

a la edad es para el factor Control de la comunicación ($R2 = 0,12$). Estudiamos cada olvido mediante χ^2 y observamos que los olvidos en los que había más diferencias eran: Olvido importante sobre sí mismo: donde vive, nº teléfono,... seguir una historia en TV, perder el hilo de un relato o conversación, olvidar dónde se guardan las cosas. Aquellos con menos diferencias son: tener que hacer comprobaciones (si se ha apagado el gas, la luz...), mezclar o confundir lo que le han dicho, volver a contar lo mismo.

Conclusiones: Los mayores presentan más olvidos cotidianos que los adultos jóvenes. Según va aumentando la edad, los olvidos son más frecuentes y son de distinto tipo, aunque algunos olvidos son comunes a jóvenes y mayores. Este hecho tiene implicaciones para la consulta diaria, de cara a la sospecha del deterioro cognitivo y al trabajo en promoción de la salud y prevención con aquellos mayores que manifiestan más quejas de memoria.

307. APORTE CUALITATIVO AL PILOTO DEL PROYECTO HEART HEALTHY HOODS (BARRIOS CARDIOSALUDABLES) EN MADRID

M. Sandín Vázquez, J. Rivera, M. Gutiérrez, J. Díez, M. Franco

Universidad de Alcalá, Grupo Epi-Soc; Universidad de Salamanca; Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto europeo Heart Healthy Hoods (Barrios cardiosaludables) tiene como objetivo estudiar la asociación entre el entorno social y físico de barrios de Madrid y la salud cardiovascular de sus residentes. Para complementar la metodología cuantitativa se ha realizado un estudio piloto con metodología cualitativa cuyo objetivo principal es identificar las características del entorno en relación con las enfermedades cardiovasculares y los principales mecanismos de esta relación.

Métodos: El piloto se llevó a cabo en 12 secciones censales de los barrios de Concepción, Quintana y Ventas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, con el fin de comprender su concepto de barrio, los usos del mismo y su percepción de la influencia que éste tiene sobre su salud general y cardiovascular, así como identificar posibles normas sociales relacionadas con el tabaquismo, alimentación, actividad física y consumo excesivo de alcohol. Se realizó un muestreo intencional en función de las variables relacionadas con el tema de interés (personas "expertas en el barrio": 2 inmigrantes, 4 vecinos con más de 15 años viviendo y responsables de servicios públicos como comerciantes (1 carnicero), y 2 directoras (del centro de salud y de promoción de la salud), un miembro de una asociación de vecinos, un profesor y 2 políticos locales. Las entrevistas tuvieron una duración media de 40 minutos, se grabaron en audio tras la firma del consentimiento informado, y fueron transcritas para su análisis, que realizó por varios investigadores, cumpliendo así el criterio de calidad de triangulación de investigadores, según los pasos del análisis en progreso.

Resultados: El área piloto se percibe como un barrio de clase media y población trabajadora, actualmente envejecido y con altos niveles de inmigración. Los límites geográficos del barrio varían en función del entrevistado. Hay una percepción general de que la llegada de inmigrantes al barrio ha influido en los diferentes usos del mismo, y que los efectos de la crisis económica han condicionado patrones como la alimentación y la actividad física, relacionados con la salud cardiovascular. Una categoría emergente son las relaciones sociales, que influyen tanto en el entorno de la actividad física como en el relacionado con el alcohol.

Conclusiones: Tanto el entorno físico como el social del área piloto afectan al uso que los vecinos hacen de él. Debemos profundizar mediante entrevistas dirigidas en las normas sociales que determinan ciertos comportamientos directamente relacionados con la salud cardiovascular de la población.

88. SALUD VISUAL PERCIBIDA Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS EN UNA POBLACIÓN RURAL ESPAÑOLA

S. Latorre-Arteaga, J. Fernández Sáez, D. Gil-González

Universidad Lurio; Fundación Entretodos; Universidad de Alicante; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En España, la discapacidad visual está en aumento y su distribución es desigual entre regiones y grupos sociales. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2012) recoge cierta información sobre salud visual. Los objetivos del estudio son: (1) estimar la calidad de la salud visual percibida en una población rural periférica de la red de asistencia sanitaria con relación a la población general y el uso de los servicios sanitarios especializados e (2) identificar los grupos en riesgo de tener más problemas de visión y las barreras de acceso a los servicios sanitarios.

Métodos: Estudio transversal en una muestra representativa de 302 personas en Cenicientos (Madrid). Se administró cuestionario ad hoc con preguntas comparables a la ENSE 2012 sobre uso de gafas o lentes de contacto y limitaciones visuales percibidas, y otras adicionales sobre uso de servicios de salud visual y barreras de acceso a los mismos. Análisis descriptivo aplicado con prueba 2 para independencia de variables, contraste de tasas de proporciones y regresión logística (OR) para las asociaciones entre población rural y general y variables socioeconómicas.

Resultados: En población rural, la prevalencia de mala salud visual percibida es el 40,8% en hombres y 39,4% en mujeres. La edad, la situación laboral, el nivel de ingresos y la presencia de enfermedades crónicas están fuertemente asociados ($p = 0,001$) a la salud visual percibida. Con respecto a la población general, la población rural presenta menor probabilidad de usar gafas o lentes ($p < 0,05$) y mayor riesgo de presentar dificultades visuales severas en visión de lejos [OR = 2,95 IC95% (1,46-5,56)] y en visión de cerca [OR = 4,06 IC95% (2,29-7,20)]. La mayor prevalencia de mala visión percibida en población rural corresponde a los diabéticos (H. 65,5%; M. 58,3%), donde el 18,9% declara no ver bien pese a usar gafas y el 47,2% o no ha acudido nunca a consulta de oftalmología (17,0%) o lo ha hecho hace más de dos años (30,2%). En población infantil (< 16 años) el 73,2% nunca ha acudido al oftalmólogo. La distancia a la consulta, asociar sus problemas de visión a la edad y el precio de las gafas o lentes de contacto son las principales razones por las que refieren no haber resuelto su problema de visión.

Conclusiones: La población rural presenta peores indicadores de salud visual que se ven influenciados por determinantes sociales, laborales y económicos. El uso de los servicios sanitarios es insuficiente para una adecuada prevención, especialmente en población diabética. Mejorar la accesibilidad a la asistencia sanitaria especializada y la concienciación en atención primaria sobre los riesgos de pérdida de visión podrían reducir estas desigualdades.

48. DESEMPLEO DE LARGA DURACIÓN EN LOS/AS JÓVENES. IMPACTO EN LA SALUD Y EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS

D. Martín Baena, V. Escribà Agüir, L. Artazcoz, I. Ruiz Pérez

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Departamento de Enfermería; Agència de Salut Pública de Barcelona; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los indicadores más sensibles de la crisis económica es el desempleo. El grupo de población más afectado ha sido las personas jóvenes. En España, la tasa de desempleo en jóvenes es del 57,7%, siendo la más alta de la Unión Europea (Eurostat, 2013). Existen pocos estudios que valoren el impacto del desempleo