

CARTAS AL DIRECTOR

Perfil clínico y psicosocial del paciente ADVP en programa de metadona en un centro de salud urbano y adherencia al tratamiento con metadona.

Sr. Director: Los usuarios Adictos a Drogas por Vía Parenteral (ADVP) suelen ser pacientes difíciles, indisciplinados, que sólo demandan asistencia en los casos extremos (Síndrome de Abstinencia, Infecciones locales, etc.) por lo que disponemos de muy pocos datos sobre ellos. La mayoría de sus historias clínicas están incompletas o no existen ya que no suelen acudir a las citas.

Con este trabajo pretendemos aprovechar su estancia en el Centro, cuando vienen a recoger su dosis de metadona, para en una entrevista reglada obtener de cada uno, la mayor información posible que nos pueda ser útil para realizar un adecuado seguimiento de los mismos.

La metadona es un analgésico narcótico y sintético de efectos prolongados, que se usó por primera vez en el tratamiento de la toxicomanía a mediados de los sesenta. Su uso es común en el mundo entero y está reconocido como tratamiento más eficaz para los adictos a la heroína. El objetivo del tratamiento continuo de metadona es reducir el consumo ilegal de heroína, el crimen, las muertes y demás consecuencias negativas sociales asociadas a la adicción. La metadona les permite llevar una vida estable durante el tiempo que fuera necesario, evitando así la vuelta a los patrones previos de drogadicción. Centenares de estudios científicos ha probado los efectos beneficiosos del tratamiento continuo de metadona y han descubierto muy pocas consecuencias negativas para la salud con el tratamiento con metadona a largo plazo. La dosis idónea es la que evita el ansia de heroína sin crear al mismo tiempo euforia, sedación o analgesia durante un periodo de 24-36 horas, requiriendo la mayoría una dosis entre 60-100 mg.

1. Los sujetos incluidos en el estudio son pacientes que siguen en el Centro de Salud un tratamiento de desintoxicación con metadona donde se le administra, una vez han sido evaluados por el CPD (Centro Provincial de Drogodependencias) de Granada.

Los sujetos incluidos en la muestra son repartidos entre los facultativos participantes en el trabajo. Quienes les citarán a una hora determinada para realizar la entrevista correspondiente, cumplimentando las historias y cuestionarios correspondientes. La entrevista tiene una duración aproximada de 40 minutos y se realiza en una consulta del Centro de Salud, donde sólo están presentes el entrevistador y entrevistado.

La adherencia al tratamiento con metadona se obtendrá haciendo un seguimiento semanal o a diario según el caso durante un periodo de seis meses. Haciéndose registro en una hoja de entrega de metadona. Todo ello se realiza en el Centro de Salud y en un local habilitado para esta tarea, coordinada y con presencia física de un Médico y un Enfermero, quienes hacen personalmente la entrega de la "pastilla" y vigilan su toma en el acto. Salvo contadas excepciones en que la metadona es entregada en mano a un familiar, siendo éste el encargado de constatar el cumplimiento de la toma por parte del ADVP.

El modo en que fueron incluidos los participantes en el estudio fue en el momento de la recogida de la metadona se les comunicaba a todos el objetivo y naturaleza del estudio que se iba a realizar y en qué consistía. Aceptando voluntariamente 21 pacientes.

Se le facilitan al entrevistador dos cuestionarios:

1. Elaborado por el equipo investigador, contiene los parámetros y variables para complementar la historia clínica del participante en el estudio. Dicho cuestionario se divide en tres subapartados que son: *Filiación*; *Antecedentes Personales* (historia infantil, historia en edad adulta); *Antecedentes Familiares de drogadicción*. *Filiación*: Sexo, edad, estado civil (con/sin pareja), número de hijos, domicilio, nivel de

instrucción, situación laboral/cambios de trabajo; *Antecedentes personales*: infancia (infancia feliz, malos tratos, enfermedad grave), edad adulta (hepatitis B, hepatitis C, VIH positivo, tuberculosis, enfermedades venéreas, micosis sistémicas, SIDA. *Antecedentes familiares*: otros familiares ADVP, otros familiares con hepatitis B/C, otros familiares VIH positivo.

2. Cedido por el Centro Provincial de Drogodependencia de Granada, validado, se llama Escalas del OTI (Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos). Se subdivide en las siguientes escalas: *Datos sociodemográficos / historia de tratamientos*; *Consumo de drogas*; *Conductas de riesgo de contagio del VIH*; *Funcionamiento social*; *Actividad delictiva*; *Estado de Salud*; *Ajuste Psicológico* (General Health Questionnaire-28. (G.H.Q.-28)). Para todas las escalas, una mayor puntuación se interpreta como un mayor grado de disfunción, exceptuando la escala de Funcionamiento social, todas las preguntas se refieren al mes anterior al día de la entrevista. Este periodo fue seleccionado para contar con una medida de conducta actual del sujeto para maximizar la exactitud en el recuerdo. La escala de Funcionamiento social hace referencia a los seis meses previos a la entrevista por considerarse que de esta forma queda mejor evaluada esta dimensión.

La puntuación total de esta subescala se obtiene sumando los subtítulos anteriores. La escala CRVC proporciona tres puntuaciones: un puntaje total correspondiente a la gravedad de la conducta de riesgo de contagio del VIH, una subescala total que evalúa el riesgo atribuible a las conductas y la forma de administración de la droga y otra que proporciona el nivel de riesgo relacionado con las prácticas de sexo no protegido. En los tres casos, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el riesgo del sujeto de contraer y transmitir el VIH.

Esta escala OTI sólo ha sido modificada en el apartado de Actividad Delictiva, contemplando los siguientes parámetros: ¿tiene alguna condena pendiente?, ¿ha estado alguna vez en la cárcel?, ¿cuántas veces? (se ha modificado porque los parámetros que contiene el cuestionario original no entran en nuestro objetivo).

Así en el apartado de Consumo de drogas aparecen cuestiones como: consumo de heroína (¿cuál fue el último día en el que consumiste heroína?, en ese día ¿cuántas veces te inyectaste o fumaste o tuviste episodios de esnifar?...); en consumo de otros opiáceos (¿cuál fue el último día en que consumiste opiáceos distintos a la heroína?, ¿cuántas pastillas, dosis, etc, consumiste ese día?...); en consumo de cannabis (¿cuál fue el último día en que fumaste "porros"?, ¿cuántos porros te fumaste ese día?...).

Además de pasarles los cuestionarios, los participantes en el estudio fueron seguidos durante un periodo de 6 meses para comprobar su asistencia al Centro para la recogida de su dosis de metadona programada, anotándolo en la hoja de registro pertinente del Centro.

(Información sobre el cuestionario completo se remite a referencia bibliográfica).

En apartado de Filiación del primer cuestionario se obtienen los siguientes resultados:

Perfil socio-demográfico: Varones: 90%; edad media 32 años; solteros 61 % realizaron estudios primarios el 90% de los encuestados; se encuentran, en el momento de pasar el test, el 86% de ellos en desempleo; viven con su familia de origen el 61%; sus familias son numerosas en el 95% de los casos.

Perfil clínico: detallado en el apartado de *Antecedentes personales*, presentando los siguientes resultados: El 19% ha tenido tuberculosis, siendo el 14% tuberculín positivos; Virus de la Hepatitis B (VHB) el 42%; Virus de la Hepatitis C (VCH) el 61%; micosis sistémicas el 4%; enfermedades venéreas 33%; SIDA: 0%; Positividad al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): 38%; ha presentado fracturas el 62%; intervenciones quirúrgicas 33%; neumonías 18%; enfermedades psiquiátricas el 14%; consumo de tabaco: el 100%; consumo de alcohol el 71%.

Antecedentes familiares: con hábitos tóxicos el 71% de los familiares; con hepatitis C un 24%; con hepatitis B un 14% y con antecedentes Psiquiátricos un 28%.

Resultados de la Escala OTI en sus diferentes subescalas:

1. **Consumo de drogas y Conducta sexual (CRCV)**-(Heroína, otros opiáceos, alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, tranquilizantes, barbitúricos, alucinógenos, inhalantes, tabaco). Los resultados obtenidos con esta escala son:

CRCV: baja gravedad: 62%. Funcionamiento social: gravedad baja/media: 33%. Salud: gravedad media/ baja – media : 57%. GHQ-28: gravedad baja: 28%. Siguen tratamiento el 95 % de los pacientes.

De entre todas las subescalas se puede concluir que la que arroja un mayor grado de disfunción es la de Salud (con grado media/baja-media). Observando los porcentajes en este estudio de patologías como VIH, Hepatitis B, Hepatitis C , aún siendo destacables, éstos son inferiores a los obtenidos por Baiget Haro et al. ¹. También hay diferencias en cuanto a situación laboral. Existiendo mayor concordancia con la edad media de los encuestados y en el sexo.

De otro lado, podemos concluir que la adherencia al tratamiento con metadona es muy alto, 95%. La causa más llamativa en el 5% restante que no cumplimentan la recogida de metadona, es la incompatibilidad de horarios con sus tareas diarias.

Como limitación y sesgo de estudio decir que en este estudio debería haber realizado un seguimiento más prolongado de los pacientes para observar su posible deterioro/mejoría de su estado físico y posibles abandonos. Y si los datos recogidos en las historias clínicas han sido aprovechables para los médicos que atienden a estos pacientes. La falta de representatividad de la muestra, sólo pudimos encuestar a aquéllos que se prestaron a ello, limita la generalización de nuestros resultados.

*Castillo Ferreira NI. (Médica de Familia)
Sanz Toro I. (Médica de Familia).
Cobos López JE. (Médico de Familia).
Hernández Puertas J. (Médico de Familia)
(Centro Salud Zaidín Sur. Granada).
Amaya Ortega R. (Médico de Familia).*

Bibliografía

1. Baiget Haro C, Aguado Jódar A, Sellarès Sallas J. Tratamiento con metadona desde la atención primaria. Formación Médica Continua 1999;6: 405-9.
2. Gonzalez-Saiz FM, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López Cárdenas A, Ruz Franzl I, Guerra Díaz D. Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos. 1ª edición. Cádiz: Universidad Cádiz;1997.
3. Velarde Mayol C, Peiné Andion J, Gómez de Caso Canto JA. Programa de mantenimiento con metadona en heroínómanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria? Aten Primaria 1996;17: 581-4.
4. Valls Busca R. ¿Qué logra la metadona? Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna. 1991; 18: 321-6.

Satisfacción de los usuarios inmigrantes de un Centro de Salud.

Sr. Director: La población de inmigrantes residentes en España se estima alrededor de un 2% ¹. En Andalucía se encuentran aproximadamente 70.000 de ellos. En la comarca del Poniente de Almería existe una población de inmigrantes estimada de 10.000 a 12.000 personas (Almería Acoge) con la dificultad que conlleva confirmar esos datos. La inmensa mayoría son del norte y centro de África.

Generalmente, los profesionales sanitarios evaluamos las actividades realizadas desde nuestra perspectiva, tanto a nivel de organización como de procesos y resultados. Con frecuencia, en estas evaluaciones no se contempla la opinión del usuario². Teniendo en cuenta que la población de inmigrantes en nuestro medio es cada vez más numerosa, y que la satisfacción de los usuarios es reconocida por los proveedores de servicios sanitarios como una medida de la calidad asistencial^{3,4}, creímos conveniente realizar una encuesta de satisfacción específica para esta población, considerando problemas que no existen con el resto de los usuarios que acuden a nuestro CAP¹¹.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer el grado de satisfacción expresado por los usuarios inmigrantes de nuestro CAP sobre la atención prestada por los profesionales del centro e identificar posibles problemas de accesibilidad, con el fin de intentar mejorar los servicios en función de sus opiniones y de los recursos disponibles.

El diseño corresponde a un estudio descriptivo transversal mediante encuesta de satisfacción. La población de referencia son todos los usuarios inmigrantes que acudieron a nuestro CAP entre los días 12 al 27 de julio de 1.999 por cualquier motivo durante el horario de apertura del centro, sin incluir las horas de urgencias (20:00 a 08:00), n = 112 usuarios inmigrantes.

Se utilizó un cuestionario de satisfacción cumplimentado por un entrevistador que, además, explicaba a todos los entrevistados el objetivo del mismo, resaltando la importancia de sus respuestas para mejorar los servicios que se ofrecen e invitándoles a participar. Para evitar la no colaboración se garantizó en todo momento la confidencialidad. Los entrevistadores fueron residentes de primer y 2º años de MFyC, no identificándose como personal facultativo, fueron especialmente entrenados para atender las preguntas que se les pudieran formular por parte de los encuestados sin influir en sus respuestas. Se realizó una prueba piloto con el fin de garantizar lo más posible la homogeneidad en la recogida de datos. La encuesta se practicó en el Centro de Salud a la salida de la consulta.

El cuestionario de satisfacción constaba de 19 preguntas que se agrupaban en 3 bloques: datos de filiación (edad, sexo, estado civil, nº de hijos, procedencia, tipo de domicilio, nº de personas con las que convive, estudios, trabajo actual, años de estancia en España), accesibilidad (forma de acceso al centro, problemas con el lenguaje, dificultad para la obtención de fármacos, problemas burocráticos) y trato recibido por el personal del centro de salud diferenciando entre médico, enfermería y personal de admisión, este último bloque constaba de preguntas cerradas que admitían respuestas en la escala ordinal (muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno). Al ser el objetivo del estudio valorar las posibles deficiencias expresadas por un grupo específico de usuarios (inmigrantes) con el fin de subsanarlas en lo posible, las preguntas miden dimensiones específicas de nuestro centro, no siendo un cuestionario validado.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 8.0 para Windows, realizando un análisis descriptivo para cada variable con distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión.

Respondieron 105 de los 112 encuestados (93,75%). En cuanto al país de origen, la mayoría, 22 procedían de Senegal (20,9%), 18 de Marruecos, 9 de Mauritania, 9 de Guinea Bissau, 8 de Malí, 7 de Argelia, 7 del Congo y 26 del resto. La edad media fue de 30,7 años (DE: 8,91), 66 eran varones (67,6%). La estancia media en España es de 44 meses (DE:40,9). Con respecto al estado civil, están casados el 51,4%, aunque el 62,9% de ellos no tienen a sus familiares en nuestro país. El 93,3% habita en viviendas de alquiler, conviviendo con una media de 5,2 personas (DE: 2,41). Poseen estudios primarios el 52%. Se dedican mayoritariamente a la agricultura (57,1%), aunque también existe un amplio porcentaje de desempleados (19,4%); un 7,61% son autónomos, dedicándose a la venta ambulante, y un 16,9% corresponde a otros, que incluye entre empleadas del hogar, trabajadores en la construcción y empleadas de cafetería. El 38% refiere problemas con el idioma, sin embargo, sólo un 17% admite dificultad de comunicación con el médico. El 38% de los entrevistados reconocen tener problemas económicos para la obtención de los fármacos. Un 78% tienen su cartilla de la Seguridad Social actualizada.

En cuanto al trato recibido por parte del personal del centro respondieron: muy bueno: el 31,4% por parte del personal facultativo, 20% por parte del personal de enfermería y un 17,1% por parte del personal de admisión; bueno: un 55,2% por parte del personal facultativo, 60% por parte de enfermería y 50,4% por parte del personal de admisión; regular: el 13,3% por parte del personal facultativo, 18,1% por parte del personal de enfermería y el 27,6% por parte del personal de admisión y malo: el 1,9% por parte del personal de enfermería y el 4,7% por parte del personal de admisión.

Si pocos son los datos que existen en cuanto al estado de salud de los inmigrantes en España⁵ aún sabiendo que los factores socioculturales pueden determinar el estado de salud¹⁰, menores aún son los relativos al grado de satisfacción de esta población como usuarios de la sanidad española. Debido a la metodología empleada en la realización del trabajo, tanto en la forma (cuestionario administrado por entrevistador en la puerta de la consulta), como en el contenido (apreciaciones sobre la satisfacción), existe la posibilidad de un sesgo de respuesta al poder sentirse los pacientes cohibidos o incluso dirigidos por el propio entrevistador, lo cual hay que tener en cuenta a la hora de intentar generalizar nuestras conclusiones.

Al no existir una herramienta estandarizada de medida de satisfacción en este grupo de pacientes ni cuestionario validado, el grado de esta varía según como se analicen los resultados y la variabilidad de la percepción del usuario^{2,6,9}. Si en nuestro estudio consideramos como grado adecuado de satisfacción aquellos que se encuentran entre muy bueno y bueno, obtenemos unos resultados similares al de otros estudios realizados con pacientes del propio país en que dicho porcentaje se sitúa entre el 70-90%^{6,7}.

Es importante destacar como el trato recibido por parte del personal de admisión obtiene la menor puntuación con una diferencia notoria respecto al resto del personal sanitario, dato que coincide con otros estudios realizados con población autóctona^{2,4}.

En cuanto a nuestra población de inmigrantes atendida nos encontramos con una población joven, mayoritariamente varones, originarios, en su mayor parte, de Senegal, no encontrando diferencias significativas con otras existentes en otros lugares de nuestro país^{5,8}. Estimamos que el grado de satisfacción de los inmigrantes atendidos en nuestro Centro de Salud es bueno; no obstante, el hecho de manifestar por parte de los entrevistados una opinión negativa con respecto a parte del personal del centro, aunque sea minoritaria, nos obliga a mejorar, fundamentalmente con respecto al personal de admisión, aunque parte de esta opinión negativa se deba probablemente a las dificultades del idioma, que son más limitantes a la hora de explicar datos burocráticos. La escasez de bibliografía, así como los estudios referentes a este colectivo en Atención Primaria, limitan y dificultan la comparación de resultados⁸.

*Albarracín Vilchez MF¹, Vázquez Villegas J¹,
Cerrudo Ruiz de la Torre C¹, Bértiz Cordero FJ²,
Granados Alba A³, García Tortosa C⁴
Centro de Salud de Roquetas de Mar¹
Centro de Salud Ciudad Jardín (Almería)²
Centro de Salud de Roquetas de Mar (Almería)³
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)⁴*

Bibliografía:

1. Jansa JM. Inmigración de extranjeros en España. Consideraciones de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1998;72:165-8.
2. González Pastor JC, Juandó Perxachs L, Quesada Sabaté M, Solanas Saura P. Satisfacción de los usuarios en atención primaria. Aten Primaria 1998;22:514-20
3. Sánchez JA, Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En: Du Pont Pharma, editores. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma, 1997. p. 312-39.
4. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria 1995; 16:314-21.

5. Roca Saumell C, Balanzo Fernández X, Fernández Roure JL, Pujol Ribera E, Corachan Cuyas M. Caracterización demográfica, razones de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad africana inmigrante del distrito del Maresme. Med Clín (Barc) 1999;112:215-7.
6. Antonio Pérez V, Ramírez Torres JM, Alcaine Soria F, Asenjo Plaza M, Priego Domínguez MC, Morilla Herrera JC. Satisfacción con la atención recibida en un Centro de Salud. Aten Primaria 1999; 24:331-32.
7. Bolívar I. Satisfacción con el servicio médico de Atención primaria: determinantes de población. Gac Sanit 1999;13:371-83.
8. Jauma Pou RM, Vinamata B. Morbilidad entre la población inmigrante atendida en un centro de salud. Aten Primaria 1994;13:283-9.
9. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Percepción de los pacientes de la calidad tras una visita al médico en un centro de Atención Primaria. Fam Pract 2000; 17:21-9.
10. Plaza Tesias A, Sole Brichs C. Proceso consensuado en el campo de las desigualdades de salud. La técnica Delphi. Aten Primaria 1995;16:207-10.
11. Jansá JM, Villabí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. Aten Primaria 1995;5: 320-26.

Estilos de vida de trabajadores agrícolas temporeros

Sr. Director: La provincia de Huelva es la primera productora de fresas del país, necesitando este cultivo una gran cantidad de mano de obra temporal que se desplaza durante la campaña de recogida de fresa.

El conocimiento de los hábitos de vida de esta población a la que atendemos todos los años durante unos seis meses, es un elemento importante para adaptar y priorizar las actividades asistenciales y preventivas a las necesidades específicas de este grupo.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el centro de salud de Moguer durante los meses de febrero a junio de 1999 en la población temporera desplazada a la campaña de recogida de la fresa. Se hizo un muestreo no probabilístico consecutivo en la consulta específica que atiende exclusivamente a esta población. Se encuestó a cualquier trabajador de la fresa o sus familiares que acudieron a consulta, realizándose un total de 134 encuestas. Se utilizaron las preguntas 19 a 29 sobre hábitos de vida de la encuesta nacional de salud de 1995 :consumo de tabaco(fuma diariamente, fuma pero no diariamente, no fuma pero ha fumado, no fuma ni ha fumado nunca), para los que fuman diariamente (que cantidad y que tipo de tabaco fuma por termino medio al día, a que edad comenzó a fumar, si fuma más, menos o igual que hace dos años), para los que no fuman pero han fumado :cuanto tiempo hace que dejó de fumar, consumo de bebidas alcohólicas en las dos ultimas semanas, edad que comenzó a beber de forma regular, cuantas horas al día duerme habitualmente, tipo de ejercicio físico que implica su trabajo o actividad habitual (sentado la mayor parte de la jornada, de pie la mayor parte de la jornada sin grandes desplazamientos o esfuerzos, caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes, trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico), tipo de ejercicio físico en su tiempo libre (tiempo libre sedentario, alguna actividad física o deportiva ocasional, actividad física regular varias veces al mes, entrenamiento físico varias veces a la semana). Se aplicó estadística descriptiva de las variables medidas utilizando el programa estadístico Epi Info versión 6.0.

Se encuestaron a 134 personas que presentaban una edad media de 3,8 años (DS: 11'5), de las que 48 (37,3 %) eran hombres con una edad media de 33,1 años (DS: 11'3) y 86 (62,7%) mujeres con edad media de 31,1 años (DS: 11,6) .

En relación al consumo de tabaco eran fumadores en el momento de la encuesta el 52,6% (74,5% de los hombres y 40,7% de mujeres), exfumadores el 10,5% (19,1% de hombres y 5,8% de mujeres) y no

fumadores el 36,8 % (6,4% de hombres y 53,5% de mujeres). Presentaban una edad media de comienzo del hábito de 15,4 años y un promedio de consumo de cigarrillos de 19 (26 en los varones y 11 en las mujeres). El 50,8% manifiestan haber aumentado el consumo, el 31,7% lo mantienen y solo el 18,6% lo disminuyen.

Habían consumido alcohol en las dos últimas semanas el 40,5% de los encuestados (61,4% de los hombres y 24,3% mujeres) y la edad de comienzo del consumo regular de alcohol se sitúa en los 16,25 años.

El promedio de horas de sueño fue de 7,4 horas (DS: 1,5) similar en ambos sexos. Respecto al tipo de ejercicio físico que implica su trabajo fue muy alto en el 36,8% de los casos, alta en el 32,5%, moderada en el 17,1% y baja en el 10,2%. El realizado en su tiempo libre fue escaso en el 80,5% de los encuestados, moderada en el 14,5% y alta o muy alta en el 3,4%.

Los resultados sobre los hábitos de vida de los temporeros del campo comparados globalmente con los obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1997 muestran una mayor proporción de fumadores con una tendencia al incremento y una menor proporción de exfumadores (ENS: fumadores 35,7%, exfumadores 15 %, aumentan el consumo 28,5%) y una alta actividad física en el trabajo (ENS :actividad física alta o muy alta 16%). En cuanto al consumo de alcohol no se aprecian diferencias reseñables.

En cualquier caso, esta comparación se hace a título informativo, ya que metodológicamente es imposible comparar ambos resultados.

En la búsqueda bibliográfica realizada, solo hemos hallado referencias, esencialmente de países del Este de Europa, y por lo tanto difícilmente asequibles, en relación con estilos de vida en trabajadores agrícolas de temporada, por lo que no podemos realizar ningún tipo de comparación.

En un trabajo paralelo de inspección de los asentamientos situados en las explotaciones agrícolas, hemos detectado serias deficiencias en las condiciones medioambientales (estado y dotaciones de las viviendas, calidad del agua de consumo y sistemas de eliminación de residuos sólidos y líquidos) de estos trabajadores.

Con los resultados obtenidos en ambos trabajos nos parece necesario plantear una intervención sobre esta población que podría tener los siguientes objetivos :

- disminuir los riesgos asociados al estilo de vida mediante la promoción de la salud y la educación para la salud en su propio contexto.

- mejorar las condiciones preventivas en esta población que debido a su condición de domicilio temporal, no se benefician de las estrategias dirigidas a la mayoría social.
- acercar el equipo de atención primaria y los programas de salud a su realidad social y cultural, promoviendo la intervención en las necesidades existentes.

Conclusiones

1. La población desplazada a la campaña de la fresa es joven, con un elevado consumo de tabaco en ambos sexos y con una alta tendencia al incremento del mismo.
2. El consumo de alcohol es elevado, especialmente en hombres.
3. El trabajo les supone un importante desgaste físico lo que podría explicar el bajísimo porcentaje de individuos que realiza actividad física en su tiempo libre.

*Morón Contreras A¹, Pavón González M¹, Atienza Martín FJ¹,
Pedregal González M², Martos Montoya C¹, Cazalla Foncueva E¹*
¹Centro de Salud de Moguer (Huelva)
²Centro de Salud de Ayamonte (Huelva)

Bibliografía:

1. Roca C, Balanzó X, Fernández JL, Pujol E, Corachán M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. *Med Clín (Barc)* 1999; 111: 215-217.
2. Manuaba A. Problems of ergonomics in Bali, Indonesia. *J Hum Esgol* 1976; 5: 117-131.
3. Gimenez C. Trabajadores extranjeros en la agricultura española : enclaves e implicaciones. *Revista de estudios regionales* 1991; 31:127-147.
4. Stephenson J. Health at home means watching the global village. *JAMA* 1995; 273: 1648-1649.
5. *Elkeles TH, Seigert W. Immigrants and health : unemployment and health-risks of labour migrants in the federal republic of Germany, 1984-1992. Soc Sci Med* 1996; 43: 1035-1047.