

**I. DIFERENCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD ENTRE LOS DISTRITOS DE LA CIUDAD DE MADRID, 2016** G. Blasco-Novaldos, J.M. Díaz-Olalla, E. Rodríguez-Rives, A. Blanco-Quintana, y B. Álvarez Crespo. Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** La esperanza de vida en buena salud (EVBS), calculada a partir de la prevalencia autorreferida de limitación crónica a la actividad, es un buen indicador de salud cuya distribución informa eficazmente de las desigualdades sociales en la salud (DSS). Se calcula por primera vez la EVBS al nacer en los distritos de la ciudad de Madrid, analizando sus diferencias así como su relación con la renta de los distritos.

**Métodos:** Se construyen las tablas de mortalidad de los 21 distritos de la ciudad en 2016 para obtener las esperanzas de vida (EV). Por el método de Sullivan e incorporando la prevalencia de limitación crónica a la actividad, propuesto por Euro-REVES y obtenido de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2017, se calcula la EVBS sobre una muestra representativa de cada distrito, seleccionada por muestreo aleatorio, con un error muestral menor de 0.05 ( $p=q=0,5$ ) en cada uno. Analizamos la correlación con el indicador Renta Bruta Disponible per cápita (RBD) de 2014 y calculamos la dispersión de la distribución de los indicadores según medias y dt.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Las diferencias entre distritos en EVBS son amplias y aún mayores que en EV, no encontrando una alta correlación entre ambas. La proporción de años de vida que se vivirá sin limitación es mayor en España y por nuestros análisis empeoran en Madrid. Según los IC95% de las EVBS derivados del error muestral de la prevalencia de limitación crónica solo dos distritos tienen mejor EVBS que la ciudad en conjunto y tres la tienen peor.

**2. PHOTOVOICE AND EMPOWERMENT: EVALUATING THE TRANSFORMATIVE POTENTIAL OF A PARTICIPATORY ACTION RESEARCH PROYECT** J. Díez, K. Budig, P. Conde, M. Sastre, M. Hernán, M. Franco. Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP.

**Background/Objectives:** Photovoice is a visual research methodology with the intention to foster social change. It has been used to investigate empowerment changes in vulnerable communities; however, individual experiences of Photovoice participants are seldom scrutinized. We explored and described the individual experiences of the female individuals who participated in a previous Photovoice project. We analyzed a change in the women's empowerment in terms of: 1) gain in knowledge and skills, 2) change in selfperception, and 3) access to and use of resources.

**Methods:** We conducted this qualitative study in the underserved District of Villaverde (Madrid). We used a purposive sampling strategy to engage participants (the 14 female individuals who previously participated in the Photovoice Villaverde project). Between January and June 2016, we conducted 10 semi-structured interviews, and participant observation as qualitative approaches. We analyzed these data through a direct qualitative content analysis. The three outlined dimensions of empowerment provided guidance for this analysis, and thus represented a deductive, theory-driven approach.

**Results:** We found positive changes in the three dimensions of empowerment. Participants described that there were two central moments of knowledge creation during the Photovoice process: 1) a change of perspective while taking photographs; and 2) the collective production of knowledge during group discussions. One of the perceptions most predominantly voiced by them related to being perceived differently, and being acknowledged for their work among a variety of actors (from friends to the researchers, local decision makers and the lay public). Further, participants entered fields of social interaction that are normally hard to access for residents of the district of Villaverde.

**Conclusions/Recommendations:** Photovoice projects entail the opportunity for empowering participants. Changes occurred in all these three dimensions reflecting the positive experiences of female individuals involved in the Photovoice project. Women acquired new knowledge developing critical awareness of their community, received social recognition and expanded their social networks. Future Photovoice projects should assess how to sustain these individual and social changes on the long-term.

Funding: European Research Council (FP7/2007-2013/ERC StartingGrant HeartHealthyHoods Agreement n.336893).

**3. DETERMINANTES DE SALUD EN EL DISTRITO DE ARGANZUELA, MADRID, 2017** M.M. Esteban y Peña, M.L. Puerto Sala, M.D. Ruiz Fernández, M.G. Castro Castro, A.I. López Melendro, E. Fernández Velasco. Unidad de Formación e Investigación, Madrid Salud; Centro Madrid Salud Arganzuela, Madrid Salud; Servicio de Estudios y Evaluación Territorial-Ayuntamiento de Madrid

**Antecedentes/Objetivos:** Conocer los factores determinantes de salud del distrito de Arganzuela son claves para adecuar las intervenciones en Salud Pública. El comportamiento sociodemográfico similar en las agrupaciones de distritos, licencia a utilizar información de este conjunto. Es objetivo describir y analizar el estado de salud del distrito y factores determinantes en 2016.

**Métodos:** Descriptivo transversal, ecológico (análisis de mortalidad, factores socioeconómicos), y cualitativos (programas institucionales, consulta de expertos). Elaboración de Fuentes Secundarias:



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

Instituto Nacional de Estadística (INE), Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y Fuentes primarias: Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2013, Informes Anuales de Madrid Salud, Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2014. Elaboración. Estadística descriptivos (medias, IC al 95%), analíticos (bivariantes, multivariantes) y epidemiológicos (tasas ajustadas, tablas de mortalidad). Programas SPSS 17, Excel, Stata 11 y Epidat para procesamiento. **Resultados:** Población de distrito 2016. 151.520 personas. Índice de envejecimiento 2016, 138, Ciudad de Madrid 141 Población extranjera 2017, 9,39%, Ciudad de Madrid, 12,40% Crecimiento vegetativo 2016 1,09, 0,63 para la Ciudad. Fecundidad en adolescentes (Ciudad) 2012, 11,64/1.000. Esperanza media de vida al nacer 2015, 84,62 años ambos sexos, 81,38 hombres y 87,21 mujeres. Ciudad de Madrid 84,16 años. Riesgo de pobreza (Ciudad) 2015, Índice de Gini (Ciudad) 2015, 35,7. Tasas de cobertura de desempleo en mujeres, 2016 (Ciudad) 5,8%. Violencia de género, tasa de la ciudad 9,8%, extranjeras 19,8%. Hábitos y estilos de vida. (Clúster 3-distrito de Arganzuela): fumadores 22,16%, sedentarios 23,95%, obesos 8,98%, enfermedad crónica 70,06%, posible enfermedad mental, 14,97% (GHQ-12), consumo de medicamentos 64,07%. Tasas de embarazos no deseados 11,5/1.000, IVEs 16,59/1.000 e ITS 17,46, 15,02-sífilis, gonorrea-por 100.000 respectivamente. Las tasas de mortalidad del distrito, se sitúan en quintiles inferiores a la media de la ciudad. La principal causa es cáncer en hombres y enfermedades vasculares en mujeres

**Conclusiones/Recomendaciones:** El mayor envejecimiento, pobreza, desigualdad económica, importantes tasas de paro, con escasa cobertura en mujeres, población extranjera, con factores de vulnerabilidad relevantes; hábitos y estilos de vida determinantes de salud (ejercicio y alimentación y tabaquismo): la salud mental, y un área sexual-reproductiva, con malos indicadores; son claves para las intervenciones en Salud Pública en el distrito de Arganzuela.

#### 4. IDENTIFICANDO LAS DIFERENCIAS EN SALUD DE LOS DISTRITOS DE MADRID CON UN GRUPO CLAVE DE INDICADORES

M.M. Esteban y Peña, M.L. Puerto Sala, M. Campillos Alonso, A.M. Orellana Toral, A.M. Martínez Simancas, O. Borrego Hernando. Unidad de Formación e Investigación, Madrid Salud; CMS Latina; CMS Usera; CMS C.Lineal

**Antecedentes/Objetivos:** La elaboración de un grupo clave de indicadores como forma de identificar realidades en salud de una gran ciudad y mediante la agrupación de distritos, nos permite optimizar la información existente. Es objetivo conocer la salud de los distritos de Madrid y sus determinantes, utilizando las fuentes disponibles y proporcionando herramientas para el conocimiento y la actuación en condiciones bien distintas.

**Métodos:** Diseños: Descriptivo transversal, ecológicos (análisis de mortalidad, factores socioeconómicos), cualitativos (programas institucionales, consulta de expertos). Elaboración de Fuentes Secundarias: Instituto Nacional de Estadística (INE), Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid y Fuentes Primarias: Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2014. Se agrupa la información de distritos, con clústeres según renta, emvn, nivel de estudios y población. Se da un *pool* de indicadores considerados clave. Elaboración: Estadística descriptiva (medias,

IC95%), analíticos (bivariantes, multivariantes) y epidemiológicos (tasas ajustadas, tablas de mortalidad). Programa SPSS 17, Excel, Stata 11 y Epidat 4.0.

**Resultados:** Clúster 1. Autopercepción de salud buena/muy buena 66,13%; WONCA 21,55; GHQ-12 19,35% Morbilidad crónica 70,97%, Niveles de renta 24.740,4€; EMVN 84,02 años; diabetes 9,7%, sobrepeso 28,49%, sedentarismo 27,61%, fumadores 22,90%. Clúster 2. Autopercepción de salud buena/muy buena 71,4% WONCA 20,93%, GHQ-12, 23,91%; Morbilidad crónica 72,7%, Niveles de renta 32.828,64€; EMVN 84,66 años; diabetes 7,1%, sobrepeso 32,66%; sedentarismo 27,61%, fumadores 22,90%. Clúster 3. Autopercepción de salud buena/muy buena 80,84% WONCA 19,74: GHQ-12 14,97%; Morbilidad crónica 70,06%, Niveles de renta 54.827,25€; EMVN 85,21 años; diabetes 6%; sobrepeso 25,75%; sedentarismo 23,95%; fumadores 22,16%. Clúster 4. Autopercepción de salud buena/muy buena 82,89%; WONCA 19,60%; GHQ-12 15,80%; Morbilidad crónica 61,8%; Niveles de renta 53.668,26€; EMVN 85,47 años; diabetes 4,6%; sobrepeso 25,66%; sedentarismo 19,74%; fumadores 18,42%.

4

**Conclusiones/Recomendaciones:** Existen claras y concluyentes diferencias entre los distritos, desde las duplicaciones en renta, a la prevalencia de diabetes, EMVN o percepción de salud. Esta desigualdad se identifica, para actuaciones clave, con una desviación asumible, por el conocimiento a través de agrupaciones que se ultima en los distritos. Permite por tanto una planificación, intervención y seguimiento en las grandes y diversas ciudades, así como de la salud con sus determinantes de forma específica.

**5. CONSUMO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES Y OTROS PSICOFÁRMACOS EN LA POBLACIÓN GENERAL** E.J. Pedrero-Pérez, B. Álvarez-Crespo, M.T. Benítez-Robredo, Y.Quintana-Moreno, N. Botella-Cañamares, J.M. Díaz-Olalla. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** El consumo de opioides en España ha crecido un 83,6% en el periodo de 2005 a 2015. El uso de estos medicamentos se asocia con desarrollo de dependencia física y adicción, lo que está generando un importante problema de salud en países desarrollados, como la denominada epidemia de opiáceos en EEUU con cerca de 250.000 muertos. Este estudio trata de conocer el consumo de este tipo de medicamentos y de otros psicofármacos como antidepresivos y tranquilizantes en la población madrileña.

**Métodos:** La muestra se ha obtenido de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17). Se trata de una encuesta telefónica con muestreo aleatorio estratificado por distrito, grupo de edad y sexo, sobre el conjunto de personas residentes en la ciudad de Madrid, de 15 y más años, con una muestra final de n=8.845. Se preguntó si "ha consumido" alguno de estos fármacos "en las dos últimas semanas" y si lo ha hecho "recetado por el médico" o "sin prescripción".

**Resultados:** Un 12% utiliza tranquilizantes o inductores del sueño, el 11,2% de los cuales lo ha hecho sin prescripción médica. El 5,7% toma antidepresivos, el 1,6% de los cuales lo ha hecho sin

prescripción. El 9,1% toma analgésicos opioides, el 9,9% de los cuales sin prescripción médica. La frecuencia de uso se incrementa con la edad, pero en el grupo de 15-29 años ya un 6% toma analgésicos opioides (18% sin prescripción), el 4,6% tranquilizantes (32,1% sin prescripción) y el 2,7% antidepresivos (siempre prescritos). El porcentaje de personas que toman opioides y presentan riesgo de mala salud mental (40,5%) duplica de quienes no los toman (19,2%). El uso de estos analgésicos es más frecuente en personas de clase desfavorecida (6,0%). También es más frecuente el consumo de mujeres (11,9%) que en hombres (5,8%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de estos psicofármacos supera ampliamente la prevalencia estimada de los trastornos para los que están indicados. Sorprende que en el tramo de personas más jóvenes se alcancen porcentajes de uso tan elevados. Sería necesario un control mayor, tanto de la prescripción inapropiada como de su accesibilidad en farmacias, para evitar las dramáticas consecuencias que se pueden producir.

**6. REINVENTAR EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LA ESTRONGILOIDIASIS: SINERGISMO PÚBLICO-PRIVADO.** M.D. Flores-Chávez, M. Navarro, C. González-Vizcayno, B. Jordán, E. García, I. Ibáñez, S. Espinoza, J. Nieto, J.J. de los Santos. Fundación Mundo Sano-España; Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III; Centro Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Los avances económicos han contribuido a grandes cambios en los flujos de migración, y desde inicios del actual siglo, la población latinoamericana ha crecido en número a lo ancho del territorio español. A la par y sin pretenderlo han contribuido en la expansión silenciosa de parasitosis como la enfermedad de Chagas (EC) y la estrogiloidiasis (SS). Por ello, valoramos la implementación de un circuito interactivo entre los Centros Madrid Salud (CMS) del Ayuntamiento de Madrid, el Centro Nacional de Microbiología (CNM), organismo público de investigación en España, y la Fundación Mundo Sano-España (FMS), organismo privado: para facilitar el acceso a la información, al cribado serológico comunitario pasivo/activo, y al diagnóstico y tratamiento temprano, con el fin de controlar, prevenir y modificar la progresión natural de ambas parasitosis.

**Métodos:** Se realizó un estudio piloto de cribado pasivo entre enero y junio de 2017, en los CMSs de los distritos de mayor asentamiento de población latinoamericana. FMS realizó charlas informativas dirigidas al personal sanitario, ellos re-trasmitieron la información a sus usuarios. Tras la firma de un consentimiento informado, se colectó muestras de suero que se enviaban una vez por semana al CNM, para la detección serológica de la EC y la SS. Tras la comunicación de los resultados, una agente de salud/paciente experto ofrecía acompañamiento para el acceso al tratamiento y seguimiento. En paralelo, en conmemoración del día mundial de la EC, se realizó un cribado activo en un único CMS, y en domingo. Su difusión se realizó mediante distribución de volantes informativos y comunicaciones de radio. Las charlas informativas fueron in situ y se impartieron directamente a los asistentes.

**Resultados:** Con la implementación del cribado pasivo recibieron información 693 individuos, se realizaron las pruebas 624 personas, 90% de aceptación. La seroprevalencia de la EC fue el 1,4% mientras que la de la SS fue del 5,4%, sólo se observó coprevalencia en el 0,03% de los casos. En cambio en el cribado activo, la aceptación fue del 99,2%, la seroprevalencia de la EC fue del 16,7%, la de la SS un 10,3%, con una co-prevalencia del 0,3%. No se observó asociación entre las prevalencias de EC y SS (test de Fisher  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** El acceso a la información y al cribado serológico mediado por el sinergismo público-privado, CMSCNM-FMS, convergen en un nuevo enfoque de prevención y control de la EC y la SS. La EC sigue siendo prevalente en población boliviana, mientras que la prevalencia de la SS varía según el tipo de cribado. Financiación: Fundación Mundo Sano, Programa de Vigilancia de la Enfermedad de Chagas del CNM.

**7. CONSUMO DE AGUA MINERAL EN LA CIUDAD DE MADRID** B. Álvarez-Crespo, M.T. Benítez-Robredo, E.J. Pedrero-Pérez, Y. Quintana-Moreno, N. Botella-Cañamares, J.M. Díaz-Olalla. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** El agua es un recurso fundamental para la vida y un recurso cada vez más escaso. El consumo de agua mineral de manera habitual, como alternativa al agua del grifo, es un hábito cada vez más frecuente en la población. La demanda de agua embotellada ha crecido a un ritmo vertiginoso en los últimos años. En 2004, España fue el sexto país del mundo y el tercero de Europa, con 137 litros por año y persona, consumo que en 2011 disminuyó por el efecto de la crisis, según algunos estudios. En este trabajo se analiza el consumo de agua mineral en la ciudad de Madrid.

**Métodos:** La muestra se ha obtenido de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17). Se trata de una encuesta telefónica con muestreo aleatorio estratificado por sexo, grupo y distrito, sobre la población de la ciudad de Madrid, mayor de 15 años. La muestra final fue 4.425 sujetos a los que se les preguntó sobre el consumo de agua mineral y del grifo. Se describen las características de las personas que declaran consumir agua mineral de forma habitual y se comparan con el resto.

**Resultados:** El 12,5% de las personas entrevistadas afirma consumir, siempre o casi siempre, agua mineral. No hay diferencias significativas por sexo. Por edad, el 18,8% de las personas de 15-29 años, consume agua mineral vs el 8,9% de los mayores de 65 ( $p < 0,05$ ). Las personas con estudios secundarios refieren un consumo significativamente mayor (13,8%) frente al 11,9% de los universitarios y el 7,6% de los que tienen estudios primarios. En cuanto a la clase social, aquellos de clase desfavorecida refieren beber siempre agua del grifo en un 53,3% frente a los de clase favorecida, que lo hacen en un 49,1% ( $p < 0,05$ ). No se observan diferencias significativas por nivel de desarrollo del distrito de residencia de la persona entrevistada.

**Conclusiones/Recomendaciones:** En una ciudad como Madrid que cuenta con un agua del grifo de excelente calidad, hay un elevado porcentaje de personas que consume, de forma habitual, agua

mineral. Este consumo es más frecuente entre las personas más jóvenes y entre las que tienen estudios medios. Además es más frecuente en aquellos de clase social favorecida. Son necesarios más estudios que permitan explicar una conducta que, cuando menos, tiene importantes repercusiones medioambientales y económicas.

**8. A COMMUNITY-DRIVEN APPROACH TO GENERATE URBAN POLICY RECOMMENDATIONS FOR OBESITY PREVENTION.** P. Gullón, J. Díez, M. Sandín, B. Álvarez, M.P. Martín, M. Urtasun, M. Gamarra, J. Gittelsohn, M. Franco. Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, Universidad de Alcalá; Centro Madrid Salud Villaverde, Instituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid; Distrito de Villaverde, Ayuntamiento de Madrid; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

**Background/Objectives:** There is increasing research interest in targeting interventions at the neighborhood level to prevent obesity. Healthy urban environments require the inclusion of residents' perspectives that help understanding how urban environments relate to residents' food choices and physical activity levels. We describe an innovative community-driven process aimed to develop environmental recommendations for obesity prevention.

**Methods:** We conducted this study in Villaverde, a low-income area in Madrid (Spain), using a collaborative citizen science approach. First, 36 participants of two previous Photovoice projects translated their findings into policy recommendations using an adapted logical framework approach. Second, the research team grouped these recommendations into strategies for obesity prevention using the deductive analytical strategy of successive approximation. Third, through a nominal group including participants, researchers, public health practitioners and local policy makers, we discussed and prioritized the obesity prevention recommendations.

**Results:** Participants identified 12 policy recommendations related to their food choices, and 18 related to physical activity. The research team grouped these into 11 concrete recommendations for obesity prevention. The 'top-three' ranked recommendations were: 1) to adequate and increase the number of public open spaces; 2) to improve access and affordability of existing sport facilities and 3) to reduce the cost of gluten-free and diabetic products.

**Conclusions/Recommendations:** This project is the result of a unique and long-standing partnership between an academic research team, public health practitioners, local decision-makers and residents of Villaverde, a low-income district in Madrid (Spain). Communitydriven processes are effective methodologies for developing sustainable and culturally appropriate health promotion environmental strategies.

Funding: ERC Starting Grant HeartHealthyHoods Agreement n. 336893.

**9. EL EFECTO DEL FRAUDE BANCARIO EN LA CALIDAD DE VIDA. UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE MADRID** J.M. Díaz-Olalla, B. Sanz-Barbero,



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

A. Rico, N. Botella-Cañamares. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Escuela Nacional de Sanidad; IMIENS

**Antecedentes/Objetivos:** Durante la última década muchas personas se han visto afectadas por prácticas bancarias abusivas. El objetivo de esta comunicación es conocer su frecuencia, distribución poblacional y repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

8

**Métodos:** Los datos proceden de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid 2017 (Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid), realizada por vía telefónica a una muestra representativa de la población mayor de 15 años de la ciudad y de sus distritos ( $n = 4.427$ ). Se incluyeron preguntas sobre ocurrencia del fraude bancario, tipos de fraude y su repercusión en la economía familiar. La medida de CVRS es la escala validada COOP-WONCA que incluye 9 dimensiones: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, sociales, cambios en salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. La asociación entre CVRS e impacto económico del fraude se estima por un modelo de regresión lineal, ajustando por edad, sexo y educación, y se examinan diferencias entre hombres y mujeres.

**Resultados:** El 11% ( $IC_{95\%} \pm 0,91$ ) de los madrileños mayores de 15 años declararon haber sido víctimas de fraude: hipotecas abusivas y desahucios (19,2%), cláusulas suelo en hipotecas (21%), preferentes (16%) y relativos a acciones (12%) son los más frecuentemente citados. El 80% de los afectados sufrieron sus efectos en la economía familiar, refiriendo una cuarta parte de ellos impacto grave o muy grave. Entre los afectados no se detectan diferencias significativas por sexos ni por distrito de residencia, aunque sí una menor prevalencia en personas jóvenes ( $4\% \pm 0,57$  de 15 a 29 años) y en quienes tienen niveles educativos elementales ( $7,6\% \pm 0,78$ ). En análisis bivariado, mayor impacto económico del fraude se corresponde con peor CVRS ( $p < 0,001$ ). Ajustando por edad, sexo y nivel educativo, el efecto de dosis-respuesta (a mayor impacto económico, peor calidad de vida) es considerable y se mantiene la significación estadística ( $p = 0,016$ ). El efecto del impacto económico en la calidad de vida se detecta en las mujeres a menor cuantía del fraude que en los hombres ( $p = 0,03$ ). Las mujeres que refieren significativamente peor calidad de vida que las que no refieren fraude (CVRS 23,6 vs 21,6); en los hombres, la peor calidad de vida se encuentra solo entre los que refieren un impacto económico del fraude grave (CVRS 23,6 vs 19,6).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de fraudes bancarios en la Ciudad de Madrid es elevada, observándose que cuanto mayor es el impacto económico del fraude, peor es la calidad de vida. Las mujeres presentan un deterioro de su calidad de vida ante impactos económicos menos intensos que los hombres.

## 10. ¿CÓMO HA AFECTADO EL FRAUDE BANCARIO A LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS? UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE MADRID.

B. Sanz-Barbero, A. Rico, J.M. Díaz-Olalla, M.V. Zunzunegui. Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Instituto de Salud Pública Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Durante la última década un gran número de personas se ha visto afectado/as por prácticas bancarias abusivas. El objetivo de esta comunicación es analizar si existe una asociación entre la exposición al fraude bancario y la salud percibida, las enfermedades crónicas y la presencia de dolor, en personas mayores de 15 años, residentes en el municipio de Madrid.

**Métodos:** Análisis de la Encuesta de Salud de Madrid 2017, realizada por el Ayuntamiento de Madrid a 4.425 personas. Las variables dependientes fueron: a) estado de salud percibido en los últimos 12 meses, b) número de enfermedades crónicas diagnosticadas, c) presencia de enfermedades/síntomas que producen dolor. La exposición al fraude bancario fue medida por el impacto del fraude en la economía familiar, y por su duración –meses desde el conocimiento del fraude hasta la entrevista-. La medida de asociación estimada fue la razón de prevalencia (RP) obtenida por modelos de regresión de Poisson con varianza robusta ajustando por edad, sexo, estudios y lugar de nacimiento (España/fuera de España).

**Resultados:** El porcentaje de personas con mala salud percibida es mayor en las personas que han sufrido un fraude grave/muy grave (39%) que en aquellas que no han sufrido fraude (28,2%). El porcentaje de personas con 2 o más problemas crónicos es mayor en las personas que refieren un impacto del fraude grave (33%) que en las que no han sufrido fraude (26%). El porcentaje de personas con patologías que causan dolor es mayor cuando el impacto del fraude ha sido grave (47%) que en aquellas que no han estado expuestas al fraude (30%). En los modelos de Poisson, ajustando por edad, sexo, lugar de nacimiento y nivel educativo, y comparando los que han sufrido un impacto económico grave con los que no han sufrido fraude, la RP de mala salud percibida es de  $RP=1,2$  (IC95% 0,9;1,7); la correspondiente RP al hecho de tener 2 o más trastornos crónicos es  $RP=1,2$  (0,9;1,6) y para la presencia de patologías que causan dolor es  $RP=1,5$  (1,1;1,9). Según aumenta el impacto del fraude en la economía familiar, aumenta la prevalencia de personas con diagnóstico de patologías que producen dolor ( $p=0,041$ ). Entre las personas expuestas al fraude, existe una asociación independiente y positiva entre el tiempo transcurrido desde el conocimiento del fraude hasta la entrevista y referir mala salud percibida ( $p=0,020$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** La exposición al fraude bancario está asociada a peor salud percibida y mayor presencia de dolor; concretamente la peor salud percibida se asocia al impacto del fraude en la economía familiar y la presencia de dolor al tiempo que ha transcurrido desde el conocimiento del fraude hasta la actualidad.

Financiación: IMIENS, FINSALUD.



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

## II. FRAUDES BANCARIOS Y SALUD MENTAL: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE MADRID, 2017. E. Sarriá, P. Recio, B. Sanz-Barbero, J.M. Díaz, M.V. Zunzunegui. UNED; IMIENS; Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; Ayuntamiento de Madrid; Escuela de Salud Pública de la Universidad de Montreal; Escuela Nacional de Sanidad.

**Antecedentes/Objetivos:** Los fraudes bancarios han agravado los efectos de la crisis de 2008 en muchas familias. La mayoría de las personas afectadas por los fraudes han sido pequeños ahorradores con escasos conocimientos sobre los productos contratados (preferentes, hipotecas multidivisas, etc.). Hasta el momento es muy escasa la investigación sobre las consecuencias de los fraudes bancarios en la salud. Estudios recientes parecen indicar que las personas afectadas por fraude tienen peor salud física, mayor malestar psicológico y peor calidad de vida que la población general. El objetivo de este trabajo es estudiar el posible impacto de los fraudes bancarios en la salud mental de las personas, a través de los datos de una muestra representativa de la población de Madrid.

**Métodos:** Se han utilizado los datos de la Encuesta de Salud 2017 del Ayuntamiento de Madrid ( $n = 4.425$ ). La encuesta incluía al final preguntas sobre si se había sufrido fraude bancario y en qué medida éste había afectado a la economía familiar, entre otras. Para medir la salud mental se utilizó la adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ-12) que mostró alta consistencia interna en la muestra ( $\alpha = .87$ ). Las principales variables de estudio fueron: la experiencia del fraude bancario y su impacto económico, y la salud mental, evaluada aplicando el criterio de cribado ( $\text{GHQ-12} \geq 3$ ). Se realizaron análisis descriptivos y cálculo de odds ratio (OR) con IC al 95%, y análisis de modelos de regresión logística múltiple, utilizando como predictor el fraude y su impacto económico, controlando la edad, sexo y nivel de estudios.

**Resultados:** Entre los resultados obtenidos destacan los datos de prevalencia del 28,5% de personas con problemas de salud mental en las que han sufrido fraude bancario frente al 23,7% en las que no lo han sufrido ( $\text{OR} = 1,28$ ;  $\text{IC} = 1,04-1,58$ ). El impacto económico del fraude se presenta como predictor significativo: la proporción de personas con problemas de salud mental es mayor cuanto más grave ha sido el impacto del fraude en su economía: 29,1% en caso de impacto económico leve o moderado ( $\text{OR} = 1,47$ ;  $\text{IC} = 1,02-2,13$ ) y 36,5% en caso de impacto grave o muy grave ( $\text{OR} = 1,91$ ;  $\text{IC} = 1,17-3,12$ ).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los resultados informan de la relación entre la experiencia de fraude bancario y su impacto económico, y los problemas de salud mental. Es necesario profundizar en las investigaciones sobre los efectos del fraude bancario en la salud mental de las personas afectadas.

Financiación: IMIENS Y FINSALUD.



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

**12. MÉTODO UMAM: ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN MAYORES SIN DETERIORO. ESTUDIO CONTROL EXPERIMENTAL ALEATORIZADO. ENFOQUE NEUROPSICOLÓGICO, VOLUMÉTRICO Y GENÉTICO.** P. Montejo-Carrasco, M. Montenegro-Peña, E. García-Mulero, A. García-Marín, E. Martín-Medina, M.C. Aragón-Cancela. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Hay programas y actividades para los mayores cuyo objetivo es mejorar la memoria y el rendimiento cognitivo: son el entrenamiento de memoria y la estimulación cognitiva. Entre estos programas se encuentra el método UMAM (Unidad de Memoria Ayuntamiento de Madrid). Nuestros objetivos son: Analizar los efectos del método UMAM sobre la memoria y otras funciones cognitivas de los mayores. Estudiar si la Reserva Cognitiva, el perfil genético APOE y el volumen de algunas regiones cerebrales son predictores de los resultados.

**Métodos:** Muestra: 199 mayores de 65 años. Se estudiaron 91 controles; 108 experimentales. Aleatorizados. Captación: Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Evaluación: Mini Mental (MMSE), Test 7 Minutos. Test memoria visual de Rey; Lista de palabras y Memoria lógica Wechsler III; Fluidez Verbal Fonológica y Semántica; Trail Making Test - TMT A y B; Test de Stroop. Cuestionario de fallos de memoria (MFE), Escala de Depresión GDS. Se analizaron varios genes entre ellos APOE y se estudió el volumen cerebral total, el de sustancia gris y el de hipocampus derecho e izquierdo. Estadística: modelo lineal general de medidas repetidas (Pre-Post), regresión lineal múltiple y regresión cuadrática. Se aplicó el Método UMAM: multifactorial, grupal (12-16 participantes), 30 sesiones, muy estructurado, participación de los familiares en algunas sesiones, se manda tarea para casa, centrado en estrategias y técnicas para resolver los olvidos cotidianos.

**Resultados:** Se observó mejoría en varias funciones cognitivas: Total 7 minutos, test del reloj, memoria lógica de Wechsler, fluidez verbal fonológica y semántica, TMT A y B; GDS y MFE. Los tamaños de efecto de la mejoría ("d" de Cohen) fueron medios (0,20 a 0,81). El cambio para cada dominio osciló entre el 50 y el 70% de participantes. Se estudiaron los predictores de resultados en el grupo experimental. Encontramos una alta correlación significativa entre el cambio de las variables y su puntuación pre. Como predictores de cada variable de mejoría se encontraron: APOE (no tener alelo 4); volumen del hipocampo izquierdo, volumen de la sustancia gris, reserva cognitiva y edad; los tamaños de efecto (R cuadrado) estuvieron entre 0,07 y 0,19.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El método UMAM mejora algunas funciones cognitivas de los mayores: memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. A destacar: se debe entrenar directamente la función que se quiere mejorar, pues el transfer entre dominios cognitivos es escaso. Las actividades de la vida diaria mejoran así como las quejas de memoria. El método UMAM se constituye como un instrumento para la Prevención y Promoción de la Salud.

**13. EL DECLIVE COGNITIVO SUBJETIVO EN UN ESTUDIO POBLACIONAL DE LA CIUDAD DE MADRID** M. Montenegro-Peña, P. Montejo-Carrasco, D. Prada-Crespo, M.E.

Andrés-Montes, A. García-Marín, E. García-Mulero, E. Martín-Medina. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Madrid Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** En la última década se ha impuesto el término de subjective memory impairment para denominar a las quejas cognitivas que comienzan a aparecer antes del deterioro cognitivo y que deben cumplir varios criterios: preocupación, consulta médica, afectación en la vida diaria...(Jessen et al.,2014). Se recomienda iniciar esta evaluación de las quejas cognitivas en edades cercanas a la jubilación (Rijs et al., 2013) para poder poner en marcha actividades encaminadas a la prevención del deterioro cognitivo. Nuestros objetivos son: 1. Estudiar la prevalencia de quejas cognitivas en una población de adultos y mayores de la ciudad de Madrid. 2. Estudiar la distribución de las quejas cognitivas en la población según edad, nivel de estudio. 3. Analizar el cumplimiento de los criterios de Jessen entre las personas que tienen problemas de memoria.

**Métodos:** El Estudio Madrid Salud es una investigación epidemiológica descriptiva transversal de 8.845 personas. La recogida de información ha sido la entrevista personal a partir de cuestionario estructurado a la población no institucionalizada residente en Madrid. Se han analizado los datos de 1,797 mayores de 55 años (55-98, media=68,16 y DT=9,34; 57,4% mujeres) a los que se les realiza entrevista personal mediante unas preguntas de quejas que siguen los criterios de Jessen del SCD: tiene usted problemas de memoria y, en caso de responder de forma positiva: desde cuándo, si le afecta a su vida diaria, si ha consultado por las mismas, su comparación con personas de su edad. También se pregunta por otras variables de salud y calidad de vida.

**Resultados:** En la muestra de adultos mayores de 55 años presentan quejas de memoria como media el 16,5%. Hay asociación con la edad presentando quejas: 55-64=12,1%; 65-74: 17%; 75-84: 22,2% y >84=24,5% (chi=24,35; p=0,000). No hay diferencias por sexos: refieren quejas 15,0% de varones y 17,7% de mujeres (p=0,133). Hay asociación con las quejas y el nivel de estudios: desde 28,6% en las personas que no leen o escriben a 14,5% en estudios superiores (chi = 23,117; p = 0,003). De las 296 personas que manifiestan quejas: el 73,4% tienen quejas de memoria desde los últimos 5 años; el 35,1% manifiesta también problemas de atención y/o concentración; al 61,8% le preocupan estos problemas de memoria; han consultado al médico el 41,3%; el 17,5% consideran que le produce alteraciones en su vida diaria; el 16,2% considera que está peor que otras personas de su edad.

**Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de quejas cognitivas sufre variaciones en los distintos estudios poblacionales. La caracterización de las mismas y su afectación a la vida diaria ayuda al trabajo preventivo.

#### 14. CAMBIO POR LA EDAD EN EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN MAYORES DESDE LOS 60 AÑOS. P. Montejo-Carrasco, M. Montenegro-Peña, M.E. de



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

Andrés-Montes, A.I. Reinoso-García, D. Prada-Crespo, M. Lozano-Ibáñez, J.M. Gómez-Sánchez-Garnica

**Antecedentes/Objetivos:** Los estudios epidemiológicos longitudinales muestran que con la edad hay una disminución del rendimiento cognitivo que se hace más evidente en el área de la memoria, aunque la disminución más grave se observa en otras funciones. Estos decrementos se van haciendo más intensos según avanza la edad. Nuestro objetivo es estudiar en una muestra de mayores de 60 años, el rendimiento cognitivo global, el rendimiento en memoria y en otras funciones cognitivas y analizar el decremento que se va sucediendo con la edad comparando unas funciones con otras.

**Métodos:** Estudio transversal. Muestra 1.520; 31,2 varones; media edad 74,53 (DT = 6,70), rango 60-93 años. Captación consecutiva no probabilística desde el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Evaluación: Mini Mental (MMSE), Test 7 Minutos: orientación temporal, fluidez verbal, test del reloj y test de memoria; Test de memoria visual de Rey; Lista de palabras de Wechsler III; Fluidez Verbal Fonológica y Semántica; Trail Making Test - TMT A y B.

**Resultados:** El rendimiento Cognitivo Global (MMSE) disminuye desde 27,9 a los 60-64 años a 26,9 en mayores de 85: el 4%. El rendimiento global medido por test 7 Minutos, con funciones con más probabilidad de deterioro, puntuación total: de 62,6 a 54,0, disminuye el 13,1%. Por áreas: Lenguaje, fluidez semántica: de 50,1 a 37,7, disminuye el 25,1%. Fluidez fonológica, de 34,7 a 28,2, disminuye el 19,1%. Memoria verbal-visual libre: de 8,4 a 6,6, baja el 20,7%. Memoria visual de 14,6 a 10,8; baja el 25,9%. Memoria demorada: de 5,9 a 2,9; baja el 50,4%. Velocidad de procesamiento (TMT A): de 64,4 a 87,0; baja el 40%; velocidad procesamiento-alternancia-atención (TMT B): de 168,3 sube a 262,5; baja el 56%. Las correlaciones más elevadas con la edad la presentan la memoria demorada, la memoria visual, la fluidez semántica y la velocidad de procesamiento-alternancia-atención. Las funciones que correlacionan más alto con los años de estudios son: fluidez fonológica y velocidad de procesamiento-alternancia-atención.

**Conclusiones:** Las distintas funciones disminuyen su rendimiento de modo muy diferente. El funcionamiento cognitivo global presenta la menor disminución, por lo que los mayores siguen funcionando de modo suficiente. Es en Funciones ejecutivas (velocidad de procesamiento, atención) y memoria demorada donde presentan los mayores decrementos en rendimiento cognitivo. En una entrevista y en la historia clínica este hecho debe ser tenido en cuenta cuando buscamos estudiar el deterioro cognitivo.

**15. USO Y ABUSO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN ADOLESCENTES: ESTUDIO REPRESENTATIVO DE LA POBLACIÓN DE MADRID.** E.J. Pedrero-Pérez, C. Mora-Rodríguez, R. Rodríguez-Gómez, S. Méndez-Gago, A. Ordóñez-Franco, M.T. Benítez-Robredo, L. González-Robledo, B. Álvarez-Crespo. UT de Formación e Investigación y SG de Adicciones, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Universidad Camilo José Cela.

**Antecedentes/Objetivos:** El desarrollo de las TICs en las últimas décadas ha supuesto una revolución, que ha aportado enormes beneficios, pero también ha dado lugar a importantes riesgos. Uno de ellos sería el posible establecimiento de conductas adictivas de tipo comportamental, especialmente entre los más jóvenes. El objetivo de este estudio fue conocer cómo utilizan los adolescentes Internet y sus aplicaciones, para detectar posibles riesgos y problemas.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal en centros educativos públicos, concertados y privados de la ciudad de Madrid. Muestreo aleatorio estratificado por tipo de centro educativo y nivel de desarrollo de distrito (según el Índice Combinado de Desarrollo que integra nivel de estudios, renta básica disponible y esperanza de vida). La muestra final fue de 2.341 escolares de 4º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de la ciudad de Madrid. Se administró un cuestionario electrónico autocumplimentado que incluía el test MULTICAGE-TIC de 20 ítems, compuesto de 5 escalas, que interrogan sobre problemas relacionados con el uso de Internet, Móvil, Videojuegos, Mensajería Instantánea y Redes Sociales.

**Resultados:** Participaron alumnos de 34 centros educativos (35,7% públicos, 57,2% concertados y 7,1% privados). La media de edad fue de 15,3 años (50,2% chicos y 49,8% chicas). El 68% de los adolescentes presentó patrones de uso problemático de Internet: 31,5% uso de riesgo, 23,3% abuso y 13,2% dependencia. El 57,3% presentó patrones de uso problemático del móvil: 28,4% uso de riesgo, 20,8% abuso y 8,1% dependencia. El 43,5% presentó patrones de uso problemático de Mensajería Instantánea: 21% uso de riesgo, 14,5% abuso y 8,0% dependencia. El 39,1% presentó patrones de uso problemático de redes sociales: 19,2% uso de riesgo, 12,7% abuso y 7,2% dependencia. El 40,4% presentó patrones de uso problemático de videojuegos: 22,2% uso de riesgo, 12,5% abuso y 5,7% dependencia. La prevalencia de uso problemático es mayor en chicas que en chicos en todos los casos, salvo en el uso de videojuegos.

**Conclusiones:** Los datos de prevalencia encontrados son preocupantes. Es conocida la asociación entre abuso de las TICs y problemas de salud mental, bajo rendimiento escolar y problemas en el ámbito familiar. Todos los encuestados son ya nativos digitales y no es posible predecir el curso de este tipo de conductas. Urge una intervención educativa en centros escolares, tanto con los propios adolescentes como con las familias, que no han tenido tiempo de asimilar los rápidos cambios que se han producido en los últimos años.

**16. LA EVIDENCIA ESCONDIDA: BUSCANDO EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD.** M. León-García, V. Cassetti, M.V. López-Ruiz, S. López-Villar, J.J. Paredes-Carbonell. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; University of Sheffield, School of Health and Related Research, Sheffield, RU, PACAP; Ayuntamiento de Córdoba; Proyecto de Sistemas de Gobernanza Local en Salud del Observatorio de Salud en Asturias; Centre de Salut Pública d'Azira, Fundació FISABIO.

**Antecedentes/Objetivos:** El instituto anglosajón NICE pública en 2016 la guía “Participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud”. En 2017 empezó un proceso de adaptación de la guía al contexto español. La adaptación se llevó a cabo con la participación de 10 nodos de trabajo pertenecientes a diferentes Comunidades Autónomas. Cada nodo está formado por personas vinculadas al mundo de la salud que trabajan en distintos territorios y conocen las intervenciones locales en salud comunitaria que se están desarrollando. Muchas de estas experiencias no son difundidas en los canales científicos habituales, y por esto se llevó a cabo una búsqueda de intervenciones locales siguiendo una metodología innovadora.

**Métodos:** Cada nodo realizó una búsqueda de literatura gris de experiencias en sus CCAA, en diferentes repositorios: MedNar, Open Grey, Grey Literature Report, revistas no indexadas, blogs, recopilaciones de buenas prácticas, direcciones de salud pública y atención primaria, buscadores de tesis y sociedades científicas (PACAP, SESPAS, SEMFYC, SEMERGEN, SEMAP). Se identificaron experiencias de evidencia de efectividad o proceso. Se incluyeron estudios enfocados a promover la salud comunitaria, con un grado mínimo de participación como co-producción en al menos dos fases de la intervención. Tras la selección de experiencias, la información es sintetizada por temáticas: participantes, descripción de la intervención y resultados.

**Resultados:** Fueron identificadas 202 referencias y se incluyeron 38 intervenciones: 18 de evidencia de efectividad y proceso; 16 solo de proceso y 4 de efectividad. La mayoría de las intervenciones tuvieron participación en la fase de diseño e implementación y fue escasa en la evaluación. Las experiencias descartadas fueron por falta de detalles sobre la propia intervención o por la metodología de participación.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Esta revisión de experiencias en participación comunitaria en salud es la primera en llevarse a cabo de manera colaborativa y con un enfoque local, donde juega un papel clave la participación de las personas vinculadas a las experiencias locales de cara a acceder a las mismas. Esta metodología innovadora pone en valor conocimientos y prácticas de participación comunitaria en salud que por diferentes razones no están difundidas en los canales tradicionales. Se recomienda replicar esta metodología de búsqueda en más CCAA para mejorar y sistematizar la metodología de búsqueda de literatura gris.

**17. ADAPTACIÓN DE LA GUÍA NICE DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA AL CONTEXTO ESPAÑOL: EXPERIENCIA DE MADRID.** M. Sastre-Paz, M. León-García, J. Cubillo-Llanes, I. Rodríguez-Newey, S. Martín-Iglesias, M. Ramasco-Gutiérrez, M. Araujo-Calvo, M.D. Gerez-Valls, et al. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; CS Leganés Norte, SERMAS, Comunidad de Madrid; DASur, SERMAS, Comunidad de Madrid; DG de Salud Pública, Comunidad de Madrid; CS Manuel Merino, SERMAS, Comunidad de Madrid; Ayuntamiento de San Fernando de Henares.

**Antecedentes/Objetivos:** El instituto Inglés de excelencia en salud y cuidado, NICE, lanza en 2016 la guía NG44 “Participación comunitaria para mejorar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud”. Diez comunidades autónomas, nodos, lideradas por Valencia, empiezan a



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

trabajar en adaptar esta guía al contexto español, en el contexto de la Alianza de Salud Comunitaria. En la Comunidad de Madrid (CM) se forma un nodo compuesto por profesionales pertenecientes a diversas instituciones, administraciones y asociaciones profesionales. Esta comunicación tiene el objetivo de describir el proceso de adaptación llevado a cabo por el nodo de Madrid.

**Métodos:** El proceso consta de 4 tareas: revisión de la traducción de la guía; revisión bibliográfica y de literatura gris de experiencias realizadas en la CM; contextualización de la situación de la participación comunitaria en salud (PCS) en la CM; estudio piloto para evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones en dos experiencias de intervención comunitaria (IC) en vigor en dos barrios de Madrid. Se realizan tres entrevistas grupales de 120 minutos cada una, con diferentes agentes de interés de cada proyecto (nivel político-directivo, técnico de ejecución y ciudadanía participante). Las sesiones son grabadas con consentimiento informado y analizadas posteriormente.

**Resultados:** Se identifican los términos dudosos y se hace una propuesta de cambio. Se eligen 18 experiencias de IC en Madrid, reportando acerca de los órganos formales e iniciativas informales de PCS; oferta de formación dirigida a profesionales y/o ciudadanía en PCS; grado de participación que existe en los programas de salud que se realizan en la CM; personas clave en PCS y a quien puede ir dirigida; y normas y leyes autonómicas que se conocen sobre PCS. Participantes de ambos pilotajes concluyen que la guía es comprensible y aplicable, viéndose la necesidad de un lenguaje más sencillo, accesible y menos técnico. Las personas participantes consideran que hay una buena aplicación de las recomendaciones en sus proyectos. Se reconoce el valor de la guía. Se pide más implicación de las Administraciones. Se solicita la devolución de los resultados y aclarar algunos términos.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El proceso de adaptación de la guía se ha llevado en paralelo con el resto de los nodos, dando como resultado una guía de recomendaciones de PCS adaptadas a nuestro territorio. Se recomienda la difusión de publicaciones del desarrollo del proceso, así como una versión de la guía adaptada a ciudadanía.

**18. CLÚSTER DE DISTRITOS DE MADRID POR DESARROLLO HUMANO, 2014-2017. CAMBIOS RESPECTO A 2009-2012.** J.M. Díaz-Olalla, E.J. Pedrero-Pérez, M.T. Benítez-Robredo, B. Álvarez-Crespo, E. Rodríguez-Rives. Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Necesitamos agrupar distritos de la ciudad de Madrid con un nivel de desarrollo humano (DH) similar para analizar relaciones entre indicadores de salud y determinantes en diseños ecológicos, especialmente con muestras pequeñas para fenómenos poblacionalmente poco frecuentes. Usamos los criterios del PNUD para cuantificar el Desarrollo Humano (vida larga y saludable, acceso a la cultura e ingresos para una vida digna) a partir de una



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

composición integral de los componentes. Hemos construido agrupaciones de distritos según nivel de desarrollo y observamos los cambios registrados en dos periodos recientes.

**Métodos:** Se construyen 4 grupos con los 21 distritos de Madrid según 3 indicadores: renta disponible pc (2014), esperanza de vida al nacer (2016) y % de personas de 30 a 64 años con nivel educativo superior a secundario (2017). Análisis de clúster por SPSS (método k-medias) que agrupa considerando el más alto grado de homogeneidad interna y de heterogeneidad externa en relación a los 3 indicadores. Se estudian los cambios de clúster experimentados por algunos distritos respecto al anterior análisis (2009-2012) y en qué componente se justifican.

**Resultados:** El grupo de mayor desarrollo está compuesto por 4 distritos del centro junto al del oeste de la ciudad (Moncloa-Aravaca). Son los de mayor renta y registran la más alta esperanza de vida y el mejor nivel educativo (26.993 € pc, 85,5 años y 62,4%). El de menor desarrollo lo componen los 4 distritos del sur de la ciudad, exceptuando Villa de Vallecas. Los centros de este conglomerado fueron 16.163 € pc, 84 años y 18%, respectivamente. Por indicadores la distribución más desigual es la educativa (I.Gini 0,197) y la que menos la expectativa vital (I.Gini 0,004). Se registran pocos cambios en el periodo: dos distritos mejoran su nivel de desarrollo (Moncloa-Aravaca, de medio-alto a alto y Centro de medio-bajo a media-alto) y uno bajó (Barajas, de alto a medio-alto). La mayoría de los distritos mejoran en el periodo en esperanza de vida y en nivel educativo pero muchos retroceden en renta (años 2009/2014), como el conjunto de la ciudad, donde cae de 22.279 € a 21,1455 € pc. Barajas, el único que baja de categoría de DH, lo hace por el retroceso en renta, no compensando los moderados ascensos en los otros dos. Los dos que ascienden mejoran en los 3 componentes.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se registran pocos cambios en la composición de los clúster de distritos según desarrollo en la ciudad de Madrid en el periodo 9-12 a 14-17. La renta, que es el componente que peor evoluciona, ha determinado los cambios en el nivel de desarrollo relativo de algunos distritos.

## 19. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN CONSULTA EN LOS CENTROS MUNICIPALES DE SALUD COMUNITARIA. M.

León-García, M. Sastre-Paz, C.M. León-Domínguez, C. Ramos-Martín, L. Álvarez-Castel, L. Romero-Abellán, M. Cob-Yagüe, C. García-Atienza, F.J. Segura-del Pozo. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** Los Centros Madrid Salud (CMS), municipales dedicados a la salud comunitaria a nivel distrital, trabajan con el principio del universalismo proporcional. Para operativizarlo, se recogen en el sistema de información variables sociales individuales (nivel de estudios, situación laboral), y contextuales (si la sección censal de residencia pertenece o no a una



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos

zona de intervención preferente (ZIP), que eran identificadas como secciones donde hay un exceso de mortalidad general y un nivel de estudios menor que la media de la ciudad) y se zonifica en mapas. Este estudio busca describir las personas atendidas en los CMS en consultas individuales, según su zona de residencia (ZIP o no ZIP), así como su nivel de estudios y situación laboral.

**Métodos:** Se recogieron las variables sociales de las personas atendidas en cada CMS. Se realizó un análisis descriptivo de la relación entre la proporción de las personas atendidas residentes en ZIP-no ZIP. Se analizó el nivel de estudios y situación laboral de las personas atendidas, según si residen en ZIP o no. Para estudiar las diferencias entre grupos (ZIP y no ZIP) se utilizó el estadístico ANOVA.

**Resultados:** El 28% de la población atendida en el global de CMS reside en zonas ZIP. Los CMS ubicados en distritos que tienen una mayor proporción de población residente en zonas ZIP atienden a un mayor número de personas residentes en zona ZIP, siendo la proporción atendida menor que la de referencia de los distritos. El porcentaje de personas atendidas residentes en ZIP es superior en los CMS ubicados en los distritos con menor proporción de población residente en zonas ZIP. La mayoría de las personas atendidas en consulta en los CMS tiene un nivel de estudios secundarios de primer ciclo, y una situación laboral de “estar trabajando”. La población atendida en zonas ZIP presenta en proporción similar nivel de estudios primarios y secundarios de primer ciclo, siendo la segunda situación laboral más frecuente la del “cuidado del hogar” y “estudiante”. Las diferencias observadas en cuanto a las variables sociales individuales son estadísticamente significativas entre las personas atendidas en consulta residentes en zonas ZIP y no ZIP.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Los CMS priorizan la atención de población residente en zonas ZIP. La población atendida que reside en estas zonas tiene una situación laboral más precaria y un menor nivel de estudios que la residente en no-ZIP. Se recomienda fortalecer la priorización en función de las zonas ZIP, y dotar de más recursos a los CMS ubicados en distritos con más población residente en estas zonas para poder alcanzar así la proporción de referencia del distrito.

**20. USO Y ABUSO DEL MÓVIL EN POBLACIÓN GENERAL Y SU RELACIÓN CON LOS RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL.** E.J. Pedrero-Pérez, B. Álvarez-Crespo, M.T. Benítez-Robredo, N. Botella-Cañamares, Y. Quintana-Moreno, J.M. Díaz-Olalla. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid

**Antecedentes/Objetivos:** En los últimos cinco años, el porcentaje de españoles con smartphones ha pasado del 41 al 81%. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2017 cerca del 90% de la población de 16 a 54 años en España usaba Internet habitualmente. Los grandes beneficios que aportan estas tecnologías se acompañan de importantes riesgos, entre ellos el del abuso. Se estudian las características de las personas que hacen un uso problemático del móvil y su posible asociación con la salud mental.

**Métodos:** La muestra se ha obtenido de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017. Se trata de una encuesta telefónica con muestreo aleatorio estratificado por distritos, grupo de edad

y sexo, sobre el conjunto de personas residentes en la ciudad de Madrid. La muestra final fue de 6.744 personas de 15 a 64 años a las que se pasó la escala de Uso/abuso del Móvil del MULTICAGE-TIC (4 ítems) que permite clasificar la utilización del mismo en 4 categorías (uso no problemático, uso de riesgo, abuso y dependencia) y el GHQ-12 para estimar riesgo de mala salud mental.

**Resultados:** Un 92,4% utiliza habitualmente el móvil. De ellos, el 68% hace un uso no problemático; un 18,6% presenta un uso de riesgo y un 13,6% un uso problemático (abuso o dependencia). En el rango de edad de 15-29 años aparece la máxima prevalencia de problemas (26%), descendiendo al 15,5% entre los 30-44 años, al 5,3% entre 45- 64. Hay una mayor prevalencia de uso problemático entre las mujeres de 15-29 años (28,6% vs 23,4% en hombres), pero no en el resto de grupos de edad. No aparecieron diferencias por nivel de estudios, ni por clase social o nivel de desarrollo del distrito de residencia. Las personas con uso problemático presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud mental que el resto (32% vs 19,7%).

**Conclusiones/Recomendaciones:** Más del 90% de la población utiliza este tipo de dispositivos y sus aplicaciones de forma habitual y un tercio de los usuarios hace un uso de riesgo o presenta patrones de abuso. El 13,6% de la población presenta problemas de excesivo uso de móviles, aunque el mayor porcentaje corresponde a los más jóvenes y decrece con la edad. No es posible saber si este descenso se debe a que realmente con la edad disminuyen las conductas de abuso o a que el grupo de 15-29 incluye a los nativos digitales que se encontraron ya con teléfonos móviles desde cortas edades, cuya evolución temporal aún no es posible conocer. La asociación de uso problemático con riesgos para la salud mental indica una relación directa, aunque no es posible determinar la dirección causal. Son necesarios más estudios para definir los patrones de uso de las nuevas tecnologías y establecer recomendaciones para evitar conductas que puedan repercutir negativamente en la salud, especialmente entre la población más joven.

## 21. LOS PERROS COMO ANIMAL DE COMPAÑÍA Y SU RELACIÓN CON LOS INDICADORES DE SALUD. B. Álvarez-Crespo, M.T. Benítez-Robredo, J.M. Díaz-Olalla, N. Botella-Cañamares, Y. Quintana-Moreno, E.J. Pedrero-Pérez. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid

**Antecedentes/Objetivos:** Según el Estudio General de Medios, en España en 2017, un 24,1% de los hogares tienen perro. Diversos estudios han puesto de manifiesto los beneficios emocionales, psicológicos y físicos que los animales de compañía aportan a las personas. Este estudio explora la relación entre tener perro y algunos indicadores de salud.

**Métodos:** La muestra se ha obtenido de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017 (ESCM'17). Se trata de una encuesta telefónica con muestreo aleatorio estratificado por distrito, grupo de edad y sexo, sobre el conjunto de personas residentes en la ciudad de Madrid, de 15 y más años. La muestra final fue 8.845 casos de los cuales 1.468 tenían perro como animal de compañía. En la encuesta se incluyeron preguntas sobre morbilidad, hábitos de salud, sensación de soledad y otras.

**Resultados:** El 16,6% de la población tiene perro, no se observan diferencias por sexo, pero sí por edad: 23% en el grupo de 15 a 29 años frente a 8,9% en el de mayores de 65 ( $p < 0,05$ ), nivel de estudios: 19,7% entre las personas con estudios secundarios frente al 11,8% de las que tienen estudios primarios o el 14,3% de los universitarios ( $p < 0,05$ ) y por clase social: las personas de clase social favorecida tienen perro con menos frecuencia (15,1%) que las de clase social desfavorecida (18,1%). También se ven diferencias por distrito. 21,89% y 20,11% de personas con perro en Villa de Vallecas y Usera respectivamente, frente a un 12,53% y 12,74% en Retiro y Chamberí ( $p < 0,05$ ). Declaran haber sido diagnosticados de hipertensión el 15,7% de las personas que tienen perro, frente al 19,9% de los que no. Dicen tener el colesterol elevado el 18,5% de los que tienen perro, frente al 21,9% de los que no tienen ( $p < 0,05$ ). Respecto a la actividad física, un 25,3% de los que tienen perro han realizado actividad física muy intensa en las dos últimas semanas, frente a un 21% de los que no. Además, los que tienen perro realizan más actividad física los 7 días de la semana: actividad física intensa, un 6,3% vs. 4%, actividad física moderada 11,9% vs 8,9%, caminar 77,3% vs. 68,8% ( $p < 0,05$ ). No hay diferencias significativas en la percepción del estado de salud, entre aquellos que tienen perro y los que no, pero sí en la sensación de soledad: el 11,6% de los que tienen perro se han sentido solos siempre o bastantes veces vs. el 9,7% de los que no lo tienen.

**Conclusiones/Recomendaciones:** El hecho de tener perro parece favorecer la realización de más actividad física y con más frecuencia, lo que repercutiría muy positivamente sobre la salud (reducción del colesterol en sangre, regulación de la presión sanguínea, etc.). También podría tener beneficios en la amortiguación de sentimientos de soledad. Son necesarios más estudios para confirmar estos datos.

## 22. ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS DE DESAYUNO EN INSTITUTOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DEL DISTRITO DE CIUDAD LINEAL. O. Borrego, M. Caballero, N. García, S. Mena, A. Vicente, M. Esteban. CMS Ciudad Lineal, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** El desayuno es la primera comida del día y la que ayuda a reorganizar los cambios metabólicos que el cuerpo sufre por el ayuno prolongado de la noche. El Ministerio de Sanidad considera que un desayuno es equilibrado si está compuesto por leche, fruta e hidratos de carbono. Sabiendo la importancia del desayuno en el rendimiento escolar y tras la presentación del informe de “Estado nacional del desayuno en España”, estábamos interesados en conocer los hábitos alimentarios en el desayuno de los centros con los que colaboramos. En ellos hay una comunidad significativa de población migrante. La mayoría procede de países de América del Sur. Sus desayunos son ricos en maíz, quesos, batidos naturales de frutas y fritos. El objetivo principal del estudio es analizar el desayuno de los alumnos de la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), primer y segundo curso, en algunos centros, del distrito Ciudad Lineal de Madrid.

**Métodos:** Diseño: Como pilotaje, se pasa un cuestionario a una muestra de 118 alumnos de la ESO del distrito de Ciudad Lineal para el estudio descriptivo. En dicha consulta se desglosa el desayuno en alimentos para su posterior análisis. Está previsto ampliar la muestra hasta una n mayor de 1.000.

**Resultados:** Presentamos los resultados preliminares del pilotaje: Un 2% no desayuna nada y el 30% hacen un desayuno completo. Del resto, el 46% consume hidratos de carbono y lácteos, el 6% sólo lácteos, un 5% desayuna hidratos de carbono y fruta, sólo hidratos de carbono el 2%, fruta sólo el 3%, el 2% lácteos más fruta y otras combinaciones no especificadas otro 5%.

**Conclusiones/Recomendaciones:** 1. Habría que plantearse que pautas habría que dar en la población migrante, para modificar hábitos poco saludables, sin perder su esencia. 2. En nuestra muestra sólo el 30% del alumnado toma un desayuno completo. 3. Desde nuestra labor como salud comunitaria, y a la vista de los resultados tendríamos que preguntarnos, la manera de empoderar a nuestra adolescencia para adquirir hábitos saludables, porque solo con la información no es suficiente.

**23. MAPA CONCEPTUAL EN TELA DE ARAÑA, EXPRESIÓN GRÁFICA SENCILLA DE UNA REALIDAD COMUNITARIA COMPLEJA.** O. Borrego, A. Martínez, E. Morante, L. Carreño, D. Hevia, C. Sánchez, L. Carvajal, L. Yeves, M. Esteban. CMS Ciudad Lineal, Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud.

El objetivo de este trabajo es sugerir la utilidad de una herramienta de generación de contenidos (mapa mental: GoConqr.com) para facilitar la visualización, tanto de la estructura como del flujo de relaciones, que subyacen a las intervenciones comunitarias en el distrito de Ciudad Lineal de Madrid. El Centro de Salud Comunitaria de Ciudad Lineal es uno de los 16 Centros Municipales de Salud Comunitaria de la Ciudad de Madrid donde se desarrolla la estrategia “Barrios Saludables (2016-2019)” <http://madridsalud.es/>. Desde cada programa se ofertan una serie de intervenciones que en su mayoría se encuadran en un proyecto comunitario. Recibimos la tarea institucional de elaborar el Proyecto de Centro. Tradicionalmente se ha organizado la previsión de las tareas en función de los programas. Esta organización por programas, no refleja con fidelidad la organización de las tareas por proyectos comunitarios. Nos encontramos con la necesidad de comprender y hacer comprender la realidad de las intervenciones comunitarias en nuestro distrito. Se trata de conjugar dos ejes de trabajo fundamentales: por una parte, las intervenciones diseñadas desde los programas del Servicio y por otra, su concreción en proyectos comunitarios.

En cada proyecto se implementan intervenciones totales o parciales de uno o más programas. Partiendo de un círculo central con los nueve programas, situamos los 26 proyectos comunitarios en la periferia de la imagen. De cada programa parten vectores que indican su participación en cada proyecto comunitario. El resultado es una imagen cuyo entramado recuerda a la tela de araña, motivo que da nombre a la figura. Es fácilmente replicable no sólo en el contexto de Madrid Salud, sino en cualquier otro. La nueva realidad concilia de modo intuitivo, gráfico y amigable dos realidades aparentemente paralelas: el trabajo por programas y el trabajo por proyectos comunitarios.



Madrid Salud  
Organización acreditada  
con el nivel de excelencia  
en gestión CAF +500 puntos



