en :Hombres 16-24 años : 16.5 ;25-44 años 18.5 ;45-64 años :19.7 ;>65 años :21.8 y mujeres 16-24 años: 17.8; 25-44 años 19.3 ;45-64 años:21.0 ;>65 años: 24.4.La clase social marca una diferencia en ambos sexos siendo en las mujeres más acusada: Hombres: Clase I-II:18.7,III:18.9 ,IV:19.5, V:19.8 , X:21.4.Mujeres clase I-II:19.8 III 20.1 , IV :21.4, V:21.9 y X:21.6.

Por distritos el sumatorio COOP/WONCA oscila entre 18.4 en Chamartín y 21.6 en Puente de Vallecas.

Para distintos colectivos la puntuación total es en: discapacitados menores de 65 años 22.3, parados 22.5, familia monoparental 22.6, inmigrantes económicos 19.1, analfabetos 24.6 y aquellas personas que tiene una enfermedad crónica 26.3 puntos.

Conclusiones: Los ciudadanos de Madrid poseen buena calidad de vida en relación con la salud, al tener una puntuación global por debajo del punto medio de la totalidad, aunque para las mujeres es significativamente peor que para los hombres.

Con la edad esta calidad empeora teniendo los mayores las peores puntuaciones globales.

Existen grupos como discapacitados, parados, familias monoparentales, personas analfabetas, o portadoras de enfermedades crónicas, que perciben mala calidad de vida en relación con su salud.

7. Título: Autopercepción de salud, salud mental y calidad de vida en diabéticos de un área metropolitana.

Autores: M.M. Esteban y Peña, X. Fernández Cordero, M. Rodríguez Pérez, V. Hernández Barrera, A. López-de Andrés, R. Jiménez-García, A. Gil de Miguel.

Objetivo: Comparar la autopercepción de la salud, la salud mental y la calidad de vida en relación con la salud (CVRS), entre diabéticos y no diabéticos residentes en una gran ciudad e identificar que variables sociodemográficas, comorbilidades y estilos de vida se asocian a peor CVRS entre los diabéticos.

Métodos: Estudio de casos y controles. Se seleccionaron 358 personas con diabetes (casos) de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid. Por cada caso se seleccionaron dos controles con características similares de edad sexo y distrito. La población finalmente estudiada asciende a 1074 personas. Analizamos la autopercepción del estado de salud. La valoración de la salud mental se hizo con el General Health Questionnaire, versión 12 (GHQ-12) y el cuestionario (COOP/WONCA) 9-items para medir la CVRS. Como variables independientes se incluyeron características sociodemográficas (nivel educativo, clase social, estado civil) variables autoreferidas de estilos de vida (obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol y ejercicio físico) enfermedades crónicas asociadas y consumo de medicamentos (tranquilizantes, hipnóticos y antidepresivos). Se ha empleado el análisis multivariante utilizando el ANCOVA para la elaboración de los datos.

Resultados: El grupo de diabéticos tiene significativamente menos consumo de alcohol, mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedades cardiacas. La prevalencia de la autopercepción de la salud como regular o mala fué del 64,12% entre los diabéticos frente a 38,57% los no diabéticos ($p < 0,05$). Los resultados del GHQ12 muestran que la salud mental es significativamente peor entre los diabéticos que entre los no diabéticos ya que obtienen puntuaciones ≥ 3 el 29,05% y el 21,03% respectivamente. Tanto en el sumatorio total como en mayoría de sus esferas del cuestionario COOP/WONCA, los resultados mostraron una calidad de vida en relación con la salud, significativamente peor entre los sujetos con diabetes.

Las variables que determinan la peor percepción de la CVRS medida con el COOP/WONCA en los diabéticos son: ser mujer, tener más edad, ser obeso, la falta de ejercicio físico, la coexistencia de depresión, la utilización de medicamentos para dormir, y el padecimiento una enfermedad cerebrovascular.

Conclusiones: La autopercepción de la salud, el bienestar psicológico y la CVRS de los diabéticos de la Ciudad de Madrid es considerablemente menor que la de los que no lo son. La peor calidad de vida en los diabéticos se asocia con ser mujer, presencia de depresión y con la falta de ejercicio o la obesidad.

8. Título: Factores determinantes de la salud mental en las personas de 16 a 64 años de una gran ciudad.

Autores: MM Esteban y Peña, ML Puerto Sala, X Fernandez Cordero, R Jiménez García , A Gil de Miguel, AM Gonzalez de La Rocha, R Ruiz de Adana, MM Rodriguez Pérez.

Resumen

Objetivos. Conocer para la Ciudad de Madrid cuáles son los factores que pueden determinar una mala salud mental en la población, a través de las variables recogidas en un cuestionario general de salud.

Métodos. Estudio descriptivo transversal de una muestra de datos poblacionales en la Ciudad de Madrid, Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (ESCM'05), analizando 5.746 personas de 16 a 64 años, con un error muestral absoluto de $\pm 0.7\%$. Para el estudio se seleccionó como variable dependiente la posible mala salud mental recogida a través del General Health Questionnaire (GHQ-12), considerando la puntuación superior a 2, realizado en menores de 65 años. Como variables independientes se han introducido: sociodemográficas de hábitos y estilos de vida, de salud y de medio ambiente. La calidad de vida en relación con la salud (CVRS) se ha medido con el cuestionario COOP/WONCA 9 items. Se ha empleado análisis bivariante y análisis multivariante para la elaboración de los datos.

Resultados. La prevalencia para toda la población menor de 65 años se sitúa en el 19,2% de las personas, siendo el 23,4% en las mujeres y en el 14,6% de los hombres, con una $p < 0,05$. Por grupos de edad, es el 20,3% en el grupo de 16 a 24 años con significación estadística. En las diferentes clases sociales se observan prevalencias de 15,7%, 17,2%, 22,4%, 24% y 32,1% respectivamente para los grupos sociales de clase I-II; III; IV; V y X; y con $p < 0,05$. Los predictores más fuertemente asociados con mala salud mental en la regresión múltiple son: ser mujer OR=1,48, IC 95% (1,23-1,78), pertenecer al grupo de edad de 16 a 24 años OR=3,21, IC 95% (2,40-4,29), ser inmigrante económico OR=1,33, IC 95% (1,06-1,68), fumar o beber alcohol OR=1,22, IC 95% (1,02-1,49) y 1,31 IC 95% (1,09-1,57), tener una enfermedad crónica OR=1,47, IC 95% (1,21-1,79), dormir menos de 8 horas al día OR=1,41, IC 95% (1,17-1,68), tener una regular o mala percepción del estado de salud OR=1,65, IC 95% (1,22-2,22),

autopercebir una mala calidad de vida OR=1,18, IC 95% (1,15-1,22), y tener limitación en las actividades sociales OR=1,34 ,IC 95% (1,07-1,69).

Conclusiones. Los problemas de salud mental tienen una importante prevalencia en esta Ciudad de Madrid. El ser mujer, joven, inmigrante económico, fumar, beber, tener una enfermedad crónica, dormir menos de 8 horas, referir mal estado de salud, referir mala calidad de vida o limitarse en las actividades sociales, son los factores que más fuerza de asociación tienen para explicar la mala salud mental en esta ciudad.

9. Título: Vivencia y gestión de problemas de salud desde una perspectiva etno-racial y de género.

Autores: Serrano-Gallardo P, Díaz-Olalla.

Resumen

Antecedentes/Objetivos: La literatura pone de manifiesto que tanto el género como la condición de migrante o autóctono influyen en la vivencia y gestión de los problemas de salud, pudiendo reflejar desigualdades en salud. **Objetivo:** analizar el comportamiento expresado ante problemas de salud de hombres y mujeres adultos residentes en la Ciudad de Madrid bajo una perspectiva etno-racial y de género.

Métodos: Estudio descriptivo transversal basado en la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005. **Instrumento:** entrevista personal en el hogar. 5704 sujetos entre 16 y 64 años elegidos por muestreo por conglomerados bietápico. **Variables dependientes:** ¿Qué hizo usted en relación con un problema de salud que en las 2 últimas semanas redujo o limitó su actividad?, ¿Tiene alguna dolencia que le preocupe pero que no haya consultado nunca hasta ahora con un médico o una enfermera?, ¿Le ha aconsejado alguna vez su médico que deje de fumar?, ¿Está pensando seriamente en dejar de fumar? **Variables independientes:** edad, clase social, tiempo de estancia en España y zona de origen. Se calcularon índices de estadística descriptiva, análisis bivariantes, y cálculo de OR.

Resultados: Ante un problema de salud limitante, en población autóctona, un 44,1% de los hombres y un 55,9% de las mujeres acudieron al médico; en población inmigrante los porcentajes son de 64,9% y 69,8% respectivamente. Un 2,9% de hombres y un 3,6 % de mujeres autóctonos tenían una dolencia que les preocupaba pero que aún no

habían consultado (un 6,3% y un 4,3% respectivamente en inmigrantes). En autóctonos, las mujeres pensaban más en dejar de fumar que los hombres (OR = 1,32 [IC95%: 1,07-1,63]); y reflejaron un 49,9% en hombres y un 45,8% en mujeres de consejo médico para dejar de fumar. El médico aconsejó dejar de fumar a un 33,9% de los inmigrantes y a un 47,9% de los autóctonos ($p = 0,000$). Un 5,4% de los inmigrantes y un 3,3% de los autóctonos ($p = 0,001$) dijeron tener una dolencia que les preocupaba y que aun no habían consultado. La edad se asoció significativamente con el consejo médico recibido para dejar de fumar en autóctonos, con la dolencia no consultada en mujeres inmigrantes y con pensar en dejar de fumar en mujeres autóctonas. El tiempo de estancia en España se relacionó con el consejo médico y la dolencia no consultada.

Conclusiones: En la población adulta residente en la Ciudad de Madrid no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la conducta a seguir ante un problema de salud que limitaba sus actividades, ni para la no consulta ante un problema preocupante. Las mujeres autóctonas manifestaron más deseo de dejar de fumar que los hombres; sin embargo reflejaron similar porcentaje de consejo médico para dejarlo.

10. Título: Desigualdades en salud mental en la población extranjera en Madrid.

Aspectos metodológicos de medida.

Autores: Juárez, S; Díaz Olalla, J.M.

Resumen

Antecedentes/Objetivos: La depresión y la ansiedad son emociones connaturales a la naturaleza humana que pueden activarse ante una situación percibida por los individuos como amenazante. Se trata de trastornos de salud cuando se prolongan en el tiempo, provocando un agotamiento en el sistema orgánico que compromete a la salud general. El presente trabajo pretende cuantificar el fenómeno conociendo la prevalencia relativa de estos problemas en la población inmigrante y autóctona, así como ofrecer una reflexión metodológica útil sobre los instrumentos de medida para el diseño de futuras encuestas de salud.

Métodos: La Encuesta General de Salud de la Ciudad de Madrid (2005) ha sido la fuente utilizada, comparando dos medidas para valorar los problemas de salud mental no psicóticos (test de Goldberg en su versión 12 ítems y una pregunta sobre morbilidad

diagnosticada) en la muestra de 16 a 65 años. Se analizó la consistencia de las diferencias en la prevalencia de mala salud mental estimada entre la población autóctona (n = 4.738) y la extranjera (n = 1.008) utilizando la prueba de Chicuadrado y los intervalos de confianza para la población de estudio de cada frecuencia obtenida en la muestra.

Resultados: No existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de mala salud mental entre la población inmigrante y autóctona pero, dependiendo del instrumento de medida utilizado, las diferencias son muy grandes. Según el GHQ-12 con punto de corte en más de 2 respuestas, el 20% de la población autóctona tiene mala salud mental (IC 95%, 18,6-20,9) frente al 22% de la población extranjera (IC 95%, 19,4-25,1); sin embargo, solamente el 8% de los autóctonos (IC 95%, 7,42-6,96) y el 6% de los extranjeros (IC 95%, 4,27-7,54) han sido diagnosticados de ansiedad y/o depresión por un médico. Estas desigualdades tienden a disminuir al incrementarse el tiempo de residencia de la población extranjera.

Conclusiones: Algunos instrumentos (GHQ-12) muestran deficiencias para conocer la prevalencia de mala salud mental en la población inmigrante y otros (morbilidad diagnosticada) son poco fiables al emplearse en una población con una utilización diferente de los servicios sociales y sanitarios ligada a limitaciones de orden cultural (idioma, hábitos) o legal (desconocimiento de derechos). Las diferentes oportunidades de las personas para ser diagnosticadas formalmente de alguno de estos trastornos, así como los distintos patrones culturales de ambas poblaciones, limitan la validez interna y externa de estos métodos de medida de la mala salud mental, usuales en las encuestas de salud.

11. Título: Prevalence of memory complaints. Transversal population study in the city of Madrid.

Autores: Montenegro, M.; Montejo, P.; Claver, M.D.; Fernández, M.A.; Maestú, F.

Resumen

Objetivos:

1. Estudiar la prevalencia de quejas de Memoria en Madrid.
2. Estudiar la distribución en la población según edad, sexo, clase social, estudios.

Material y métodos: El Estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal. La recogida de información ha sido la entrevista personal a partir de cuestionario estructurado a la población no institucionalizada residente en Madrid. Se ha realizado un muestreo por conglomerados en dos etapas. Muestra: 1.637 mayores de 64 años (edad media 74 a, DT: 6,9; rango: 65-102; 40% varones). Las preguntas son de quejas de memoria, orientación temporal y otras variables de salud.

Resultados: Presentan quejas de memoria el 32,4%. Olvida dónde pone las cosas el 24% y el nombre de familiares y conocidos (más grave) el 20%. Hay asociación con la edad, que va desde el 24% a los 65-69 años hasta el 57% a los 90 y más años ($p = 0,000$). Por sexos: refieren quejas 28,0% de varones y 35,2% de mujeres ($p = 0,002$). Hay asociación con las respuestas a todas y cada una de las preguntas de orientación temporal ($Eta > 0,33$ para todas las cuestiones). Hay asociación con la salud percibida (20% cuando es “excelente” a 42% cuando es “mala” o “regular” ($p = 0,000$)). Hay también asociación con las alteraciones funcionales, forma física, depresión, etc. Se hacen estudios de estas y otras variables controlando por edad y sexo fundamentalmente.

Conclusiones: Los datos de prevalencia de quejas de memoria son semejantes a algunos estudios. Hay asociación con variables que miden rendimiento cognitivo, salud general y síntomas psiquiátricos.

12. Título: Variables de salud y quejas de memoria en mayores. Estudio poblacional.

Autores: Montejo, P; Montenegro, M; Fernández, MA; Maestú, F.

Resumen

Objetivos: 1. Estudiar la relación de las quejas de memoria (QM) con calidad de vida y actividades de la vida diaria (AVD); 2. Estudiar la asociación con variables de salud: enfermedades, fármacos... 3. Encontrar entre estas variables las predictoras de quejas.

Material y métodos: El estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal: 1637 mayores de 64 años no institucionalizados que realizaron entrevista personal mediante cuestionario con preguntas de QM y otras variables de salud.

Resultados: Entre QM y calidad de vida hay asociación ($t = 10,95$; $p = 0,000$). Las personas con más limitación en las actividades sociales tienen más quejas (72,9%). La mayor asociación de las quejas se da con enfermedades como demencia, Parkinson, ACV, estreñimiento crónico y depresión o ansiedad; comparando entre no tener enfermedades (21,4%) y tener más de tres (50%), existe diferencia significativa ($\chi^2 = 51,104$; $p = 0,000$; V Cramer = 0,18).

El porcentaje de QM entre las personas que tienen alguna dificultad visual y/o auditiva es aproximadamente el doble que entre las personas que no tienen ninguna dificultad. Existe un incremento en el porcentaje de quejas según aumenta el consumo de fármacos y la utilización de servicios sanitarios. Variables predictoras de quejas: orientación temporal, dependencia-independencia según Lawton, áreas específicas como uso del teléfono y manejo de asuntos económicos, áreas de calidad de vida según COOP/WONCA (cambio en el estado de salud, dolor y percepción de la calidad de vida).

Conclusiones: Las QM se relacionan con variables de salud: calidad de vida, AVD, enfermedades, utilización de servicios sanitarios y consumo de fármacos.

13. Título: Estudio poblacional. Quejas de memoria en mayores: calidad de vida y actividades de la vida diaria.

Autores: Fernández Blázquez, M; Montenegro Peña, M.; Montejo Carrasco, P.; García Marín, A.; Reinoso García, A.I.; Andrés Montes, M.E.

Antecedentes

Las quejas de memoria (QM) son un fenómeno frecuente entre las personas mayores. Su estudio ha despertado un enorme interés entre los investigadores, ya que podrían ser un predictor de deterioro cognitivo e incluso demencia. En nuestro país no existen estudios poblacionales sobre la prevalencia de las QM y su asociación con otras variables de salud.

Objetivos

1. Estudiar la prevalencia de QM en la ciudad de Madrid.
2. Estudiar la asociación de las QM con calidad de vida y actividades de la vida diaria.
3. Encontrar las variables predictoras de QM.

Material y métodos

La “Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid” (2006) es un trabajo de investigación epidemiológico descriptivo transversal. De las 8.504 entrevistas que componen la encuesta original se seleccionaron las 1.637 realizadas a mayores de 64 años (edad media 74 años, DT=6,9; rango: 65-102 años; 40% varones). La recogida de información se realizó en el domicilio a través de un cuestionario sobre QM, calidad de vida (Cuestionario COOP/WONCA), actividades básicas (Índice de Katz) e instrumentales (Cuestionario de Lawton) de la vida diaria, enfermedades, medicación, aspectos sociales y económicos.

Resultados

La prevalencia de QM en personas mayores es del 32,4%. Existe asociación con la edad (24% a los 65-69 años; 57% a los 90 y más años; $p=0,000$) y el sexo (28% varones vs 35,2% mujeres; $p=0,002$). El mayor porcentaje de QM (73%) se relaciona con las mayores limitaciones en las actividades sociales. Existe asociación entre QM y calidad de vida (COOP/Wonca para quejas 25,62 (DT=6,09) vs COOP/Wonca sin quejas 22,33 (DT=5,28); $t=10,95$; $p<0,001$). Los sujetos independientes según el Lawton presentan un 26% de QM frente a los dependientes con un 52% ($\text{Chi}^2=97,36$; $V \text{ Cramer}=0,25$). Los sujetos no dependientes según el Katz tienen un 28% de QM frente a los dependientes que tienen un 60,9% ($\text{Chi}^2=94,64$; $V \text{ Cramer}=0,24$). El modelo de regresión logística con el método por pasos ($\text{Chi}^2=218,27$; $p<0,001$; R^2 de Nagelnerke=0,18) clasifica bien a los sujetos sin quejas (95%) pero mal a los sujetos con QM (25%). Se obtienen los siguientes predictores: dificultades en el uso del teléfono y la toma de medicación (Lawton), baja percepción del estado de salud y dificultades en las actividades sociales (COOP/WONCA).

Conclusiones

La prevalencia de QM es alta en mayores y se asocia a factores como calidad de vida y actividades de la vida diaria. Los problemas de salud y la baja percepción del estado de salud son elementos que influyen en otros aspectos de la vida, lo que a su vez incide en la percepción del estado de la memoria.

14. Título: Quejas de memoria, estado de salud, medicación y uso de servicios sanitarios: estudio poblacional.

Autores: Montejo Carrasco, P.; Fernández Blázquez, M.; Llanero Luque, M.

Resumen

Antecedentes

Durante los últimos años existe un interés creciente por el estudio de las quejas de memoria (QM) entre las personas mayores en tanto que pueden ser un predictor de deterioro cognitivo. Además del rendimiento cognitivo, factores como depresión, ansiedad, personalidad, calidad de vida, estado de salud y uso de servicios sanitarios pueden estar asociadas con las QM.

Objetivos Estudiar la asociación de las QM con variables de salud.

Material y métodos La muestra está tomada de la “Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid” (2006), un estudio poblacional descriptivo transversal. Del total de 8.504 entrevistas, se seleccionaron las 1.637 realizadas a mayores de 64 años (edad $X=74$ años; $DT=6,9$; rango: 65-102 años; 40% varones). A todos ellos se les pasó un cuestionario con preguntas sobre QM, aspectos de salud, presencia de enfermedades, toma de medicación y uso de servicios sanitarios.

Resultados La prevalencia de QM es del 32,4%. Existe asociación entre QM y valoración de salud (el 20% de sujetos que valoran su salud como excelente tienen QM vs el 41,7% que la valoran como regular o mala; $\chi^2=63,44$; $p<0,001$; $V\text{ Cramer}=0,20$), número de enfermedades (el 21,4% de sujetos sin enfermedad tienen QM vs el 50% de sujetos con más de 3 enfermedades; $\chi^2=51,10$; $p<0,001$; $V\text{ Cramer}=0,18$), número de medicamentos (el 24% de sujetos que toma una medicación tienen QM vs el 52,4% para los que toman más de 7; $\chi^2=46,12$; $p<0,001$; $V\text{ Cramer}=0,18$), uso de servicios sanitarios (el 50,3% tiene QM; $\chi^2=25,58$; $V\text{ Cramer}=0,13$) y problemas graves visuales y auditivos (el 72% de los sujetos tienen QM). El 90% de los pacientes con demencia y el 53% de sujetos con depresión/ansiedad informan de QM. Si eliminamos a estos sujetos del análisis, persiste la asociación entre QM y el resto de factores, aunque la fuerza de asociación disminuye ligeramente. La regresión logística obtiene un modelo significativo ($\chi^2=104,91$; $p<0,001$; R^2 de Nagelkerke=0,10) que predice bien a los sujetos sin QM (97,4%) pero mal a los que tienen QM (22,4%). Las variables predictoras son, por este orden: percepción del estado de salud, número de enfermedades y alteración visual o auditiva.

Conclusiones. Las QM están asociadas a numerosos factores (percepción del estado de salud, padecimiento de enfermedades, uso de servicios sanitarios, toma de

medicación y alteraciones visuales o auditivas), lo que indica la heterogeneidad del grupo de sujetos que informa de QM. Cuando alguien manifiesta QM no necesariamente indica la existencia de alteraciones mnésicas o cognitivas sino que pueden existir otros factores asociados.

15. Título: Calidad de vida en relación con la salud de las mujeres de una gran ciudad medida con las láminas COOP/WONCA .

Autores: Esteban y Peña M; Díaz Olalla JM; Pérez Álvarez MT; Rivero García A; Martín Martínez A; Galván Romo J.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue recoger la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) y los diferentes aspectos que la componen en mujeres de una gran ciudad.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo- analítico. Se aplicó el cuestionario COOP/WONCA, que valora la CVRS, dentro de una encuesta de salud administrada a 7.341 personas mayores de 16 años. Se realizó muestreo bietápico por conglomerados. Se recogen en la encuesta variables sociodemográficas, sanitarias y de factores condicionantes de la salud. Los datos se procesaron con el programa SPSS.

Resultados. Completaron 3.840 cuestionarios las mujeres con una puntuación media global de $20,84 \pm 5,04$ puntos (IC 95%:20,67-21,01). La puntuación media para cada dimensión fue: Forma física: $3,01 \pm 1,1$ (IC2,97-3,05), Sentimientos: $1,74 \pm 1,1$ (IC1,71-1,77), Actividades cotidianas: $1,53 \pm 0,9$ (IC1,5-1,56), Actividades sociales: $1,49 \pm 0,9$ (IC1,46-1,52), Cambio en el estado de salud: $2,93 \pm 0,6$ (IC2,91-2,95), Estado de salud: $2,93 \pm 0,9$ (IC2,9-2,96), Dolor: $2,12 \pm 1,38$ (IC2,08-2,16), Apoyo social: $2,64 \pm 1,09$ (IC2,61-2,67) y Calidad de vida: $2,43 \pm 0,7$ (IC2,41-2,45). Por clase social: Clase I-II: 19.8 puntos, III: 20.1 , IV : 21.4, V: 21.9 y X: 21.6. En otros colectivos: amas de casa: 20.06 puntos, mujeres con enfermedad crónica: 23, analfabetas: 25.32 y trabajadoras no cualificadas: 22.18.

Conclusiones. La calidad de vida de las mujeres es significativamente peor a la de los hombres en todas las dimensiones estudiadas ($p < 0.01$). Conforme se añaden factores de riesgo socio sanitarios la CVRS empeora en este género. Las mujeres tienen peor salud por indicadores de morbilidad crónica , de salud autopercebida , de valoración funcional y de salud mental, y por ende peor calidad de vida en relación con la salud .

16. Título: Estudio del consumo de medicamentos y de la frecuentación de servicios sanitarios en la Ciudad de Madrid

Autores : José Manuel Díaz Olalla, Mercedes Esteban y Peña, M^a Teresa Pérez Álvarez, Antonio Rivero García, M^a José González Ahedo y Jesús Galván Romo.

Resumen

Objetivos

Conocer el grado de medicalización de la vida diaria de los ciudadanos de una gran urbe analizando el consumo habitual de medicamentos y la frecuentación de servicios sanitarios, así como características del uso y consumo y la asociación con variables socioeconómicas.

Material y métodos

Tipo de estudio

Estudio transversal descriptivo y analítico de la población de una gran urbe mediante una Encuesta de Salud sobre población general.

Ámbito del estudio

Población de una gran urbe. Encuesta en domicilio en los individuos seleccionados sobre cuestionario preestablecido.

Sujetos

Muestra de 8.504 personas (error muestral de +/- 0,7%) representativa de la población general

Mediciones e intervenciones

Análisis descriptivo de las respuestas. La asociación entre variables dependientes de medicalización de la vida y los factores sociodemográficos se ha estudiado mediante un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados

Uno de cada dos adultos ha consumido medicación en las dos últimas semanas, el 8,8% de ellos sin prescripción. En todas las edades las mujeres consumen más medicamentos. Los fármacos más frecuentemente consumidos sin prescripción son los analgésicos-antipiréticos y los medicamentos para la tos o el resfriado.

El 26,4% de los entrevistados ha requerido algún tipo de asistencia médica en el mismo periodo. El uso del sistema sanitario es más frecuente en las clases sociales más bajas. La prevalencia de hospitalización en el último año es del 8%. El 17% de los entrevistados acudió a un servicio de urgencias durante el último año, siendo la proporción más elevada durante la infancia.

Conclusiones

El grado de medicalización de la vida cotidiana es elevado como demuestra este estudio realizado sobre población general.

17. Título: Estudio de la cumplimentación de actividades preventivas recomendadas por el PAPPS en la población general de una gran ciudad.

Autores: Díaz Olalla JM, Esteban y Peña M, Perez Alvarez MT, Rivero García A, Gutierrez Fernández FJ, Galván Romo J.

Objetivos.-

Conocer la frecuencia de la correcta cumplimentación de algunas actividades preventivas incluidas en el PAPPS según edades y sexos de la población adulta de una gran ciudad, así como características de los no cumplimentadores y la asociación con algunas variables sociodemográficas.

Material y métodos.

Estudio transversal descriptivo y analítico de la población de una gran urbe mediante Encuesta de Salud a 8.504 personas con un error muestral de +/- 0,7%. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas. La asociación entre variables dependientes de la correcta cumplimentación y los factores sociodemográficos se realiza según un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados.

El 75% y el 74% de la población realiza correctamente controles periódicos de tensión arterial y colesterol recomendados. Para la glucemia la proporción es del 69%. La frecuencia de correctamente controlados aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres. No hallamos asociación significativa con la clase social.

El 66% de las mujeres mayores de 15 años realiza una revisión ginecológica preventiva al menos una vez cada dos años, siendo mayor la realización al ascender en clase social y nivel de estudios.

Una mujer de cada 5 mayores de 45 años no se ha realizado nunca una mamografía. Esto es más común en las de clase social baja. El 62% de las mujeres estudiadas se ha realizado una citología preventiva en los últimos dos años.

Conclusiones.

Es interesante realizar este tipo de estudios en población general evitando el frecuente sesgo dependiente de realizarlos en los servicios sanitarios.

Aunque existe una elevada cumplimentación de actividades preventivas recomendadas, es preciso incrementar la frecuencia poblacional de su realización ya que son procesos fácilmente prevenibles, como es el cáncer de mama.

18. Título: Indicadores de expectativas de vida en buena salud en la Ciudad de Madrid.

Autores.- JM. Díaz Olalla, M. Esteban y Peña, MT. Pérez Álvarez, A. Rivero García, J. Gutiérrez Fernández, J. Galván Romo.

Antecedentes/objetivos: Los importantes incrementos en la supervivencia registrados en los últimos decenios han provocado un aumento significativo del número de personas mayores, el predominio de enfermedades crónicas y la incapacidad y, paralelamente, se observa una mayor insensibilidad de los indicadores clásicos basados en la mortalidad para evidenciar cambios en el estado de salud de la población. Se requiere explorar nuevas herramientas metodológicas capaces de recoger adecuadamente estos cambios. En el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid se estudian un conjunto de indicadores de expectativa de vida en salud, con el objeto de conocer la situación de los mismos, por grupos de edad y sexo, en relación a la esperanza media de vida al nacer y a diferentes edades.

Métodos: A partir de las tablas de vida abreviadas para la ciudad para el año 2004 elaboradas con datos del Movimiento Natural de la Población y del Padrón Continuo de Habitantes, y utilizando el método Sullivan para ajustar en cada generación de supervivientes algunos datos obtenidos en la Encuesta de Salud de la Ciudad (prevalencia de diferentes condiciones de autopercepción del estado de salud, de morbilidad crónica y de discapacidad) obtenemos los indicadores de esperanza de vida en buena salud percibida (EVBS o HALE), Esperanza de Vida sin Discapacidad (EVSD o DALY) y Esperanza de Vida Libre de Morbilidad Crónica (EVLMC).

La Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid es una herramienta para generar información no disponible sobre la salud y sus condicionantes de los ciudadanos madrileños, a partir del interrogatorio de 8.504 personas seleccionadas mediante muestreo bietápico tras estratificar por edad y sexo y que representan al conjunto de la población.

Resultados: Aunque la esperanza de vida al nacer en la Ciudad de Madrid en el año 2004 es de 77,68 años en los hombres y 84,91 años en las mujeres, la EVBS es similar en ambos (algo más de 63 años), por lo que en la actualidad, en el momento del nacimiento se puede calcular que los hombres madrileños vivirán un 18,51% de su vida con mala salud, mientras que las mujeres se encontrarán en esa precaria situación más de una cuarta parte de su existencia. La EVLMC al nacer es de 43,9 años para hombres y 40,6 años para las mujeres, mientras que la EVLD entre los que alcanzan la edad de 20 a 24 años es de 38,3 años para ellos frente a 39,6 años para ellas.

Conclusiones: Adquiere gran interés para la investigación epidemiológica del Estado de Salud de una población el cálculo de expectativas de vida en buena salud. En este sentido la posibilidad de integrar datos de diferente naturaleza y origen se plantea como una aportación al método del máximo interés. No obstante, la comparación con indicadores calculados para otras zonas es difícil por existir aún importantes discrepancias metodológicas en la bibliografía.

Como es conocido estos indicadores definen una importante desventaja de género.

19. Desigualdades en salud entre la población de Madrid nacida en la ciudad y en el resto de España

Autores: JM Díaz Olalla, N Aerny, A Antona, M M Esteban y Peña, D Malmusi, U Martín, A Bacigalupe.

Antecedentes/Objetivos: Los centros de desarrollo económico de España recibieron importantes contingentes de ciudadanos procedentes de zonas más deprimidas del país durante la segunda mitad del Siglo XX. La Ciudad de Madrid fue uno de los polos de atracción de este éxodo junto con Catalunya y el País Vasco. Estudios realizados en estas dos últimas comunidades autónomas muestran que la población que migró del resto del Estado tiene actualmente peores niveles de salud que la población autóctona, parcial pero no totalmente explicados por su peor posición socioeconómica. Este trabajo pretende identificar desigualdades en la salud autopercibida de dichas poblaciones en los

residentes en Madrid y, de encontrarse, su posible asociación con otros factores sociodemográficos.

Metodología: Estudio transversal de población no institucionalizada de 50 a 79 años nacida en el Estado español con datos de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid de 2005 (n=2.619). Se utilizaron modelos log-binomiales para calcular Razones de Prevalencia (RP) de mala salud autopercebida, según lugar de nacimiento (Ciudad de Madrid o resto del Estado), ajustadas por edad y estratificadas por sexo y clases sociales (no manuales y manuales).

Resultados: Las personas migradas de otras zonas del Estado presentan peor salud autopercebida que las nacidas en la Ciudad de Madrid, en especial las mujeres (RP ajustadas por edad en mujeres 1,55 con un IC95%: 1,24-1,93; en hombres 1,25 con IC95%: 0,96-1,62). Tras estratificar por clase social, observamos que tales diferencias persisten en las mujeres pertenecientes a clases manuales permaneciendo significativas en este grupo (RP ajustada por edad 1,46 con un IC95%: 1,08-1,97). No sucede así entre los hombres y mujeres de clases sociales no manuales.

Conclusiones: La población migrada internamente en España durante la segunda mitad del siglo XX constituye más de la mitad de los residentes en la Ciudad de Madrid entre los 50 y los 79 años de edad. Presentan peor salud autopercebida que los nacidos en Madrid. Estas diferencias son mayores en las mujeres que en los hombres y, en ellas, el efecto puede ser atribuido, en parte, a la importante proporción de mujeres de clases sociales más desfavorecidas que componen el grupo de migrantes. Otros estudios tendrían que analizar el fenómeno en otros indicadores de salud, el peso que puedan tener otras características socioeconómicas condicionantes y las posibilidades de incidir desde las políticas en la modificación de estas desigualdades.

20. Título: Prevalencia de patología crónica y utilización de servicios por la población inmigrante en la Ciudad de Madrid.

Autores: E. Villasevil Llanos, JM. Díaz Olalla, M M. Esteban y Peña, MT. Pérez Álvarez, González Ahedo M J, J. Galván Romo.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de patología crónica y la utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante en la Ciudad de Madrid e identificar diferencias con la población autóctona.

Material y Métodos: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid año 2005, poblacional representativa de 21 distritos. Realizada a 8504 personas con un error muestral con el efecto del diseño de $\pm 0,7\%$, con población del padrón a 1/Sep/2004. 7341 personas son mayores de 15 años, el 13% (953) inmigrantes económicos (procedentes de Europa del Este, África y América del Sur).

Se considera mala salud mental puntuaciones >2 en el GHQ-12. Se han considerado las prácticas preventivas recomendadas por el PAPPS.

Para el análisis de los resultados se han construido modelos de regresión logística multivariante.

Resultados: Prevalencia de morbilidad crónica en los inmigrantes del 33,6%, frente 55,6% en la población no inmigrante. Tras controlar el efecto de los factores sociodemográficos, ésta sigue siendo menor en los inmigrantes, OR=0,60 (IC95%: 0,51-0,70).

Prevalencia de mala salud mental mayor en los inmigrantes que en el resto de la población (21,9% vs 18,7%). Las diferencias desaparecen al controlar por los factores sociodemográficos, OR= 1,14 (IC95%:0,95-1,38).

La población inmigrante utiliza menos los servicios sanitarios: han visitado menos al médico las 2 últimas semanas, OR= 0,80 (IC95%: 0,67-0,96) y han utilizado menos los servicios de salud mental, OR=0,33 (IC95%: 0,23-0,48).

El cumplimiento combinado de las prácticas preventivas del Programa de Prevención Cardiovascular es menor en inmigrantes, OR 0,57 (IC95%: 0,49-0,66). No hay diferencias según procedencia, pero cumplimiento mayor en aquellos que llevan en España $\geq 2,5$ años.

No hay diferencias en la vacunación correcta autorreferida de tétanos en adultos (69,6% en inmigrantes vs 65,5% resto de población) ni en el seguimiento en consulta ginecológica preventiva (69,6% inmigrantes vs 65% resto). Las mujeres latinas acuden adecuadamente a estas consultas en mayor proporción (73% vs 55,8% europeas y 59,8% africanas).

Conclusiones: La prevalencia de morbilidad crónica en los inmigrantes económicos es menor que en la población no inmigrante. La edad de esta población y es menor que la del resto, pero aún controlando por la edad este efecto se mantiene.

La prevalencia de mala salud mental es mayor en los inmigrantes, aunque no de manera estadísticamente significativa.

Esta población acude menos al médico, utiliza menos los servicios de salud mental y cumplen menos las prácticas preventivas recomendadas por el PAPPS en el Programa de Prevención Cardiovascular. Sin embargo, no hay diferencias en cuanto a la vacunación de tétanos en adultos y en el seguimiento en consulta ginecológica preventiva.

21. Título Asociación entre determinadas variables socio-económicas e indicadores de salud a nivel territorial y a nivel individual en la Ciudad de Madrid.

Autores: J. M. Díaz Olalla, M. Esteban y Peña, E. Villasevil Llanos, M.J. González Ahedo, J. Galván Romo. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes. En el contexto del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2006 se ha estudiado la asociación a nivel territorial (los 21 distritos municipales) y a nivel individual (los individuos que compusieron la muestra de la Encuesta de Salud) la asociación entre determinadas variables socioeconómicas y algunos indicadores de salud. Se pretende conocer la relación entre esos factores condicionantes y la propia salud de los madrileños para identificar desigualdad social y territorial en la salud, de qué factores depende y planificar intervenciones sanitarias en términos de equidad.

Métodos. A partir del análisis de datos disponibles en diferentes registros caracterizamos la posición socioeconómica de los distritos municipales. También extraemos información socioeconómica individual a partir de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 05. Estudiamos el grado de asociación de estas variables con indicadores de salud elaborados a partir de la información de registros sanitarios o procedentes de la propia encuesta. A nivel ecológico utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson presentando las asociaciones que obtienen valores de r que exceden $\pm 0,7$ (si $p < 0,05$). Para el análisis individual sometemos la asociación de variables a un modelo de regresión logística multivariante con el fin de controlar el efecto de factores sociodemográficos confusores presentando las que obtienen Odds ratio (OR) mayores de 1,5 (si $p < 0,05$).

Resultados. Encontramos a nivel territorial en los distritos de la ciudad buenos niveles de asociación entre renta per cápita y exceso de peso (r de $-0,748$), mortalidad por causas respiratoria en hombres (r de $-0,771$) y mortalidad prematura por todas las causas (r de $-0,700$). El desempleo se correlaciona bien con la mortalidad prematura por todas las causas en hombres (r de $0,751$) y en ambos sexos (r de $0,704$). Con el bajo nivel

educativo hallamos buena asociación para el exceso de peso (r de 0,754). A nivel individual encontramos que pertenecer a una clase social desfavorecida (clases IV y V respecto a I y II) incrementa el riesgo de tener mala salud autopercebida (OR de 2,5), mala salud mental (OR 1,7), presencia de enfermedad crónica (OR 1,5) y exceso de peso (OR 1,6). El bajo nivel de estudios (analfabetismo funcional respecto a estudios superiores) incrementa el riesgo de dependencia (OR mayor de 2) y de sedentarismo (OR 1,5).

Conclusiones. Diferencias territoriales en variables socioeconómicas explican con claridad desigualdades en salud en la Ciudad de Madrid. A nivel individual la clase social predice con eficiencia la probabilidad de sufrir enfermedad crónica y mala salud mental, y el nivel educativo la probabilidad de dependencia.

22. Título: Perfil de los hábitos saludables en los ciudadanos mayores de la Ciudad de Madrid

Autores: M M. Esteban y Peña, JM Díaz Olalla, A. Martín Martínez, MT. Pérez Álvarez, A.Rivero Garcia, C. Ortiz Fuillerat, J. Galván Romo.

Instituto de Salud Publica .Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/objetivos: Desde que en 1993 Mc Ginnis y Foege publicaran los principales factores modificables (no genéticos) y los clasificaran como “causas reales de muerte” ,las intervenciones en estilos de vida pueden producir cambios sustanciales .El objetivo del presente estudio es conocer el perfil de hábitos saludables que tienen las personas mayores de nuestra ciudad .

Métodos: Encuesta de Salud en la Ciudad de Madrid año 2004-2005.Se realizaron 1595 cuestionarios a mayores de 65 años, de 8504 en total con muestreo por conglomerados bietápicos estratificados en 21 distritos , con un mínimo de 381 entrevistas por unidad territorial. El cuestionario plantea preguntas socio-sanitarias incluyendo cuestiones referentes a alimentación, ejercicio físico, tabaco, alcohol y accidentes entre otras .Las variables se han desagregado por sexo, grupos de edad , distritos etc ...

Resultados: El seguimiento de las recomendaciones según la estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) por grupos de alimentos en los mayores es la siguiente: en fruta fresca (84,8%), siguen la sugerencia , en carne (45,1%),

huevos (19,8%), pescado (51,3%), pasta, arroz, patatas (19,2%), pan, cereales (83,3%), verduras y hortalizas (47,1%), legumbres (28,3%), embutidos y fiambres (80,3%), productos lácteos (83,4%) y dulces (46,6%). El 21% de los mayores realiza actividad física con regularidad en su tiempo libre. El 8.3% fuma diariamente y el 2% bebe de forma moderada. El 7.2% de los mayores de 65 años de la Ciudad de Madrid ha sufrido en los últimos doce meses un accidente.

Conclusiones: La realidad en los llamados hábitos y estilos de vida de la población mayor es distinta a la población adulta, en algunos casos como la alimentación, tabaco o alcohol con un patrón mas saludable, en otros como el ejercicio o los accidentes reflejan peores resultados. Es por tanto fundamental el ajuste de los programas de educación en esta población a la realidad de nuestra ciudad.

23. Título: Resultados de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid.

Autores: José Manuel Díaz Olalla, M^a José González Ahedo y Mercedes Esteban y Peña.

madrid salud INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Evaluación y Calidad

ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2006

Autores: Pérez Álvarez M.T.; González Ahedo M.J.; Díaz Olalla J.M.; Rivera García A.; Esteban Peña M.; Galván Romo J.
XXXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Logroño. Octubre 2006

Objetivos

- Conocer estado de salud (de la ciudad y de los ciudadanos) y lo factores que les influyen
- Orientar la actividad municipal hacia la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos (individual y colectivamente)

Metodología

Fichatécnicas:

- Entrevista personal en el hogar
- Muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y distrito. (Padrón 1 enero 2004)
- Muestra: 8.504 entrevistas:
1.163 < 16 a.; 5.746 adultos y 1.596 > 65 a.

Control de calidad:

- Error muestreo: $\pm 1\%$ para toda ciudad y de $\pm 4,7\%$ por distrito (pq confianza 95%)
- Dos cuestionarios diferenciados: Infantil y adulto
- Variables objetivas de control
- Valoraciones encuestado
- Escalas de valoración validadas y estandarizadas: *WONCA, Kidscreen, Katz, Lawton, GHQ 12*

Diagrama de flujo de la metodología:

- Representatividad: Selección estadística. Elatario con base poblacional
- Fiabilidad: Muestras sucesivas sufriendo para asegurar estimaciones con poca margen de error
- Control de calidad: Control de calidad continuo. Muestreo de respuesta
- Control en sala: Escalas validadas. Preguntas abiertas con respuestas no validadas
- Control de calidad: Control de calidad continuo. Muestreo de respuesta

Diagrama de estratificación:

- Distrito: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
- Sexo: Masculino, Femenino
- Edad: 0-15, 16-64, 65+
- Control de calidad: Control de calidad continuo. Muestreo de respuesta

24. Título: Resultados de la valoración de la dependencia funcional en los mayores de 65 años de la Ciudad de Madrid durante el año 2004-2005.

Autores: Esteban y Peña MM; Diaz Olalla JM, M; Galván Romo J; Perez Alvarez Mt; Rivero Garcia A.

Objetivos: La valoración funcional resulta de capital importancia en la evaluación de las personas mayores, con objeto de conocerla en los ciudadanos de Madrid, tanto en sus aspectos básicos como en los instrumentales. Se ha introducido en el estudio de salud que se está llevando a cabo para toda la ciudad (encuesta de salud 2005) instrumentos de probada sensibilidad y especificidad para la medición de la dependencia como son las escalas de Katz y de Lawton.

Metodología: Se han estudiado 15.956 personas de más de 65 años en el año 2004-2005 de los cuales el 61.2% son mujeres y el 38,8% son hombres con unas edades medias de 75.1 y 74 años respectivamente extraídas del padrón municipal de habitantes por muestreo aleatorio estratificado por distrito, edad y sexo en los 21 distritos de la Ciudad de Madrid, se ha utilizado el cuestionario de Lawton para las actividades instrumentales (uso del teléfono, compras, cuidado de la casa, preparación de la comida, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad en la medicación o manejo de asuntos económicos) y el de KATZ para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, lavado, vestido, continencia ,traslado, baño o ir al servicio) todo el análisis se ha efectuado con el programa estadístico SPSS.

Resultados: la dependencia funcional instrumental a través del cuestionario de Lawton es de 24.2% (22-26,2 para 95%) para el conjunto de los mayores de la ciudad siendo del 19.4% en hombres y 27.3% en mujeres ($p < 0.01$). Por grupos de edad supone el 11.3% en el grupo de 65 a 74 años , 29.2 % para el estrato de 75 a 84 años y del 76% en el de 85 y mas años ($p < 0.001$).con respecto a la valoración de las actividades básicas de la vida diaria el 14,1% (12.39-15.81 para 95%) de todos los mayores resultan dependiente, resultando el 10.7 % de los hombres y 16.3 % de las mujeres ($p < 0.001$) , por tamos de edad son el 5.8% en el grupo de 65 a 74 años , el 15.6% en el grupo de 75 a 85 años y el 53.1% en el de 85 y mas años ($p < 0.001$) las personas con este tipo de dependencia .

Conclusiones: La dependencia de los mayores de la Ciudad de Madrid se sitúa en unos rangos similares a los de la población española. Se aportan datos de incuestionable importancia para la planificación de servicios de apoyo social como ayuda SAD (Servicio de Ayuda Domiciliaria), ayudas de transporte, centros de día y de mayores entre otros recursos sociales.

25. Título: Estudio descriptivo de indicadores de fecundidad en la Ciudad de Madrid y sus Distritos Municipales según edades y nacionalidad de las madres.

Autores: Díaz Olalla J.M.; Esteban y Peña M.; Pérez Álvarez M.T.; Rivero García A.; Galván Romo J.

Objetivos: Conocer el peso real que la dinámica de fecundidad de las mujeres inmigrantes tiene en el aumento de la natalidad que se detecta en la Ciudad de Madrid en los últimos años. Calcular y analizar los indicadores de fecundidad de las mujeres españolas y extranjeras, tanto globales como específicos por edades, para valorar las diferencias en fecundidad por origen, edades y ubicación de residencia que en la actualidad se dan en la Ciudad de Madrid y en sus Distritos Municipales.

Metodología: Se calculan, a partir de la información registrada en la Estadística de Movimiento Natural de Población del año 2003 del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, las Tasas Generales de Fecundidad, las Tasas Específicas de Fecundidad por edad, y el Índice Sintético de Fecundidad en Madrid y sus Distritos Municipales para el conjunto de las mujeres que residen en la Ciudad de Madrid y en cada uno de sus Distritos.

Resultados: En el contexto del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 se analiza con sumo interés la información relativa a la fecundidad. En el conjunto de la Ciudad de Madrid, en el año 2003, nacieron 39 niños por cada mil mujeres de 15 a 49 años (Tasa General de Fecundidad), situándose el Índice Sintético de Fecundidad en 1,22 niños por cada mujer a lo largo de toda su vida fértil. Ambos indicadores son inferiores a los que presenta la Comunidad de Madrid (43,76 y 1,36 respectivamente) y España (40,57 y 1,30). Por Distritos Municipales aparecen en cabeza en estos indicadores de fecundidad: Vicálvaro (58,30 y 1,73), Barajas (54,72 y 1,67) y San Blas

(50,66 y 1,48). El Distrito que presenta la fecundidad más baja es Chamberí donde, al final de su vida fértil, cada mujer ha tenido menos de un niño de promedio (ISF de 0,99).

Cuando se analizan estos indicadores por origen de las madres observamos que mientras las españolas presentaron ese año en toda la ciudad una TGF de 36,7 niños por mil mujeres, las extranjeras mostraban una de 45,2. El ISF es de 1,15 para las españolas y 1,38 para las extranjeras. En los Distritos donde más fecundidad general se registra, las mujeres españolas igualan los datos de las extranjeras.

Del total de nacimientos, 13,18 niños nacen por cada mil mujeres adolescentes (15 a 19 años). El embarazo adolescente es más frecuente en la Ciudad que en la Comunidad Autónoma y que en el Estado, que tienen tasas de fecundidad (TGF) de 9,01 y 9,96 respectivamente. Dentro de la ciudad es máximo en los Distritos de Centro, Vicálvaro, Tetuán y Usera, y muy escaso en Retiro y Chamartín. El embarazo en adolescentes es más frecuente en más de siete veces entre chicas inmigrantes que entre las españolas (TGF específica para 15-19 años es 46,89 y 6,99 respectivamente). La paridad en estas edades de riesgo es máxima entre las extranjeras de Tetuán, Centro y Vallecas, dándose la circunstancia de que en Retiro, Arganzuela, Chamberí, Salamanca y Chamartín el embarazo adolescente está protagonizado por chicas extranjeras en la práctica totalidad de los casos.

Conclusiones: Se registra un importante repunte de las cifras de natalidad en la Ciudad de Madrid en armonía con lo que ocurre en el conjunto del Estado. En el año 1992 la Tasa Bruta de Natalidad en la ciudad fue de 9 por 1000 habitantes, descendiendo desde entonces hasta alcanzar su cifra más baja en 1995 con una Tasa de 8,55. Comienza a incrementarse desde entonces llegando en 2004 a alcanzar la cifra de 9,95 por mil. Se reconoce el hecho de que este cambio se debe en gran parte a la presencia de importantes cantidades de mujeres inmigrantes en edades fértiles que en los últimos años han fijado su residencia en España y en Madrid. Estas mujeres presentan una tendencia de fecundidad inercial más parecida a las comunes en sus países que a las habitadas entre mujeres españolas, que son de las más bajas del mundo. Esto se observa con nitidez en el análisis de los indicadores de fecundidad en Madrid y sus Distritos. No obstante con rapidez se alejan de los indicadores habituales en sus países de origen (ISF para el periodo 2000-2005 de 2,8 en Ecuador y en Marruecos y de 2,6 en Colombia, por ejemplo) con frecuencia por encima del umbral del relevo generacional.

Esta dinámica, muy determinada por condiciones de vida y de trabajo, por el acceso de la mujer a los métodos anticonceptivos y, en general, por las condiciones de vida, tiende a acercarse con rapidez a los rangos habituales entre las mujeres españolas.

Se detectan importantes diferencias de fecundidad en la Ciudad de Madrid siendo mayor en aquéllos distritos con más cantidad de inmigrantes y peores indicadores de renta. El embarazo entre adolescentes es mucho más frecuente entre las mujeres inmigrantes. La mayor fecundidad general registrada entre mujeres inmigrantes y lo importante del embarazo adolescente en ellas explica datos tales como la mayor proporción relativa de Interrupciones Voluntarias de la Gestación que en este grupo se viene registrando.

26. Título: Principales causas que provocan mortalidad prematura en el año 2002 en la Ciudad de Madrid.

Autores: Diaz Olalla JM; Esteban y Peña M; Galvan Romo J;Perez Alvarez Mt; Rivero Garcia A.

Objetivos: Dentro del análisis de la mortalidad que se configura en el estudio de salud de la Ciudad de Madrid 2005, el calculo de los años potenciales de vida perdidos (apvp) resulta de importancia capital al sopesar el impacto relativo de la mortalidad en las diferentes edades, destacando la que produce mortalidad precoz al dar un peso distinto y asignando mas relevancia a aquellas muertes que ocurren en las edades mas tempranas de la vida.

Metodología: Se calculan los años de vida potencialmente perdidos, junto a sus tasas brutas y ajustadas por 1000 habitantes y para cada sexo sobre la base de la población del padrón municipal del año 2002 junto con las defunciones del mismo año ,proporcionadas por el instituto de estadística de la Comunidad de Madrid, los grupos de población han sido valorados desde 1 año a los 70 según recomendaciones de Romeder y Mc Whinmie, por población estándar se ha empleado la de la Ciudad de Madrid 2002 y para la clasificación de las causas de muerte se ha empleado la cie-10 . El cálculo se ha realizado con el programa Epidat 3.0

Resultados: Para todas las causas en la Ciudad de Madrid en el año 2002 los varones perdieron 52,12 años por cada 1000 habitantes y las mujeres 21.32 años por mil. Por

tumores los hombres perdieron por cada 1000 habitantes 15,72 años, por causas externas y traumatismos 10,28 años, por las enfermedades del sistema circulatorio 7,89 años, a consecuencia de dolencias del aparato digestivo 3,60 años y del sistema respiratorio 2,53 años. Las mujeres por tumores perdieron 9,16 años por cada 1000 habitantes, por causas externas y traumatismos 2,64 años, por enfermedades del sistema circulatorio 2,43 años, por problemas del aparato digestivo 1,01 años y del sistema respiratorio 1,08 años.

Conclusiones: Existe en los varones de la Ciudad de Madrid una considerable sobremortalidad calculada en número de años potencialmente perdidos y en la tasa ajustada por edades de ese indicador, muy especialmente llamativa en los cuatro principales grupos de la cie-10, siendo muy relevante la mortalidad precoz producida por traumatismos y causas externas donde el riesgo de mortalidad precoz para los varones es cinco veces superior al de las mujeres.

27. Título: Esperanza de vida en la Ciudad de Madrid.

Autores: M. Esteban y Peña, JM. Díaz Olalla, E. Villasevil Llanos, A. Arribas de la Vieja, A. Antona Rodríguez, J. Galván Romo.

Antecedentes/objetivos: La Esperanza de Vida al Nacer (EMVN) es un buen indicador para aproximarnos al nivel de salud, por reflejar los niveles sanitarios, sociales y de mortalidad. Nuestro objetivo es conocer la EMVN para la ciudad y distritos municipales, del año 2002, así como las causas de las diferencias interdistritos.

Métodos: Para su cálculo se empleó la mortalidad del año 2002, Movimiento Natural de Población, y la población del año 2002 del Padrón Continuo de Habitantes. Las tablas de vida y las probabilidades de muerte, se han realizado con el programa Epidat 3.0, que termina con el grupo de 85 y más años.

Resultados: La EMVN en Madrid es 77,1 años para los varones, 85 para mujeres y 81,3 en conjunto. Por distritos municipales corresponde a:

	Total	Hombres	Mujeres
Madrid	81,3	77,1	85
Centro	79,3	74,3	83,6
Arganzuela	82,1	77,7	85,8
Retiro	80,5	76,5	83,8
Salamanca	83,0	78,9	85,9
Chamartín	81,7	77,8	84,9
Tetuán	81,6	76,9	85,5
Chamberí	81,8	77,0	85,4
Fuencarral-El Pardo	82,5	78,5	86,1
Moncloa-Aravaca	80,4	76,5	83,9
Latina	81,7	78,2	84,9
Carabanchel	80,7	76,6	84,5
Usera	80,0	75,1	84,9
Puente de Vallecas	80,3	76,1	84,3
Moratalaz	81,4	77,6	84,9
Ciudad Lineal	81,4	76,6	86
Hortaleza	81,2	77,3	84,9
Villaverde	80,7	77,2	84
Villa de Vallecas	79,1	76,0	82
Vicálvaro	80,3	76,5	84,1
San Blas	81,4	77,6	84,8
Barajas	80,8	77,1	84,3

En Retiro se encontró un erróneo exceso de mortalidad infantil, debido a la presencia de un establecimiento sanitario.

En Usera el análisis por barrios determinó una EMVN muy baja en hombres de Orcasur y de San Fermín: 71,59 y 72,79 años.

Para Moncloa-Aravaca, hay un aumento en la probabilidad de morir en las mujeres de edades más avanzadas.

Conclusiones: Existen importantes diferencias en EMVN entre distritos municipales: 3.9 años entre el mejor y el peor. Internamente entre los barrios observamos también diferencias importantes.

Existen factores no económicos o socio-sanitarios que influyen en la EMVN como son el registro, o la presencia de instituciones (centros residenciales de personas mayores) a considerar.

3.2 ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

1. Título: Impact of the most frequent chronic health conditions on the quality of life among people aged >15 years in Madrid.

Autores: Esteban y Peña MM., Jimenez Garcia R., Díaz Olalla JM, Villasevil Llanos E, Gil de Miguel Á, Fernandez Cordero X.

European Journal of Public Health. 2010 Feb; 20(1):78-84.

Abstract

Background: This study sought to ascertain to what degree health-related quality of life (HRQL) in the City of Madrid was affected by each of the most frequent chronic health conditions, and the specific quality-of-life (QL) domains on which such health conditions had the greatest impact, taking co-morbidity and socio-demographic variables into account. **Methods:** A descriptive, analytical, cross-sectional study was conducted covering 7341 subjects aged ≥ 16 years in the City of Madrid. Data were collected on self-reported diagnosed morbidity, including hypertension, hypercholesterolaemia, varicose veins, diabetes, chronic asthma/bronchitis, myocardial infarction/angina pectoris, stomach problems, allergy, arthrosis/arthritis or rheumatism, depression/anxiety, cataracts, cerebrovascular accidents (CVACs), chronic constipation, osteoporosis and Alzheimer's disease or dementia. HRQL was measured using the COOP/WONCA questionnaire. The effects of diagnosis, age, social class, gender and the co-morbidity were analysed using a multivariate analysis of covariance (ANCOVA). **Results:** The chronic health conditions that registered the worst overall mean scores on the COOP/WONCA questionnaire were Alzheimer's disease or dementia, Parkinson's disease, fibromyalgia, CVACs and depression, with scores of over 26 points in all cases. After the introduction of socio-demographic variables in the model, the highest values of Snedecor's F-test corresponds to depression ($F = 461.63$), 'arthrosis/arthritis or rheumatism' ($F = 175.41$), Alzheimer's disease or dementia ($F = 65.70$), gastric disorders ($F = 65.17$), cancer ($F = 43.08$) and CVACs ($F = 41.65$). **Conclusions:** Depression and 'arthrosis/arthritis or rheumatism' are the two chronic health conditions, which have the greatest impact on HRQL in Madrid's citizens, therefore is mandatory to propose and implement public health strategies that would reduce the prevalence and morbidity of such disorders.

2. Título: Migration and Health. The relationship between self assessment of health and diagnosed morbidity in young adults.

Autores: Juárez, S.

Grupo de Estudios de Población y Sociedad (GEPS),2009. disponible en: http://www.geps.es/uploads/tx_geps/DT001_III_2009.pdf

Abstract

Objective: Studies from the public health and epidemiologic fields consider selfassessment of health as a solid measure of general health due to its predictive ability in relation to mortality. Although its use has been generalized to every rank of age, this finding has been confirmed exclusively for elderly populations. The present research tries to tackle the relationship between self-perception and objective measures of health from a different perspective, studying the relationship between self-perception of health and diagnosed morbidity in a young adult population. This topic will be further explored from a comparative perspective between immigrants and Spaniards, taking into account Spain's new demographic context of as a country receiving immigration. **Design.** Data has been taken from the 2005 General Health survey for the city of Madrid (ESCM'5).

Results: There are differences in the way in which immigrants and Spaniards understand the scale of perception. Objective measures have in both cases a significant impact on the self-assessment of health although they are affected by a different structure of morbidities. The state of mind of the individual also has a significant impact in the way both groups assess their health but less than objective measures.

Keywords: self-perception, migration, health, morbidity, young adults.

3. Título: Coverage and predictors of influenza vaccination among adults living in a large metropolitan area in Spain: A comparison between the immigrant and indigenous populations.

Autores: Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andres A, Esteban y Peña M.M, Gil de Miguel Á.

Vaccine. 2008; 26(33):4218-23.

Abstract

This study sought to evaluate influenza vaccination coverage in Madrid (Spain). Coverages were estimated for vaccine target groups and special attention was placed on the immigrant population. Individual data from 7341 adults included in the Madrid City Health Survey conducted in 2005 was used. Overall influenza vaccination coverage was 24%. Compliance with age-based influenza vaccine guidelines (≥ 65 years) was 63.9%, among those < 65 years who had an associated chronic condition, it was 37.9% and 24.1% among HCWs. Immigrants accounted for 12.4% of the sample. Overall crude coverage was significantly lower among immigrants than among the indigenous population (11.2% vs. 25.9%), but once the multivariate analysis had been performed, the association became non-significant. In conclusion, it must be said that all the available evidence indicates an inadequate level of influenza vaccination coverage among HCWs and high-risk subjects < 65 years. On the other hand, coverages among subjects aged ≥ 65 years are acceptable and there is no observable difference in vaccine use between immigrants and indigenous subjects. Strategies that have demonstrated their effectiveness in enhancing vaccination coverages should be applied in Madrid.

4. Título: Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid.

Autores: Marín-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac J.L, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas J.R, Regidor E, Rodriguez-Artalejo F.

Medicina Clinica 2009 (en prensa).

Resumen:

Fundamento y objetivo: En España no hay estudios sobre la magnitud de la obesidad en la población adulta inmigrante. El objetivo de este trabajo es presentar la frecuencia y la distribución de la obesidad en los inmigrantes residentes en la Ciudad de Madrid. **Material y método:** Se seleccionaron sujetos de entre 18 y 64 años de edad. El índice de masa corporal se utilizó como estimador de obesidad. El estatus de inmigrante se definió según el país de nacimiento. Los resultados presentan la prevalencia bruta y ajustada de la obesidad para los diferentes grupos de inmigrantes.

Resultados: El porcentaje de obesos fue mayor entre los inmigrantes que entre la población española, a excepción del grupo de occidentales. Según sexo, los inmigrantes varones de Europa del Este y Latinoamérica y las mujeres procedentes de África-Asia y

Europa del Este fueron los más obesos. Conclusiones: La mayor prevalencia de obesidad entre los inmigrantes también se ha observado en estudios realizados en otros países. Esta alta prevalencia de obesidad entre los inmigrantes podría deberse a una exposición más intensa a factores obesógenos, tanto antes de su llegada como durante su residencia en España.

5. Título: La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España.

Autores: Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla J.M.
Gaceta Sanitaria. Mayo 2009. 23:4–11.

Resumen:

Objetivo: Comparar la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante y por la población autóctona. **Métodos:** Se ha utilizado la información proporcionada por cuatro encuestas de salud realizadas alrededor del año 2005: de Cataluña en 2006, de la ciudad de Madrid en 2005, de Canarias en 2004 y de la Comunidad Valenciana en 2005. Los servicios sanitarios investigados han sido médico general, médico especialista, servicio de urgencias, hospitalización y dos servicios preventivos: citología vaginal y mamografía.

Resultados: En líneas generales, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la española la mayoría de los servicios sanitarios. La consulta al médico general y la hospitalización constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una menor diferencia en su frecuentación entre ambas poblaciones, mientras que el médico especialista y los servicios preventivos constituyen los servicios sanitarios en que se ha encontrado una mayor diferencia. En la consulta al médico general y la hospitalización es donde los hallazgos son más heterogéneos, ya que algunos grupos de inmigrantes presentan una frecuencia relativamente alta en algunos ámbitos geográficos y una frecuencia relativamente baja en otros.

Conclusiones: Los resultados reproducen los observados en otras investigaciones realizadas en países del entorno social y económico de España, y al igual que sucede con la evidencia disponible, no se pueden sugerir explicaciones. Las investigaciones futuras

deberían probar a utilizar otros tipos de estudios y a contrastar explicaciones no sugeridas hasta ahora por la comunidad científica.

6. Título: Length of residence and obesity among immigrants in Spain.

Autores: Marín-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac J.L, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas, J.R , Regidor E, Rodriguez-Artalejo F.

Public Health Nutrition 2009.

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVE: There are no studies in Spain on the extent of obesity in adult immigrants. The aim of this paper is to present the frequency and distribution of obesity among immigrants living in Madrid. **PATIENTS AND METHOD:** We selected subjects between 18 and 64 years of age. Body Mass Index was used as an estimator of obesity. Immigrant status was defined according to country of birth. The results show the unadjusted and adjusted prevalence of obesity for different immigrant groups. **RESULTS:** The percentage of obesity was higher in the immigrant population than in the Spanish population, except for the group of immigrants from western countries. According to gender, male immigrants from Eastern Europe and Latin America and women from Asia, Africa and Eastern Europe were the most obese. **CONCLUSION:** The highest prevalence of obesity among immigrants has also been observed in studies conducted in other countries. The prevalence of obesity among immigrants may be due to a more intense exposure to obesogenic factors both before arrival and during their residence in Spain.

7. Título. Prevalencia de obesidad en inmigrantes en Madrid,

Autores: Marín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F.

España Med Clin (Barc) 2010; 134(11):483-5.

Resumen

Fundamento y objetivo: En España no hay estudios sobre la magnitud de la obesidad en la población adulta inmigrante. El objetivo de este trabajo es presentar la frecuencia y la distribución de la obesidad en los Inmigrantes residentes en la ciudad de Madrid.

Material y método: Se seleccionaron sujetos de entre 18 y 64 años de edad. El índice de masa corporal se utilizó como estimador de obesidad. El estatus de inmigrante se definió según el país de nacimiento. Los resultados presentan la prevalencia bruta y ajustada de la obesidad para los diferentes grupos de inmigrantes.

Resultados: El porcentaje de obesos fue mayor entre los inmigrantes que entre la población española, a excepción del grupo de occidentales. Según sexo, los inmigrantes varones de Europa del Este y Latinoamérica y las mujeres procedentes de África-Asia y Europa del Este fueron los más obesos.

Conclusiones: La mayor prevalencia de obesidad entre los inmigrantes también se ha observado en estudios realizados en otros países. Esta alta prevalencia de obesidad entre los inmigrantes podría deberse a una exposición más intensa a factores obesógenos, tanto antes de su llegada como durante su residencia en España.

8. Título: Patient's perceptions and information provided by the public health service are predictors for influenza vaccine uptake.

Autores: Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Gil de Miguel Á, Jiménez-García R.

Human Vaccines 2009. 12:1-4.

Abstract

The objective of this study is to determine whether a patient's perception about, and information received from health services can be seen as predictive tools in regard to vaccination coverage against influenza.

Individual data from 7,341 adults included in the Madrid City Health Survey conducted in 2005 were used. With the objective of discovering the level of satisfaction with the public health system in mind, the question "In your opinion, does the public health care system in

the City of Madrid work properly?” was asked to the population so as to obtain an affirmative/negative answer with respect to public health services. Overall influenza vaccination coverage was 24%. Logistic regression models indicate that the population more satisfied with as well as those who believe they are sufficiently informed by the health services are more likely to receive the vaccine against influenza (OR = 1.23, 95% CI = 1.06–1.43). Visits to a physician also constitute a statistically significant association. Improving the perception with the public health system and the information provided to the population may help to increase influenza vaccination uptake.

9. Título: Self-perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area.

Autores Esteban y Peña MM, Hernandez Barrera V, Fernández Cordero X, Gil de Miguel A, Rodríguez Pérez M, Lopez-de Andres A, Jiménez-García R.

Diabetes Metab. 2010 Sep;36(4):305-11.

Abstract

Aim. – The study aimed to compare the self-perception of health, physiological distress and health-related quality of life (HRQL) in subjects with and without diabetes residing in a large metropolitan area (the City of Madrid), and to identify the variables associated with the poorest HRQL among diabetes patients.

Methods. – In this case-control epidemiological study, we selected 358 patients with diabetes from the Madrid City Health Survey. For every patient, two controls without diabetes were randomly selected from the same database and matched for age, gender and health district. The resultant study population comprised 1074 subjects, who were analyzed according to their self-rated health status, with mental health assessed by the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and HRQL by the COOP/WONCA questionnaire. Independent variables included sociodemographic characteristics, lifestyle variables, associated chronic diseases and consumption of medications. Multivariate analyses were conducted using ANCOVA tests.

Results. – The prevalence of health perceived as fair or poor was 64.12% in those with diabetes vs 38.57% in those without diabetes ($P < 0.05$). The GHQ-12 results showed that

mental health was also significantly worse among diabetes sufferers, and the COOP/WONCA questionnaire results indicated significantly poorer HRQL in those with diabetes. The variables that determined a poorer perception of HRQL among diabetes sufferers were female gender, older age, obesity, lack of physical exercise, coexistence of depression, use of sleeping pills, and Alzheimer's and cerebrovascular diseases.

Conclusion. – Self-rated health and psychological well-being, and HRQL, are all considerably poorer among patients with diabetes vs those without diabetes. The poorest quality of life among those with diabetes associated with female gender, depression, lack of exercise and obesity.

Keywords: Quality of life; Diabetes; GHQ-12; Chronic diseases; Depression.

Résumé

Autoperception de l'état de la santé, de la santé mentale et de la qualité de vie chez des adultes diabétiques résidant en zone urbaine.

Objectifs. – Comparer la perception de la santé, la détresse physiologique et la qualité de vie liée à la santé (QVLS) chez des patients diabétiques et des non-diabétiques résidant dans une grande ville et identifier les variables associées à une moins bonne QVLS des personnes diabétiques.

Méthodes. – Il s'agissait d'une étude épidémiologique de type cas-témoins. Nous avons sélectionné 358 personnes atteintes de diabète (cas) à partir de l'enquête sur la santé de la ville de Madrid. Pour chacun de ces cas, deux témoins non diabétiques ont été choisis au hasard dans cette même base de données, appariés selon l'âge, le sexe et le district de santé. La population étudiée comportait 1074 sujets. Nous avons analysé la perception autodéclarée de l'état de santé. L'évaluation de la santé mentale a été réalisée grâce au General Health Questionnaire, version 12 (GHQ-12) et la QVLS a été mesurée par le questionnaire COOP/WONCA neuf-item. Les variables indépendantes comprenaient des données sociodémographiques, des données liées au mode de vie, les maladies chroniques associées et la prise de médicaments. L'analyse multivariée a été effectuée par méthode ANCOVA.

Résultats. – La prévalence d'une autoperception de la santé médiocre ou mauvaise était de 64,12% parmi les diabétiques et de 38,57% chez les non diabétiques ($P < 0,05$). Les résultats du GHQ-12 ont montré que l'état perç_u de la santé mentale était significativement moins bonne chez les diabétiques que chez les non-diabétiques. Les résultats ont montré que la QVLS et les scores de la plupart de ses domaines de

COOP/WONCA neuf-item étaient nettement moins bons chez les diabétiques. Les variables qui déterminaient cette moins bonne perception de la QVLS chez les diabétiques étaient le fait d'être une femme, d'être plus âgé, obésité et le manque d'exercice physique, la coexistence d'une dépression, la prise de somnifères, d'être atteint d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie vasculaire cérébrale. Conclusion. – L'autoperception de la santé, le bien-être et la QVLS des diabétiques de Madrid sont moins bonnes que celle des non-diabétiques.

Mots clés : Qualité de vie ; Diabète ; GHQ-12 ; Maladies chroniques ; Dépression.

10. Título: Prevalence of obesity in immigrants in Madrid, Spain.

Autores: Marín-Guerrero AC, Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F.

Abstract

Background and objective: There are no studies in Spain on the extent of obesity in adult immigrants. The aim of this paper is to present the frequency and distribution of obesity among immigrants living in Madrid.

Patients and method: We selected subjects between 18 and 64 years of age. Body Mass Index was used as an estimator of obesity. Immigrant status was defined according to country of birth. The results show the unadjusted and adjusted prevalence of obesity for different immigrant groups.

Results: The percentage of obesity was higher in the immigrant population than in the Spanish population, except for the group of immigrants from western countries. According to gender, male immigrants from Eastern Europe and Latin America and women from Asia, Africa and Eastern Europe were the most obese.

Conclusion: The highest prevalence of obesity among immigrants has also been observed in studies conducted in other countries. The prevalence of obesity among immigrants may be due to a more intense exposure to obesogenic factors both before arrival and during their residence in Spain.

11. Título: Predictors of breast and cervical cancer screening in a Spanish metropolitan area.

Autores: López-de-Andrés A, Martín-Lopez R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil-de-Miguel A, Esteban y Peña MM, Jiménez-García R.
J Womens Health (Larchmt). 2010 Sep;19(9):1675-81.

Abstract:

Background: Gynecological cancers are an important cause of morbidity and mortality. Screening with mammography and Pap smear reduces breast and cervical cancer mortality. Nevertheless, high participation rates are needed to ensure their effectiveness. We sought to assess the use of mammography and Pap smear and analyzed predictors of attendance at these cancer screenings in a large metropolitan area in Spain.

Methods: We included women surveyed in the Madrid City Health Survey 2005. Cancer screening included mammography in the last 2 years and Pap smear in the last 3 years. Independent variables included sociodemographics, chronic diseases, and lifestyles. Predictors of mammography or Pap smear attendance were explored using logistic regression.

Results: The number of women eligible for mammography, aged ≥ 40 years, was 2580, and the number eligible for Pap smear, aged 18-69 years, was 3200. Overall, 60.5% and 76.6%, respectively, had received a mammography and Pap smear. Mammography uptake was positively associated with age, higher educational level, and osteomuscular disease. Obesity and unhealthy lifestyle were associated with nonattendance to mammography. Predictors of Pap smear attendance were the same as for mammography.

Conclusions: Attendance at gynecological cancer screening in a large metropolitan area in Spain is acceptable in the age group for which it is recommended. An effort must be made, however, to recruit those women who are less likely to undergo screening, as they are at the highest risk of having these diseases.

12. Título: Relationship between tobacco consumption and health-related quality of life in adults living in a large metropolitan area.

Autores: Miguel Díez J, Esteban y Peña MM, Puente Maestu L, Hernández Barrera V, Carrasco Garrido P, Alvarez-Sala Walther LA, Jiménez García R.

Lung. 2010 Oct;188(5):393-9. Epub 2010 Aug 19.

Abstract

The aim of this study was to analyze the relationship between health-related quality of life (HRQOL) and tobacco consumption in adult individuals (over the age of 15). The study was based on individual data from the City of Madrid Health Survey (ESCM05). Subjects were divided into three groups according to tobacco consumption: smokers, nonsmokers, and ex-smokers. HRQOL was measured using the COOP/WONCA quality-of-life vignettes. A multivariate adjustment with multinomial logistic regression was made, including the following as covariables: sociodemographic characteristics, comorbidities, drug use, and lifestyles. A total of 7341 individuals were interviewed (53.7% women), with an average age of 46.7 (SD = 19.02) years. The percentage of smokers was 27%, that of ex-smokers was 16.5%, and that of nonsmokers was 56.5%. There were no significant differences between smokers, ex-smokers, and nonsmokers in the raw scores obtained as totals from the COOP/WONCA questionnaire. Multivariate analysis revealed that smokers consume more antidepressant drugs (OR = 1.54, 95% CI = 1.09-2.16) and tranquilizers (OR = 1.91, 95% CI = 1.45-2.51), drink more alcohol (OR = 2.55, 95% CI = 2.11-3.08), get less physical exercise (OR = 1.33, 95% CI = 1.11-1.60), and have a lower quality of life (OR = 1.02, 95% CI = 1.00-1.04) than nonsmokers. Following adjustment for a significant number of covariables, sociodemographic as well as health-related, smokers consume more antidepressant drugs and tranquilizers, drink more alcohol, get less physical exercise, and demonstrate a lower HRQOL than nonsmokers.

13. Título: Calidad de vida en relación con la salud, medida por las láminas COOP/WONCA en la Ciudad de Madrid.

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) percibida por los ciudadanos mayores de Madrid, recogida con las láminas Cooperative WONCA (COOP/WONCA).

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo-analítico, englobado en el Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid. Muestra de 7.341 mayores de 16 años, con la población del año 2004. Se recogen variables sociodemográficas, sanitarias y factores condicionantes. Se introdujo el cuestionario de CVRS, COOP/WONCA. Los datos fueron procesados con SPSS 15.0, empleándose técnicas descriptivas de media, intervalo de confianza poblacional (para un 95% de seguridad), o la desviación estándar (DE) para variables cuantitativas, y como analíticas la t de Student.

Resultados: Para 7.153 cuestionarios completados una puntuación media global de $20 \pm 5,2$ puntos (IC 95%:19,88-20,12). Por cada dimensión: Forma física: $2,8 \pm 1,2$ (IC 2,77-2,83). Sentimientos: $1,6 \pm 1$ (IC 1,58-1,62). Actividades cotidianas: $1,5 \pm 0,9$ (IC 1,48-1,52). Actividades sociales: $1,4 \pm 0,9$ (IC 1,38-1,42). Cambio en el estado de salud: $2,9 \pm 0,6$ (IC 2,89-2,91). Estado de salud: $2,8 \pm 0,9$ (IC 2,78-2,82). Dolor: $1,9 \pm 1,3$ (IC 1,87-1,93). Apoyo social: $2,6 \pm 1,1$ (IC 2,57-2,63) y Calidad de vida: $2,4 \pm 0,7$ (IC 2,38-2,42).

La puntuación global en mujeres: 20,84 y en hombres: 19,02 ($p < 0,0001$). Las puntuaciones totales en los grupos de edad y sexos: Hombres 16-24 años: 16,5 (IC 16.15-16.79); 25-44 años: 18,2 (IC 17.95-18.38); 45-64 años: 19,7 (IC 19.43-20.04); >65 años: 21,8 (IC 21.42-22.27) y mujeres 16-24 años: 17,8 (IC 17.46-18.20); 25-44 años: 19,3 (IC 19.04-19.49); 45-64 años: 21 (IC 20.72-21.34); >65 años: 24,4 (IC 24-24.75)). Las puntuaciones totales en clase social y sexos: Hombres: Clase I-II: 18,47 (18.20-18.74); III: 18,86 (18.53-19.19); IV: 19,41 (19.13-19.69); V: 19,49 (18.97-20.01) ; X: 21,21 (19.09-23.33). Mujeres clase I-II: 19,52 (19.25-19.79); III: 20,10 (19.78-20.42); IV: 21,62 (21.29-21.95); V: 21,96 (21.41-22.52) y X: 24,06 (23.25-24.87)

Conclusiones: Los ciudadanos de Madrid poseen buena calidad de vida en relación con la salud, considerando que la puntuación global obtenida está por debajo del punto medio del recorrido del sumatorio (0-45 puntos). En las mujeres es significativamente peor que en hombres. La edad la agrava, teniendo los mayores las peores puntuaciones globales. Conforme disminuye la clase social la puntuación empeora para la totalidad y en cada una de las esferas.

14. Título: Use of dental care and prevalence of caries among immigrant and Spanish-born children.

Autores Tapias-Ledesma MA, Garrido PC, Y Peña ME, Hernández-Barrera V, de Miguel AG, Jiménez-García R.

Abstract

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted using data from the Madrid City Health Survey. The questions asked were: (1) When was the last time your child visited the dentist? (2) What was the reason for your child's last visit? and (3) Is your child currently suffering from caries, fillings, or bleeding from the gums when brushing? The independent variables included: sex; age; education level; and nationality.

Results: Data from 960 children (approximately 27% of whom were immigrants) were analyzed. Over the last year, approximately 59% of the children had received dental care and 28% suffered from caries. After multivariate analysis, we observed that 3- to 6-year-old children, immigrants, and children of parents with low education levels are more likely not to have received dental care during the last year. We also found that children are more likely to suffer from caries as they get older and if they are immigrants.

Conclusions: Being an immigrant and from a lower education level typically results in a less frequent use of dental health services, and children of immigrants have a greater risk of suffering from dental caries. It is essential to investigate the reasons why and introduce strategies to reduce barriers to dental health access among immigrants.

15. Título: Factores Socioeconómicos, Medioambientales, y de Salud que Determinan la mala salud mental de las personas de 15 a 64 años residentes en una gran Ciudad.

Autores M.M. Esteban y Peña, M.L. Puerto, X. Fernández Cordero, R. Jiménez García, A. Gil de Miguel, V. Hernández Barrera.

Resumen

Objetivo: Conocer los factores que determinan la mala salud mental en la Ciudad de Madrid.

Material y métodos: Estudio transversal con la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid (ESCM'05), analizando 5.746 personas ≥ 16 a 64 años de edad. La variable dependiente fué obtenida del Cuestionario General de Salud (GHQ-12), considerando una puntuación de más > 2. Las variables independientes incluyeron los factores sociodemográficos y hábitos de vida, la salud y el medio ambiente. La calidad de vida en relación con la salud (CVRS) se midió con el cuestionario COOP / WONCA.

Resultados: La prevalencia general de mala salud mental fué del 19,2%, 23,4% en mujeres y 14,6% en los hombres ($p < 0,05$), máximo (20,3%) en el grupo de 16 a 24 años ($p < 0,05$). Prevalencia del 15,7%, 17,2%, 22,4%, 24% y 32,1% para las clases sociales I-II, III, IV, V y X, respectivamente ($p < 0,05$).

Los predictores más fuertemente asociados con mala salud mental en la regresión múltiple son: mujeres OR=1,48, menores de edad OR=3,21, ser inmigrante económico OR=1,33, fumar o beber alcohol OR=1,22 y 1,31, tener una enfermedad crónica OR=1,47, dormir menos de 8 horas OR =1.41, regular o mala percepción del estado de salud OR=1.65, la autopercepción de mala CVRS OR=1,18, y la limitación en las actividades sociales OR=1,34.

Conclusiones: Los problemas de salud mental son muy prevalentes en esta ciudad. Ser mujer, joven, inmigrante económico, tener peores estilos de vida, referir mala calidad de vida o limitarse en las actividades sociales, son los factores que más fuerza de asociación tienen para explicar la mala salud mental.

16. Título: Inmigración y salud. La relación entre la salud autopercebida y las morbilidades diagnosticadas en adultos jóvenes.

Autores Juárez, S.

Resumen

Los estudios procedentes de la salud pública y la epidemiología consideran a la salud percibida como un indicador de salud general, por su capacidad predictiva sobre la mortalidad. Evidencias empíricas en esta dirección han justificado el uso generalizado en las encuestas de salud y su aplicación por lo tanto a la población general. Sin embargo, es importante evaluar si es extensible a diferentes poblaciones y contextos. En la actualidad, existen estudios que confirman el mismo efecto en países menos desarrollados. No obstante, está lejos de ser exhaustivo y, lo más importante, todavía está pendiente explorar las diferencias culturales existentes en distintas poblaciones residiendo en un mismo contexto. El presente estudio precisamente trata de cubrir este vacío estudiando comparativamente dos aspectos concretos relacionados con esta medida de salud en la población española y extranjera residiendo en España. Por un lado, este estudio estudiará aspectos vinculados a la escala de medición de la respuesta sobre la percepción de la salud. Por otro lado, se evalúa el impacto y la composición de las morbilidades diagnosticadas que se asocian a una mala percepción de la salud. Los datos proceden de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2005.

17. Título: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the City of Madrid.

Autores Montejo P, Montenegro M, Fernández MA, Maestú F. Subjective memory complaints in the elderly:

Abstract

Objectives: It is still a matter of debate whether variables such as education, sex, age, personality and others underlie subjective memory complaints (SMC). Our objectives are to study: the prevalence of memory complaints in the city of Madrid, the distribution of complaints in the population according to socio-demographic variables and the related variables like cognitive performance, quality of life, perceived health status and functional ability. To our knowledge, this is the first study about the prevalence of SMC in Spain.

Methods: We adopted a transversal descriptive epidemiological study. The survey sample size is 1637 persons above 64 years. SMC were obtained through questions regarding memory complaints.

Results: 524 (32.4%) subjects reported SMC. The prevalence of SMC depends on age, education, sex, mood and cognitive performance. SMC rises from 24% in the 65-69 age groups to 57% in the 90 and above group. The percentage of subjects with SMC was 52.8% among persons diagnosed with depression or anxiety, and 28.7% among subjects without. Performance on cognitive tests such as orientation showed that subjects without orientation failures (81%) have a 22.2% SMC frequency and subjects who fail all the orientation items (4%) have a 93% frequency. A logistic regression analysis showed that those variables indicating a better prediction of group membership (SMC vs. controls) were orientation in time, quality of life and depression-anxiety.

Conclusion: Complaints reflect various processes and are the result of various elements; however, our study highlights the importance of factors such as cognitive performance, depression-anxiety and quality of life.

**18. Título: Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities.
A population based study.**

Autores: Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F.

Abstract

Objectives: We investigate whether Subjective Memory Complaints (SMC) are associated with specific aspects of quality of life and activities of daily living.

Methods: Cross-sectional descriptive epidemiological study (random sample of the non-institutionalized census population): 1637 subjects over 64 years. SMC were obtained through questions regarding memory complaints. Coop/Wonca questionnaire, Katz Index and Lawton Scale were also administrated.

Results: A significant association between SMC with global quality of life and every dimension of quality of life is found ($p < 0.05$). There is also a significant association with every item of Lawton Scale ($p < 0.001$) and Katz Index ($p < 0.01$). Variables associated with SMC identified by logistic regression are: difficulties in using telephone, in taking medication, in social activities and a low self perceived health.

Discussion: Subjects with memory complaints are a heterogeneous group. Quality of life and activities of daily living are both associated with SMC.

19. Título: Percepción de la población sobre las condiciones medioambientales adversas en los distritos de la Ciudad de Madrid en 2006, y factores individuales que la determinan.

Autores : Quintero Rodríguez MY, Rayón López H, Jambers Moreau B, Correas García A, García Martín A, Mendizábal Albizu A., Díaz Olalla JM.

1. RESUMEN

Objetivos: Describir los distritos de Madrid en términos de ruido ambiental y superficie de zonas verdes por habitante, estudiando asociaciones o correlaciones con otras variables socioeconómicas, demográficas, de salud y de autopercepción. Analizar si individualmente las variables medioambientales y sociodemográficas intervienen de forma independiente en la percepción de las condiciones negativas del exceso de ruido y la falta de zonas verdes en el entorno residencial.

Método: Estudio ecológico, transversal, retrospectivo, descriptivo y, en parte, analítico. Se utilizó información procedente de trabajos previos, registros diversos y diferentes bases de datos. Los distritos se definieron, caracterizaron y fragmentaron según la distribución de variables e indicadores. Se calcularon grados de concordancia y fuerza de asociación mediante el índice Kappa (k) y el coeficiente de correlación de Pearson (r), utilizando para el análisis el programa SPSS 12.0. Se estudiaron también mediante análisis individual las percepciones que tienen del exceso de ruido y de falta de zonas verdes en su entorno 7.341 adultos que componen la muestra de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid (Instituto de Salud Pública, Madrid Salud) con relación a las variables medioambientales objetivas y a otras demográficas y de posición social a través de un modelo de Regresión Logística Multivariante (RLM).

Resultados: El ruido muestra una distribución territorial equitativa, aunque no uniforme, con preferencia por los distritos centrales, situación que se invierte en cuanto a zonas verdes, ya que son los periféricos los que disponen de mayor superficie arbolada. Existe una elevada correlación entre los indicadores sonoros diurnos y nocturnos, tanto en intensidad como en proporción de población expuesta ($r = 0,945$ y $r = 0,694$, respectivamente; $p < 0,05$). Los distritos con exceso de ruido nocturno muestran alto nivel de renta y desarrollo humano, medido éste por el Índice de Desarrollo Humano -IDHr- ($k = 0,357$ y $0,257$, respectivamente), presentando concordancia negativa con el indicador «zonas verdes» ($k = -0,334$). Los distritos donde se concentra un importante porcentaje de ciudadanos expuestos a exceso de ruido diurno muestran concordancia con la tasa de inmigración extranjera ($k = 0,357$), la densidad de población ($k = 0,286$), la proporción de mayores de 75 años ($k = 0,286$) e, inversamente, con la prevalencia de población sedentaria ($k = -0,286$), así como buena correlación negativa con mortalidad prematura ($r = -0,069$). Se observa buena correlación en términos inversos entre nivel acústico diurno ($r = -0,484$) y nocturno ($r = -0,489$) con la salud autopercebida. Existe clara correlación entre la autopercepción de mala calidad medioambiental del entorno por ruido y la proporción de afectados por excesivo ruido nocturno ($r = 0,451$). Resulta llamativa la correlación entre los distritos con más espacios verdes y la mortalidad por causa cardiovascular ($r = 0,402$ en hombres y $r = 0,333$ en mujeres). El factor individual que mejor determina percepción de exceso de ruido es el aspecto de residir en un distrito con altos niveles sonoros, comportándose en el análisis por RLM el hecho de tener una edad comprendida entre los 45 y los 54 años como factor independiente de mala percepción del entorno medioambiental para los aspectos estudiados.

Conclusión: La situación geográfica de los distritos condiciona sus características sociodemográficas y determina gran parte de los hallazgos encontrados. Resulta complejo hallar relaciones fundamentadas entre variables independientes (ruido o zonas verdes) y dependientes (salud o percepción del entorno) en el análisis territorial, coincidiendo en las zonas de análisis otros muchos factores, como los socioeconómicos y residenciales, cuyo efecto y contribución adicionales no resultan fáciles de aislar ni medir. La percepción que la población tiene de la calidad medioambiental de su entorno está más condicionada por factores subjetivos en lo referente al ruido que a la superficie de espacios verdes. En el análisis individual se constata que la edad actúa como factor independiente de percepción negativa de las condiciones medioambientales.

PALABRAS CLAVE:

Ruido ambiental • zonas verdes • contaminación acústica • calidad medioambiental • indicadores ambientales.

20. Título: Calidad de vida en relación con salud de las mujeres de una gran ciudad mediante las láminas COOP/WONCA

Autores: Esteban y Peña M; Díaz Olalla JM; Pérez Álvarez MT, Rivero García A, Martín Martínez A, Galván Romo J.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue recoger la calidad de vida en relación con la salud (CVRS) y los diferentes aspectos que la componen en mujeres de una gran ciudad.

Material y métodos : Estudio transversal descriptivo- analítico. Se aplicó el cuestionario COOP/WONCA, que valora la CVRS, dentro de una encuesta de salud administrada a 7.341 personas mayores de 16 años. Se realizó muestreo bietápico por conglomerados. Se recogen en la encuesta variables sociodemográficas, sanitarias y de factores condicionantes de la salud. Los datos se procesaron con el programa SPSS.

Resultados: Completaron 3.840 cuestionarios las mujeres con una puntuación media global de $20,84 \pm 5,04$ puntos (IC 95%:20,67-21,01). La puntuación media para cada dimensión fue: Forma física: $3,01 \pm 1,1$ (IC2,97-3,05), Sentimientos: $1,74 \pm 1,1$ (IC1,71-1,77), Actividades cotidianas: $1,53 \pm 0,9$ (IC1,5-1,56), Actividades sociales: $1,49 \pm 0,9$ (IC1,46-1,52), Cambio en el estado de salud: $2,93 \pm 0,6$ (IC2,91-2,95), Estado de salud: $2,93 \pm 0,9$ (IC2,9-2,96), Dolor: $2,12 \pm 1,38$ (IC2,08-2,16), Apoyo social: $2,64 \pm 1,09$ (IC2,61-2,67) y Calidad de vida: $2,43 \pm 0,7$ (IC2,41-2,45).

Por clase social: Clase I-II: 19.8 puntos, III: 20.1 , IV : 21.4, V: 21.9 y X: 21.6.

En otros colectivos: amas de casa: 20.06 puntos, mujeres con enfermedad crónica: 23, analfabetas: 25.32 y trabajadoras no cualificadas: 22.18.

Conclusiones: La calidad de vida de las mujeres es significativamente peor a la de los hombres en todas las dimensiones estudiadas ($p < 0.01$).

Conforme se añaden factores de riesgo socio sanitarios la CVRS empeora en este género. Las mujeres tienen peor salud por indicadores de morbilidad crónica, de salud autopercebida, de valoración funcional y de salud mental y, por ende, peor calidad de vida en relación con la salud .

21. Título: El control de la vida personal, social y económica: desarrollo y estudio exploratorio de una escala de medida

Autores: Maria Eugenia Morante, Miguel Costa y Mercedes Esteban y Peña
Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, España.

En este trabajo se presenta un estudio exploratorio sobre las características psicométricas de un instrumento sobre el control de la vida personal, analizando su estructura factorial mediante un análisis exploratorio y confirmatorio de sus dimensiones.

El tamaño del estudio final fue de 8.504 entrevistas y el criterio básico de estratificación fue el distrito municipal en 21 estratos. Los resultados encontrados señalan que los ítems en cada una de las dimensiones y sus pesos factoriales son aceptables y se relacionan con enunciados genéricos sobre la atribución de control. A su vez, los índices de bondad de ajuste encontrados de cada uno de los modelos propuestos, arrojan información interesante sobre las posibilidades que este cuestionario ofrece.

Palabras clave: Control de vida personal; estudio exploratorio; estudio confirmatorio.

Abstract: The purpose of this study was to examine the characteristics psychometrics of a scale on the control of the personal life, analyzing its factorial structure by means of an exploratory and confirmatory analysis of its dimensions.

The size of the final study was 8.504 interviews and the basic criterion was of stratification was the municipal district in 21 strata. The results indicate that the items in each of the dimensions and his weight factoriales are acceptable and are related to generic terms of reference on the attribution of control. Also, the opposing indexes of goodness of fit of each one of the proposed models, throw interesting information about the possibilities that this scale offers.

Keywords: Control of personal life; exploratory analysis; confirmatory analysis.

3.3 TESIS DOCTORAL

1. **Título: Salud autopercebida y calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante y autóctona residente en Madrid desde una perspectiva de género.**

Autor: Serrano Gallardo P. Universidad Autónoma de Madrid, [tesis doctoral]. 2009

Disponible en: <http://digitool-uam.greendata.es/R/FGH8HABYXD86KL7TRYHFLL259STN9VUYHNV2DX3LR2LI7M7MTD-00183>

2. **Título: Valoración funcional y de calidad de vida en relación con la salud: implicación según los diferentes grupos sociales, de edad y de morbilidad.**

Autor: M .Mercedes Esteban y Peña.

Disponible:

https://www.google.es/search?source=ig&rlz=&q=Valoraci%C3%B3n+funcional+y+de+calidad+de+vida+en+relaci%C3%B3n+con+la+salud%3A+implicaci%C3%B3n+seg%C3%BAn+los+diferentes+grupos+sociales%2C+de+edad+y+de+morbilidad+TESIS+DOCTORAL+.&oq=&gs_l

Resumen:

Título: Valoración funcional y de calidad de vida en relación con la salud: implicación según los diferentes grupos sociales, de edad y de morbilidad.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es estudiar las diferentes formas de valoración de la enfermedad desde el plano biológico, el físico, el mental, el funcional, el social y el comunitario, como forma de valoración integral y positiva de la salud.

Material y Método: Se emplean cuatro trabajos con diferente metodología: El primero es observacional descriptiva a 1.496 consultas en un nivel primario de atención, desde 1996 a 1999, con un registro de actividad por el código WONCA. El segundo de los casos, de análisis en una serie de casos (204 consultas geriátricas), dónde se analizan variables nutricionales mediante el Mininutritional Assessment (MNA), parámetros analíticos (albúmina, transferrina, linfocitos y colesterol) y estado funcional (índice de

Barthel y Lawton). El tercer trabajo es descriptivo-analítico en una encuesta poblacional (7.341 personas de más de 15 años) de la Ciudad de Madrid, utilizando el cuestionario coop/wonca para valorar la calidad de vida en relación con la salud, mediante un modelo de análisis multivariante en el que se considera el valor de la F de Snedecor como medida. El cuarto trabajo es de casos y controles en una encuesta de salud poblacional (1.074 personas), la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid, analizando la autopercepción del estado de salud, el nivel de salud, la salud mental con el cuestionario GHQ-12 (más de 2 puntos, caso) y calidad de vida con las láminas COOP/WONCA.

Resultados: Se recoge el perfil de consulta de los inmigrantes “sin papeles”, que corresponde a una mujer sudamericana joven (edad media 34,9 años), con problemas comunes de salud: respiratorios, depresivos y lumbares, y con una parte también importante de problemas infecciosos en el 7% (hepatitis y onicomicosis fundamentalmente), con elevada ausencia a las consultas (14% de las citas).

La elevada prevalencia de problemas de nutrición en los ancianos que acuden a la consulta de un centro geriátrico (44%), y la relación significativa con la pérdida de función física ($p < 0.001$).

La elevada presencia de enfermedad crónica en ciudades como Madrid (53% de los mayores de 15 años), siendo los problemas más habituales: hta, hipercolesterolemia, depresión o ansiedad, osteoporosis o varices. En términos de calidad de vida y teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de edad, sexo, clase social y la presencia de comorbilidad, los problemas más relevantes son la depresión ($F=461,63$), la Artrosis/Artritis o reumatismo ($F=175,41$) y el Alzheimer ($F=65,70$) para la puntuación global, repercutiendo la depresión en cada una de las esferas que componen la calidad de vida.

Existe diferencia significativa en la peor percepción de salud de los diabéticos, en la puntuación del GHQ-12 por encima de 2 y en la peor calidad de vida en los diabéticos, tanto en la puntuación global como en la mayoría de las esferas. La relación con la falta de ejercicio ($p < 0.001$), la obesidad ($p = 0.010$), y la depresión ($p = 0.010$), aparecen como factores que más explican en los diabéticos la peor calidad de vida en relación con la salud.

Conclusiones: El conocimiento de cada realidad y cada comunidad con sus peculiaridades es clave para el conocimiento y la valoración de la salud de los individuos.

La clara asociación entre la pérdida funcional y la malnutrición en la tercera edad, justifican la valoración nutricional en el eje central de la valoración cuádruple geriátrica.

La depresión y los problemas reumáticos son las dos condiciones crónicas que mayor impacto tienen en términos de calidad de vida, por lo que las estrategias destinadas a la prevención, promoción y educación de la salud permitirían la reducción y la morbilidad por estos trastornos.

La peor percepción de la calidad de vida, la autopercepción del estado de salud y la salud mental en los diabéticos, se explican de forma relevante por la ausencia de ejercicio, la obesidad y la presencia de depresión.

Abstract:

Title: Functional assessment and quality of life in relation to health: implications for different social groups, age and morbidity.

Objective: The aim of this paper is to study the different forms of assessment of disease from the biological, physical, mental, functional, social and community as a comprehensive and positive assessment of health.

Material and Methods: We used four works with different approach: The first is a descriptive observational visits in a 1.496 primary care from 1996 to 1999 with a record of activity by the WONCA code. The second case, analysis of a series of cases (204 queries elderly), where variables are analyzed using the Mini Nutritional Assessment (MNA), analytical parameters (albumin, transferrin, lymphocytes and cholesterol) and functional status (Barthel and Lawton Index). The third work is descriptive and analytical in a population survey (7.341 people over 15 years) of the City of Madrid, using the questionnaire COOP / WONCA to assess the quality of life in relation to health, through a multivariate analysis model which considers the value of the Snedecor's F as a measure. The fourth work is about case-control in a health survey population (1.074 people), the Health Survey of the City of Madrid, analyzing the self-perceived health status, level of health, mental health questionnaire with the GHQ -12 (more than 2 points, case) and quality of life with charts COOP / WONCA.

Results: The profile consultation of paperless immigrants, corresponds to a young South American woman (mean age 34.9 years) with common health problems: respiratory, depression and lower back, and also some important of infectious problems

in the 7% (hepatitis and onychomycosis), with high absence of consultations (14% of citations).

The high prevalence of nutritional problems in older people attending the consultation of a geriatric center (44%) and significantly associated with loss of physical function ($p < 0.001$).

The high prevalence of chronic disease in cities like Madrid (53% of those over 15 years), being the most common problems: hypertension, hypercholesterolemia, depression or anxiety, osteoporosis or varices. In terms of quality of life and taking into account the sociodemographic variables of age, sex, social class and presence of comorbidity, the most relevant problems are depression ($F = 461.63$), Arthrosis/ arthritis / rheumatism ($F = 175.41$) and Alzheimer's disease ($F = 65, 70$) for the total score, depression impacting each of the areas that make up the quality of life.

Significant difference in the worst perceived health of diabetics in the GHQ-12 score above 2 and poorer quality of life in diabetics, both in overall score and in most areas. The relationship with lack of exercise ($p < 0.001$), obesity ($p = 0.010$) and depression ($p = 0.010$), are all factors that explain the worst quality of life in relation to health in most diabetics.

Conclusions: The knowledge of each situation and each community with its special features is key to understanding and assessing the health of individuals.

The clear association between functional loss and malnutrition in the elderly, nutritional assessment justifies the central axis of the quadruple Geriatric assessment.

Depression and rheumatic problems are two chronic conditions have greater impact on quality of life, so that strategies aimed at prevention, promotion and health education and allow for the reduction of morbidity from these disorders.

The worst perceived quality of life, self-perception of health status and mental health in diabetics, are explained in relevant by the absence of exercise, obesity and the presence of depression.