
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 1.

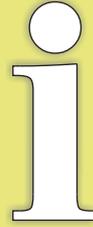
Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 26. Enero-Febrero 2021

INFORMES:

- **Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las Olas de calor en la Comunidad de Madrid: vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 de junio al 15 septiembre de 2020.**
- **Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2019.**
- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2019.**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Coordina:

Servicio de Epidemiología

C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta

28035 Madrid

E-mail: jsp.boletin.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Mayo 2021

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 1.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 1. Volumen 26. Enero-Febrero 2021

ÍNDICE

	<i>Plan de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las Olas de calor en la Comunidad de Madrid: vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 de junio al 15 septiembre de 2020.</i>	5
	<i>Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2019.</i>	16
	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2019.</i>	77

Nueva etapa del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid

A raíz de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19, el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid dejó de publicarse en febrero de 2020. Siendo el número 3 del Volumen 25 correspondiente a marzo 2019 la última publicación.

Desde el **Servicio de Epidemiología** se reanuda la publicación que comenzó en abril del año 1989 y que forma parte de la última fase la Vigilancia en Salud Pública.

El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid mantiene el mismo formato que hasta ahora, si bien se ha reestructurado el contenido. Se han eliminado las secciones fijas: EDO, Brotes Epidémicos, Red de Médicos Centinela y Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, que forman parte del INFORME EPIDEMIOLOGICO SEMANAL, que está disponible en el siguiente enlace:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vigilancia-epidemiologica#informe-epidemiologico-semanal>

En esta nueva etapa, la publicación pasará a ser bimensual, por tanto, se publicarán seis números al año y en cada número se publicarán al menos dos informes.

**INFORME:**

PLAN DE RESPUESTA, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS EFECTOS DE LAS OLAS DE CALOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID: VIGILANCIA DIARIA DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD DEL 1 JUNIO A 15 SEPTIEMBRE 2020

ÍNDICE

RESUMEN	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. METODOLOGÍA	8
2.1. Fuente de información	8
2.1.1.-Mortalidad	8
2.2. Estimación de valores medios esperados y límites de confianza	9
3. RESULTADOS.....	9
3.1. Mortalidad.....	9
3.1.1. Fallecidos observados y esperados	9
3.1.2. Descripción de la curva epidémica para la mortalidad diaria total en la CM.....	9
3.1.3. Descripción de la curva epidémica para la mortalidad diaria total en la CM y temperatura máxima y mínima	10
3.2. Actividad informativa	11
4. CONCLUSIONES.....	11
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
6. ANEXOS	13

RESUMEN

Introducción: Según las predicciones mundiales sobre el clima, se espera un incremento en la frecuencia de los episodios de temperaturas extremas, cuyo efecto sobre la salud de la población se ha puesto de manifiesto en diversas publicaciones. Ello ha llevado a implementar en la Comunidad de Madrid (CM) desde 2004 planes de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de calor con el objetivo de disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas. Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y morbilidad diarias y su relación con las temperaturas, este año en plena pandemia del SARS-CoV-2.

Metodología: Se monitoriza desde el 1 de junio al 15 de septiembre de 2020, un total de 107 días. La mortalidad diaria procede de los Registros civiles informatizados y la morbilidad de las urgencias atendidas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Las temperaturas proceden de la Agencia Española de Meteorología (AEMET), cedidas por el Servicio de Sanidad Ambiental. Mediante modelos de regresión de Poisson se calculan valores medios diarios esperados y límites de confianza con una seguridad del 99%, ($\pm 3DE$), a partir de la serie histórica de 5 años anteriores. Se estudia la correlación con la temperatura diaria máxima y mínima.

Resultados: Fallecieron 11.336 personas un 2,6% menos de las esperadas, 11.643. Se observan tres momentos de superación del límite máximo de mortalidad esperada ($+3DE$), en agosto los días 1, 2, 28 y en septiembre los días 10 y 11. Se aprecia correlación significativa de la mortalidad con la temperatura máxima del día anterior y mínima del mismo día.

Conclusiones: El efecto en la salud de las altas temperaturas en el verano de 2020, ha mostrado mayor intensidad que en el año previo y una menor intensidad que en 2015, que podría ser interpretado como una progresiva concienciación social y asistencial del problema y por la efectividad de las medidas de prevención y control.

1. INTRODUCCIÓN

Según las investigaciones sobre el clima, en el contexto del cambio climático global e incremento de la temperatura media de la Tierra, se ha observado y se espera para el futuro, una mayor frecuencia e intensidad de los episodios de temperaturas extremas, y por tanto de las olas de calor (1). Es previsible que paralelamente las sociedades se adapten a esta situación, teniendo en cuenta las mejoras progresivas en su estado de salud basal. Sin embargo, a medida que la población envejece, el número de personas susceptibles a las temperaturas extremas se incrementa. Los episodios de ola de calor pueden tener efectos significativos sobre la salud (2) y representan un desafío para los servicios de Salud Pública y de Protección Civil (3). Ello ha llevado a implementar en la CM desde 2004 planes de respuesta, vigilancia y control de los efectos de las olas de calor, con el objetivo de disminuir la morbilidad grave y la mortalidad asociadas (4). Una de las actividades del plan es la vigilancia de la mortalidad y su relación con las temperaturas. Se presenta el informe descriptivo de la temporada de este año 2020.

2. METODOLOGÍA

La vigilancia se activa el día 1 de junio hasta el 15 de septiembre, un total de 107 días, junto con las otras actividades del Plan de Respuesta, Vigilancia y Control de los efectos de las olas de calor en la CM. El objetivo es monitorizar los posibles efectos en salud a corto plazo de las altas temperaturas.

2.1. Fuente de información

Mortalidad

La obtención de datos de mortalidad reciente es difícil. No hay sistemas de información diseñados para este fin y existe una gran variabilidad en la disposición de esta información. Por considerarse la fuente más fiable accesible y actualizada, se utiliza desde el año 2003 la de Registros Civiles (5). A partir de los datos del Registro General de Registros Civiles y Notarios del Ministerio de Justicia, se nos facilitan por el Instituto de Salud Carlos III, concretamente el Centro Nacional de Epidemiología, los datos diarios de mortalidad de aquellos municipios que lo tienen informatizado. Recoge los fallecimientos ocurridos en ese municipio, independientemente de que el fallecido resida o no en la región madrileña, y supone tener vigilada al 82,4% de toda la población y al 89% de todos los fallecimientos de la Comunidad. Los municipios de la CM que aportan datos figuran en la tabla siguiente.

Tabla 1. Municipios cuyos registros civiles aportan datos de fallecidos

1 ALCALÁ DE HENARES	12 MADRID
2 ALCOBENDAS	13 MAJADAHONDA
3 ALCORCÓN	14 MÓSTOLES
4 ARANJUEZ	15 NAVALCARNERO
5 ARGANDA DEL REY	16 PARLA
6 COLLADO VILLALBA	17 POZUELO DE ALARCÓN
7 COLMENAR VIEJO	18 SAN LORENZO DE EL ESCORIAL
8 COSLADA	19 TORREJÓN DE ARDOZ
9 FUENLABRADA	20 TORRELAGUNA
10 GETAFE	21 VALDEMORO
11 LEGANÉS	

Se estudian dos ámbitos poblacionales, toda la Comunidad de Madrid (CM) y municipio de Madrid (MM), y 5 grupos de edad: total, >74, 65-74, <65, 0-4 años.

2.2. Estimación de valores medios esperados y límites de confianza

Partiendo de la serie histórica de mortalidad diaria de los 5 años anteriores al de estudio, 2015-2019, se calculan los valores diarios medios y valores máximos y mínimos esperados (media esperada $\pm 3DE$, IC99%). Los valores esperados se obtienen para cada estrato de ámbito geográfico y estrato de edad. Para estas estimaciones se utilizan modelos de regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad.

Se describen las curvas de mortalidad y el nº de días que se supera el límite superior de seguridad. Se estudia relación entre número de fallecimientos diarios y temperaturas mediante correlación de Pearson y regresión de Poisson.

3. RESULTADOS

3.1. Mortalidad

3.1.1. Fallecidos observados y esperados

El valor medio diario de fallecimientos totales observados en la temporada de vigilancia (a 5.10.2020) fue de 106. El número de fallecidos totales registrados en los 107 días fue de 11336 frente a un total de esperados de 11643, lo que supone un 2,6% de mortalidad inferior a lo esperado, contabilizándose 307 fallecimientos totales menos. La tabla siguiente recoge la mortalidad observada y esperada para toda la población y para los mayores de 74 años. En este último grupo, la cifra de fallecidos observados ha sido un 3,7% inferior a la de esperados.

Tabla 2. Mortalidad observada y esperada para la Comunidad de Madrid, total y mayores de 74 años, 2020

	Comunidad de Madrid			
	Observada	Esperada*	Diferencia	%**
Total	11336	11643	-307	-2,6
>74	7997	8301	-304	-3,7

*Esperada mediante modelos de regresión ajustando por tendencia y estacionalidad

**% = (Observada-esperada)/esperada)*100

3.1.2. Descripción de la curva epidémica de fallecidos totales diarios registrados en la Comunidad de Madrid

Como se muestra en el gráfico 1, en la temporada estudiada, en plena pandemia de SARS-CoV-2, se observan tres momentos de superaciones del valor límite superior de mortalidad esperada (+3DE). El primero corresponde a los días 1 y 2 de agosto, el segundo al 28 de agosto y el tercero los días 10 y 11 de septiembre. Estos tres momentos acumulan un total de 25 fallecimientos en exceso por sobrepasar el límite superior esperado. El gráfico 2 muestra el comportamiento de la mortalidad diaria en el municipio de Madrid.

Gráfico 1. Mortalidad diaria, número TOTAL de fallecimientos observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2020

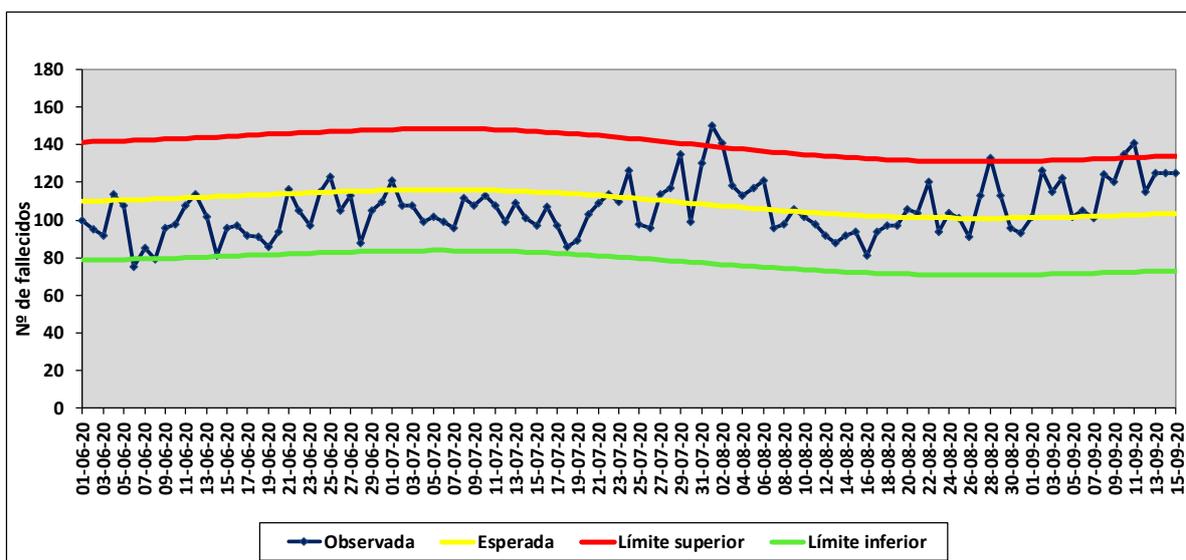
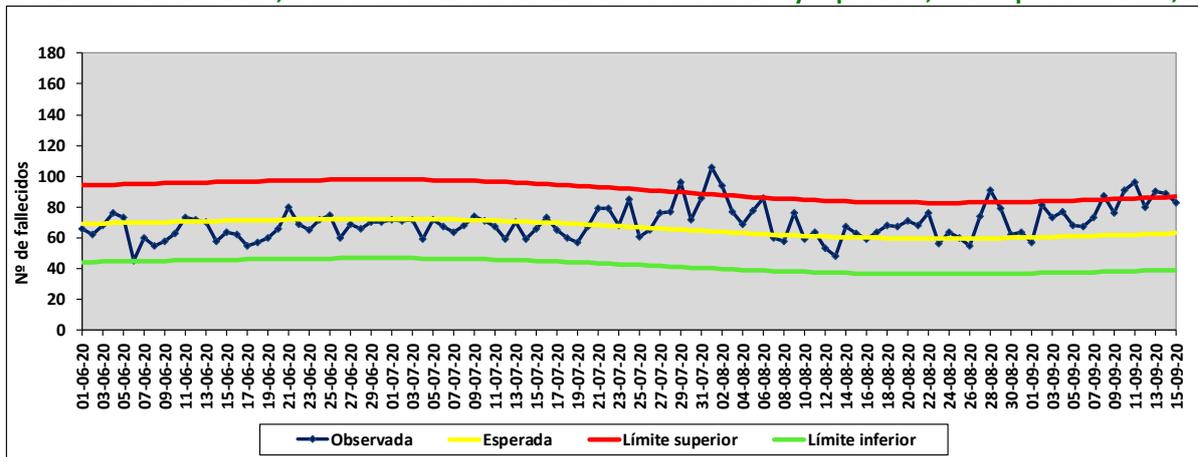


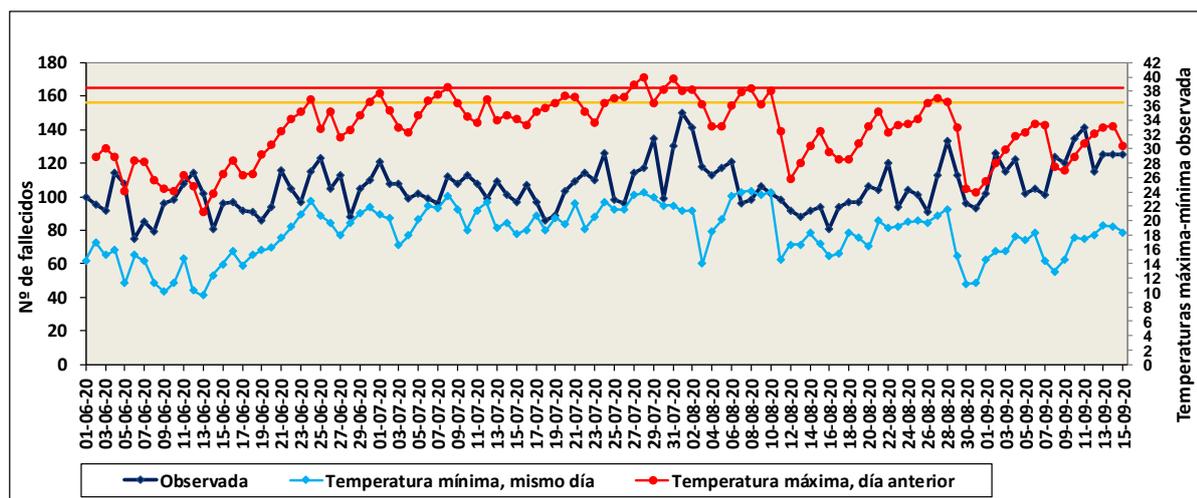
Gráfico 2. Mortalidad diaria, número TOTAL de fallecimientos observados y esperados, Municipio de Madrid, 2020

3.1.3. Descripción de la curva epidémica de fallecidos totales diarios registrados en la Comunidad de Madrid y relación con temperatura máxima y mínima

En el gráfico siguiente se representa de forma conjunta la mortalidad total en la CM, la temperatura máxima registrada el día anterior, y la temperatura mínima registrada el mismo día. Las dos líneas horizontales marcan las temperaturas umbrales de alerta: $>36,5^{\circ}\text{C}$ y $>38,5^{\circ}\text{C}$.

La correlación entre la mortalidad total diaria y la temperatura máxima del día anterior es de 0,31 y de la mortalidad total diaria con la temperatura mínima de 0,30, alcanzando en ambos casos la significación estadística ($p=0,001$ y $p=0,002$). Esta correlación pasa a ser de 0,39 para el grupo de mayores de 74 años, con $p<0,0000$ y no se observa en los otros grupos de edad estudiados.

En esta temporada 2020, encontramos un incremento en la mortalidad por todas las causas y edades del 6,5% si la temperatura del día previo fue mayor o igual a $36,5^{\circ}\text{C}$ ($p=0,042$), y del 13,1% para temperaturas $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ($p=0,056$), siempre respecto a los días con menor temperatura. Para los mayores de 74 años la asociación se incrementa ligeramente: en el primer caso 10,6% ($p=0,013$) y 13,3% ($p=0,094$) para el segundo.

Gráfico 3. Mortalidad TOTAL diaria observada, temperatura máxima observada del día anterior, y temperatura mínima del mismo día, Comunidad de Madrid, 2020

*Datos de temperatura proporcionados por el Servicio de Sanidad Ambiental (líneas de T° en $36,5^{\circ}\text{C}$ y $38,5^{\circ}\text{C}$)

3.2. Actividad informativa

Se han generado y publicado en la web de la Comunidad de Madrid un total de 16 informes semanales como apartado del informe epidemiológico semanal.

4. CONCLUSIONES

- En la temporada de vigilancia del 1 de junio al 15 de septiembre de 2020 la mortalidad por todas las causas y edades observada en la CM ha sido casi un 2,6% inferior a la esperada teniendo en cuenta los 5 años previos.
- Se observan 5 días en que el número de fallecimientos superan el límite máximo de la mortalidad por todas las causas en la CM (más de 3 desviaciones estándar del valor medio esperado), que acumulan un total de 25 fallecimientos en exceso.
- El análisis por estratos de edad y ámbito geográfico contemplados muestra un perfil similar en el grupo de edad de mayores de 75 años y en el municipio de Madrid.
- Se aprecia correlación y asociación positiva y significativa entre temperatura máxima del día anterior y número de fallecimientos diarios, con un incremento del 6,5% y del 13,1 para temperaturas $\geq 36,5$ o $\geq 38,8$ respecto a días con temperaturas del día previo menores de 36,5.
- El efecto en la salud de las altas temperaturas en el verano de 2020, ha mostrado una mayor intensidad que en el año anterior y menor que en 2015, que podría ser interpretado como una progresiva concienciación social y asistencial del problema y por la efectividad de las medidas de prevención y control (6).

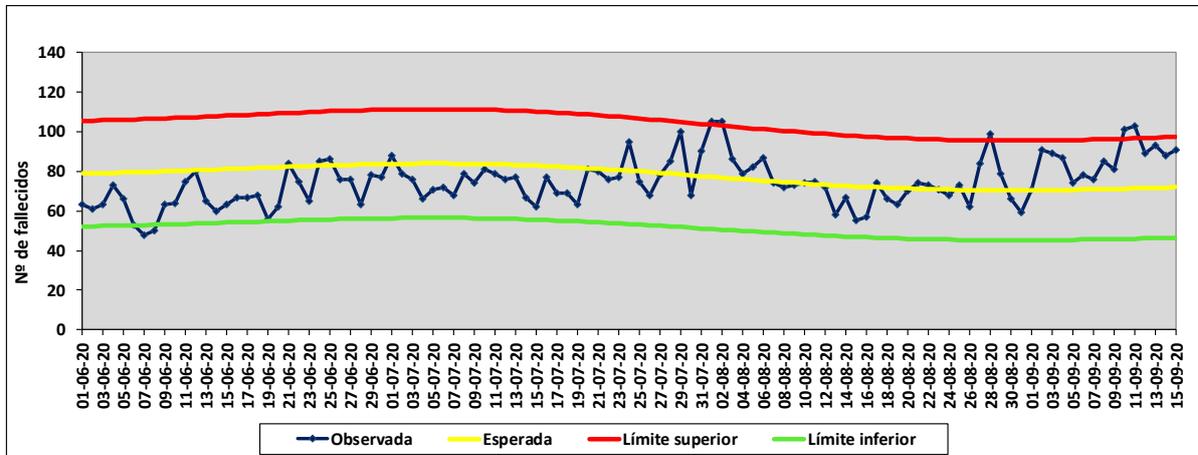
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-IPCC, 2018: Summary for Policymakers. In: Global warming of 1.5°C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty [V. Masson-Delmotte, P. Zhai, H. O. Pörtner, D. Roberts, J. Skea, P. R. Shukla, A. Pirani, W. Moufouma-Okia, C. Péan, R. Pidcock, S. Connors, J. B. R. Matthews, Y. Chen, X. Zhou, M. I. Gomis, E. Lonnoy, T. Maycock, M. Tignor, T. Waterfield (eds.)]. World Meteorological Organization, Geneva, Switzerland, 32 pp
- 2.-Gandarillas A, López-Gay D, Rodero I, Ordobás M. Plan de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor en la Comunidad de Madrid: Vigilancia diaria de la mortalidad y morbilidad del 1 junio a 15 septiembre 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, nº5.Vol22, mayo 2016 . Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020131.pdf>
- 3.-Kovats RS, Hajat S. Heat stress and public health: a critical review. Annu Rev. Public Health. 2008;29:41-55. Review.
- 4.-Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de vigilancia y control de los efectos de las olas de calor 2019.Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/calor-salud>
- 5.-Martínez Navarro F, Simón-Soria F, López-Abente G. [Evaluation of the impact of the heat wave in the summer of 2003 on mortality]. Gac Sanit. 2004 May;18 Suppl 1:250-8.
- 6.-Díaz J, Carmona R, Mirón IJ, Luna MY, Linares C. Time trend in the impact of heat waves on daily mortality in Spain for a period of over thirty years (1983-2013). Environ Int. 2018;116:10-7.

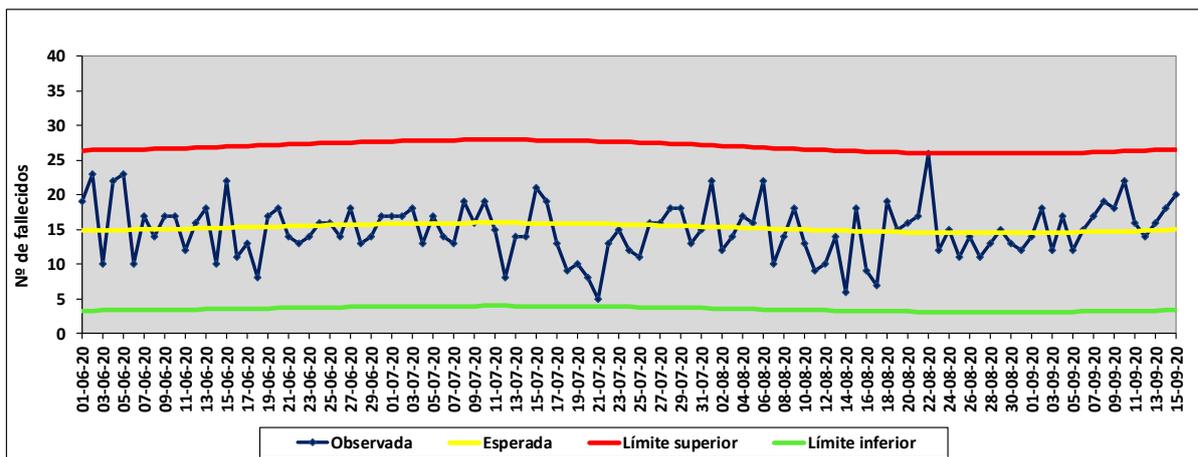
6. ANEXOS

Mortalidad, Comunidad de Madrid

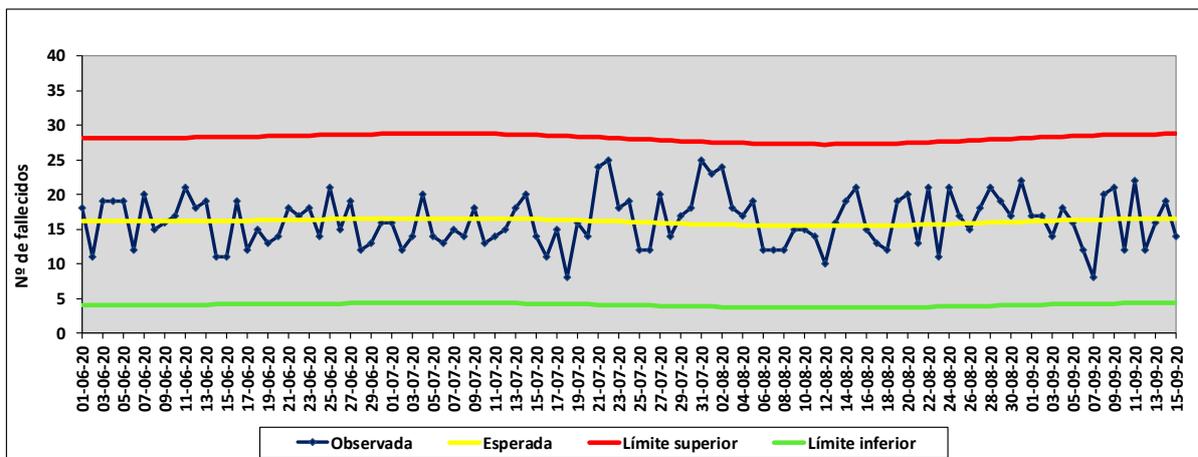
Mortalidad diaria, número de fallecidos en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2020



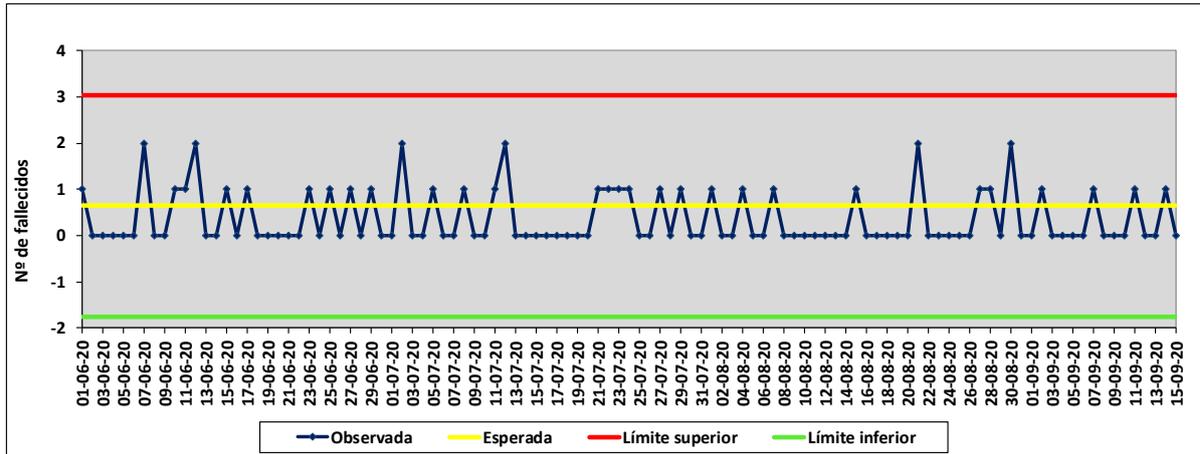
Mortalidad diaria, número de fallecidos ENTRE 65 a 74 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2020



Mortalidad diaria, número de fallecidos en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2020

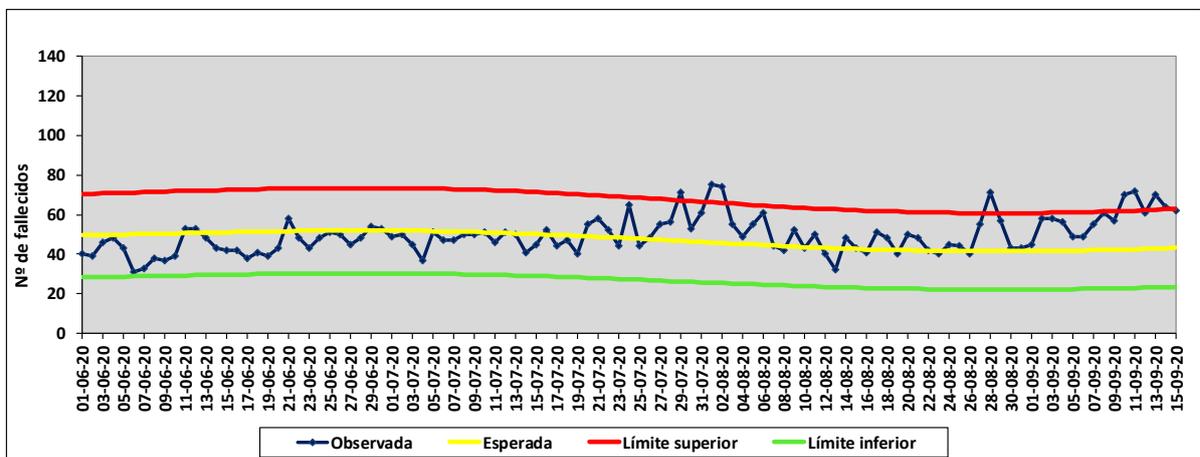


Mortalidad diaria, número de fallecidos ENTRE 0-4 AÑOS observados y esperados, Comunidad de Madrid, 2020

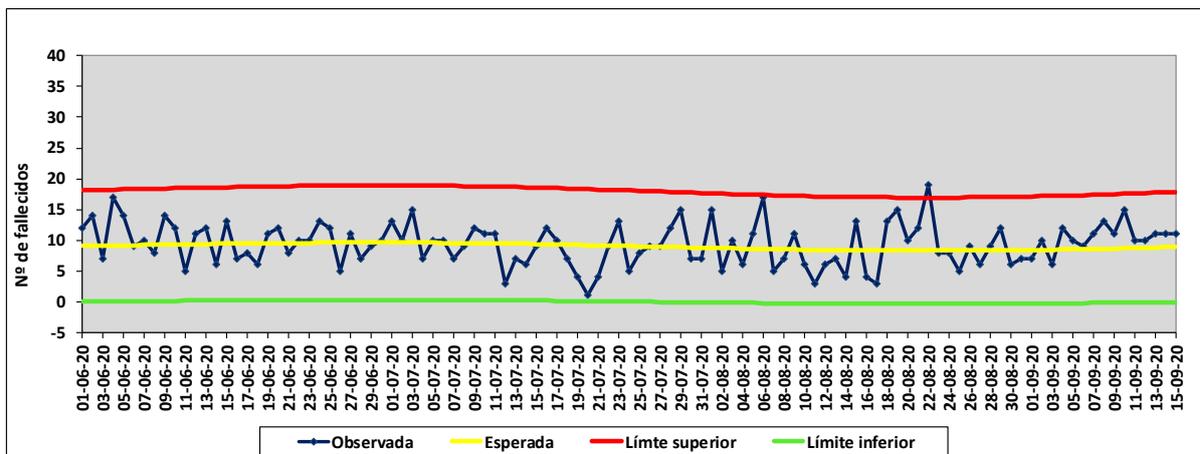


Resultados para el Municipio de Madrid

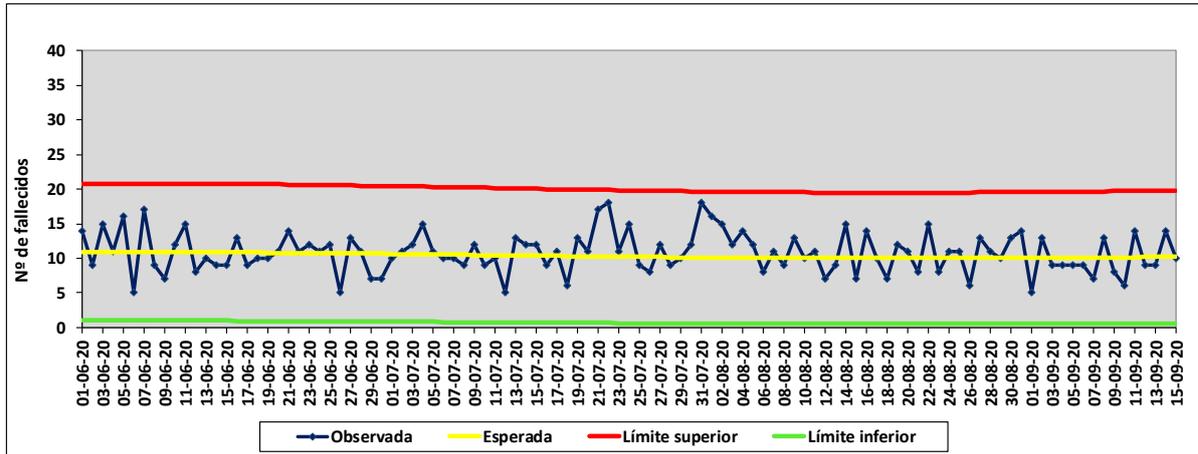
Mortalidad diaria, número de fallecidos en MAYORES DE 74 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2020



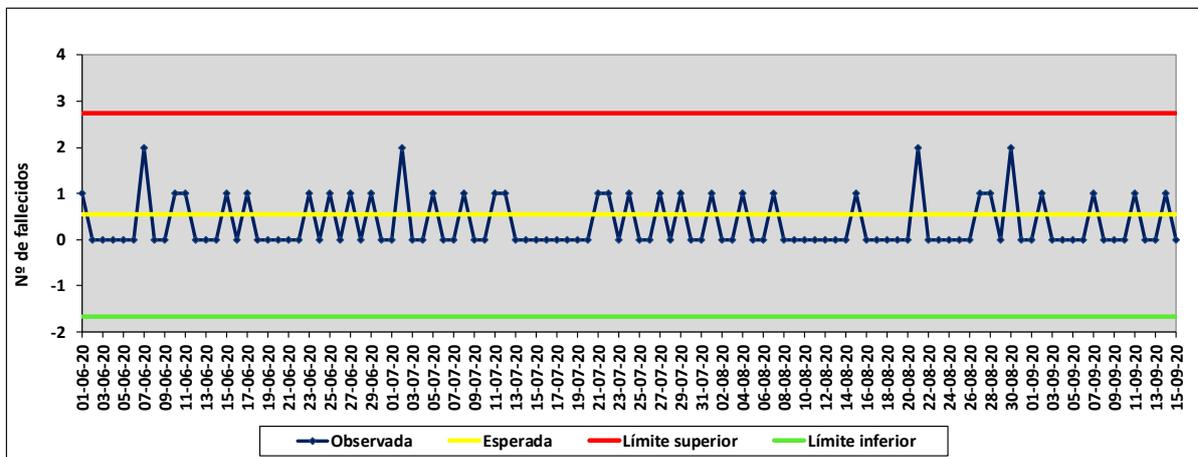
Mortalidad diaria, número de fallecidos ENTRE 65 a 74 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2020



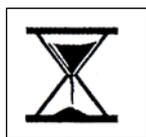
Mortalidad diaria, número de fallecidos en MENORES DE 65 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2020



Mortalidad diaria, número de fallecidos ENTRE 0-4 AÑOS observados y esperados, Municipio de Madrid, 2020



Informe elaborado por: Ana Gandarillas, Consuelo Febrel, María Ordobás, Servicio de Epidemiología, Comunidad de Madrid.

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2019

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2019

ÍNDICE:

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	7
3. METODOLOGÍA	8
4. RESULTADOS	10
4.1. Percepción de salud y salud mental	11
4.2. Ejercicio físico	13
4.3. Alimentación	17
4.4. Percepción de la imagen corporal, dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario	27
4.5. Sobrepeso y obesidad	29
4.6. Consumo de tabaco	33
4.7. Consumo de alcohol	36
4.8. Consumo de drogas de comercio ilegal	42
4.9. Relaciones sexuales	48
4.10. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja	51
4.11. Acoso y ciberacoso	53
4.12. Accidentes	54
4.13. Seguridad vial	55
4.14. Información sobre temas de salud	57
4.15. Agregación de factores	64
4.16. Evolución de los indicadores	65
5. BIBLIOGRAFÍA	67

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2019.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Juvenil (SIVFRENT-J). Año 2019

1. RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) dirigido a población juvenil mide, desde 1996, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Metodología: Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 personas escolarizadas en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en la Comunidad de Madrid. En el año 2019 se han realizado 1954 encuestas con una tasa de respuesta global del 69,1%. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente en función de las necesidades detectadas por salud pública.

En 2011, se introdujeron nuevos indicadores en el apartado de alimentación para poder realizar una vigilancia más completa del patrón alimentario. También en 2011 se incorporó un módulo para medir la violencia en los jóvenes en el contexto de las relaciones de pareja.

En 2014 se introdujo un nuevo indicador que complementaba a las medidas antropométricas referidas de peso y talla, incorporando el peso y talla medidos por profesionales entrenados, con técnica estandarizada y con doble medida.

En 2017 se introduce el análisis de determinantes socioeconómicos.

En este informe se analizan los indicadores correspondientes al año 2019 agrupados en los siguientes apartados: Percepción de salud, salud mental, actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, bullying y cyberbullying, seguridad vial, información recibida sobre temas de salud, agregación de factores de riesgo y evolución temporal de indicadores seleccionados.

Resultados: La percepción general de salud subjetiva es uno de los principales indicadores de salud de una población. Los alumnos de 4ª de ESO tienen una percepción buena o muy buena de su estado de salud en el 82,8% (81,1-84,4). Se observan diferencias importantes por género. Los chicos, tienen una percepción de su salud buena o muy buena en el 84,6% (82,2-86,7), y en las chicas es del 81,1% (78,5-83,4). El país de nacimiento también influye de forma significativa en la percepción que tienen de su salud, de esta forma, el 83,8% (82,0-85,5) de los hijos/as de padres/madres nacidas en España perciben su salud como buena o muy buena, frente al 75,3% (69,4-80,4) de los hijos/as de padres/madres nacidas fuera de España.

La salud mental, se ha medido como ausencia de “disconfort psicológico”, mediante el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ) utilizando la puntuación general y el corte en 3. La ausencia de disconfort psicológico es del 48,1% (45,9-50,4), 60,1% (56,9-63,2) en chicos y 36,6% (33,6-39,6) en las chicas. Para todos los indicadores se observa una marcada diferencia por sexo siendo en ellas mayor el disconfort que en los chicos. También se observan diferencias, aunque no tan marcadas, por país de nacimiento de los padres, nivel educativo y por situación laboral de los padres/madres, estableciendo un patrón de prevalencias que se asocia a la vulnerabilidad.

En 2019, el 42,9% de las chicas y el 19,4% de los chicos no realizaban al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas y el 12,9% de las chicas y el 9,7% de los chicos no realizan actividad física de cualquier tipo al menos 3 veces a la semana.

El consumo de alimentos mantuvo un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería, chucherías saladas y bebidas industriales: un 57,3% no consumía al menos dos raciones de fruta al día y un 37,5% no consumía al menos una ración de verdura; el 66,3% consumía dos o más raciones diarias de cárnicos, y el 33,1% consumía bebidas industriales todos o casi todos los días.

El índice de masa corporal, calculado con medidas antropométricas (peso y talla) tomados por profesionales entrenados, muestra que un 25,4 % de los chicos y el 22,1 % de las chicas tenían sobrepeso u obesidad. La serie analizada de sobrepeso-obesidad “referida” 1996/2019, muestra un aumento significativo tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a la imagen corporal, es necesario señalar que el 37,7% de las chicas y el 20,4 de los chicos perciben que tienen sobrepeso u obesidad.

En cuanto al consumo de tabaco, el 6,7% fumaba diariamente, siendo similar la prevalencia en las chicas (7,0%), a la de los chicos (6,4%). La mejora que se ha producido en estos indicadores desde 1996 es importante partiendo de cifras entorno al 20% en 1996 en los chicos hasta el año 2000 y entorno al 30% al inicio de la serie en las chicas.

En el consumo de alcohol la proporción de bebedores de riesgo fue un 3,3%. Este consumo de riesgo se realizó principalmente en fines de semana. El 30% había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 49,2% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, un 12,8% lo habían consumido alguna vez en los últimos 12 meses. El 22 % refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 8,5% en los últimos 30 días.

Tanto los indicadores de consumo de alcohol como de consumo de drogas ilegales han experimentado descensos importantes en los últimos 21 años.

El 24,4% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración. Un 22 % no había utilizado durante la última relación preservativo, y un 18,6% han utilizado métodos anticonceptivos ineficaces o ningún método.

Un 8% de las/los jóvenes refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual en el último año por parte de su pareja o expareja. La violencia sufrida mediante dispositivos electrónicos es declarada en el 15,6% de las/los chicas/os, 19,9% de las chicas y 10,9% de los chicos. Estimamos una prevalencia conjunta de violencia física, sexual o con dispositivos electrónicos del 21,5% (19,1- 24,3).

La prevalencia de acoso y ciberacoso “Bullying y cyberbullying” en el medio escolar es del 6% (5,1-7,2); Por sexo fue más elevada en las chicas 7,2 (5,7-8,9) que en los chicos 4,9 (3,7-6,5).

Un 13,9% había tenido algún accidente de cualquier tipo en los últimos 12 meses.

En cuanto a las medidas de seguridad vial, destaca que la utilización del casco en moto continuó siendo baja, el 38,2% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección. Un 77,9% de los jóvenes no utilizan el casco cuando van en bicicleta.

La proporción de jóvenes que no recibieron información de “educación para la salud”, durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, sigue siendo muy elevada, que en el caso de prevención del VIH/SIDA llega al 60,1%.

Las tendencias de los indicadores más relevantes de este sistema de información en los últimos 20 años, 1996-2019, muestran una mejora reseñable por su magnitud, la disminución en el consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, mejora en las prácticas de seguridad vial, aunque en estas últimas el uso de casco en moto y en bicicleta siguen precisando importantes mejoras. Los indicadores de consumo de alcohol han mejorado, aunque en menor medida los indicadores relacionados con las ingestas agudas de

riesgo. Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético (alimentación y actividad física), siguen mostrando un patrón de dieta desequilibrada y sedentarismo, con un aumento global en este periodo del sobrepeso y obesidad tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones y recomendaciones:

Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2019 ponen de manifiesto que los nuevos indicadores de percepción de salud y salud mental, que se presentan por primera vez en este informe, evidencian que de forma mayoritaria perciben su salud como buena o muy buena.

Además de prestar atención a las desigualdades en salud que se producen a estas edades en función de determinantes sociales, es necesario prestar la máxima atención a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un patrón de dieta desequilibrada, especialmente en los hombres, y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; y a la vez asociados a determinantes sociales.

Los indicadores de actividad física a lo largo del tiempo permanecen estables con cifras similares a 1996, con grandes diferencias entre hombres y mujeres. Es necesario poner en marcha estrategias de promoción del ejercicio físico intenso a estas edades que tengan en cuenta una perspectiva de género.

Los indicadores relacionados con el consumo de tabaco y alcohol han mejorado de forma importante en los últimos años, sin embargo, debido a su gran impacto sobre la salud, es necesario seguir priorizando y realizando acciones preventivas en este campo.

Las prevalencias de acoso y ciberacoso son importantes. Estos problemas deben ser abordados con una perspectiva más amplia que la actual. En este sentido la salud pública puede ayudar a trabajar desde ámbito multidisciplinar implicando al sistema sanitario, de forma similar a lo que se realiza en otros tipos de violencia, y al igual que se está realizando en otros países.

Es importante que no se descuiden los contenidos de educación para la salud en la programación escolar. Los contenidos que han sufrido un retroceso importante en los últimos años son los que tienen que ver con las enfermedades de transmisión sexual, la prevención de VIH/SIDA. Por ello es importante priorizar o poner en marcha nuevas estrategias de educación para la salud, de forma que la información llegue por igual a todo el alumnado.

El análisis conjunto de indicadores de salud, determinantes sociales, indicadores de riesgo - conductas de riesgo, conocimientos, oferta formativa en prevención, etc, deben ser tenidos en cuenta para poner en marcha planes de salud que incluyan acciones preventivas dirigidas a estas edades.

2. INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia y juventud como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta (jóvenes de 10 a 19 años)¹.

Es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, los malos hábitos de consumo alimentario y de ejercicio físico, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo¹. Estos hechos a menudo se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias graves a medio y largo plazo si estos factores no se modifican²⁻⁵, siendo el origen de diversas patologías crónicas, como son los tumores, las enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas.

A esta edad predominan los problemas de salud que tienen que ver con la experimentación y las condiciones propias de la adolescencia⁶. Son ejemplo los embarazos no deseados, los trastornos del comportamiento alimentario, la accidentabilidad, la obesidad, las Infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA. Sin embargo, los indicadores de salud clásicos, como la mortalidad o la morbilidad, a estas edades, presentan las cifras más bajas a lo largo de la vida de las personas⁵.

El análisis seriado de los determinantes de salud de los jóvenes mediante encuestas es fundamental para establecer políticas de promoción y prevención de salud.

Hasta el año 2019 se ha realizado la 23ª encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)⁷, cuyo objetivo es conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada permite comparar los diferentes indicadores durante estos veintiún años de estudio.

Como en años anteriores, el trabajo de campo de esta encuesta fue realizado con la colaboración de la Dirección General de Educación Secundaria y Enseñanzas Profesionales de la Consejería de Educación.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población escolarizada en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de la Comunidad de Madrid.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La muestra de población a estudiar se extrae cada año mediante un muestreo de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa, por las aulas. Los criterios de estratificación son: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados).

La asignación muestral en cada estrato es proporcional al número de alumnos matriculados en 4º de la E.S.O.

Como fuente de datos para la selección muestral se utilizó el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación. La selección de las unidades de primera etapa (centros escolares) se realizó con probabilidad proporcional al número de alumnos matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa fue constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

La técnica de entrevista se basó en un cuestionario auto administrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 45 minutos.

En 2019, el tamaño muestral fue de 1954 entrevistas distribuidas en 91 aulas de 47 centros escolares.

Las entrevistas se realizaron durante el mes de mayo de 2019.

3.3. CUESTIONARIO

Se utilizó el mismo cuestionario que en los años precedentes, estructurado en los siguientes apartados: percepción de salud, salud mental, ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, accidentes, seguridad vial, salud mental e información sobre temas de salud.

3.4. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

En el análisis de resultados referidos a los totales y sexo se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar los jóvenes de 15 años (876 alumnos de 15 años) y 16 y más años (851 alumnos de 16 años, 181 de 17 años, y 46 de 18 años). Los indicadores que hacen referencia a los determinantes sociales de la familia y tienen características especiales ya que la encuesta se ha pasado a alumnos de 4º de E.S.O, a los que se le solicita información relevante sobre la estructura de su familia y entorno, actuando como “proxi”. De esta forma se han construido los indicadores siguientes:

- 1.- País de nacimiento: del padre o la madre. Se clasifican en 2 categorías, hijos de nacidos en España e hijos de nacidos fuera de España.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado por el padre o la madre. Se han estructurado en dos categorías. Superiores: los que han finalizado estudios que no son obligatorios, universitarios, bachiller superior o formación profesional equivalente. Obligatorios: los que

no tienen estudios o solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar o graduado escolar.

- 4.- Situación laboral de padre y madre. Se ha estratificado en tres categorías: Si trabajan los dos, si trabaja solo uno de ellos, si no trabaja ninguno. Se ha considerado que no trabajan, quienes no aportan salarios a la unidad familiar (parados, trabajadores/as del hogar etc.).
- 5.- Titularidad del centro. A partir de los dos estratos, asistencia a centros públicos y centros privados o concertados.

La tendencia de algunos indicadores seleccionados se analiza desde el año 1996 al año 2018. Se utiliza el programa Joinpoint Trend Analysis Software ^{8,9}. Para ello se calcula el porcentaje de cambio anual para cada punto de cambio (PCA) (jointpoint) ¹⁰ y el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA) ¹¹ para la serie completa, con el fin de permitir la comparación de los cambios globales entre indicadores utilizando el mismo método, a partir de modelos de regresión de Poisson, y siguiendo el método utilizado por el NIH ¹¹.

Se estiman los % para cada uno de los indicadores, el error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 22 ¹².

4. RESULTADOS

En la Tabla 1 se exponen las características de la muestra, así como la tasa de respuesta.

De los 91 centros inicialmente seleccionados, 44 no participaron en el estudio (51,6%). Un 13,2% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, se produjo la negativa de un alumno a participar en el estudio (0,05%) y 4 cuestionarios (0,2%) fueron excluidos por presentar más del 50% de las respuestas en blanco o por presentar inconsistencias. La tasa de respuesta global fue 69,1%.

Tabla 1. Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2019.

Tamaño maestra :		
	Nº estudiantes	1954
	Nº Colegios	47
	Nº aulas	91
Tasa de respuesta (%)		
	Colegios	51,6%(*)
	Estudiantes	86,6%**
	Global	69,1%
Sexo (%)		
	Hombres	49,7
	Mujeres	50,3
Edad (%)		
	15 años	44,8
	16 años	43,6
	17 y más años	11,6
Titularidad (%)		
	Pública	35,7
	Concertada/Privada	64,3

(*) 44 de 90 centros no participaron en el estudio

(**) 299 ausentes + 1 negativa de estudiantes y 4 cuestionarios anulados por inconsistencias o en blanco.

En la tabla 2 se exponen las características de la muestra por edad, sexo y determinantes sociales que se han considerado en los análisis.

Tabla 2. Características de la muestra por sexo, edad, país de nacimiento, nivel educativo, situación laboral y tipo de centro escolar: n, % e IC al 95%. Población Escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales	
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%
Edad	15 años	407	46,5	(43,2-49,8)	469	53,5	(50,2-56,8)	876	100
	16 años y mas	564	52,3	(49,3-55,3)	514	47,7	(44,7-50,7)	1078	100
País de Nacimiento	España	862	50,4	(48,1-52,8)	847	49,6	(47,2-51,9)	1709	100
	Otros	104	43,3	(37,2-49,7)	136	56,7	(50,3-62,8)	240	100
Nivel Educativo	Superiores	507	48,8	(45,7-51,8)	533	51,2	(48,2-54,3)	1040	100
	Primarios	293	47	(43,1-51,0)	330	53	(49,0-56,9)	623	100
Situación laboral	Trabajan los dos	684	48,8	(46,2-51,4)	718	51,2	(48,6-53,8)	1402	100
	Trabaja uno	255	51,2	(46,8-55,6)	243	48,8	(44,4-53,2)	498	100
	No trabaja ninguno	32	59,3	(45,8-71,5)	22	40,7	(28,5-54,2)	54	100
Tipo de Centro	Público	356	51	(47,3-54,7)	342	49	(45,3-52,7)	698	100
	Privado/Concertado	615	49	(46,2-51,7)	641	51	(48,3-53,8)	1256	100
Totales		971	49,7	(47,5_51,9)	983	50,3	(48,1-52,5)	1954	100

1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. (ICI): Intervalo de confianza inferior al 95% (ICS): Intervalo de confianza superior al 95%.

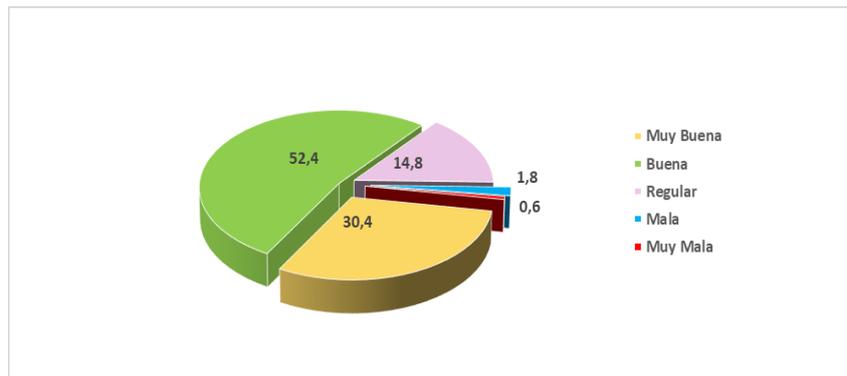
4.1. INDICADORES DE PERCEPCIÓN DE SALUD

Como indicadores de “percepción de salud” se han explorado en la encuesta auto administrada la percepción del estado de salud y un cuestionario de salud mental (GHQ-12) que esta validado para trabajar desde el punto de vista poblacional ¹³⁻¹⁸.

La percepción del estado de salud, se mide preguntando al alumno cuál es su percepción sobre su estado de salud en una escala de 5 ítems muy bueno, bueno, normal, malo y muy malo.

Un percepción buena o muy buena del estado de salud se declara en el 82,8% (81,1-84,4). La percepción de las mujeres “buena o muy buena” es del 81,1% (78,5-83,4) frente a un 84,6% (82,2-86,7) de los hombres. La percepción de “salud mala y muy mala” (figura 1) es muy poco prevalente a estas edades, del 2,4%.

Figura 1. Clasificación de la Percepción del estado de salud, n y %. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Los análisis por determinantes sociales se muestran en la tabla 3. Destacan las diferencias que se producen en la percepción del estado de salud del indicador “buena y muy buena” en cuanto al país de nacimiento de los padres/madres (inmigración). Los hijos/as de padres/madres nacidas en España perciben su salud como buena o muy buena el 83,8 % (82,0-85,5) frente a los hijos/as de inmigrantes 75,3% (69,4-80,4); la diferencia entre las chicas y los chicos se da en todos los determinantes siendo esta percepción de salud como buena o muy buena siempre menor en ellas; El análisis del nivel educativo y la situación laboral de los padres/madres, objetiva un cierto gradiente, así observamos que la percepción de salud buena o muy buena se produce con mayor intensidad en hijos/as de personas con estudios superiores y entre los que están trabajando, y la percepción de salud más baja se detecta entre los/las jóvenes en que ni los padres ni las madres trabajan. No existen diferencias entre los centros pertenecientes al sistema público y al privado/concertado (tabla 3).

Tabla 3. Percepción del estado de salud “buena o muy buena” según sexo, edad y determinantes sociales n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	356	87,7	(84,1-90,5)	387	82,5	(78,8-85,7)	743	84,9	(82,4-87,1)
	16 años y mas	463	82,4	(79,0-85,3)	409	79,7	(76,0-83,0)	872	81,1	(78,7-83,3)
País de Nacimiento	España	734	85,3	(82,8-87,6)	696	82,3	(79,5-84,7)	1430	83,8	(82-85,5)
	Otros	80	77,7	(68,6-84,7)	100	73,5	(65,5-80,3)	180	75,3	(69,4-80,4)
Nivel Educativo	Superiores	437	86,2	(82,9-88,9)	454	85,2	(81,9-88)	891	85,7	(83,4-87,7)
	Primarios	245	83,6	(78,9-87,4)	254	77,2	(72,4-81,4)	499	80,2	(76,9-83,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	591	86,8	(84-89,1)	586	81,7	(78,7-84,4)	1177	84,2	(82,2-86)
	Trabaja uno	205	80,4	(75,1-84,8)	194	79,8	(74,3-84,4)	399	80,1	(76,4-83,4)
	No trabaja ninguno	23	71,9	(54,2-84,7)	16	72,7	(51-87,2)	39	72,2	(58,9-82,5)
Tipo de Centro	Público	299	84,2	(80-87,7)	268	78,4	(73,7-82,4)	567	81,3	(78,3-84,1)
	Privado/Concertado	520	84,8	(81,8-87,5)	528	82,5	(79,4-85,3)	1048	83,6	(81,5-85,6)
Totales		819	84,6	(82,2-86,7)	796	81,1	(78,5-83,4)	1615	82,8	(81,1-84,4)

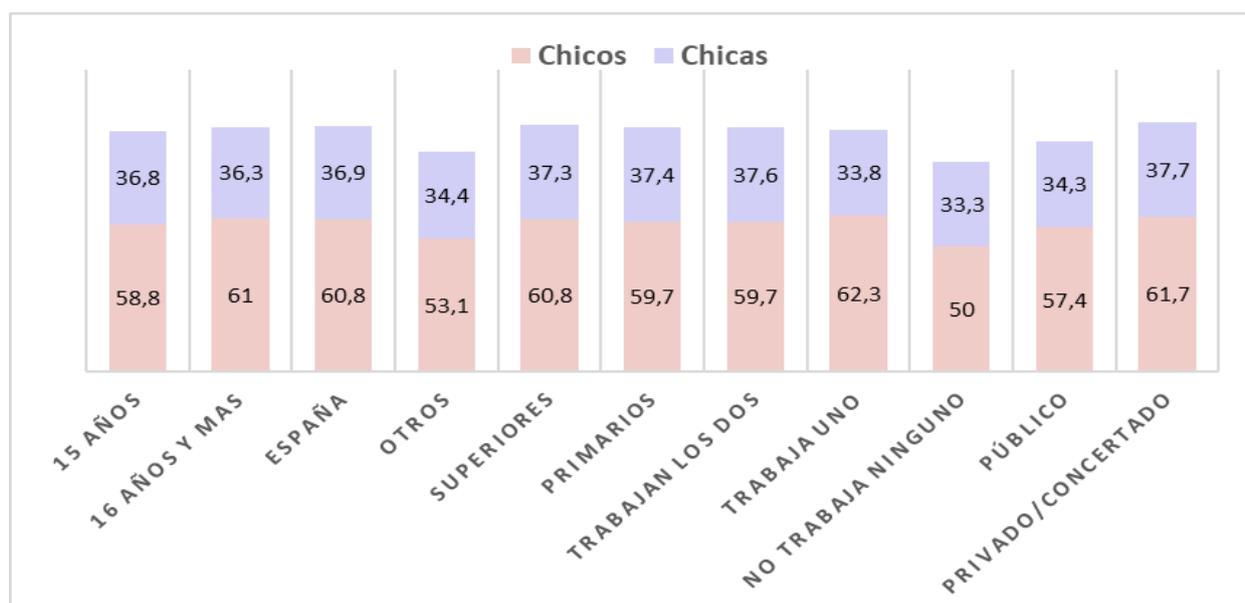
1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

La percepción de salud mental se ha estimado a partir del General Health Questionnaire (GHQ-12). El GHQ-12 tiene una excelente validez discriminante y es adecuado como una medida no específica de los trastornos afectivos en las encuestas públicas de salud mental¹³. Existen múltiples escalas y algoritmos para medir el estado de salud mental percibido desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista de la epidemiología comunitaria y social^(14,15). Optamos en este caso por el indicador general del test con un punto de corte en 3. De esta forma consideramos que puntuaciones inferiores a 3, indican que la persona no tiene “disconfort psicológico” y superiores o iguales a 3 tienen “disconfort psicológico”. Aunque el GHQ-12 estaba dirigido a ser utilizado en población adulta, también se ha empleado satisfactoriamente en población adolescente^{14,16,17,18}, observando que los adolescentes interpretan el GHQ-12 de forma similar a los adultos. Tait y French^{15,17,18} evidenciaron que el GHQ-12 puede ser una medida válida para medir el “malestar psicológico” en adolescentes de 11 a 15 años y encontraron que las medidas de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima eran predictores independientes de la puntuación obtenida en el GHQ-12; además, estaba altamente correlacionado con valoraciones de afectividad negativa y baja sensación de autoeficacia.

La ausencia de disconfort psicológico global es del 48,1% (45,9-50,4), 60,1% (56,9-63,2) en chicos y 36,6% (33,6-39,6) en las chicas (tabla 4).

Para todos los indicadores estudiados, la ausencia de “disconfort psicológico” muestra una diferencia muy elevada, entorno a los 20 puntos porcentuales, entre los chicos y las chicas siendo mucho menor en estas últimas como se muestra en la figura 2 y tabla 4.

Figura 2. Percepción del estado de salud. Buena salud mental “ausencia de disconfort psicológico” (GHQ<3) por sexo, edad y determinantes sociales: %. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.



(1)Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Tabla 4. Percepción del estado de salud mental. Buena salud mental “ausencia de disconfort psicológico” (GHQ<3) según sexo, edad y determinantes sociales n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	231	58,8	(53,8-63,5)	170	36,8	(32,5-41,3)	401	46,9	(43,6-50,3)
	16 años y mas	329	61	(56,8-65,1)	182	36,3	(32,2-40,6)	511	49,1	(46,1-52,2)
País de Nacimiento	España	506	60,8	(57,5-64,1)	307	36,9	(33,7-40,2)	813	48,9	(46,5-51,3)
	Otros	51	53,1	(43,1-62,9)	45	34,4	(26,7-42,9)	96	42,3	(36-48,8)
Nivel Educativo	Superiores	304	60,8	(57,4-66)	196	37,3	(33,2-41,5)	464	49,1	(46,1-52,2)
	Primarios	169	59,7	(53,9-65,3)	120	37,4	(32,3-42,8)	289	47,8	(43,9-51,8)
Situación laboral	Trabajan los dos	391	59,7	(55,9-63,4)	265	37,6	(34,1-41,2)	656	48,2	(45,6-50,9)
	Trabaja uno	154	62,3	(56,1-68,2)	80	33,8	(28-40)	234	48,3	(43,9-52,8)
	No trabaja ninguno	15	50	(32,8-67,2)	7	33,3	(16,8-55,4)	22	43,1	(30,3-56,9)
Tipo de Centro	Público	195	57,4	(52-62,5)	113	34,3	(29,4-39,7)	308	46	(42,3-49,8)
	Privado/Concertado	365	61,7	(57,7-65,5)	239	37,7	(34-41,5)	604	49,3	(46,5-52,1)
Totales		560	60,1	(56,9-63,2)	352	36,6	(33,6-39,6)	912	48,1	(45,9-50,4)

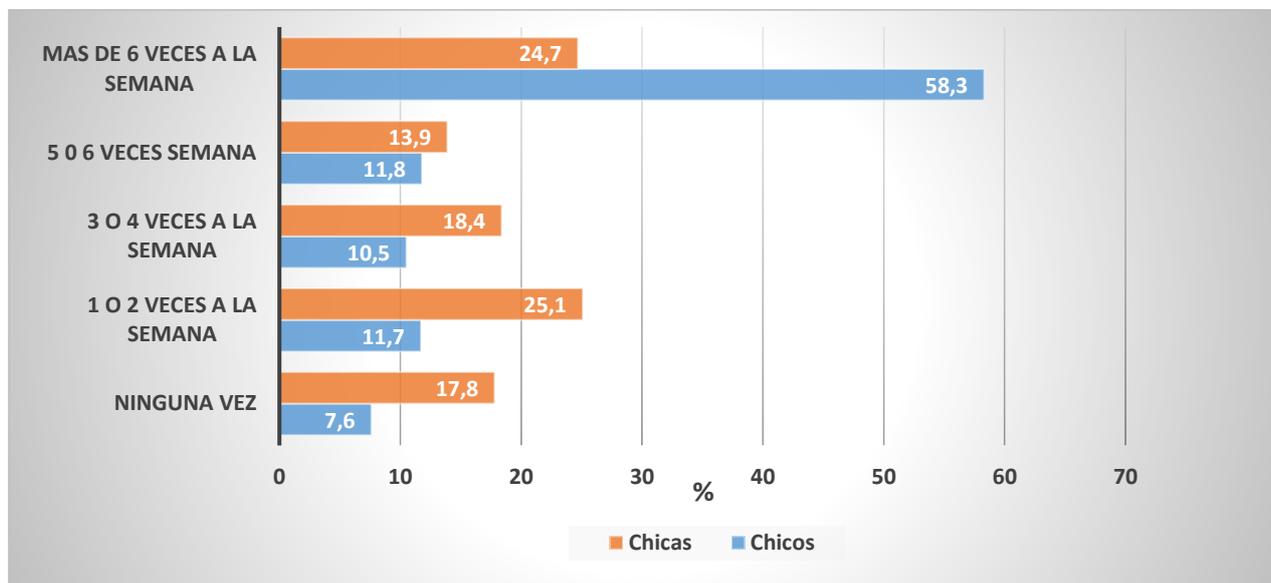
1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

4.2. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 75,6%, realizaron alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 9,7% de los chicos y un 12,9% de las chicas no llegaron a realizar actividad física de cualquier tipo de forma regular al menos 3 veces a la semana.

Si consideramos la frecuencia de realización de actividades vigorosas o intensas (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practicaron este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana fue 31,2%, destacando que un 12,7% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 3). Se observaron grandes diferencias entre mujeres y hombres, ya que el 42,9% de las chicas no realizaron actividad física intensa al menos 3 veces a la semana frente al 19,3% de los chicos.

Figura 3. Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso de forma semanal por sexo. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 5. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según sexo y edad: % (IC). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad(años)(1)	
		Hombre	Mujer	15 años	16 y más
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	11,3 (10-12,8)	9,7 (8-11,7)	12,9 (11-15,2)	9,8 (8-12)	12,5 (10,7-14,6)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	31,2 (29,2-33,3)	19,4 (17-22)	42,9 (39,9-46)	29,9 (27-33)	32,3 (29,6-35,1)

(IC): Intervalo de confianza al 95%.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

El análisis de los dos indicadores en las tablas 5, 6 y 7 muestran que entre hombres y mujeres existen grandes diferencias en la realización de ejercicio físico, así las personas que no realizan ejercicio físico de cualquier actividad 3 o más días a la semana es un 9,7% (8-11,7) en hombres y 12,9% (11-15,2) en mujeres. Lo mismo, pero todavía más marcado, sucede con el indicador de los que no realizan actividad física intensa, así el 42,9% de las mujeres no realizan actividad física intensa al menos 3 días a la semana frente 19,4% de los hombres a estas edades y esta diferencia e incluso mayor se produce en todos los indicadores (tabla 7); se observa una menor realización de ejercicio intenso cuando las condiciones socio-económicas son peores.

Tabla 6. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico de cualquier tipo 3 o más días a la semana, según sexo, edad y determinantes sociales: n, % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	28	6,9	(4,8-9,8)	58	12,4	(9,7-15,7)	86	9,8	(8,0-12,0)
	16 años y mas	66	11,7	(9,3-14,6)	69	13,4	(10,7-16,7)	135	12,5	(10,7-14,6)
País de Nacimiento	España	71	8,2	(6,6-10,3)	110	13	(10,9-15,4)	181	10,6	(9,2-12,1)
	Otros	23	22,1	(15,2-31,1)	17	12,5	(7,9-19,2)	40	16,7	12,5-21,9)
Nivel Educativo	Superiores	25	4,9	(3,4-7,2)	57	10,7	(8,3-13,6)	82	7,9	(6,4-9,7)
	Primarios	31	10,6	(7,5-14,7)	46	13,9	(10,6-18,1)	77	12,4	(10,0-15,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	59	8,6	(6,7-11)	81	11,3	(9,2-13,8)	140	10	(8,5-11,7)
	Trabaja uno	29	11,4	(8-15,9)	42	17,3	(13-22,6)	71	14,3	(11,5-17,6)
	No trabaja ninguno	6	18,8	(8,7-35,9)	4	18,2	(7-39,7)	10	18,5	(10,3-31,1)
Tipo de Centro	Público	46	12,9	(9,8-16,8)	50	14,6	(11,3-18,8)	96	13,8	(11,4-16,5)
	Privado/Concertado	48	7,8	(5,9-10,2)	77	12	(9,7-14,8)	125	10	(8,4-11,7)
Totales		94	9,7	(8,0-11,7)	127	12,9	(11-15,2)	221	11,3	(10-12,8)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: Obligatorios: Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. Superiores: Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. (IC): Intervalo de confianza inferior al 95% (ICS): Intervalo de confianza superior al 95%.

Tabla 7. Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico Intenso 3 o más días a la semana, según sexo, edad y determinantes de sociales: n, %, (IC). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	70	17,2	(13,8-21,2)	192	40,9	(36,6-45,5)	262	29,9	(27,0-33,0)
	16 años y mas	118	20,9	(17,8-24,5)	230	44,7	(40,5-49,1)	348	32,3	(29,6-35,1)
País de Nacimiento	España	151	17,5	(15,1-20,2)	359	42,4	(39,1-45,7)	510	29,8	(27,7-32,1)
	Otros	37	35,6	(27-45,2)	63	46,3	(38,1-54,7)	100	41,7	(35,6-48)
Nivel Educativo	Superiores	66	13	(10,4-16,2)	205	38,5	(34,4-42,7)	271	26,1	(23,5-28,8)
	Primarios	67	22,9	(18,4-28)	155	47	(41,6-52,4)	222	35,6	(32-39,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	117	17,1	(14,5-20,1)	293	40,8	(37,3-44,4)	410	29,2	(26,9-31,7)
	Trabaja uno	63	24,7	(19,8-30,4)	119	49	(42,7-55,2)	182	36,5	(32,4-40,9)
	No trabaja ninguno	8	25	(13-42,6)	10	45,5	(26,5-65,9)	18	33,3	22,1-46,8)
Tipo de Centro	Público	92	25,8	(21,6-30,6)	164	48	(42,7-53,3)	256	36,7	(33,2-40,3)
	Privado/Concertado	96	15,6	(12,9-18,7)	258	40,2	(36,5-44,1)	354	28,2	(25,8-30,7)
Totales		188	19,4	17-22)	422	42,9	(39,9-46)	610	31,2	(29,2-33,3)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: Obligatorios: Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. Superiores: Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. (IC): Intervalo de confianza inferior al 95% (ICS): Intervalo de confianza superior al 95%.

En la Tabla 8 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado, con gran diferencia sobre el siguiente, fue el fútbol, un 60,8% lo practicaba alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar la gimnasia por aparatos (36,7 %) y el tercero el footing (32,6%). En cuarto lugar, figura la bicicleta a ritmo ligero (17,1 %) y por último la bicicleta a ritmo intenso (15,8%).

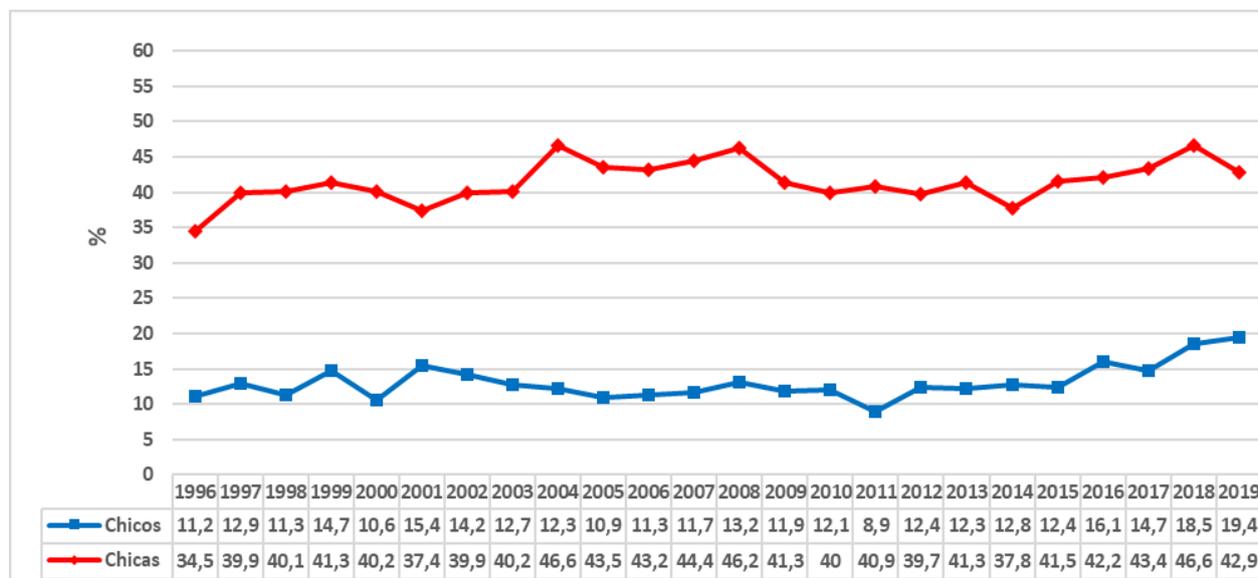
En las chicas, el footing fue la actividad más frecuente, aunque sólo el 30,6% lo practicó con una periodicidad al menos semanal. En segundo lugar, el baile/ballet lo realizó un 27,9% de las chicas. Las pesas/gimnasia con aparatos ocuparon el tercer lugar (27,4%), seguido de la natación (14,6%) y del baloncesto (13,7%).

Tabla 8. Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo. Población escolarizada en 4 de E.S.O. Comunidad de Madrid 2019.

Actividad	Chicos		Chicas	
	% que lo realiza al menos 1 vez en semana		% que lo realiza al menos 1 vez en semana	
Fútbol	60,8	Actividad	Actividad	30,5
Pesas/Gimnasia con aparatos	36,7	Footing	Baile/ballet	27,9
Footing	32,6	Pesas/Gimnasia con aparatos		27,4
Bicicleta ritmo ligero	17,1	Natación		14,6
Bicicleta ritmo intenso	15,8	Baloncesto		13,7

El análisis de la tendencia del indicador: proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 4), observamos que en hombres la serie es constante desde 1996 a 2013, con un PCA (porcentaje de cambio anual) de -0,60, no significativo, y a partir de 2013 se produce un empeoramiento de este indicador hasta la actualidad, el PCA es de +9% ($p < 0,05$). En mujeres se observa un aumento de este indicador desde 1996 a 2008 con un PCA del +1,6%, $p < 0,05$; desde 2008 a 2011 se observa una mejoría del -4,9% anual, no estadísticamente significativa y este año se produce otro cambio de tendencia hasta la actualidad con un PCA de +1,7%, no estadísticamente significativo. En el conjunto de la serie, el indicador no mejora, en mujeres el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA) es del +0,8% y en hombres de +1,8%, no estadísticamente significativo.

Figura 4. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 o más días a la semana. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.3. ALIMENTACIÓN

Para recoger la información de este apartado se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo no cuantitativo, diferenciado para cada una de las cinco comidas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena). El cuestionario no incluye una lista exhaustiva de alimentos sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos. Posteriormente, estas frecuencias se acumulan para valorar su consumo diario, expresando la ingesta en número de veces/día que equiparamos a raciones/día. Además de esta herramienta, para algunos alimentos como las chucherías saladas o las bebidas industriales, se emplearon también preguntas para registrar la frecuencia de consumo en términos globales (frecuencia de consumo habitual a lo largo del año).

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de leche en esta población fue de 1,3 raciones/día. El 24,9% de los jóvenes no llegó a consumir una ración de leche al día y un 70 % no alcanzó las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche desnatada o semidesnatada fue muy frecuente: un 71,9 % de las chicas y un 59,4 % de los chicos tomaron este producto con menor cantidad de grasa.

El indicador “menos de una ración de leche al día” aumenta con la edad; 27,4% en los de 16 y más años frente al 21,9% de los que tienen 15 años. Es más elevado en mujeres que en hombres, y entre los que su padre o madre han nacido fuera de España. Para el resto de variables consideradas, nivel educativo, situación laboral o tipo de centro las diferencias son menores y no estadísticamente significativas (tabla 9).

Tabla 9. Consumo de menos de una ración de leche al día según sexo, edad y determinantes sociales, n, % e IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	75	18,4	(14,9-22,5)	117	24,9	(21,2-29,1)	192	21,9	(19,3-24,8)
	16 años y mas	139	24,6	(21,3-28,4)	156	30,4	(26,5-34,5)	295	27,4	(24,8-30,1)
País de Nacimiento	España	164	19	(16,5-21,8)	213	25,1	(22,3-28,2)	377	22,1	(20,2-24,1)
	Otros	49	47,1	(37,7-56,7)	60	44,1	(36-52,6)	109	45,4	(39,2-51,8)
Nivel Educativo	Superiores	93	18,3	(15,2-22)	130	24,4	(20,9-28,2)	223	21,4	(19,1-24)
	Primarios	72	24,6	(20-29,8)	106	32,1	(27,3-37,4)	178	28,6	(25,2-32,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	135	19,7	(16,9-22,9)	199	27,7	(24,6-31,1)	334	23,8	(21,7-26,1)
	Trabaja uno	72	28,2	(23-34,1)	66	27,2	(21,9-33,1)	138	27,7	(24-31,8)
	No trabaja ninguno	7	21,9	(23-34,1)	8	36,4	(19,3-57,7)	15	27,8	(17,5-41,1)
Tipo de Centro	Público	92	25,8	(21,6-30,6)	113	33	(28,3-38,2)	205	29,4	(26,1-32,8)
	Privado/Concertado	122	19,8	(16,9-23,2)	160	25	(21,8-28,5)	282	22,5	(20,2-24,8)
Totales		214	22	(19,5-24,8)	273	27,8	(25,1-30,7)	487	24,9	(23,1-26,9)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(IC1):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(IC5):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Considerando el grupo de leche y derivados lácteos en su conjunto, el consumo fue de 2,9 raciones/día. Un 54,6% de los jóvenes presentaron un consumo inferior a las tres raciones diarias, un 30,6% consumió menos de 2 raciones/día y un 9,1% no llegó a tomar al menos una ración/día. En el indicador de menos de 3 raciones de leche y derivados al día no existen diferencias estadísticamente significativas por edad, país de nacimiento, nivel educativo, trabajo de los padres, y tipo de centro (tabla 10).

Tabla 10. Consumo de menos de 3 raciones de leche y derivados al día según sexo, edad y determinantes sociales. n, %, IC Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	208	51,1	(46,3-55,9)	251	53,5	(49-58)	459	52,4	(49,1-55,7)
	16 años y mas	308	54,6	(50,5-58,7)	300	58,4	(54-62,6)	608	56,4	(53,4-59,3)
País de Nacimiento	España	448	52	(48,6-55,3)	484	57,1	(53,8-60,4)	932	54,5	(52,2-56,9)
	Otros	66	63,5	(53,8-72,2)	67	49,3	(41-57,6)	133	55,4	(49,1-61,6)
Nivel Educativo	Superiores	243	47,9	(43,6-52,3)	292	54,8	(50,5-59)	535	51,4	(48,4-54,5)
	Primarios	167	57	(51,3-62,6)	193	58,5	(53,1-63,7)	360	57,8	(53,9-61,6)
Situación laboral	Trabajan los dos	340	49,7	(46-53,5)	403	56,1	(52,5-59,7)	743	53	(50,4-55,6)
	Trabaja uno	159	62,4	(56,2-68,1)	137	56,4	(50,1-62,5)	296	59,4	(55,1-63,7)
	No trabaja ninguno	17	53,1	(36,1-69,4)	11	50	(30,2-69,8)	28	51,9	(38,7-64,8)
Tipo de Centro	Público	198	55,6	(50,4-60,7)	194	56,7	(51,4-61,9)	392	56,2	(52,5-59,8)
	Privado/Concertado	318	51,7	(47,8-55,6)	357	55,7	(51,8-59,5)	675	53,7	(51-56,5)
Totales		516	53,1	(50-56,3)	551	56,1	(52,9-59,1)	1067	54,6	(52,4-56,8)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Analizando la serie 1996 / 2019, en chicos el porcentaje promedio de cambio anual de todo el periodo (PPCA) es de + 1,5% ($p < 0,05$), la serie permanece estable desde 1996 hasta el año 2009, en este año se produce un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consumió menos de 3 raciones al día aumentó desde 2009 a 2019 (PCA) en +3,5% anual ($p < 0,05$). En las chicas se observa un PCA de +2,7 en el período de 2009 a 2019 y, el PPCA es de +0,8% (NS). (Figura 5).

FRUTA

El consumo medio de fruta fue de 1,7 raciones diarias (1,5 raciones/día los chicos y 1,8 raciones/día las chicas). Un 33,5 % de los jóvenes no llegó a consumir al menos una ración diaria de fruta y el 4,9% (6,2% de los chicos y 3,6% de las chicas) no tomó ninguna ración de fruta. El 57,3% consume menos de 2 raciones de fruta al día y el 79,5% (83,8% de los chicos y 75,3 % de las chicas) ingirió menos de tres raciones/día. El consumo menor a dos raciones al día es mayor en los chicos respecto de las chicas y es significativo por nivel educativo, consumiendo más frutas los que tienen un nivel educativo más elevado; además se observa un consumo menor a dos frutas al día en colegios públicos en relación a los privados (Tabla 11).

Como se puede observar en el Figura 6, en el periodo 1996/2019 el consumo de frutas en los jóvenes empeoró tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de 2 raciones de fruta al día, con un ascenso a partir de 2009 y hasta 2019 del +1,4 % anual en hombres ($p < 0,05$). En mujeres se produce un empeoramiento del indicador de tal forma que entre 2009 y 2019 con un PCA del +1,9% ($p < 0,05$).

Tabla 11. Consumo de menos de 2 raciones de fruta al día según sexo, edad y determinantes sociales. n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	249	61,2	(56,4-65,8)	219	46,7	(42,2-51,2)	468	53,4	(50,1-56,7)
	16 años y mas	366	64,9	(60,9-68,7)	285	55,4	(51,1-59,7)	651	60,4	(57,4-63,3)
País de Nacimiento	España	544	63,1	(59,8-66,3)	432	51	(47,6-54,4)	976	57,1	(54,8-59,4)
	Otros	67	64,4	(54,8-73)	72	52,9	(44,5-61,2)	139	57,9	(51,6-64)
Nivel Educativo	Superiores	287	56,6	(52,3-60,9)	257	48,2	(44-52,5)	544	52,3	(49,3-55,3)
	Primarios	211	72	(66,6-76,9)	179	54,2	(48,8-59,6)	390	62,6	(58,7-66,3)
Situación laboral	Trabajan los dos	429	62,7	(59-66,3)	356	49,6	(45,9-53,2)	785	56	(53,4-58,6)
	Trabaja uno	163	63,9	(57,8-69,6)	135	55,6	(49,3-61,7)	298	59,8	(55,5-64,1)
	No trabaja ninguno	23	71,9	(54,1-84,7)	13	59,1	(38,1-77,2)	36	66,7	(53,2-77,9)
Tipo de Centro	Público	241	67,7	(62,7-72,4)	193	56,4	(51,1-61,6)	434	62,2	(58,5-65,7)
	Privado/Concertado	374	60,8	(56,9-64,6)	311	48,5	(44,7-52,4)	685	54,5	(51,8-57,3)
Totales		615	63,3	(60,3-66,3)	504	51,3	(48,1-54,4)	1119	57,3	(55,1-59,4)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Oligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

VERDURAS Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) fue de 1,3 raciones diarias (1,1 raciones/día los chicos y 1,5 raciones/día las chicas). Un 37,5 % de los jóvenes consumieron menos de una ración diaria y, en concreto, el 4,6% (6,5% de los chicos y 2,6 % de las chicas) no ingirió verdura. Consumieron menos de una ración al día en mayor proporción los chicos respecto de las chicas y los hijos los/ las hijas/as de padres con estudios primarios también obtuvieron mayores porcentajes que aquellos cuyos padres eran de nivel universitario (tabla 12).

Como en las frutas, en el periodo 1996/2019 el consumo de verduras empeoró al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de una ración de verdura al día, aumento del PCA de +0,9% en los chicos ($p < 0,05$) y del +1,0 en chicas ($p < 0,05$) (Figura 7).

Valorando conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 48,3% no llegó a consumir al menos 3 raciones/día (el 57,3% de los chicos y el 39,4% de las chicas). Sólo el 21,4% (15,9% de los chicos y 26,9% de las chicas) ingirió la cantidad recomendada, 5 o más raciones al día.

Tabla 12. Consumo de menos de 1 ración de verduras y hortalizas al día según sexo, edad y determinantes sociales. n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	185	45,5	(40,7-50,3)	103	22	(18,4-25,9)	288	32,9	(29,8-36,1)
	16 años y mas	269	47,7	(43,6-51,8)	175	34	(30,1-38,2)	444	41,2	(38,3-44,1)
País de Nacimiento	España	404	46,9	(43,6-50,2)	240	28,3	(25,4-31,5)	644	37,7	(35,4-40)
	Otros	46	44,2	(35-53,9)	38	27,9	(21-36,1)	84	35	(29,2-41,3)
Nivel Educativo	Superiores	206	40,6	(36,4-45)	128	24	(20,6-27,8)	334	32,1	(29,3-35)
	Primarios	152	51,9	(46,1-57,6)	111	33,6	(28,7-38,9)	263	42,2	(38,4-46,1)
Situación laboral	Trabajan los dos	317	46,3	(42,6-50,1)	199	27,7	(24,6-31,1)	516	36,8	(34,3-39,4)
	Trabaja uno	123	48,2	(42,2-54,4)	74	30,5	(25-36,5)	197	39,6	(35,4-43,9)
	No trabaja ninguno	14	43,8	(27,9-61)	5	22,7	(9,8-44,4)	19	35,2	(23,7-48,7)
Tipo de Centro	Público	172	48,3	(43,2-53,5)	112	32,7	(28-37,9)	284	40,7	(37,1-44,4)
	Privado/Concertado	282	45,9	(41,9-49,8)	166	25,9	(22,7-29,4)	448	35,7	(33,1-38,4)
Totales		454	46,8	(43,6-49,9)	278	28,3	(25,6-31,2)	732	37,5	(35,3-39,6)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Oligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

CARNE Y DERIVADOS



El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas) fue de 2,8 raciones diarias. Esta ingesta ha sido ligeramente superior en los chicos (2,9 raciones/día los chicos y 2,7 raciones/día las chicas). La proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones diarias ha sido mayor también en los chicos 69,2% y 63,4% las chicas. Para el resto de determinantes se obtuvieron porcentajes de exceso de consumo de carne y derivados en todos ellos, aunque no estadísticamente significativos (tabla 13). El consumo de embutidos fue de 0,84 raciones diarias, 0,86 en chicos y 0,81 en chicas.

Tabla 13. Consumo de mayor o igual de 2 raciones de productos cárnicos al día según sexo, edad y determinantes sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	277	68,1	(63,4-72,4)	293	62,5	(58-66,7)	570	65,1	(61,8_68,2)
	16 años y mas	395	70	(63,1-73,7)	330	64,2	(60-68,2)	725	67,3	(64,4-70)
País de Nacimiento	España	596	69,1	(66-72,1)	532	62,8	(59,5-60)	1128	66	(63,7-68,2)
	Otros	72	69,2	(59,7-77,3)	91	66,9	(58,6-74,3)	163	67,9	(61,8-73,5)
Nivel Educativo	Superiores	355	70	(65,9-73,9)	322	60,4	(56,2-64,5)	677	65,1	(62,1-67,9)
	Primarios	209	71,3	(65,9-76,2)	219	66,4	(61,1-71,3)	428	68,7	(64,9-72,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	482	70,5	(66,9-73,8)	466	64,9	(61,3-68,3)	948	67,6	(65,1-70)
	Trabaja uno	168	65,9	(59,8-71,4)	144	59,3	(53-65,3)	312	62,7	(58,3-66,8)
	No trabaja ninguno	22	68,8	(51-82,3)	13	59,1	(38,1-77,2)	35	64,8	(51,3-76,3)
Tipo de Centro	Público	250	70,2	(65,3-74,8)	232	67,8	(62,7-72,6)	482	69,1	(65,5-72,4)
	Privado/Concertado	422	68,6	(64,8-72,2)	391	61	(57,2-64,7)	813	64,7	(62-67,3)
Totales		672	69,2	(66,2-72)	623	63,4	(60,3-66,3)	1295	66,3	(64,1-68,3)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Comparando la serie 1996/2019, se observó una mejora de este indicador “consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos”. Este descenso es importante en los hombres con una disminución continua del porcentaje de cambio anual del -0,9% ($p < 0,05$) pasando del 82,9% en 1996 a 69,2% en 2019. En las chicas la serie es más discontinua observándose descensos desde 1996 a 2006 con PCA del -1%, $p < 0,05$ y otro descenso desde 2009 a 2012, con un PCA del -5,1 ($p < 0,05$). Desde 2012 en mujeres se produce un aumento significativo de este indicador del +0,8% de PCA, pasando de cifras del 60,6% al 63,4%, $p < 0,05$; en su conjunto la serie 1996/2019 en mujeres el PPCA es de -0,6%, $p = 0,2$. (Figura 8).

CONSUMO DE GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos fue de 1,0 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que consumieron dos o más veces al día fue de un 18,3% (17,1% los chicos y 19,4% las chicas), no se observan diferencias estadísticamente significativas (tabla 14).

Tabla 14. Consumo de mayor o igual de 2 raciones de galletas o bollería al día según sexo, edad y por determinantes sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	69	17	(13,6-20,9)	90	19,2	(15,9-23)	159	18,2	(15,7-20,8)
	16 años y mas	97	17,2	(14,3-20,5)	101	19,6	(16,4-23,3)	198	18,4	(16,2-20,8)
País de Nacimiento	España	146	16,9	(14,6-19,6)	160	18,9	(16,4-21,7)	306	18,9	(16,2-19,8)
	Otros	19	18,3	(12-26,9)	31	22,8	(16,5-30,6)	50	20,8	(16,2-26,4)
Nivel Educativo	Superiores	103	20,3	(17-24)	85	15,9	(13,1-19,3)	188	18,1	(15,9-20,5)
	Primarios	41	14	(10,5-18,5)	77	23,3	(19,1-28,2)	118	18,9	(16,1-22,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	120	17,5	(14,9-20,6)	142	19,8	(17-22,9)	262	18,7	(16,7-20,8)
	Trabaja uno	43	16,9	(12,7-22)	46	18,9	(14,5-24,4)	89	17,9	(14,7-21,5)
	No trabaja ninguno	3	9,4	(3,1-25,4)	3	13,6	(4,5-34,8)	6	11,1	(5,1-22,6)
Tipo de Centro	Público	62	17,4	(13,8-21,7)	73	21,3	(17,3-26)	135	19,3	(16,6-22,4)
	Privado/Concertado	104	16,9	(14,1-20,1)	118	18,4	(15,6-21,6)	222	17,7	(15,7-19,9)
Totales		166	17,1	(14,9-19,6)	191	19,4	(17,1-22)	357	18,3	(16,6-20)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

En cuanto a la tendencia de este indicador, tanto en los chicos como en las chicas, disminuye el consumo de bollería de 2 o más raciones al día. En chicos el descenso del porcentaje de cambio anual es del -1,5% desde 1996 a 2008, $p < 0,05$; desde 2009 a 2011 disminuye de forma más intensa con un PCA del -8,8 %, no significativo; y de 2012 en adelante el PCA es del -1,7%, no significativo. En mujeres el descenso es continuo con un PCA de -1,6%, significativo $p < 0,05$. (Figura 9).

CHUCHERÍAS SALADAS (patatas fritas, gusanitos, cortezas...)

El consumo de estos productos continuó siendo muy elevado en la población adolescente. El 7,6% de las chicas y el 5,4% de los chicos consumieron chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto presentaron un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y bollería y menor de fruta y verdura.

BEBIDAS INDUSTRIALES

En 2019, la ingesta de zumos envasados fue de 0,62 raciones/persona/día (0,60 raciones/persona/día los chicos y 0,62 raciones/persona/día las chicas). El 18,3% de la población refirió tomarlos todos o casi todos los días (5 ó más días a la semana) (18,2% de los chicos y 18,4% de las chicas). Un 14,9% de la población ingiere zumos industriales dos o más veces al día (14,6% de los chicos y 15,2% de las chicas).

La ingesta de refrescos (bebidas tipo Coca-cola, tónica, Fanta, Nestea, Aquarius, etc, pero no zumos envasados) fue de 0,61 raciones/persona/día (0,70 raciones/persona/día los chicos y 0,52 raciones/persona/día las chicas). El 15,3% de la población refirió tomarlos todos o casi todos los días (19,1% de los chicos y 11,6% de las chicas), un 9,4% dos o más veces al día (11,8% de los chicos y 7,1 % de las chicas).

Globalmente, la ingesta de bebidas industriales fue de 1,2 raciones/persona/día (1,15 raciones/persona/día los chicos y 1,30 raciones/persona/día las chicas).

El 33,1% de la población refirió tomar alguna de estas bebidas todos o casi todos los días (37,1% de los chicos y 29,1 % de las chicas), un 27% dos o más veces al día (30,6% de los chicos y 23,6 % de las chicas). Es destacable el hecho de que el perfil de consumo de estas bebidas industriales, casi todos los días, aumenta con la edad, el haber nacido fuera de España, y el peor nivel educativo de los padres (tabla 15).

Tabla 15. Consumo de bebidas industriales azucaradas más de 5 días a la semana (todos o casi todos los días de la semana) según sexo, edad y determinantes sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	137	34	(29,5-38,8)	220	39,4	(35,4-43,5)	174	34,1	(30,1-38,3)
	16 años y mas	220	39,4	(35,4-43,5)	174	34,1	(30,1-38,3)	394	36,8	(34-39,7)
País de Nacimiento	España	303	35,5	(32,3-38,7)	232	27,5	(24,6-30,6)	535	31,5	(29,3-33,8)
	Otros	51	49,5	(40-59,1)	53	39,6	(31,6-48,1)	104	43,9	(37,7-50,3)
Nivel Educativo	Superiores	159	31,6	(27,7-35,8)	129	24,3	(20,8-28,1)	288	27,9	(25,2-30,7)
	Primarios	122	42,1	(36,5-47,8)	117	35,8	(30,8-41,1)	239	38,7	(35-42,6)
Situación laboral	Trabajan los dos	236	34,9	(31,4-38,5)	207	29	(25,8-32,4)	443	31,8	(29,5-34,3)
	Trabaja uno	105	41,3	(35,4-47,5)	72	29,8	(24,3-35,8)	177	35,7	(31,6-40)
	No trabaja ninguno	16	51,6	(34,5-68,3)	6	27,3	(12,8-49)	22	41,5	(29,1-55,1)
Tipo de Centro	Público	156	44,4	(39,3-49,7)	117	34,4	(29,5-39,6)	273	39,5	(35,9-43,2)
	Privado/Concertado	201	32,9	(29,3-36,7)	168	26,3	(23,1-29,9)	369	29,5	(27,1-32,1)
Totales		357	37,1	(34,1-40,2)	285	29,1	(26,4-32,1)	642	33,1	(31-35,2)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(IC):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2019, en chicos, la tendencia es descendente de forma continua con un PCA de - 5,8%, $p < 0,05$ y, en chicas, la serie también se comporta así con un PCA de -6,7%, $p < 0,05$ (figura 10).

OTROS ALIMENTOS

El consumo de pan fue de 1,81 raciones diarias (1,8 en chicos y 1,8 en chicas). El consumo acumulado de arroz y pasta fue de 6,9 raciones a la semana, y el de legumbres de 2,8 raciones a la semana. Por otro lado, la ingesta de huevos o tortilla fue de 4,5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de pescado fue de 3,1 raciones a la semana.

En conjunto en la alimentación, a pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando un patrón de consumo alimentario con un exceso en el consumo de productos cárnicos, de bollería y de bebidas industriales, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población.

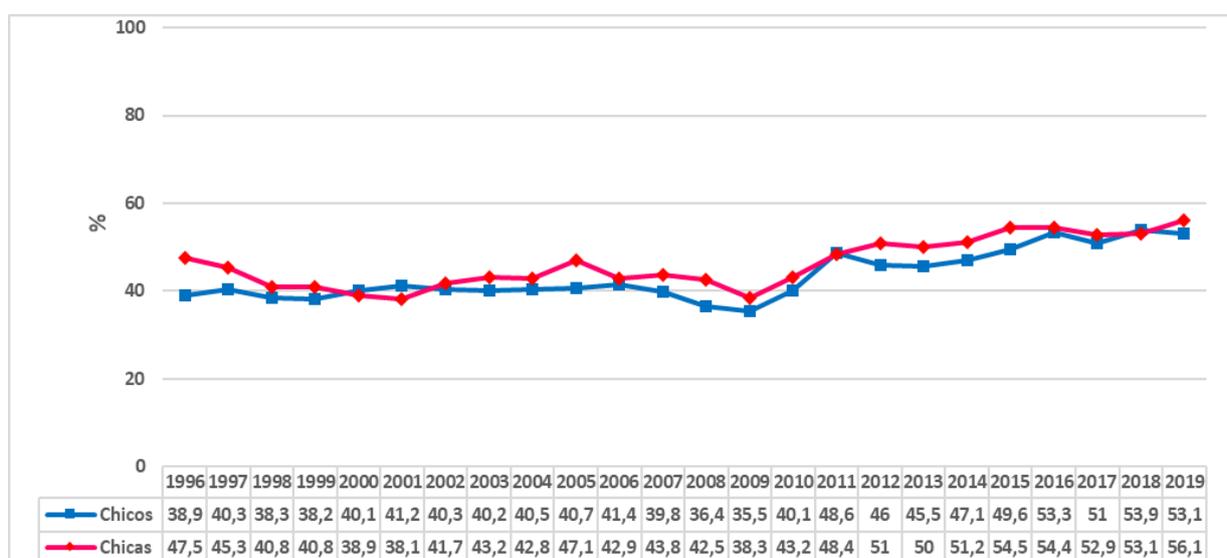
En la tabla 16 se resumen los principales indicadores alimentarios comentados previamente.

Tabla 16. Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019. Tabla resumen.

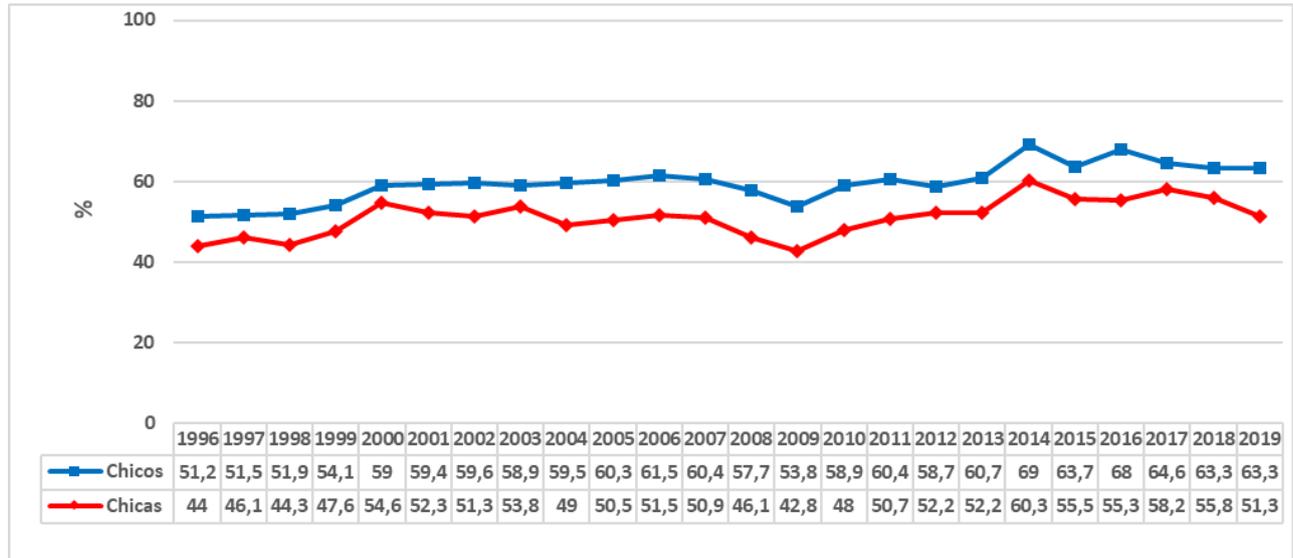
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y más
Consumo <1 ración de leche/día	24,9 (23,1-26,9)	22 (19,5-24,8)	27,8 (25,1-30,7)	21,9 (19,3-24,8)	27,4 (24,8-30,1)
Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	54,6 (52,4-56,8)	53,1 (50,0-56,3)	56,1 (52,9-59,1)	52,4 (49,1-55,7)	56,4 (53,4-59,3)
Consumo <2 raciones de fruta/día	57,3 (55,1-59,4)	63,3 (60,3-66,3)	51,3 (48,1-54,4)	53,4 (50,1-56,7)	60,4 (57,4-63,3)
Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	37,5 (35,3-39,6)	46,8 (43,6-49,9)	28,3 (25,6-31,2)	32,9 (29,8-36,1)	41,2 (38,3-44,1)
Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	66,3 (64,1-68,3)	69,2 (66,2-72)	63,4 (60,3-66,3)	65,1 (61,8-62,2)	67,3 (64,4-70)
Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	18,3 (16,6-20)	17,1 (14,9-19,6)	19,4 (17,1-22)	18,2 (15,7-20,8)	18,4 (16,2-20,8)
Consumo de bebidas industriales ≥5 días/semana (todos o casi todos los días)	38,5 (36,7-40,6)	42,8 (39,8-45,9)	34,9 (32,0-37,8)	35,4 (32,6-38,4)	42,3 (39,2-45,3)

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

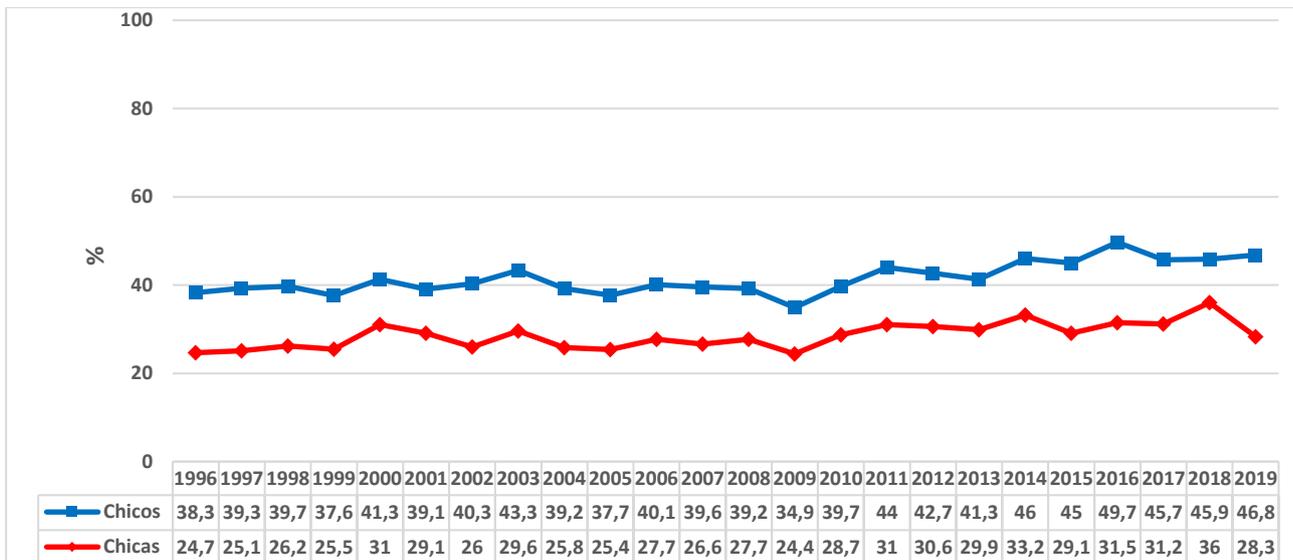
Figura 5. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <3 raciones de leche y derivados al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



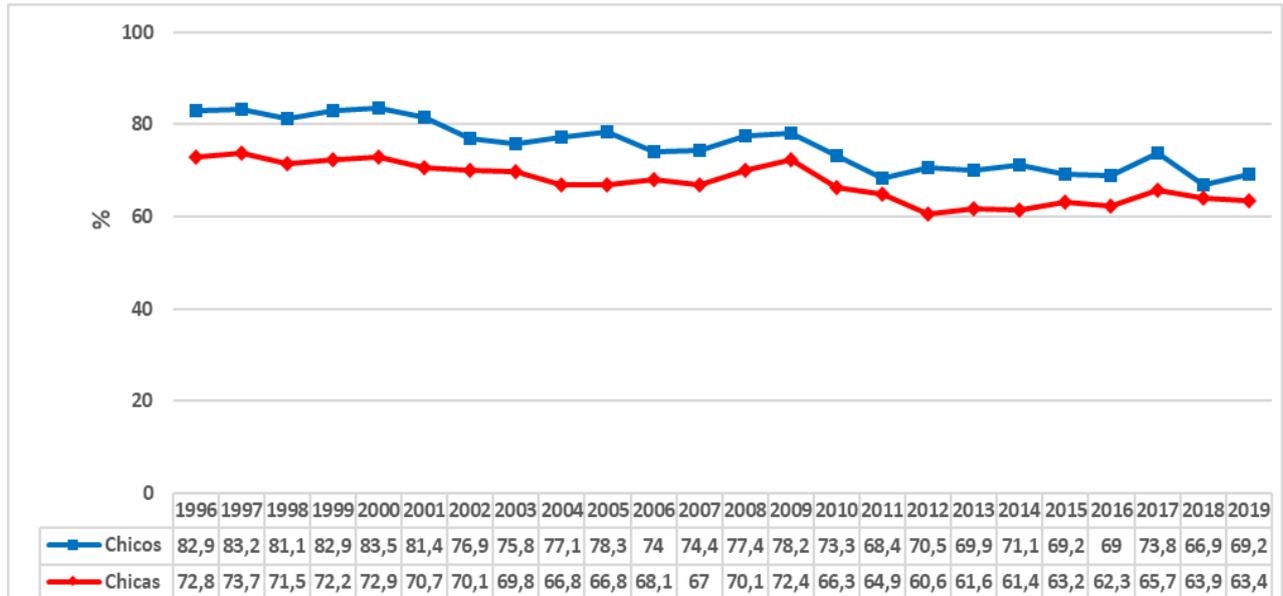
(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 6. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <2 raciones de fruta al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

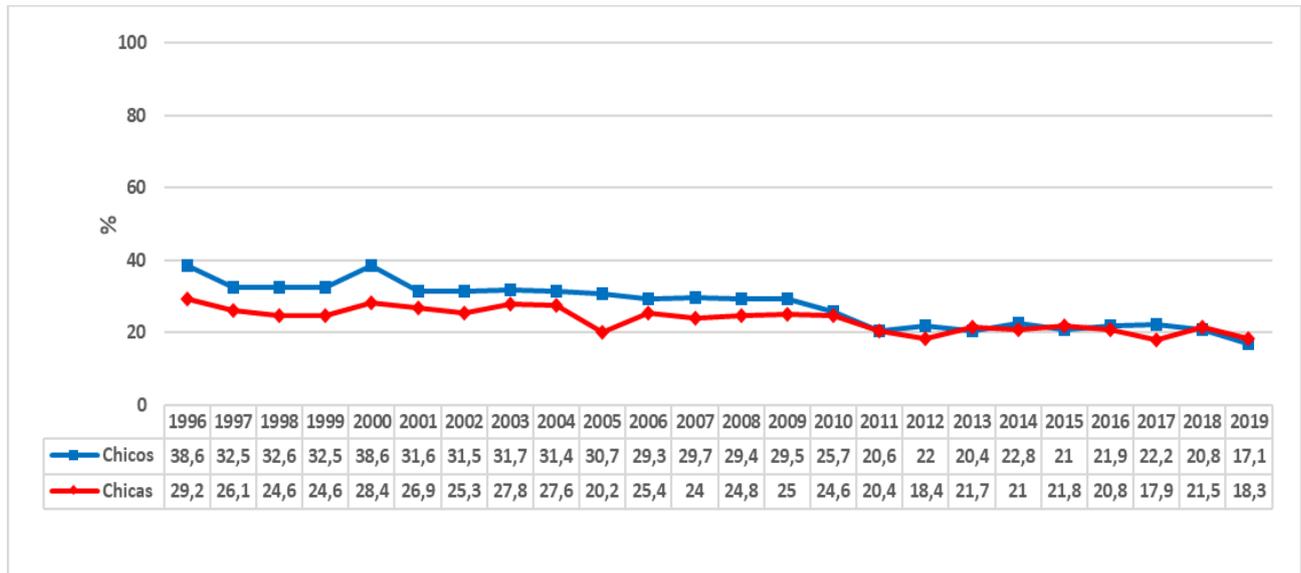
(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 7. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <1 ración de verdura al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

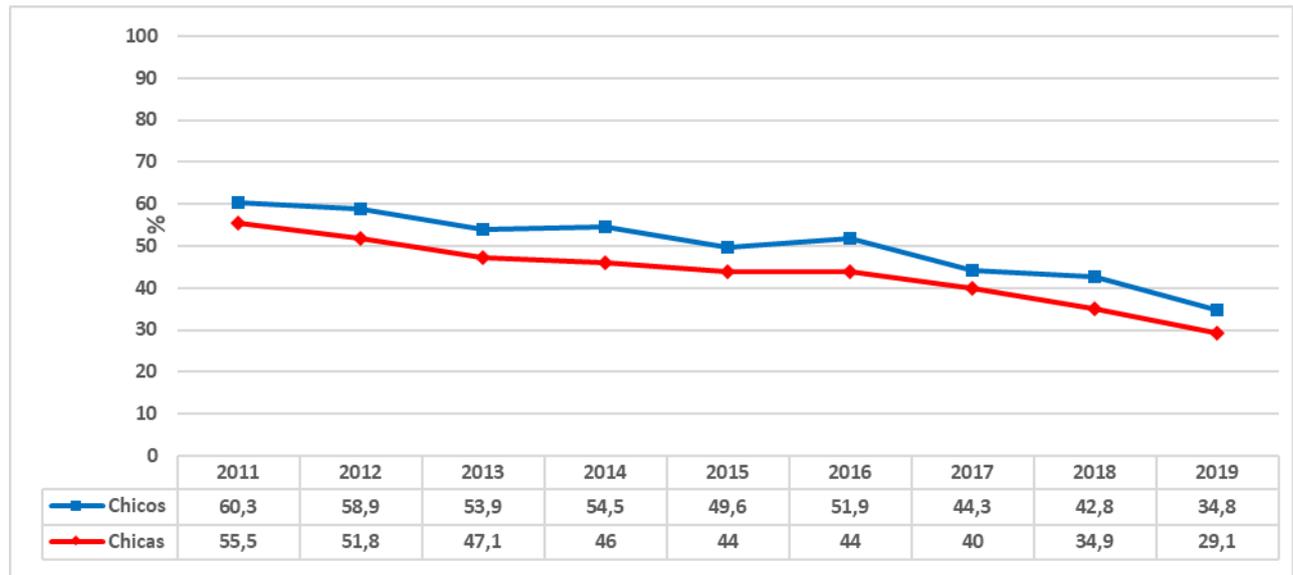
Figura 8. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥ 2 raciones de productos cárnicos al día Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 9. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥ 2 raciones de bollería al día. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 10. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de bebidas industriales* todos o casi todos los días. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 2011-2019.**



*Bebidas industriales: zumos envasados y refrescos. **Todos o casi todos los días: 5 o más días a la semana

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.4. PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, REALIZACIÓN DE DIETAS PARA ADELGAZAR, Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

El 20,4% de los chicos y el 37,7% de las chicas consideraron que tenían exceso de peso o que estaban obesos.

El 29,2% de los jóvenes afirmó haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 17,6% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizaron dietas para adelgazar aproximadamente 2,3 veces más frecuentemente que los chicos (24,5% y 10,5% respectivamente) (tabla 17).

En la serie de años 1996/2019, en hombres se produce un aumento de la proporción de jóvenes que realizaron dietas para adelgazar durante este periodo PCA +3,4% ($p < 0,05$). En mujeres se observa una tendencia casi plana, PCA +0,1% en el periodo 1996/2014. Se observa un cambio de tendencia en 2015, comenzando a partir de este año una pendiente descendente PCA – 5,9%, que es significativa ($p < 0,05$). (Figura 11).

Tabla 17. Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

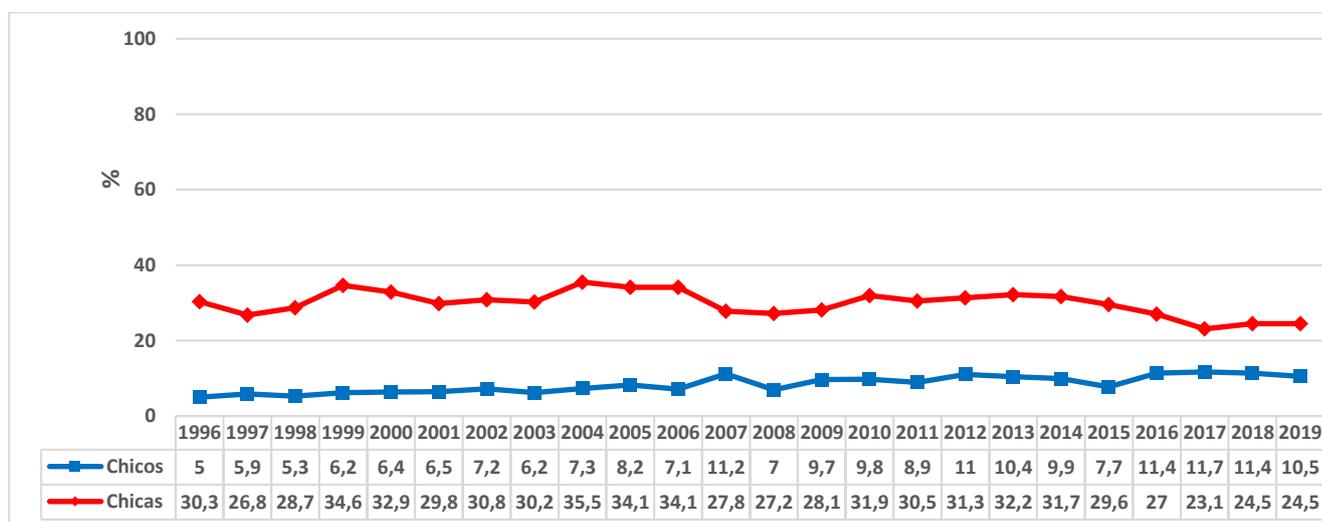
	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	29,1 (27,1-31,1)	20,4 (17,9-23)	37,7 (34,7-40,7)	27,5 (24,6-30,6)	30,4 (27,7-33,2)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	29,2 (27,3-31,3)	22,5 (20-25,3)	35,8 (32,9-38,9)	27,5 (24,6-30,5)	30,7 (28-33,5)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	17,6 (15,9-19,3)	10,5 (8,7-12,6)	24,5 (21,9-27,3)	16,2 (13,9-18,8)	18,7 (16,4-21,1)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	6,2 (5,2-7,3)	3,3 (2,3-4,6)	9 (7,3-10,9)	5,3 (4,0-7,0)	6,9 (5,5-8,6)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	3,5 (2,8-4,4)	0,8 (0,4-1,6)	6,1 (4,8-7,8)	4 (2,9-5,5)	3,1 (2,2-4,3)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,4 (1,8-3,2)	1,6 (0,9-2,6)	3,3 (2,3-4,6)	1,7 (1-2,8)	3 (2,1-4,2)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas para evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses.

El 3,8% de los chicos y el 9,0% de las chicas respondieron afirmativamente al menos a uno de estos tres indicadores, un 3,5% del total de mujeres frente al 0,6% de los chicos respondió a dos y el 0,8% en ellas y 0,2% en ellos a los tres. De forma específica el 9,0% de las chicas no había ingerido alimento en 24 horas, en alguna ocasión. El 3,5% se había provocado vómitos para perder peso, y un 2,4% había utilizado diuréticos, laxantes o píldoras adelgazantes con el mismo fin (Tabla 17).

Figura 11. Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.5. SOBREPESO Y OBESIDAD

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC), estimado a partir de los datos de peso y talla corporales referidos por la persona encuestada y el IMC medido por profesionales entrenados. El IMC se calculó como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se emplearon los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al¹⁹.

Es necesario mencionar que además de los datos referidos se ofrecen datos de IMC medidos a partir de medidas antropométricas tomadas en el momento de la prueba de forma “objetiva” por medio de encuestadores entrenados, con lo que la prevalencia de sobrepeso y obesidad son estimados objetivamente evitando los posibles sesgos que se producían con los datos referidos y que podrían ocasionar, infraestimaciones de la prevalencia real²⁰.

La estimación del IMC referidos muestra que el 14,5% de los jóvenes tenían sobrepeso y el 3,2% obesidad, siendo el sobrepeso más frecuente en los hombres que en las mujeres (tabla 18).

La prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad referido se estima en el 17,7% (16,1-19,6); hombres 20,9% (18,4-23,6) y en mujeres 14,7% (12,5-17,1).

Tabla 18. Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad* - en base al IMC referido según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
Sobrepeso	14,5 (13-16,2)	16,9 (14,6-19,5)	12,2 (10,2-14,4)	12,6 (10,5-15)	16,2 (14-18,6)
Obesidad	3,2 (2,5-4,1)	4,0 (2,9-5,4)	2,5 (1,7-3,7)	2,7 (1,8-4,1)	3,6 (2,6-5,0)

* Sobrepeso y obesidad referido y clasificada según puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al. (IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

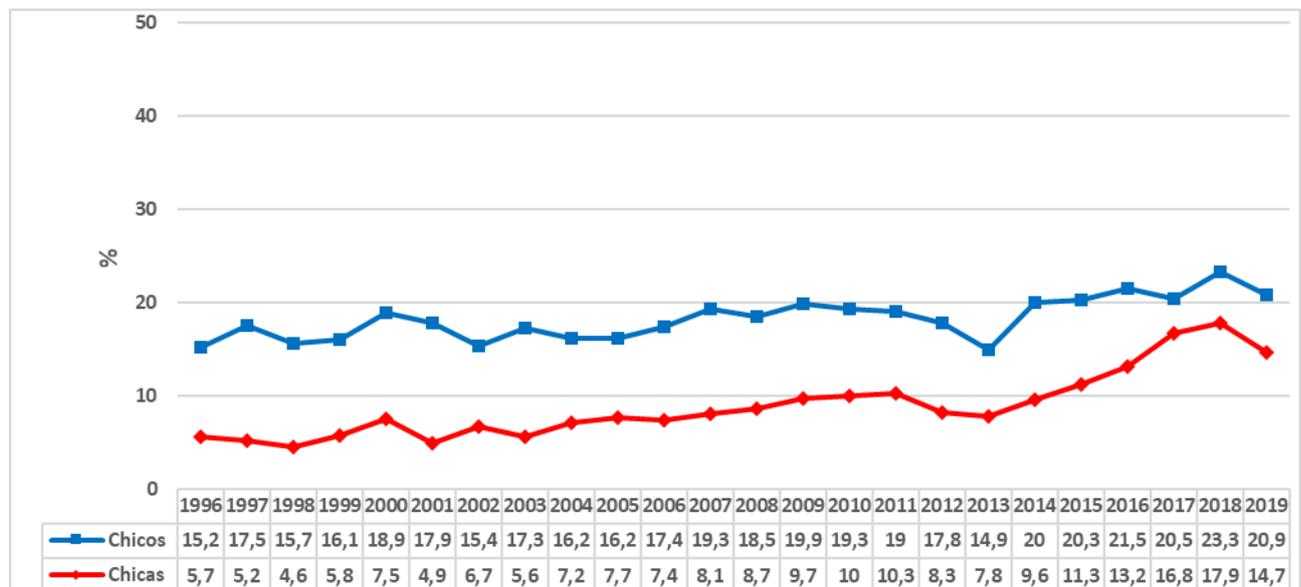
El análisis de la serie de sobrepeso u obesidad referida en la población escolarizada de 4º de ESO (figura 12) muestra en hombres un aumento continuado en los 23 años analizados, con un porcentaje de cambio anual (PCA) de +1,2% (significativo p< 0,05). En mujeres, la pendiente de la serie es más pronunciada, se aprecia aumento del PCA de +5,0 (significativo p< 0,05) (figura 13).

De forma conjunta la prevalencia de sobrepeso y obesidad medidos, puede verse en la tabla 19, en el año 2019 son más elevados en los hijos/as de inmigrantes que en los hijos/as de cuyo padre/madre nacieron en España siendo el porcentaje más elevado de toda la tabla en las hijas (34,8%) de inmigrantes; en el resto de determinantes se configura un patrón de vulnerabilidad social, de forma que los hijos/as de padres/madres con niveles educativos más bajos, situación laboral precaria, titularidad pública del colegio, tienen porcentajes más elevados de sobrepeso/obesidad.

Tabla 19. Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad - en base al IMC medido según sexo, edad y determinantes sociales: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	91	22,4	(18,6-26,7)	96	20,7	(17,2-24,6)	187	21,5	(18,9-24,3)
	16 años y mas	155	27,6	(24-31,4)	123	24,2	(20,6-28,1)	278	26	(23,4-28,7)
País de Nacimiento	España	217	25,3	(22,5-28,3)	172	20,5	(17,9-23,4)	389	22,9	(21-25)
	Otros	29	27,9	(20,1-37,3)	47	34,8	(27,3-43,2)	76	31,8	(26,2-38)
Nivel Educativo	Superiores	102	20,2	(16,9-23,9)	95	18	(14,9-21,5)	197	19,1	(16,8-21,6)
	Primarios	96	32,9	(27,7-38,5)	93	28,4	(23,8-33,6)	189	30,5	(27-34,3)
Situación laboral	Trabajan los dos	163	23,9	(20,8-27,2)	158	22,2	(19,3-25,4)	321	23	(20,9-25,3)
	Trabaja uno	73	28,7	(23,5-34,6)	59	24,6	(19,5-30,4)	132	26,7	(23-30,8)
	No trabaja ninguno	10	31,3	(17,7-49)	2	9,1	(2,3-30)	12	22,2	(13,1-35,2)
Tipo de Centro	Público	113	31,7	(27,1-36,8)	99	29,2	(24,6-34,3)	212	30,5	(27,2-34)
	Privado/Concertado	133	21,7	(18,6-25,2)	120	18,9	(16,1-22,2)	253	20,3	(18,2-22,6)
Totales		246	25,4	(22,8-28,2)	219	22,5	(20-25,2)	465	24	(22,1-25,9)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Figura 12. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad referidos*. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

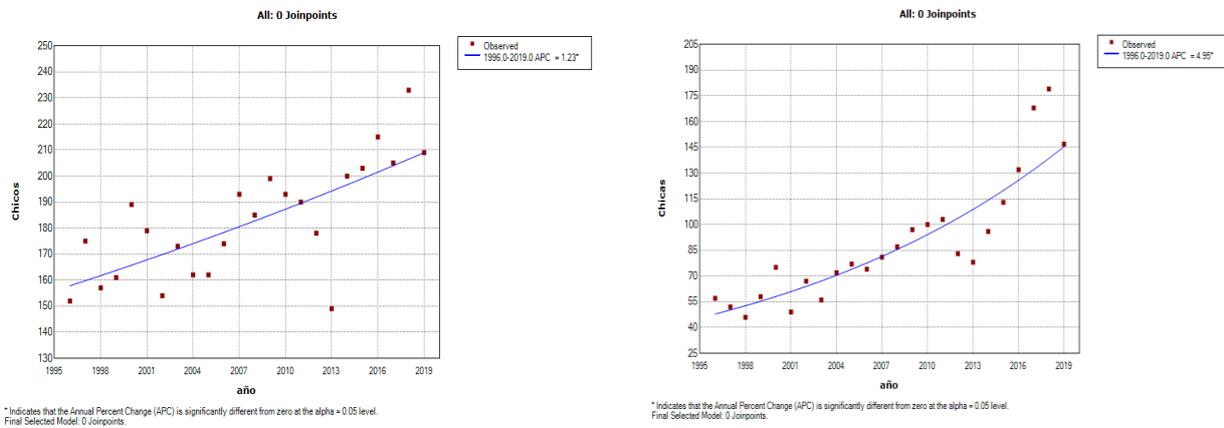
* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 13. Modelo joinpoint de evolución de la serie de sobrepeso y obesidad - IMC referidos. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

Porcentaje anual de cambio hombres (PCA): +1,2, p=0,01.

Porcentaje anual de cambio mujeres (PCA): +5,0, p=0,01.

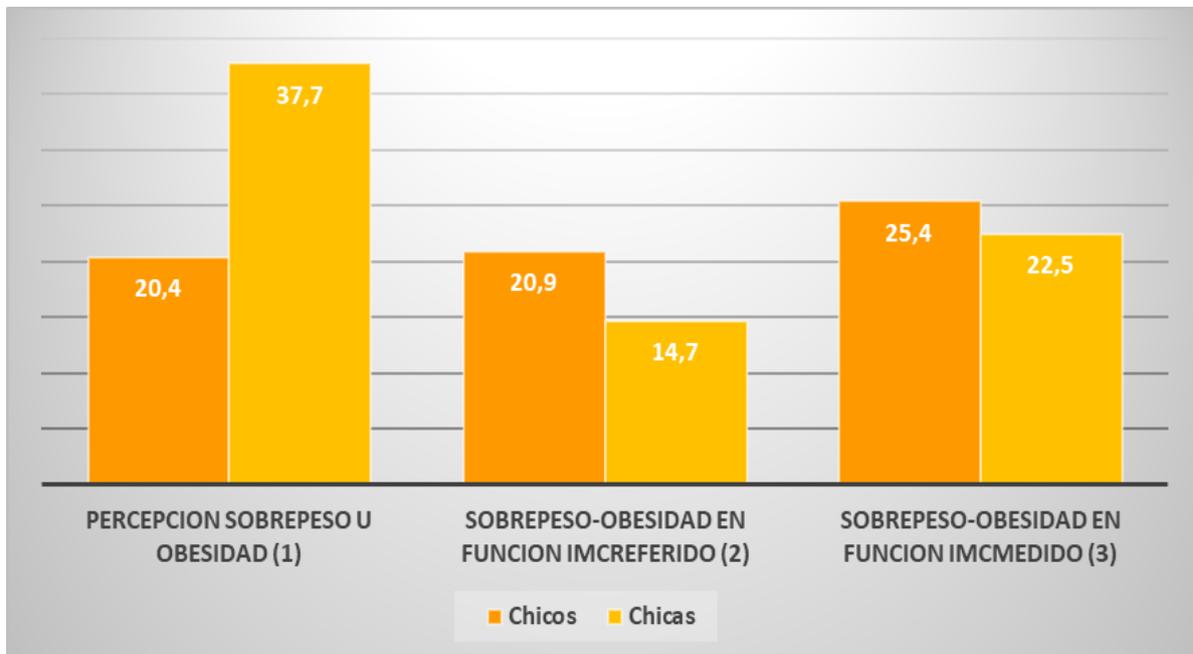


Se ha estudiado la percepción de la imagen corporal y su concordancia con la el sobrepeso y obesidad. El sobrepeso y obesidad se calcula de dos formas:

1.- El que está basado en el IMC referido. Se calcula solicitando a los alumnos peso y talla corporal, se calcula el IMC y se clasifica utilizando los puntos de corte de Cole et al ¹⁹

2.- El que está basado en el IMC medido. Para ello personal entrenado pesa y talla a los alumnos con tallímetros y básculas estandarizas, se calcula el IMC y se clasifica utilizando los puntos de corte de Cole et al ¹⁹.

Figura 14. Sobrepeso y obesidad en función de la percepción subjetiva, el IMC referido e IMC Medido por personal entrenado. Año 2019.



- 1.- Percepción de sobrepeso y obesidad: % de chicos y chicas que consideran de forma subjetiva que tienen sobrepeso o están obesas.
- 2.- Sobrepeso u obesidad en función del IMC referido: se le pregunta a los chicos y a las chicas por su peso y talla y se clasifican según los criterios de Cole et al.
- 3.- Sobrepeso u obesidad en función del IMC medido: personal entrenado pesa y talla a los chicos y a las chicas con instrumentos estandarizados y se clasifican según los criterios de Cole et al.

En la figura 14 puede observarse la proporción de chicos y chicas clasificados como sobrepeso u obesidad a partir de los tres indicadores. Observamos que un 37,7% de las chicas tiene una imagen corporal de sobrepeso u obesidad, mientras que según el IMC referido su porcentaje es de un 14,7% y un 22,5% si utilizamos el IMC medido.

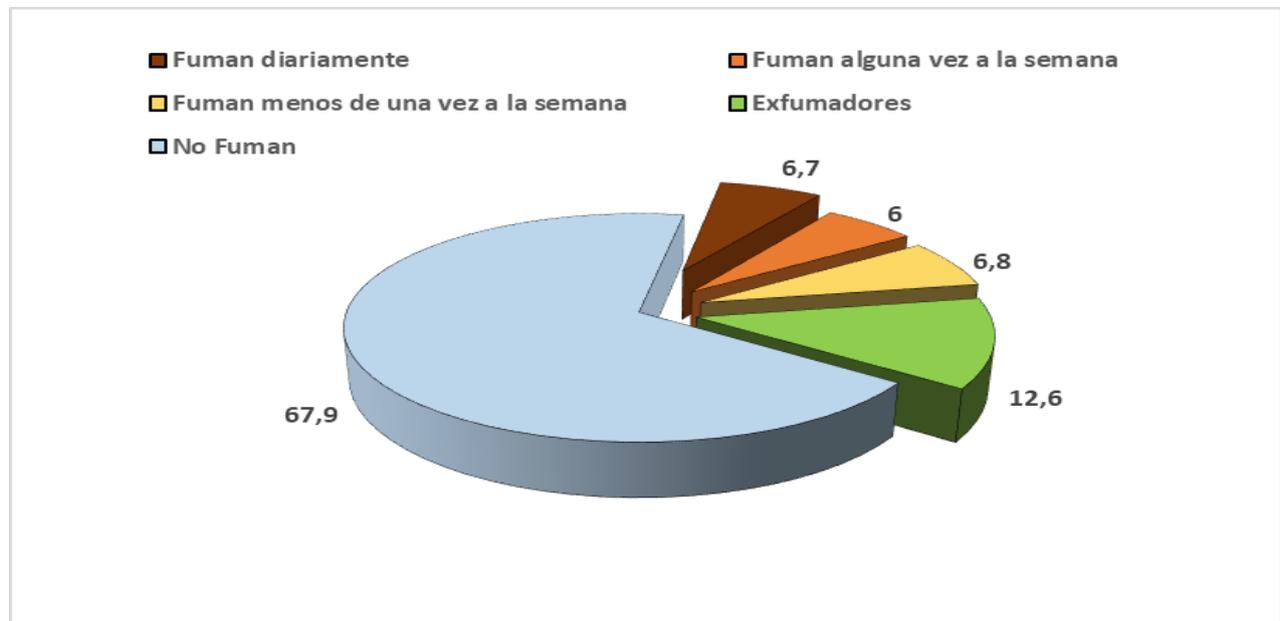
Los chicos se clasifican a sí mismos como sobrepeso u obesidad percibido en un 20,4%; tomando el IMC referido este porcentaje es del 20,9% y si se utiliza el IMC medido el porcentaje es del 25,4%.

4.6. CONSUMO DE TABACO

En la Figura 15 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, un 67,9% no ha fumado nunca, el 19,5% fuma con mayor o menor asiduidad, y el 12,6% son exfumadores.

De los fumadores, el 6,7% fuma diariamente y el 6,0% fuma alguna vez a la semana, con lo que un 12,7% se clasifican como fumadores habituales.

Figura 15. Consumo de tabaco. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.



La proporción de jóvenes que fuman diariamente fue mayor en las chicas (8,7%) que en los chicos (6,4%) y la prevalencia aumenta con la edad: el 5,4% de los jóvenes de 15 años y el 7,8% de los que tenían 16 y más años de edad. El resto de variables estudiadas no muestran diferencias significativas (tablas 20 y 22).

Tabla 20. Proporción de jóvenes que fuman diariamente según sexo, edad y determinantes sociales: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	16	3,9	(2,4-6,3)	31	6,6	(4,7-9,2)	47	5,4	(4,1-7,1)
	16 años y mas	46	8,2	(6,2-10,7)	38	7,4	(5,4-10)	84	7,8	(6,3-9,6)
País de Nacimiento	España	58	6,7	(5,2-8,6)	61	7,2	(5,6-9,1)	119	7	(5,9-8,3)
	Otros	4	3,8	(1,4-9,8)	8	5,9	(3-11,4)	12	5	(2,9-8,6)
Nivel Educativo	Superiores	33	6,5	(4,7-9)	35	6,6	(4,8-9)	68	6,5	(5,2-8,2)
	Primarios	21	7,2	(4,7-10,7)	28	8,5	(5,9-12)	49	7,9	(6-10,3)
Situación laboral	Trabajan los dos	40	5,9	(4,3-7,9)	53	7,4	(5,7-9,5)	93	6,6	(5,5-8,1)
	Trabaja uno	22	8,6	(5,7-12,8)	14	5,8	(3,4-9,5)	36	7,2	(5,3-9,9)
	No trabaja ninguno	0	0	0	2	9,1	(2,3-30)	2	3,7	(0,9-13,6)
Tipo de Centro	Público	20	5,6	(3,7-8,6)	22	6	(4,3-9,6)	42	5,6	(4,5-8,1)
	Privado/Concertado	42	6,8	(5,1-9,1)	47	7,3	(5,6-9,6)	89	7,1	(5,8-8,7)
Totales		62	6,4	(5-8,1)	69	7	(5,6-8,8)	131	6,7	(5,7-7,9)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

La prevalencia de consumo diario superior a 10 cigarrillos, fue un 2,1% en chicos y 0,7% en chicas.

La influencia del entorno familiar a la hora de adquirir determinadas conductas de salud se manifiesta claramente en el caso del consumo de tabaco. El 4,5% del total de entrevistados refirió tener permiso de los padres para fumar (tabla 21y 22). Este % se eleva al 34,4 % cuando los chicos fuman diariamente.

Tabla 21. Proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Periodo 2014-2018 Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	5	1,2	(0,5-2,9)	18	3,8	(2,4-6)	23	2,6	(1,8-3,9)
	16 años y mas	40	7,1	(5,2-9,5)	25	4,9	(3,3-7,1)	65	6	(4,8-7,6)
País de Nacimiento	España	39	4,5	(3,3-6,1)	37	4,4	(3,2-6)	76	4,4	(3,6-5,5)
	Otros	6	5,8	(2,6-12,3)	6	4,4	(2-9,5)	12	5	(2,9-8,6)
Nivel Educativo	Superiores	18	3,6	(2,2-5,6)	21	3,9	(2,6-6)	39	3,8	(2,8-5,1)
	Primarios	17	5,8	(3,6-9,1)	17	5,2	(3,2-8,1)	34	5,5	(3,9-7,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	27	3,9	(2,7-5,7)	30	4,2	(2,9-5,9)	57	4,1	(3,1-5,2)
	Trabaja uno	18	7,1	(4,5-10,9)	12	4,9	(2,8-8,5)	30	6	(4,2-8,5)
	No trabaja ninguno	0	0	0	1	4,5	(0,6-26,2)	1	1,9	(0,3-12)
Tipo de Centro	Público	18	5,1	(3,2-7,9)	21	6,1	(4-9,2)	39	5,6	(4,1-7,6)
	Privado/Concertado	27	4,4	(3-6,6)	22	3,4	(2,3-5,2)	49	3,9	(3-5,1)
Totales		45	4,6	(3,5-6,2)	43	4,4	(3,3-5,8)	88	4,5	(3,7-5,5)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

La probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban, de esta forma, si no fumaba ninguno de los padres refieren tener permiso el 4,5%; cuando fumaba alguno de los dos, el 6,9%; mientras que cuando fumaban ambos padres lo tenían el 8,9%.

Cuando ambos padres fuman, el consumo diario de tabaco de los hijos es del 16,8%, reduciéndose al 9,1% cuando fumaba sólo uno de los progenitores y al 4,2% cuando no fumaba ninguno.

Cuando analizamos la serie 1996-2019, observamos que en chicos se produce una disminución importante y significativa de la prevalencia del consumo diario con un porcentaje de cambio anual (PCA) de -6,5%. En

chicas el descenso en la prevalencia es similar con un PCA de -7,20% (Figura 16). Esto supone un descenso importante del tabaquismo desde 1996 hasta la fecha. De esta forma la prevalencia en chicos, que se situaba en cifras superiores a 20% hasta el año 2000, disminuye hasta el 6,4% en 2019. En mujeres el descenso es aún mayor pasando de cifras de fumadoras diarias superiores a 30% en 1996/97 a la cifra actual de 7,0% (Figura 16).

Si analizamos el período de la serie de 2016 a 2019, observamos que se produce un cierto empeoramiento “estancamiento”, así en hombres el PCA es de +0,6% (NS) y en mujeres se reduce el descenso de forma importante en estos últimos 5 años siendo este entre 2001-2014 con un PCA de -8,7% y de -3,6% entre 2014 y 2019 (Figura 16).

La evolución del permiso de los padres para dejar de fumar es similar al descenso establecido en el indicador de consumos diario de tabaco (figura 17). En hombres el PCA es del -8,1% ($p<0,05$) y en mujeres del -7,2% ($p<0,05$).

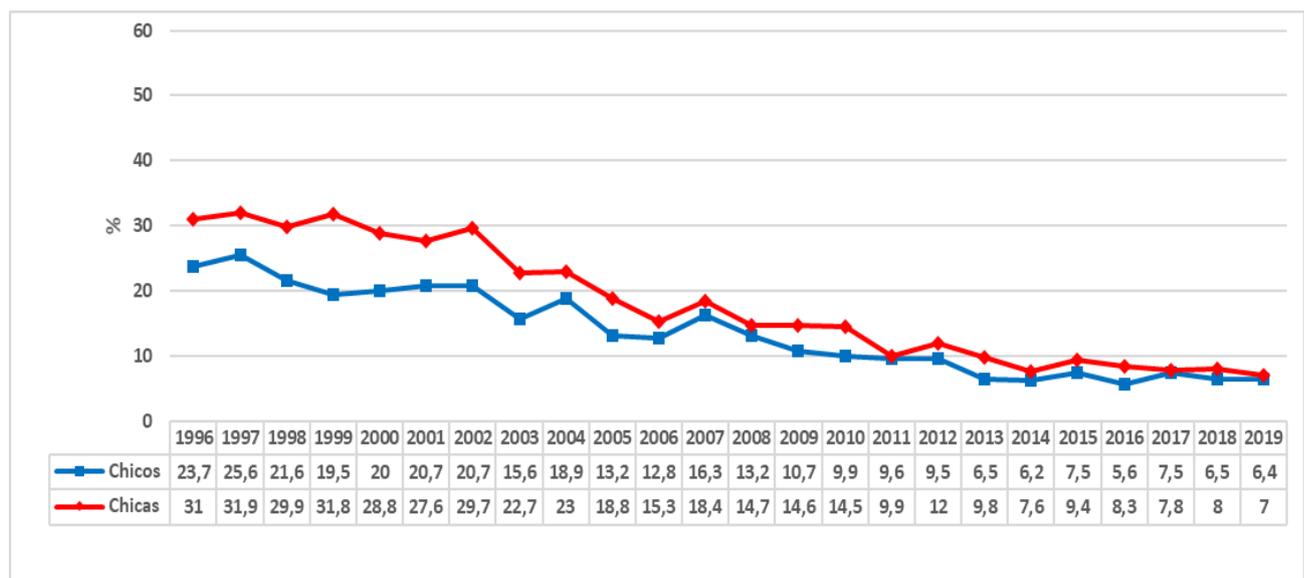
Tabla 22. Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
Fumadores diarios	6,7 (5,7-7,9)	6,4 (5-8,1)	7 (5,6-8,8)	5,4 (4,1-7,1)	7,8 (6,3-9,6)
Fumadores >10 cigarrillos	1,4 (1-2)	2,1 (1,3-3,2)	0,7 (0,3-1,5)	0,8 (0,4-1,7)	1,9 (1,2-2,9)
Permiso de los padres para fumar	4,5 (3,7-5,5)	4,6 (3,5-6,2)	4,4 (3,3-5,8)	2,6 (1,8-3,9)	6 (4,8-7,6)

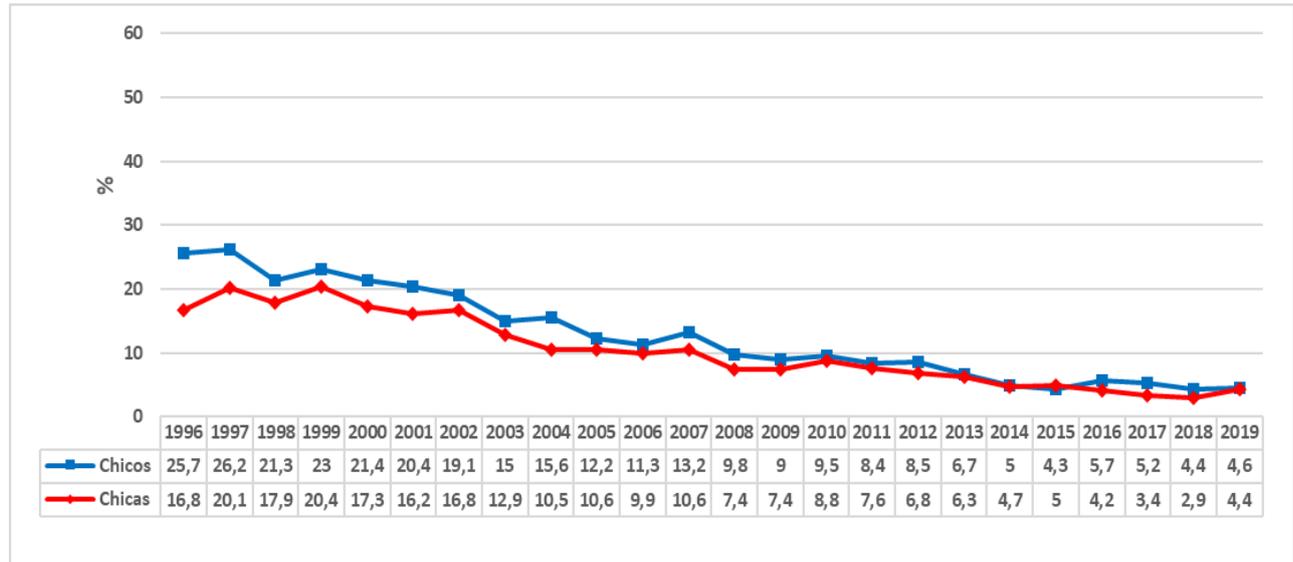
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%. * Incluye los que dicen que sí y que les dejan algunas veces.

1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 16. Evolución de la prevalencia de fumadores diarios. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 17. Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

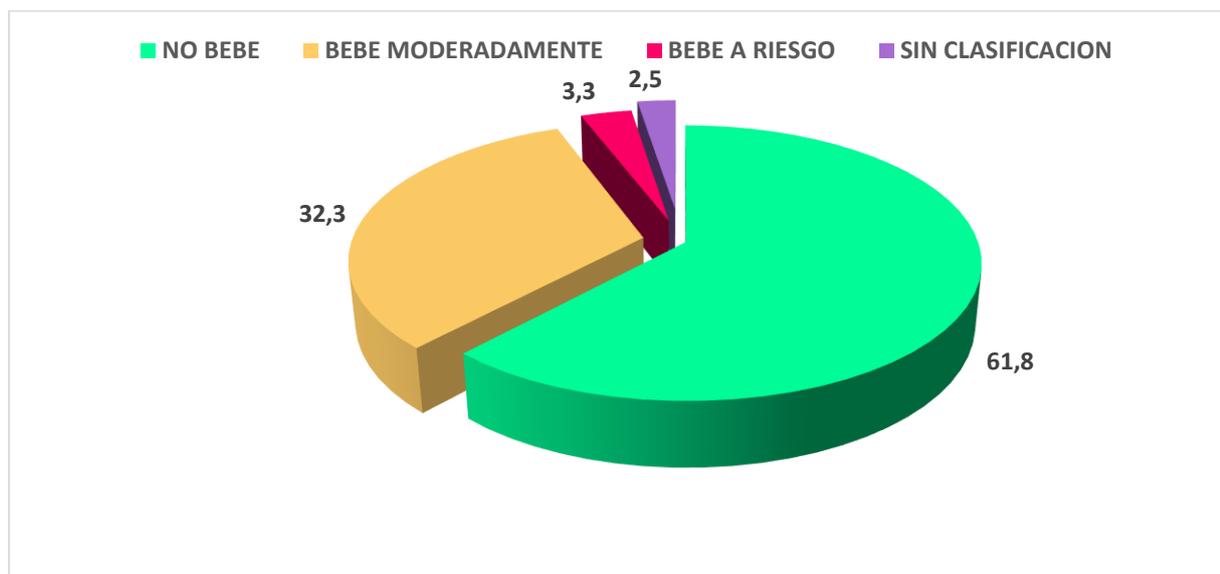
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.7. CONSUMO DE ALCOHOL

El 50,4% de los jóvenes había consumido algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la entrevista y el 9,9% (11,8% de los chicos y 8,1% de las chicas) había ingerido alcohol 6 o más días. El consumo medio de bebidas alcohólicas supuso en esta población una ingesta de 42,9 cc de alcohol puro semanal (41,9 cc/semana en los chicos y 43,9 cc/semana en las chicas). Se observó un incremento del consumo con la edad, de 32,2 cc de consumo semanal en los adolescentes de 15 años, pasa a 51,6 cc/semanal en los de 16 años y más. La bebida que más contribuye al consumo de alcohol fue el combinado o cubata, que representó un 52,44%.

Seguendo el criterio utilizado en la población adulta, se clasifica a la población de estudio según la cantidad de consumo de alcohol, se han considerado bebedores/as moderados/as aquellos sujetos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc en el caso de los hombres, y de 1-29 cc en el caso de las mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc o más y de 30 cc o más, respectivamente.

Globalmente, el 3,3% de los jóvenes fueron clasificados como bebedores a riesgo, el 32,3% como bebedores moderados y el 61,8 % como no bebedores (Figura 18 y Tabla 23). La proporción de bebedores a riesgo fue superior en mujeres (4,5%) que en hombres (2,2%), y fue inferior a los 15 años (2,1%) comparado con los 16 y más años (4,4%).

Figura 18. Clasificación según la cantidad de alcohol consumido*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

*Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas. Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en chicos y ≥ 30 cc. en chicas.

Tabla 23. Clasificación del consumo de alcohol en bebedores a riesgo por sexo, edad y determinantes sociales según la cantidad de alcohol consumido*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	4	1	(0,4-2,6)	14	3	(1,8-5)	18	2,1	(1,3-3,2)
	16 años y mas	17	3	(1,9-4,8)	30	5,8	(4,1-8,2)	47	4,4	(3,3-5,8)
País de Nacimiento	España	19	2,2	(1,4-3,4)	36	4,3	(3,1-5,8)	55	3,2	(2,5-4,2)
	Otros	1	1	(0,1-6,5)	8	5,9	(3-11,3)	9	3,8	(2-7,1)
Nivel Educativo	Superiores	6	1,2	(0,5-2,6)	21	3,9	(2,6-6)	27	2,6	(1,8-3,8)
	Primarios	11	3,8	(2,1-6,7)	15	4,5	(2,8-7,4)	26	4,2	(2,9-6,1)
Situación laboral	Trabajan los dos	13	1,9	(1,1-3,2)	37	5,2	(3,8-7)	50	3,6	(2,7-4,7)
	Trabaja uno	6	2,4	(1,1-5,1)	7	2,9	(1,4-5,9)	13	2,6	(1,5-4,4)
	No trabaja ninguno	2	6,3	(1,6-21,8)	0	0		2	3,7	(0,9-13,7)
Tipo de Centro	Público	9	2,5	(1,3-4,8)	16	4,7	(2,9-7,5)	25	3,6	(2,4-5,3)
	Privado/Concertado	12	2	(1,1-3,4)	28	4,4	(3-6,3)	40	3,2	(2,3-4,3)
Totales		21	2,2	(1,4-3,3)	44	4,5	(3,3-6)	65	3,3	(2,6-4,2)

*Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas. Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es ≥ 50 cc. en chicos y ≥ 30 cc. en chicas.

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento del padre o de la madre** (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

El consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche).

En el 30% de las entrevistas se afirmó haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, similar en las mujeres (30,6%) y en los hombres (29,5%), y más frecuente en los jóvenes de 16 y más años (32,2%) que en los de 15 años (27,3%). No se observan diferencias significativas, aunque este consumo es más frecuente en los hijos/hijas de ciudadanos que han nacido en otros países, entre los que tienen un menor nivel de estudios (Tabla 24).

Tabla 24. Clasificación del consumo de alcohol en “binge drinking” por sexo, edad y determinantes sociales según la cantidad de alcohol consumido. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	106	26,8	(22,6-31,3)	126	27,8	(23,9-32,1)	232	27,3	(24,4-30,4)
	16 años y mas	169	31,5	(27,7-35,5)	166	33,1	(29,1-37,3)	335	32,2	(29,5-35,1)
País de Nacimiento	España	253	30,4	(27,4-33,6)	256	31	(28-34,3)	509	30,7	(28,5-33)
	Otros	22	22,9	(15,6-32,4)	36	27,7	(20,7-36)	58	25,7	(20,4-31,8)
Nivel Educativo	Superiores	156	31,9	(27,9-36,2)	163	31,5	(27,7-35,7)	319	31,7	(28,9-34,7)
	Primarios	73	25,4	(20,7-30,8)	94	29,3	(24,6-34,5)	167	27,5	(24,1-31,2)
Situación laboral	Trabajan los dos	200	30,1	(26,7-33,7)	228	32,6	(29,2-36,2)	428	31,4	(29-33,9)
	Trabaja uno	66	27,5	(22,2-33,5)	63	26,9	(21,6-33)	129	27,2	(23,4-31,4)
	No trabaja ninguno	9	32,1	(17,6-51,2)	1	4,5	(0,6-26,2)	10	20	(11,1-33,3)
Tipo de Centro	Público	89	26,1	(21,7-31)	101	30,2	(25,5-35,4)	190	28,1	(24,9-31,7)
	Privado/Concertado	186	31,4	(27,8-35,3)	191	30,8	(27,2-34,5)	377	31,1	(28,5-33,7)
Totales		275	29,5	(26,6-32,5)	292	30,6	(27,7-33,6)	567	30	(28-32,1)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

El 39,5% afirmó haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (tabla 25) y el 49,2% en los últimos 30 días (tabla 26). Por último, el 2,8% de los jóvenes había viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol (tabla 27).

Tabla 25. Clasificación del consumo de alcohol “borrachera en los últimos 12 meses” por sexo, edad y determinantes de sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	133	32,7	(28,3-37,4)	178	38	(33,7-42,4)	311	35,5	(32,4-38,7)
	16 años y mas	225	39,9	(35,9-44)	235	45,7	(41,5-50)	460	42,7	(39,7-45,6)
País de Nacimiento	España	330	38,3	(35,1-41,6)	368	43,4	(40,1-46,8)	698	40,8	(38,5-43,2)
	Otros	27	26	(18,4-35,2)	45	33,1	(25,7-41,4)	72	30	(24,5-36,1)
Nivel Educativo	Superiores	200	39,4	(35,3-43,8)	236	44,3	(40,1-48,5)	436	41,9	(39-45)
	Primarios	105	35,8	(30,5-41,5)	131	39,7	(34,6-45,1)	236	37,9	(34,1-41,8)
Situación laboral	Trabajan los dos	241	35,2	(31,7-38,9)	322	44,8	(41,2-48,5)	563	40,2	(37,6-42,8)
	Trabaja uno	103	40,4	(34,5-46,5)	85	35	(29,2-41,2)	188	37,8	(33,6-42,1)
	No trabaja ninguno	14	43,8	(27,9-61)	6	27,3	(12,8-49)	20	37	(25,3-50,5)
Tipo de Centro	Público	124	34,8	(30-39,9)	135	39,5	(34,4-44,8)	259	37,1	(33,6-40,8)
	Privado/Concertado	234	38	(34,3-42)	278	43,4	(39,6-47,2)	512	40,8	(38,1-43,5)
Totales		358	36,9	(33,9-40)	413	42	(39-45,1)	771	39,5	(37,3-41,6)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Tabla 26. Clasificación del consumo de alcohol “borrachera en los últimos 30 días” por sexo, edad y determinantes sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	60	45,1	(36,7-53,6)	81	45,5	(38,3-52,9)	141	45,3	(39,9-50,9)
	16 años y mas	111	49,1	(42,6-55,6)	128	54,2	(47,8-60,5)	239	51,7	(47,2-60,3)
País de Nacimiento	España	159	48	(42,7-53,4)	188	50,9	(45,9-56)	347	49,6	(45,9-53,3)
	Otros	12	44,4	(27,2-63,1)	21	46,7	(32,8-61,1)	33	45,8	(34,7-57,4)
Nivel Educativo	Superiores	107	53,5	(46,6-60,3)	113	47,9	(41,6-54,3)	220	50,5	(45,8-55,1)
	Primarios	41	38,7	(29,9-48,3)	76	57,6	(49,65,7)	117	49,2	(42,9-55,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	119	49,2	(42,9-55,5)	169	52,3	(46,9-57,7)	288	51	(46,9-55,1)
	Trabaja uno	45	43,7	(34,4-53,4)	38	44,7	(34,5-55,4)	83	44,1	(37,2-51,3)
	No trabaja ninguno	7	50	(26-74)	2	33,3	(8,4-73,2)	9	45	(25,3-66,4)
Tipo de Centro	Público	51	41,1	(32,8-50)	67	49,3	(41-57,6)	118	45,4	(39,4-51,5)
	Privado/Concertado	120	51,1	(44,7-57,4)	142	51,1	(45,2-56,9)	262	51,1	(46,7-55,4)
Totales		171	47,6	(42,5-52,8)	209	50,5	(45,7-55,3)	380	49,2	(45,6-52,7)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

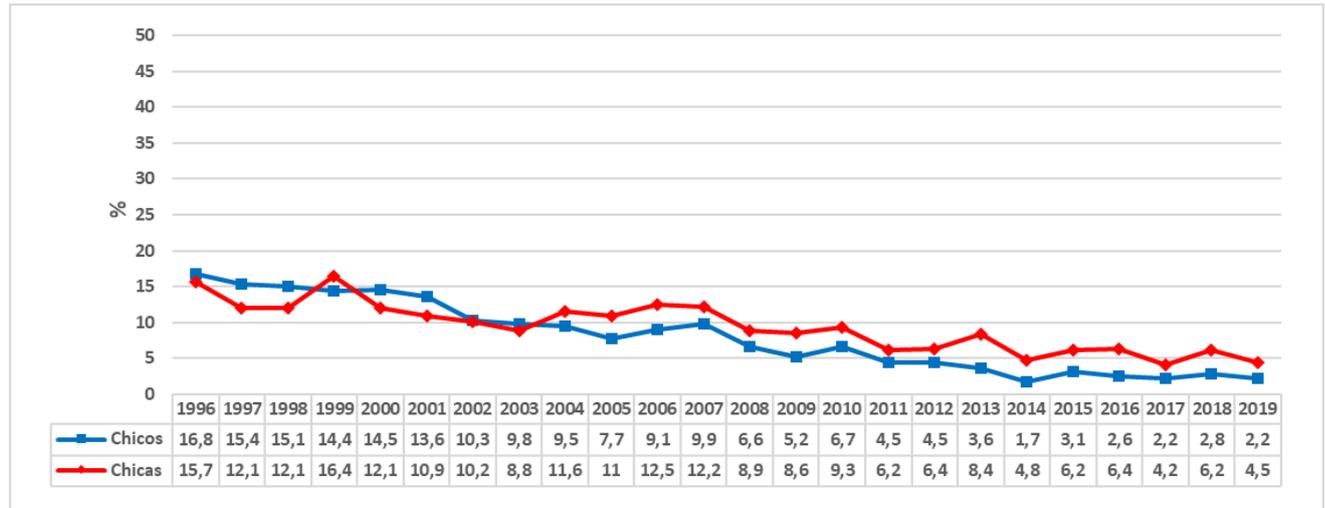
Tabla 27. Clasificación de los que han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol según sexo, edad y determinantes de sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	60	15,1	(11,9-18,9)	56	12,1	(9,4-15,4)	116	13,5	(11,4-15,9)
	16 años y mas	119	21,7	(18,4-25,3)	89	17,5	(14,4-21)	208	19,7	(17,4-22,2)
País de Nacimiento	España	150	17,8	(15,4-20,6)	122	14,6	(12,3-17,1)	272	16,2	(14,5-18)
	Otros	27	26,7	(19-36,2)	23	17,3	(11,8-24,7)	50	21,4	(16,6-27,1)
Nivel Educativo	Superiores	74	14,9	(12-18,3)	65	12,3	(9,8-15,4)	139	13,5	(11,6-15,8)
	Primarios	70	24,8	(20,1-30,2)	63	19,5	(15,5-24,2)	133	22	(18,9-25,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	118	17,6	(14,9-20,7)	112	15,8	(13,3-18,7)	230	16,7	(14,8-18,8)
	Trabaja uno	54	21,8	(17,1-27,3)	29	11,9	(8,4-16,7)	83	16,9	(13,8-20,5)
	No trabaja ninguno	7	24,1	(12-42,7)	4	20	(7,7-42,8)	11	22,4	(12,9-36,2)
Tipo de Centro	Público	81	23,5	(19,3-28,3)	55	16,4	(12,8-20,7)	136	20	(17,1-23,1)
	Privado/Concertado	98	16,3	(13,5-19,4)	90	14,2	(11,7-17,1)	188	15,2	(13,3-17,3)
Totales		179	18,9	(16,5-21,5)	145	14,9	(12,8-17,3)	324	16,9	(15,3-18,6)

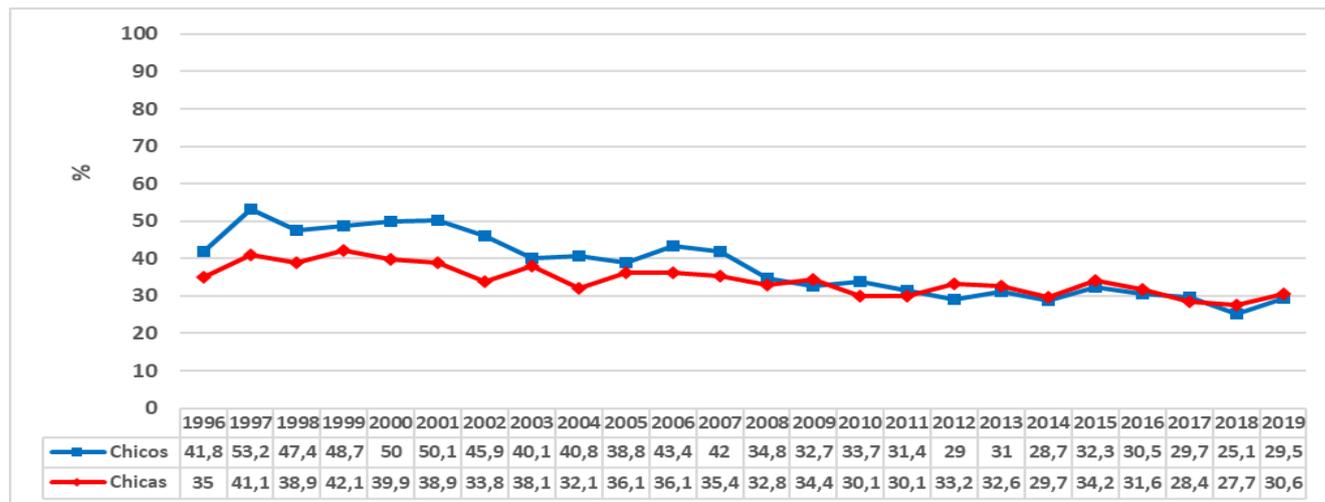
(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco. Si analizamos la serie de años estudiada se observó una importante disminución en los bebedores de riesgo, con un porcentaje de cambio anual (PCA) del -9,3% ($p < 0,05$) durante el periodo 1996-2019. Esta situación para este indicador, se repite también en las mujeres con un PCA del -4,7% ($p < 0,05$), pero con una pendiente ligeramente inferior (Figura 19).

El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores fueron, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas: descenso en el porcentaje de consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días con un PCA del -2,8% ($p < 0,05$) en los chicos y del -1,40% ($p < 0,05$) en chicas; descenso en el porcentaje de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses con un PCA de -1,7% ($p < 0,05$) en los chicos y del -1,1% ($p < 0,05$) % en las chicas; y descenso en el porcentaje que ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor se encontraba bajo los efectos del alcohol con un PCA del -1,6 ($p < 0,05$) en los chicos y del -1 en las chicas ($p < 0,05$) (Figuras 19 a 22).

Figura 19. Evolución de la proporción de bebedores a riesgo. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

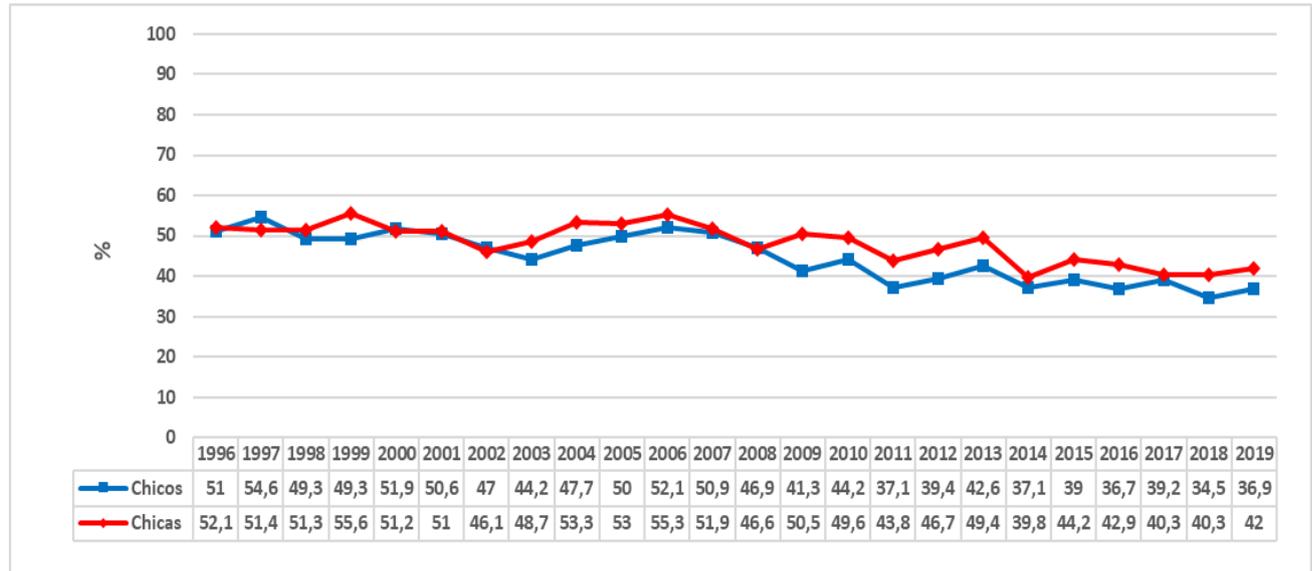
(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 20. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de alcohol excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

* Consumo excesivo: consumo ≥ 60 cc. de alcohol en una misma ocasión

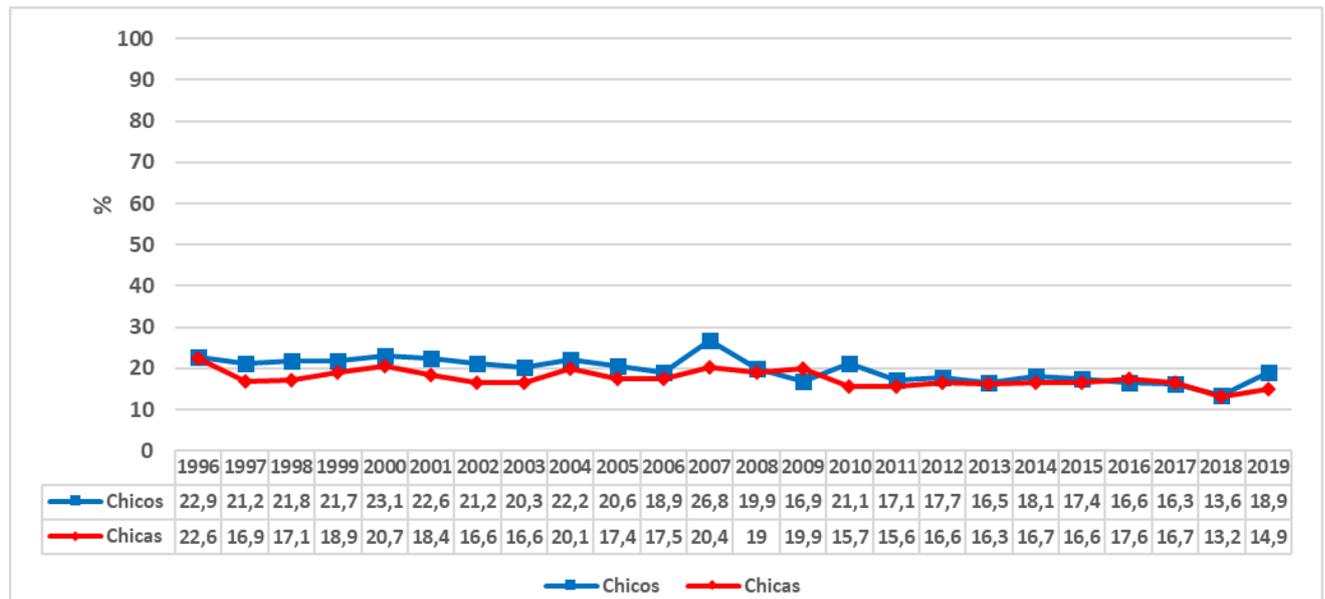
(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 21. Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 22. Evolución de la proporción de jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.8. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continuó siendo el hachís, refiriendo su consumo alguna vez durante los últimos 12 meses un 12,8% de los jóvenes y alguna vez en los últimos 30 días el 6,3%. La segunda sustancia más frecuentemente consumida fueron los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses en el 4,3% de los jóvenes. La droga menos consumida fue la heroína, con un 0,4%.

De forma agregada el indicador “consumo de alguna de las sustancias”, el 16,0% de los jóvenes había realizado en los doce últimos meses algún consumo de alguna de estas sustancias y un 8,0% en los últimos 30 días.

Al 22,0% de los jóvenes les habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses, y a un 9,0% en los últimos 30 días (Tablas 29 y 30).

Entre 1996 y 2019 el consumo de drogas de comercio ilegal disminuyó de forma importante (figura 23). En la serie de consumo de tranquilizantes se observa un descenso significativo y continuo hasta el año 2011, desde el 3,9% hasta el 1,3% (PCA -2,5%, $p<0,05$). En 2011 se produce un cambio de tendencia hasta el 2018, también significativa, pasando de un 1,3% al 4,0% de 2019 (PCA +10,8%, $p<0,05$). Ello quiere decir que desde 2011 estamos detectando un empeoramiento claro de este indicador, lo que sugiere profundizar en el conocimiento de este consumo por otras técnicas.

La serie de consumo de hachís muestra una tendencia ascendente en el consumo hasta el año 2002, pero no significativa; este año se produce un cambio de tendencia que persiste hasta el año 2014 (PCA=-7,1%, $p<0,05$). Del año 2014 a 2019 la tendencia observada es de +0,9% (NS). De forma global el modelo establece una mejoría de este indicador desde 2003 hasta la actualidad, así de una prevalencia de un 28,1% se pasa a prevalencias de 12,8% en 2019 (PCA= -3,8%, $p<0,05$).

El análisis de tendencia del consumo de cocaína muestra varios cambios de tendencia (joinpoint), uno inicial de ascenso no significativo hasta el año 2000, y a partir de este año, de 2000 a 2010, un descenso -16,9% $p<0,05$ y de 2010 a 2019 descenso de nuevo de -4% (NS) si bien dentro de este último período y en los últimos 3 años observamos un ascenso (NS). El porcentaje promedio de cambio anual 2000-2019 del -11,4%, $p<0,05$. Para el periodo total estimamos el PPCA 1996-2019 (11) -4,8%, NS.

La serie de consumo de heroína muestra descensos continuados y significativos desde 1996 PAC -4,29%, $p<0,05$. La serie de consumos de anfetaminas muestra también una caída continua PPCA - 5,8%; con el éxtasis se observa un PCA -10,5% ($p<0,05$); los alucinógenos PCA 1996-20019= -10%, $p<0,05$, y el consumo de sustancias volátiles PCA - 5,9%, $p<0,05$.

En los gráficos siguientes, hay que tener en cuenta que en todas las sustancias para las que se registran prevalencias de consumo muy bajas (cocaína, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos y sustancias volátiles), pequeños cambios absolutos pueden traducirse en grandes cambios relativos (Figura 23).

Tabla 28. Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad(años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y más
Tranquilizantes sin prescripción	4,3 (3,5-5,3)	3 (2,1-4,3)	5,5 (4,2-7,1)	3,9 (2,8-5,4)	4,6 (3,5-6)
Hachís	12,8 (11,4-14,4)	12,5 (10,5-14,7)	13,2 (11,2-15,5)	10,2 (8,3-12,4)	15 (13-17,3)
Cocaína	0,8 (0,5-1,3)	0,9 (0,5-1,8)	0,7 (0,3-1,5)	0,6 (0,2-1,4)	1 (0,6-1,8)
Heroína	0,4 (0,2-0,8)	0,5 (0,2-1,2)	0,3 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-1,1)	0,5 (0,2-1,1)
Speed o anfetaminas	0,8 (0,5-1,3)	0,9 (0,5-1,8)	0,6 (0,3-1,4)	0,3 (0,1-1,1)	1,1 (0,6-2)
Éxtasis u otras drogas de diseño	0,8 (0,5-1,3)	1 (0,6-1,9)	0,5 (0,2-1,2)	0,3 (0,1-1,1)	1,1 (0,6-2)
Alucinógenos	0,8 (0,5-1,3)	1 (0,6-1,9)	0,5 (0,2-1,2)	0,3 (0,1-1,1)	1,1 (0,6-2)
Sustancias volátiles	0,5 (0,2-0,9)	0,5 (0,2-1,2)	0,4 (0,2-1,1)	0,2 (0,1-1,9)	0,7 (0,3-1,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%; (--) *: Variación superior al 100%

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Tabla 29. Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

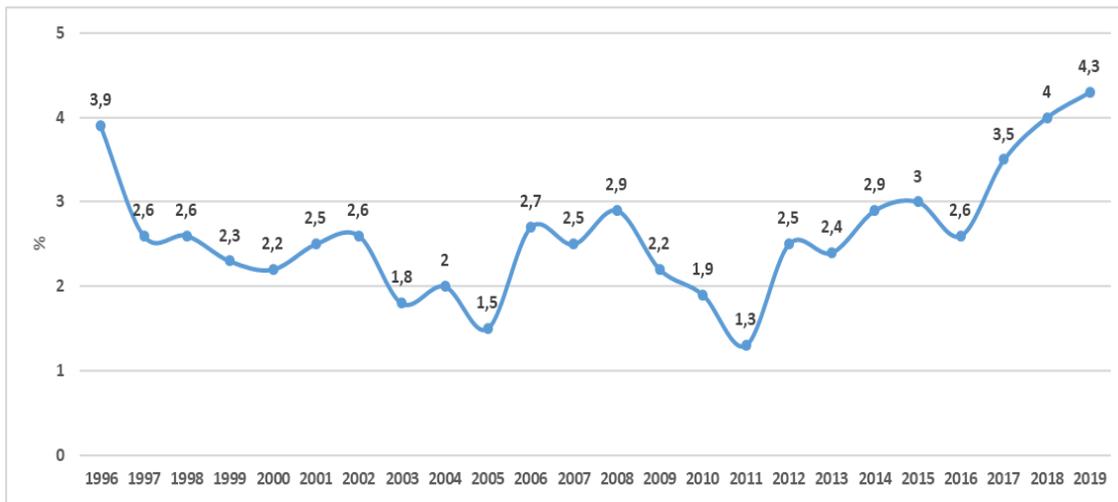
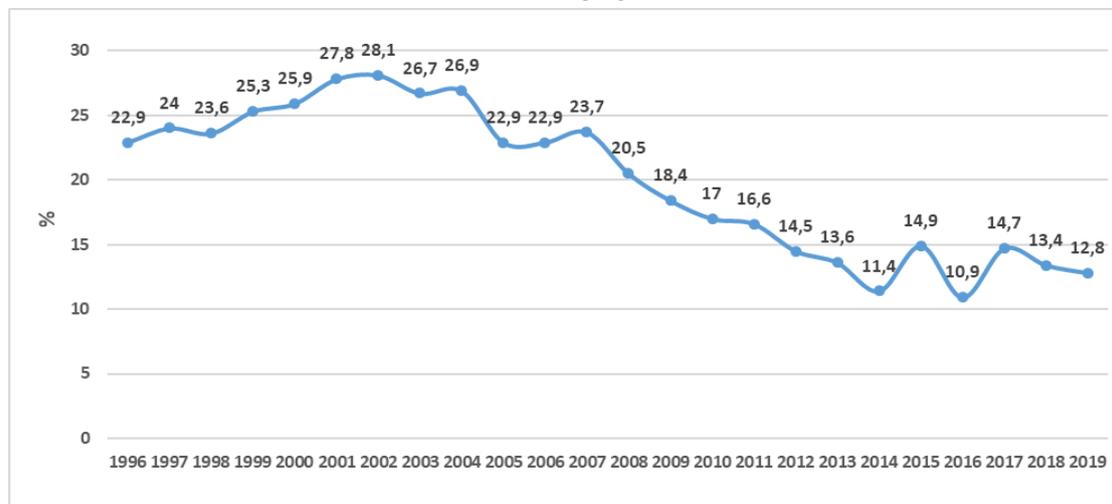
		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	88	21,6	(17,9-25,9)	94	20	(16,7-23,9)	182	20,8	(18,2-23,6)
	16 años y mas	139	24,7	(21,3-28,5)	107	20,9	(17,6-24,7)	246	22,9	(20,5-25,5)
País de Nacimiento	España	206	24	(21,2-26,9)	181	21,4	(18,8-24,3)	387	22,7	(20,8-24,8)
	Otros	21	20,2	(13,5-29)	20	14,7	(9,7-21,7)	41	17,1	(12,8-22,4)
Nivel Educativo	Superiores	129	25,5	(21,9-29,5)	113	21,3	(18-25)	242	23,3	(20,9-26)
	Primarios	64	21,9	(17,5-27)	67	20,4	(16,4-25,1)	131	21,1	(18,1-24,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	156	22,8	(19,8-26,1)	150	21	(18,1-24,1)	306	21,9	(19,8-24,1)
	Trabaja uno	64	25,2	(20,2-30,9)	46	18,9	(14,5-24,4)	110	22,1	(18,7-26)
	No trabaja ninguno	7	22,6	(11,2-40,4)	5	22,7	(9,8-44,4)	12	22,6	(13,3-35,8)
Tipo de Centro	Público	69	19,4	(15,6-23,9)	64	18,7	(14,9-23,2)	133	19,1	(16,3-22,2)
	Privado/Concertado	158	25,7	(22,4-29,3)	137	21,5	(18,5-24,8)	295	23,6	(21,3-26)
Totales		227	23,4	(20,9-26,2)	201	20,5	(18,1-23,2)	428	22	(20,2-23,9)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

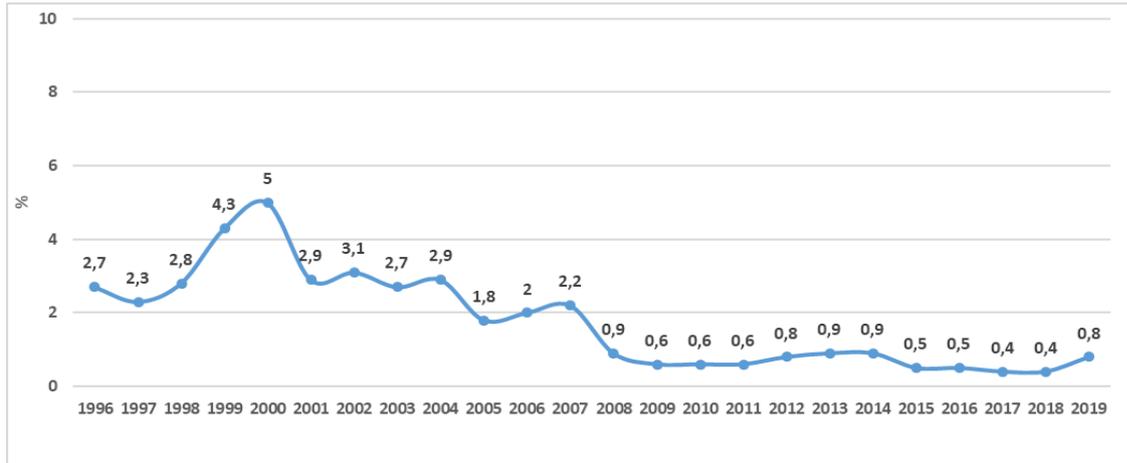
Tabla 30. Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, en los últimos 30 días. Según sexo, edad y determinantes sociales, n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	35	8,6	(6,2-11,7)	39	8,3	(6,1-11,2)	74	8,4	(6,8-10,5)
	16 años y mas	55	9,8	(7,6-12,5)	36	7	(5,1-9,6)	91	8,5	(7-10,3)
País de Nacimiento	España	87	10,1	(8,3-12,3)	69	8,2	(6,5-10,2)	156	9,2	(7,9-10,6)
	Otros	3	2,9	(0,9-8,6)	6	4,4	(2-9,5)	9	3,8	(2-7)
Nivel Educativo	Superiores	49	9,7	(7,4-12,6)	35	6,6	(4,8-9)	84	8,1	(6,6-9,9)
	Primarios	27	9,2	(6,4-13,1)	29	8,8	(6,2-12,4)	56	9	(7-11,5)
Situación laboral	Trabajan los dos	62	9,1	(7,1-11,5)	57	8	(6,2-10,2)	119	8,5	(7,2-10,1)
	Trabaja uno	25	9,8	(6,7-14,2)	14	5,8	(3,4-9,5)	39	7,8	(5,8-10,6)
	No trabaja ninguno	3	9,7	(3,1-26,1)	4	18,2	(7-39,6)	7	13,2	(6,4-25,2)
Tipo de Centro	Público	27	7,6	(5,3-10,9)	26	7,6	(5,2-10,9)	53	7,6	(5,9-9,8)
	Privado/Concertado	63	10,3	(8,1-12,9)	49	7,7	(5,9-10)	112	8,9	(7,5-10,7)
Totales		90	9,3	(7,6-11,3)	75	7,7	(6,1-9,5)	165	8,5	(7,3-9,8)

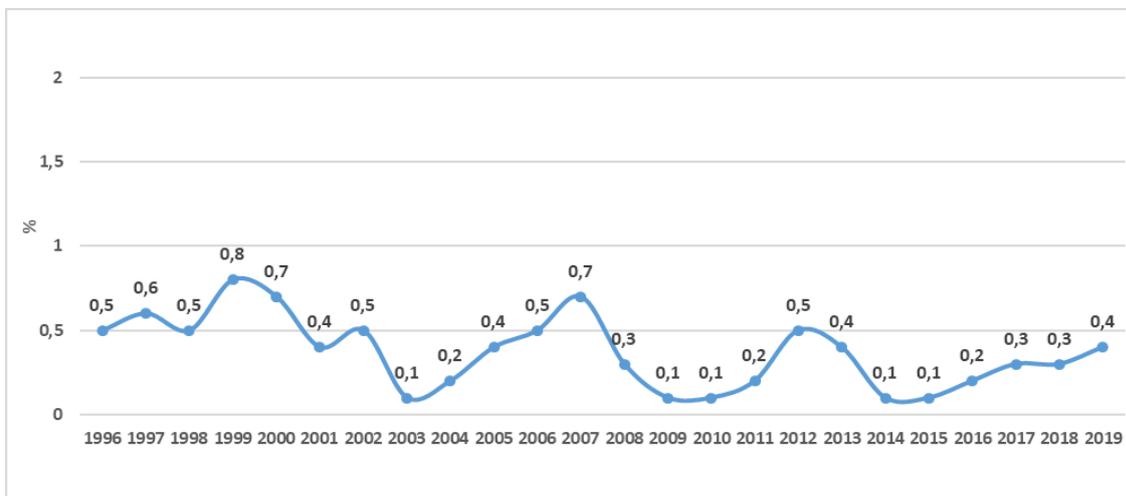
(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Figura 23. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2019.**TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN****HACHÍS**

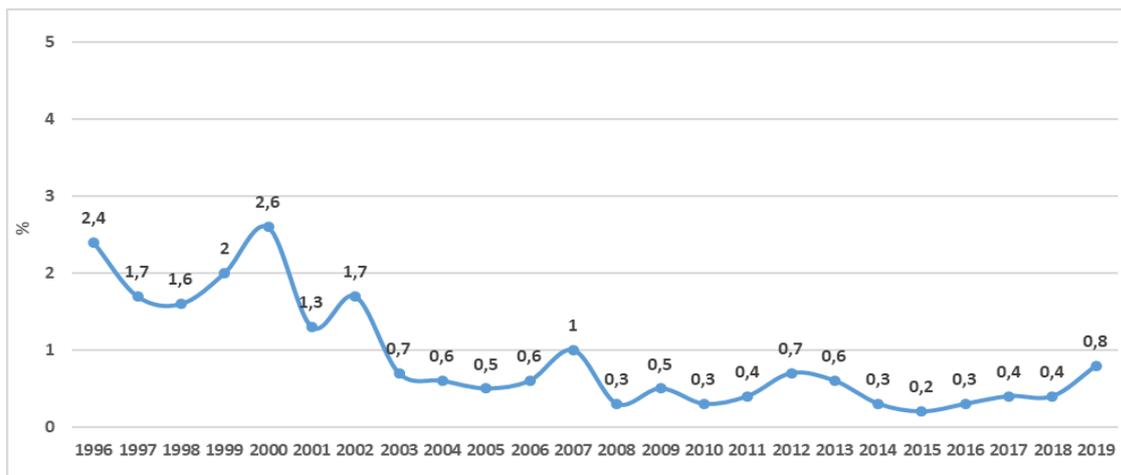
COCAÍNA



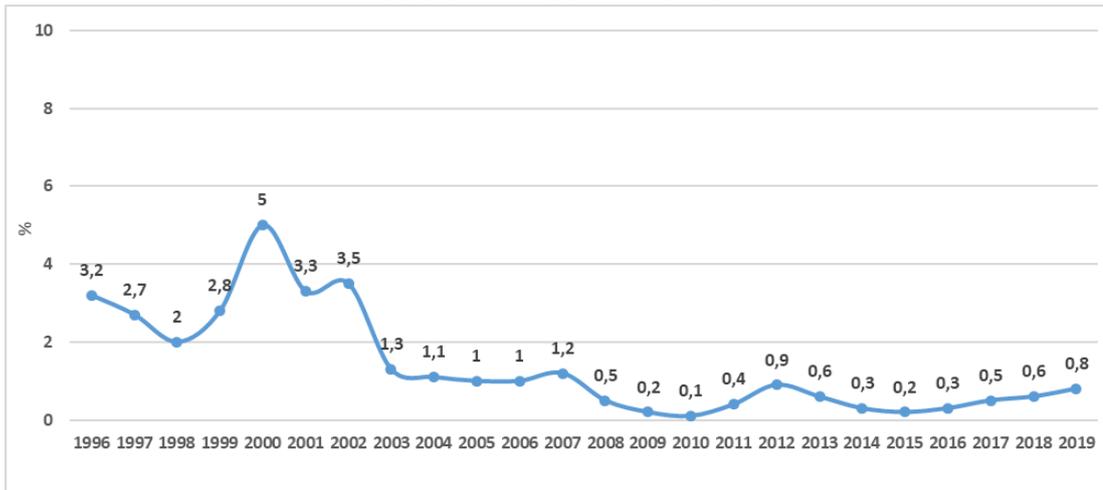
HEROÍNA



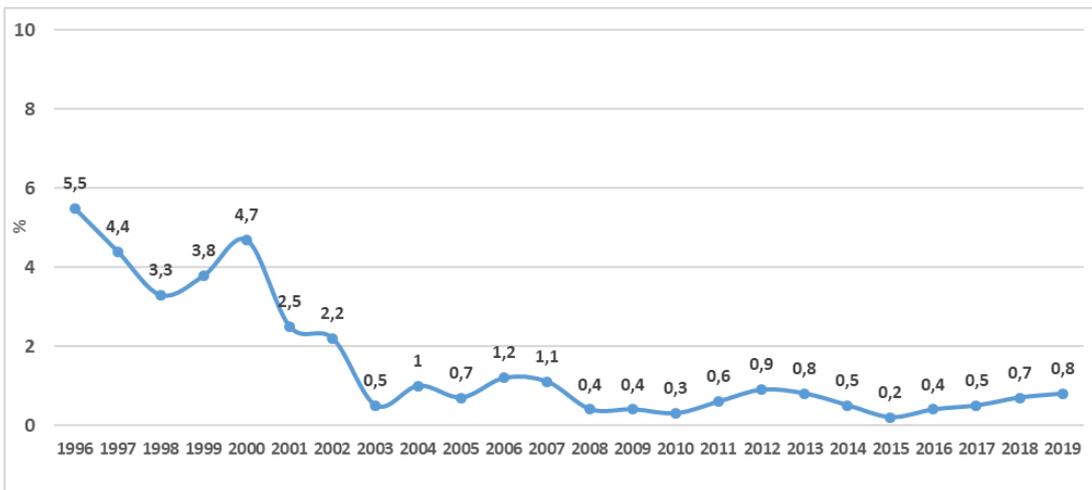
SPEED O ANFETAMINAS



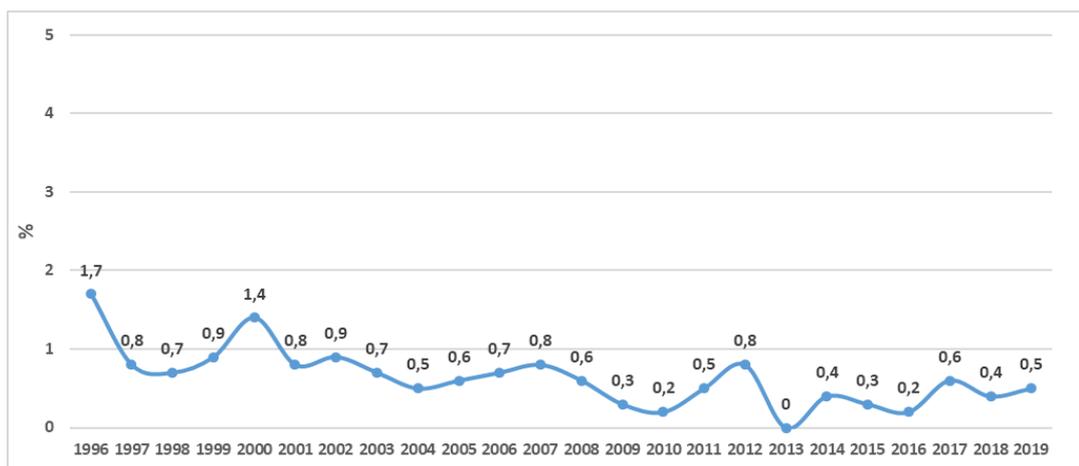
ÉXTASIS U OTRA DROGA DE DISEÑO



ALUCINÓGENOS



SUSTANCIAS VOLÁTILES



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.9. RELACIONES SEXUALES

El 24,4% de los jóvenes han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (25,1% de los chicos y 23,7% de las chicas). En los jóvenes de 16 y más años este porcentaje fue del 30,9% frente al 16,4% en los de 15 años. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a este indicador por nivel educativo de padre/madre, titularidad del centro (Tabla 31).

Tabla 31. Relaciones sexuales con penetración n % IC por sexo, edad y determinantes sociales. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	71	17,6	(14,2-21,6)	72	15,4	(12,4-19)	143	16,4	(14,1-19)
	16 años y mas	170	30,6	(26,9-34,5)	159	31,3	(27,4-35,5)	329	30,9	(28,2-33,8)
País de Nacimiento	España	205	24	(21,3-27)	199	23,6	(20,9-26,6)	404	23,8	(21,9-25,9)
	Otros	35	34,7	(26-44,4)	32	24,1	(17,5-32,1)	67	28,6	(23,2-34,8)
Nivel Educativo	Superiores	99	19,7	(16,4-23,4)	92	17,4	(14,4-20,9)	191	18,5	(16,3-21)
	Primarios	82	28,3	(23,4-33,7)	105	32	(27,2-37,3)	187	30,3	(26,8-34)
Situación laboral	Trabajan los dos	155	22,9	(19,9-26,2)	176	24,8	(21,8-28,1)	331	23,9	(21,7-26,2)
	Trabaja uno	75	29,8	(24,4-35,7)	53	21,8	(17,1-27,4)	128	25,9	(22,2-29,9)
	No trabaja ninguno	11	35,5	(20,8-53,5)	2	9,1	(2,3-30)	13	24,5	(14,8-37,8)
Tipo de Centro	Público	113	32	(27,3-37,1)	103	30,3	(25,6-35,4)	216	31,2	(27,8-34,7)
	Privado/Concertado	128	21,1	(18-24,5)	128	20,2	(17,2-23,5)	256	20,6	(18,4-23)
Totales		241	25,1	(22,5-27,9)	231	23,7	(21,1-26,5)	472	24,4	(22,5-26,3)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Un 78,0% utilizaron el preservativo durante la última relación sexual. En este indicador se observan diferencias por sexo, el 82,2% de los chicos han utilizado el preservativo a estas edades frente al 73,5% de las chicas. Existen diferencias importantes al analizar el país de nacimiento de los padres, las hijas de padres/madres españolas utilizan el preservativo en la última relación sexual el 75,4%, frente 61,3% de las que sus padres/madres han nacido en otros países. Las hijas de padres/madres con estudios superiores el 80,2% ha utilizado preservativo en contraste con las hijas de padres/ madres con estudios primarios, 64,8%.

Tabla 32. Utilización de preservativo durante la última relación sexual, según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	64	90,1	(80,7-95,2)	55	78,6	(67,4-86,7)	119	84,4	(77,4-89,5)
	16 años y mas	135	78,9	(72,2-84,4)	114	71,3	(63,8-77,7)	249	75,2	(70,3-79,6)
País de Nacimiento	España	170	82,9	(77,1-87,5)	150	75,4	(68,9-80,9)	320	79,2	(75,82,9)
	Otros	28	80	(63,6-90,2)	19	61,3	(43,4-73,6)	47	71,2	(59,2-80,8)
Nivel Educativo	Superiores	84	84,8	(76,4-90,7)	73	80,2	(70,8-87,2)	157	82,6	(76,6-87,4)
	Primarios	66	79,5	(69,5-86,9)	68	64,8	(55,2-73,3)	134	71,3	(64,4-77,3)
Situación laboral	Trabajan los dos	129	83,2	(76,5-88,3)	124	70,1	(62,9-76,4)	253	76,2	(71,3-80,5)
	Trabaja uno	61	80,3	(69,8-87,7)	44	86,3	(73,9-93,3)	105	82,7	(75,1-88,3)
	No trabaja ninguno	9	81,8	(49,2-95,4)	1	50	(5,9-94,1)	10	76,9	(47,8-92,4)
Tipo de Centro	Público	92	81,4	(73,2-87,6)	73	70,9	(61,4-78,8)	165	76,4	(70,3-81,6)
	Privado/Concertado	107	82,9	(75,5-88,5)	96	75,6	(67,4-82,3)	203	79,3	(73,9-83,8)
Totales		199	82,2	(76,9-86,5)	169	73,5	(67,4-78,8)	368	78	(74-81,5)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Un 18,6% han utilizado métodos anticonceptivos ineficaces durante la última relación sexual (no utilizaron ningún método, o utilizaron marcha atrás, el método de Ogino, o no sabían con seguridad que método habían utilizado) ²¹. En la tabla 33 pueden observarse la prevalencia de este indicador por sexo, edad, y determinantes sociales.

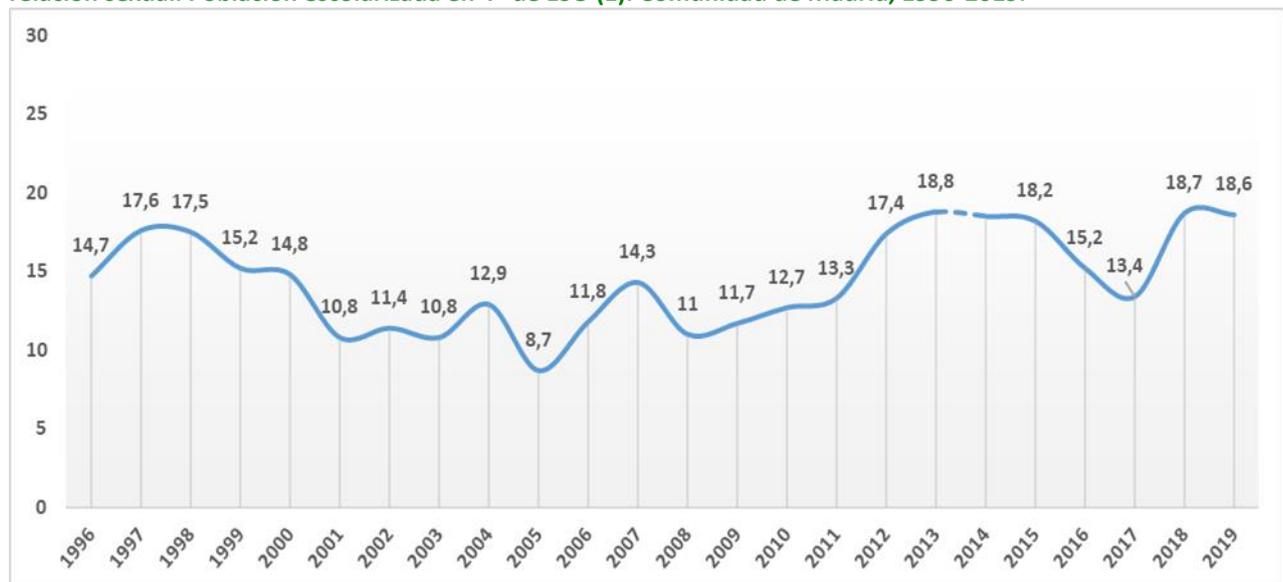
Tabla 33. Utilización de métodos anticonceptivos “ineficaces” 21 durante la última relación sexual, según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	9	12,7	(6,7-22,6)	12	16,7	(9,7-27,1)	21	14,7	(9,8-21,5)
	16 años y mas	29	17,1	(12,1-23,4)	38	23,9	(17,9-31,2)	67	20,4	(16,3-25,1)
País de Nacimiento	España	32	15,6	(11,3-21,2)	41	20,6	(15,5-26,8)	73	18,1	(14,6-22,1)
	Otros	5	14,3	(6,1-29,8)	9	28,1	(15,3-45,9)	14	20,9	(12,8-32,2)
Nivel Educativo	Superiores	16	16,2	(10,2-24,7)	18	19,6	(12,7-29)	34	17,8	(13-23,9)
	Primarios	11	13,4	(7,6-22,7)	27	25,7	(18,2-35)	38	20,3	(15,1-26,7)
Situación laboral	Trabajan los dos	23	14,8	(10,1-21,2)	43	24,4	(18,6-31,4)	66	19,9	(16-24,6)
	Trabaja uno	13	17,3	(10,3-27,6)	7	13,2	(6,4-25,3)	20	15,6	(10,3-20,3)
	No trabaja ninguno	2	18,2	(4,5-50,9)	0	0	0	2	15,4	(3,8-45,3)
Tipo de Centro	Público	17	15	(9,5-22,9)	19	18,4	(12,1-27,2)	36	16,7	(12,2-22,3)
	Privado/Concertado	21	16,4	(11-23,7)	31	24,2	(17,5-32,4)	52	20,3	(15,8-25,7)
Totales		38	15,8	(11,7-20,9)	50	21,6	(16,8-27,5)	88	18,6	(15,4-22,4)

(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento** del padre o de la madre (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorio:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

En ambos sexos el análisis de tendencia del indicador “utilización de anticonceptivos ineficaces en la última relación sexual” (figura 24) identifica 1 punto de cambio (joinpoint), con una mejora del indicador desde 1996 a 2005 PCA del – 4,91% p<0,05; 2005 se produce un cambio de tendencia que perdura hasta la actualidad, empeorando este indicador en un PCA + 4,1% (significativo, p<0,05).

Figura 24. Evolución de la proporción de jóvenes que han utilizado métodos anticonceptivos ineficaces en su última relación sexual. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología). Se ha eliminado el dato de 2014 por un problema de consistencia en los filtros de la base de datos limitado a este año.

4.10. VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES DE PAREJA

La violencia en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²²⁻²⁵. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-J.

Para detectar la presencia de violencia por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera?

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas?

Entre 2011 y 2013, estas preguntas se dirigieron a todos los jóvenes, con las siguientes opciones de respuesta:

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo.
- Sí, la chica con el que estoy o estaba saliendo.
- No.
- No he salido con ningún chico/a.
- No estoy seguro/No puedo contestar.

Desde 2014, estas preguntas se dirigieron sólo a los jóvenes que, en una pregunta previa, respondieron estar saliendo o haber salido con alguien durante el último año, quedando, por tanto, como opciones de respuesta a las preguntas sobre violencia, las siguientes:

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo.
- Sí, la chica con el que estoy o estaba saliendo.
- No.
- No estoy seguro/No puedo contestar.

En 2019, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 4,8% (5,9% de los chicos y 3,9% de las chicas) afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y un 4,6% (3,2% de los chicos y 5,8% de las chicas) haber sufrido alguna agresión de tipo sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja.

El 8% de los jóvenes con pareja o expareja en los últimos 12 meses, habían sido víctimas de algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de sus parejas o exparejas (7,4 % de los chicos y 8,5 % de las chicas) (tabla 34).

En cuanto a haber sufrido cualquier tipo de violencia, física, sexual y/o mediante medios electrónicos un 21,4% respondió afirmativamente con una marcada diferencia por sexo siendo en las chicas de un 25,1% y 17,3% en los chicos; el resto de determinantes sociales se muestran en la tabla 35.

Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento (años 2011-2019), la violencia física y/o sexual en los chicos resulta en un PCA del 0,5% (NS) (Figura 25), y en las chicas el PCA fue de -3,3% (NS) aunque con los datos disponibles hasta el momento los cambios observados en las prevalencias no son significativas.

Tabla 34: Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Proporción de jóvenes con pareja o expareja que en el último año sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
Violencia física	4,8 (3,6-6,4)	5,9 (4,1-8,4)	3,9 (2,5-6)	3,8 (2,3-6,2)	5,6 (4-7,8)
Violencia sexual	4,6 (3,4-6,1)	3,2 (1,9-5,4)	3,8 (4-8,3)	4,2 (2,6-6,8)	4,8 (3,2-7)
TOTAL: violencia física y/o sexual	8 (6,4-9,9)	7,4 (5,3-10,3)	8,5 (6,3-11,4)	6,7 (4,6-9,7)	8,9 (6,9-11,7)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología)

La violencia mediante dispositivos electrónicos es declarada en el 15,6% de los chicos/as, 10,9% para los chicos y 19,9% para las chicas. El análisis por determinantes muestra un patrón que aumenta con la edad, hijos/as de padres/madres nacidas fuera de España y nivel educativo más bajo, aunque estas diferencias no llegan a ser significativas (tabla 36).

En cuanto a la prevalencia del año anterior 2018, se vio un aumento en la diferencia chicos y chicas ya que en 2018 fue de cuatro puntos porcentuales aproximadamente (11,1% y 15,8% respectivamente) y en 2019 esta diferencia subió a 9 puntos porcentuales (10,9% los chicos y 19,9% las chicas) (tabla 36).

Tabla 35. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Proporción de jóvenes con pareja o expareja que en el último año sufrieron violencia física, sexual o electrónica por parte de su pareja o expareja, según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	29	17,3	(12,3-23,7)	46	22,3	(17,2-28,5)	75	20,1	(16,3-24,4)
	16 años y mas	45	17,3	(13,2-22,4)	72	27,2	(22,2-32,8)	117	22,3	(18,9-26,1)
País de Nacimiento	España	64	16,8	(13,4-21)	95	23,4	(19,5-27,8)	159	20,2	(17,6-23,2)
	Otros	10	22,2	(12,4-36,6)	23	35,4	(24,8-37,7)	33	30	(22,2-39,2)
Nivel Educativo	Superiores	39	17,3	(12,9-22,8)	54	23,1	(18,1-28,9)	93	20,2	(16,8-24,1)
	Primarios	26	20,2	(14,1-28)	47	26,1	(20,2-33)	73	23,6	(19,2-28,7)
Situación laboral	Trabajan los dos	50	17	(13,1-21,7)	82	23,9	(19,7-28,7)	132	20,7	(17,7-24,0)
	Trabaja uno	21	17,4	(11,6-25,2)	33	27,7	(20,4-36,4)	54	22,5	(17,7-28,2)
	No trabaja ninguno	3	23,1	(7,6-52,2)	3	33,3	(11,1-66,7)	6	27,3	(12,8-49)
Tipo de Centro	Público	30	18,9	(13,5-25,7)	46	25,6	(19,7-32,4)	76	22,4	(18,3-27,2)
	Privado/Concertado	44	16,4	(12,4-21,3)	72	24,7	(20,1-30)	116	20,7	(17,6-24,3)
Totales		74	17,3	(14-21,2)	118	25,1	(21,3-29,2)	192	21,4	(18,8-24,2)

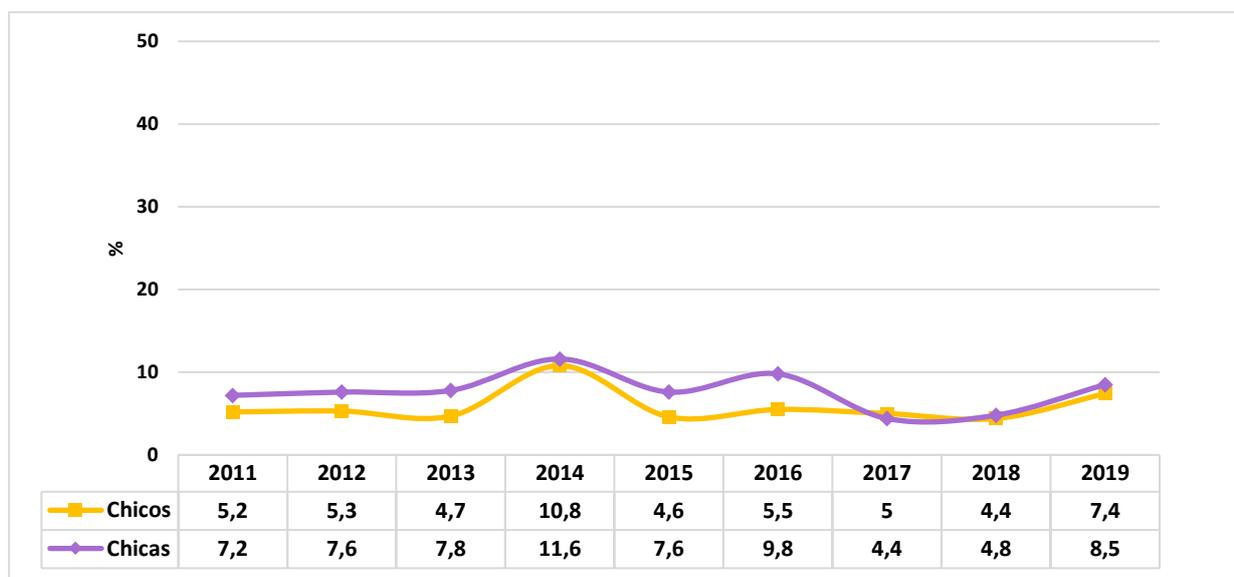
(1) **Edad 15:** alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) **país de nacimiento del padre o de la madre** (3) **nivel educativo** más alto alcanzado por los padres: **Obligatorio:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Tabla 36. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Proporción de jóvenes con pareja o expareja que en el último año sufrieron violencia de tipo electrónico, por parte de su pareja o expareja, según sexo edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	19	10,9	(7,1-16,5)	39	18,1	(13,5-23,8)	58	14,9	(11,7-18,8)
	16 años y mas	30	10,9	(7,8-15,2)	59	21,3	(16,9-26,5)	89	16,2	(13,3-19,5)
País de Nacimiento	España	43	10,8	(8,1-14,2)	79	18,5	(15,1-22,5)	122	14,8	(12,5-17,4)
	Otros	6	13,3	(6,1-26,7)	19	28,4	(18,9-40,3)	25	22,3	(15,5-31)
Nivel Educativo	Superiores	26	11,2	(7,7-15,9)	44	18	(13,7-23,4)	70	14,7	(11,8-18,1)
	Primarios	16	11,4	(7,1-17,9)	44	23,4	(17,9-30)	60	18,3	(14,5-22,9)
Situación laboral	Trabajan los dos	34	11,1	(8-15,2)	69	19,1	(15,3-23,4)	103	15,4	(12,9-18,4)
	Trabaja uno	13	10,2	(6-16,8)	26	21,5	(15,1-29,7)	39	15,7	(11,7-20,8)
	No trabaja ninguno	2	13,3	(3,4-40,5)	3	30	(10-62,4)	5	20	(8,6-40)
Tipo de Centro	Público	17	10	(6,3-15,5)	37	19,3	(14,3-25,5)	54	14,9	(11,6-19)
	Privado/Concertado	32	11,5	(8,3-15,8)	61	20,3	(16,1-25,2)	93	16,1	(13,3-19,3)
Totales		49	10,9	(8,4-14,2)	98	19,9	(16,6-23,6)	147	15,6	(13,4-18,1)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorios:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(IC):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

Figura 25. Evolución de la proporción de jóvenes con pareja o expareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2011-2019.



1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.11. ACOSO Y CIBERACOSO

En 2017 se han introducido en el cuestionario 2 preguntas, una de ellas se refiere al acoso escolar, como “el comportamiento realizado por un individuo o grupo, que se repite en el tiempo, para lastimar, acosar amenazar, asustar o meterse con otra persona con intención de causarle daño. Es diferente de otras conductas agresivas porque implica un desequilibrio de poder que deja a la víctima indefensa, no se trata de la lucha o discusión entre dos estudiantes con la misma fuerza” referidas al acoso escolar. Entendido el acoso

escolar en estos términos, la prevalencia en ambos sexos es del 3,5% (2,7-4,4), en chicos es del 2,8% (1,9-4,1) y en chicas es del 4,1% (3,0-5,5).

La otra pregunta se refiere al ciberacoso “o una forma de acoso que implica el uso repetido de teléfonos móviles (textos, llamadas, videos) o internet (email, redes sociales, mensajes, chat, páginas web) u otras tecnologías de información o comunicación para acosar, insultar, amenazar, o intimidar de forma intencionada”.

La prevalencia de ciberacoso en ambos sexos es del 3,4% (2,7-4,3), en chicos 2,5% (1,7-3,7) y en chicas 4,3% (3,2-5,7).

Como indicador resumen utilizamos un indicador conjunto que incluye el haber sufrido acoso o ciberacoso, en los términos descritos. La prevalencia del indicador conjunto es para ambos sexos del 6% (5,1-7,2), en chicos es del 4,9% (3,7-6,5), y en chicas 7,2% (5,7-8,9).

Tabla 37. Acoso o Ciberacoso, según sexo, edad y determinantes sociales: n, %, IC. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

		Chicos			Chicas			Totales		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Edad	15 años	15	3,7	(2,2-6,1)	25	5,3	(3,6-7,8)	40	4,6	(3,4-7,2)
	16 años y mas	32	5,8	(4,1-8)	45	8,8	(6,6-11,6)	77	7,2	(5,8-8,9)
País de Nacimiento	España	37	4,3	(3,2-5,9)	57	6,8	(5,2-8,7)	94	5,5	(4,6-6,7)
	Otros	9	8,7	(4,6-15,9)	13	9,6	(5,6-15,8)	22	9,2	(6,1-13,6)
Nivel Educativo	Superiores	20	4	(2,6-6,1)	36	6,8	(4,9-9,3)	56	5,4	(4,2-7)
	Primarios	16	5,5	(3,4-8,9)	26	7,9	(5,4-11,4)	42	6,8	(5,1-9,1)
Situación laboral	Trabajan los dos	35	5,2	(3,7-7,1)	53	7,4	(5,7-9,6)	88	6,3	(5,2-7,7)
	Trabaja uno	10	4	(2,1-7,2)	16	6,6	(4,1-10,5)	26	5,3	(3,6-7,6)
	No trabaja ninguno	2	6,7	(1,7-23,1)	1	4,5	(0,6-26,2)	3	5,8	(1,9-16,4)
Tipo de Centro	Público	14	4	(2,4-6,6)	23	6,7	(4,5-9,9)	37	5,4	(3,9-7,3)
	Privado/Concertado	33	5,4	(3,9-7,5)	47	7,4	(5,6-9,7)	80	6,4	(5,2-7,9)
Totales		47	4,9	(3,7-6,5)	70	7,2	(5,7-8,9)	117	6	(5,1-7,2)

(1) Edad 15: alumnos de 14 y 15 años, 16 y más: alumnos de 16, 17 y 18 años (2) país de nacimiento del padre o de la madre (3) nivel educativo más alto alcanzado por los padres: **Obligatorio:** Sin estudios o estudios primarios sin terminar, estudios primarios terminados, Certificado escolar o graduado. **Superiores:** Formación Profesional o Bachillerato Superior y Estudios universitarios. **(ICI):** Intervalo de confianza inferior al 95% **(ICS):** Intervalo de confianza superior al 95%.

4.12. ACCIDENTES

El 13,9% de los jóvenes entrevistados había tenido en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los chicos que en las chicas. Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente fue en su casa o edificio (30,5%), el centro deportivo (23,7%), y en la calle zona recreativa o parque (13%). En las chicas, los accidentes se originaron fundamentalmente en casa (35,4%) seguido del centro deportivo (15,2%), y de la calle, en una zona recreativa o en un parque (14,1%).

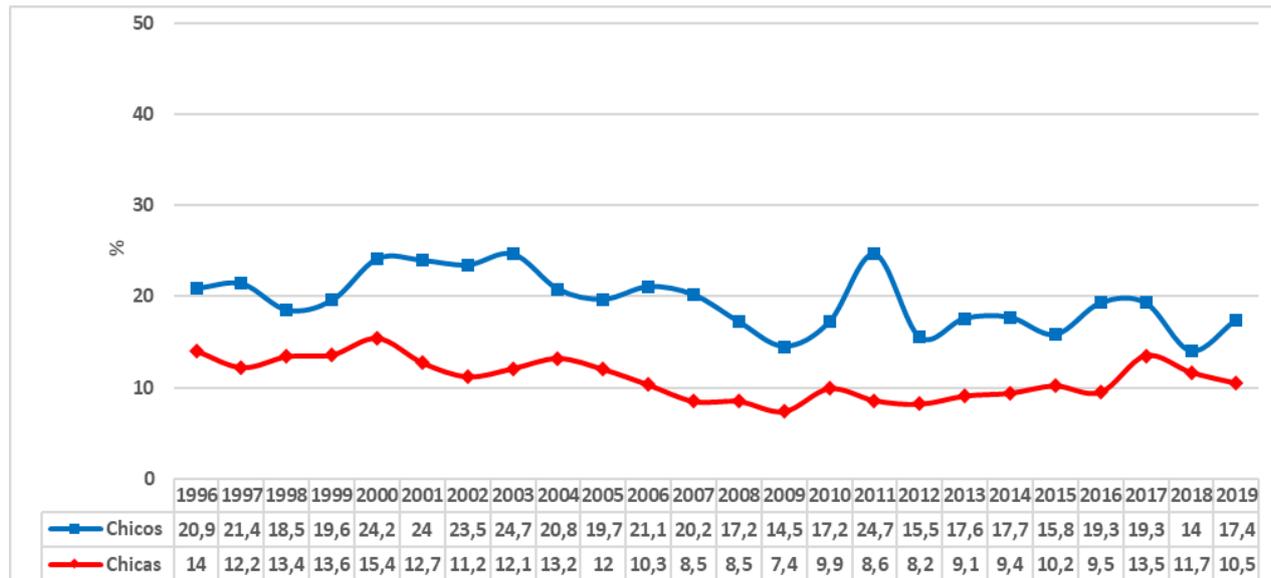
La serie de accidentes desde 1996 a 2019, en chicos disminuye la prevalencia de accidentes el PCA es de -1,30% (p<0,05) y en chicas el PCA de este periodo es ligeramente descendente -1,5% (P<0,05) (Figura 26).

Tabla 38. Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo y edad: %, (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
Algún accidente en los últimos 12 meses	13,9 (12,4-15,5)	17,4 (15,1-19,9)	10,5 (8,7-12,6)	13,8 (11,7-16,3)	13,9 (12-16,2)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 26. Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.13. SEGURIDAD VIAL

En los usuarios de coches, el 15% de los jóvenes entrevistados no utilizó “siempre” el cinturón de seguridad al viajar por ciudad. Este porcentaje fue del 10,3% en la circulación por carretera.

En los usuarios de moto la no utilización del casco fue muy alta, el 38,2% refirió “no ponérselo siempre”.

En los que usan la bicicleta, la utilización del casco continuó siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 77,9% de los jóvenes señaló “no utilizarlo siempre” (tabla 39).

Globalmente, la situación sobre hábitos relacionados con la seguridad vial empezó a mejorar de forma notable en torno a 2004 y se mantiene en la actualidad.

El análisis específico de la tendencia de las series de cada uno de estos indicadores muestra que la no utilización del cinturón de seguridad por ciudad en hombres y mujeres mejora de forma importante desde 2004 (45,0% y 39,4%) a 2008 (18,9% y 18,2%), PCA -22% en hombres y en mujeres de 2007 a 2019 -19,9% ($p < 0,05$). Desde 2009 a 2019 el descenso es más lento, pero significativo en hombres PCA=-1,4%, $p < 0,05$ y en mujeres de 2007 a 2019 PCA -3,6% ($p < 0,05$) (figura 27).

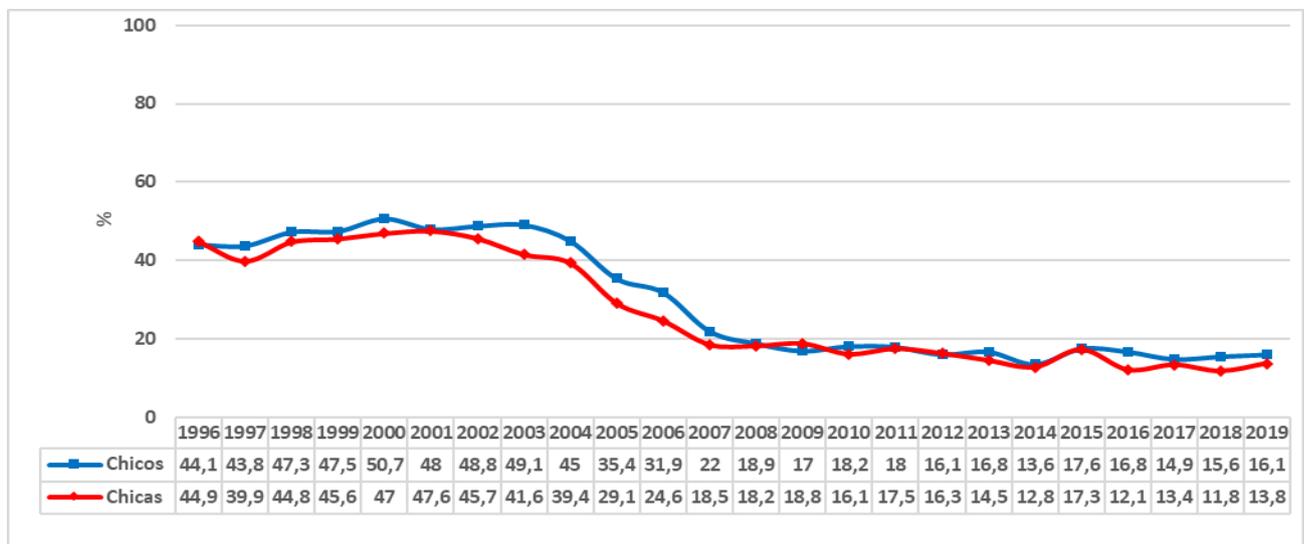
Una situación similar se reproduce si analizamos la serie de no utilización de cinturón por carretera (figura 28).

La no utilización de casco en moto por carretera tiene una curva similar a las descritas previamente con un descenso importante en hombres desde 2003 a 2007 (PCA = -12,2%, $p < 0,05$) y en mujeres de 2003 a 2009, PCA = -11,2%, NS. A partir del 2007, y hasta 2019 en hombres cambia la tendencia y aumenta (PCA= +1,2%, $p < 0,05$). En mujeres se produce un empeoramiento del indicador en cuanto a su ascenso de 2009 a 2013 (PCA +7,3%, $p < 0,05$) y desciende desde 2013 a 2019 (PAC -5,7%, $P < 0,05$). De forma global en hombres mejora un PPCA de -2,8 %, $p < 0,05$ y en mujeres PPCA de -4,5%, $p < 0,05$ (Figuras 27-29).

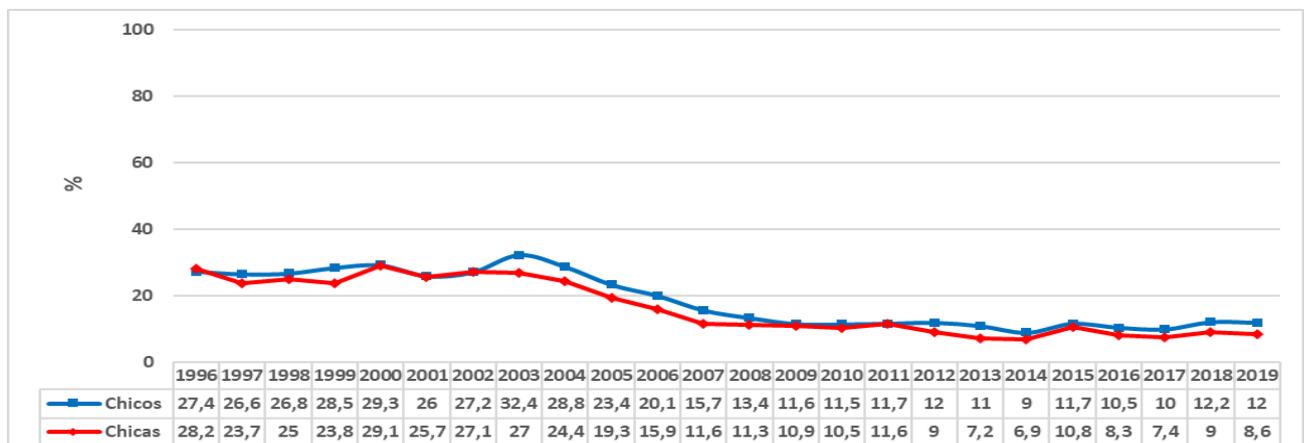
Tabla 39. Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según sexo y edad: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

	TOTAL	Sexo		Edad(años)	
		Hombre	Mujer	15	16 y mas
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	15,0 (13,4-16,7)	16,1 (13,9-18,6)	13,8 (11,7-16,2)	13,8 (11,6-16,3)	15,9 (13,8-18,3)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	10,3 (9-11,7)	12,0 (10-14,2)	8,6 (7-10,5)	9,1 (7,3-11,2)	11,2 (9,4-13,3)
No utilización del casco en moto	38,2 (34,2-42,4)	41,2 (35,7-46,9)	34,6 (28,8-40,8)	33,3 (27,4-39,9)	41,5 (36,2-46,9)
No utilización del casco en bicicleta	77,9 (75,6-80,1)	76,6 (73,4-79,6)	79,5 (76-82,5)	75,0 (71,3-78,3)	80,4 (77,3-83,2)

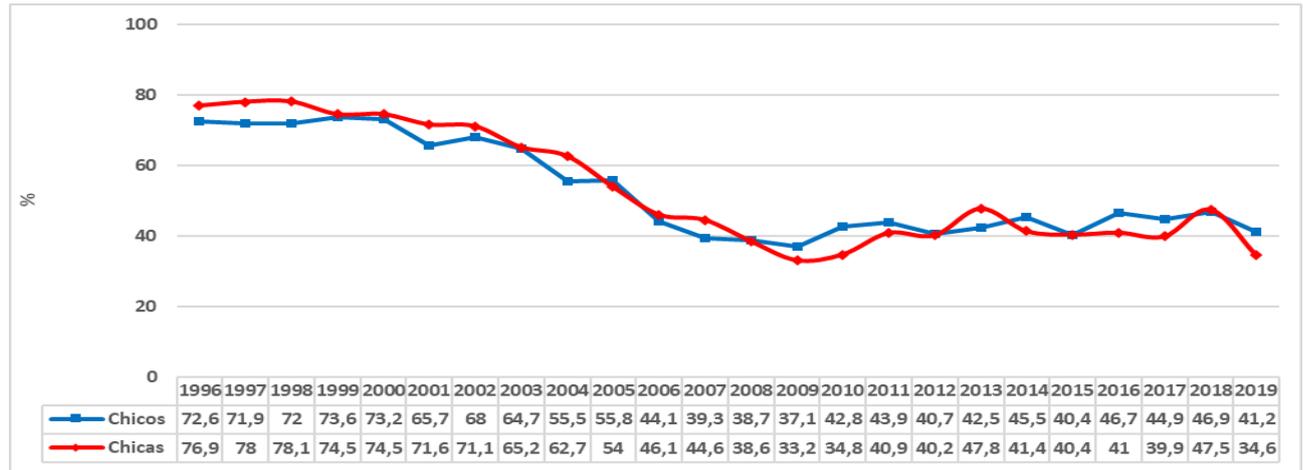
1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 27. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 28. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 29. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.

(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

4.14. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

Se analizan los porcentajes, en los cuales los/las jóvenes no han recibido formación desde el punto de vista de la educación para la salud, en el curso actual o en los 2 últimos cursos, en clases o reuniones en el colegio.

Para todos los temas tratados el déficit de formación fue igual o superior al 25%; el porcentaje mayor fue en formación en VIH/SIDA con un 60,1% y el menor para violencia de género 25%. En temas como sexualidad y violencia de género se obtuvieron porcentajes de falta de información del 34% y 25% respectivamente (Tabla 40).

En cuanto a la evolución de toda la serie se observa una clara mejoría en tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal; en accidentes la mejoría es notable aunque se mantiene en porcentajes superiores al 50%; la formación en métodos anticonceptivos y en ITS muestra un déficit a lo largo de toda la serie con una leve mejoría; por el contrario la evolución en información recibida sobre para VIH/SIDA claramente empeora (Figura 30).

El análisis de la serie 1996/2019, utilizando como indicador el porcentaje promedio de cambio anual, que permite comparar el % promedio del cambio anual que se produce cada año para periodos de tiempo iguales¹¹, evidencia que las mayores mejoras se han producido en la formación sobre tabaco, PCA de -5%, $p < 0,05$; las drogas PCA de -4,2%, $p < 0,05$; el consumo de alcohol: -4%, $p < 0,05$ y los accidentes PCA -1,4%, $p < 0,05$. Le siguen las infecciones de transmisión sexual (ITS) con un PCA de -1%, $p < 0,05$, con un 38,9% de los chicos/as de 15 y 16 años que no han recibido información en el curso actual o los dos últimos cursos escolares, en 2019. Un hecho similar sucede con la formación en anticonceptivos con un PCA de -0,4% no significativo, con un 36,6% de los alumnos/as no habían recibido educación para la salud en este tema en los últimos 2 años, en 2019. En el caso del VIH/SIDA ha empeorado, PCA de +1,2% $p < 0,05$, con un 60,1% no ha recibido información sobre prevención e importancia de esta enfermedad en 2019. Hay que profundizar y analizar los contenidos reales de EPS preventivos, así como su adecuación a las directrices de las agencias internacionales en materia de salud pública (Figura 31).

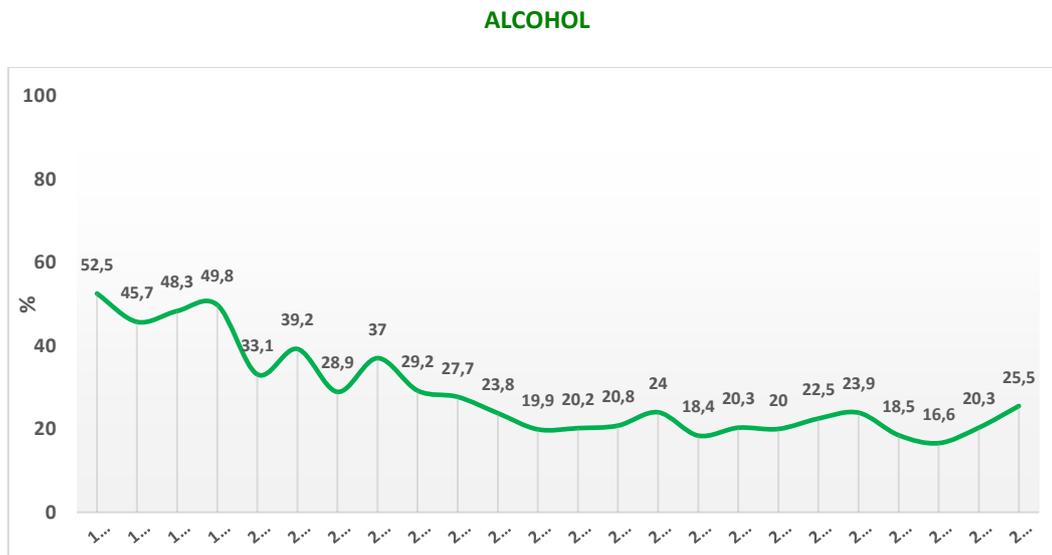
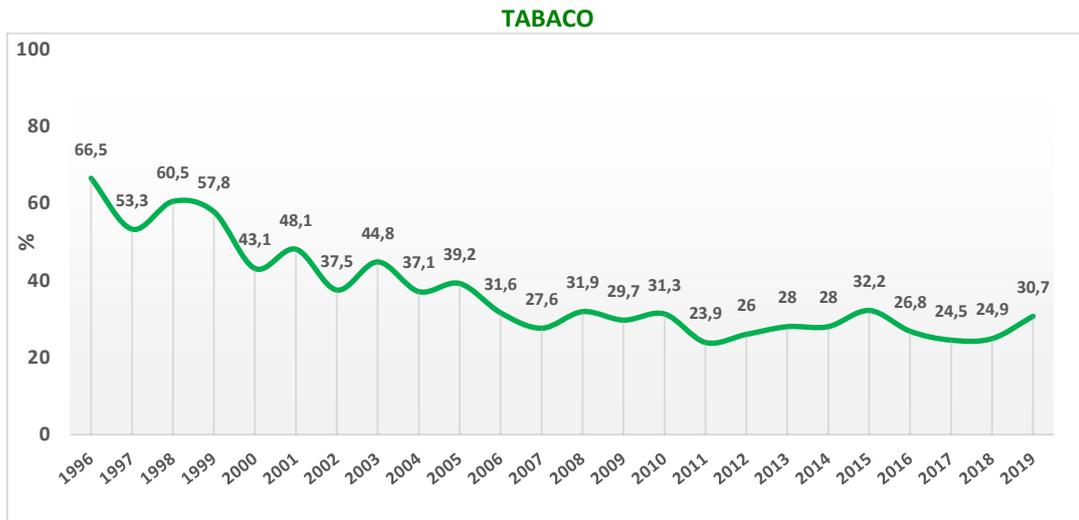
Tabla 40. Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%). Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid 2019.

Tabaco	30,7(28,7-32,8)
Alcohol	25,5(23,6-27,5)
Drogas de comercio ilegal	25,2(23,3-27,2)
Métodos anticonceptivos	36,6(34,5-38,8)
VIH/SIDA	60,1(57,9-62,3)
ITS	38,9(36,7-41,1)
Accidentes	53,1(50,9-55,4)
Sexualidad	34,0(31,9-36,1)
Violencia de género	25,0(23,1-26,9)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

(1). En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 30. Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 1996-2019.



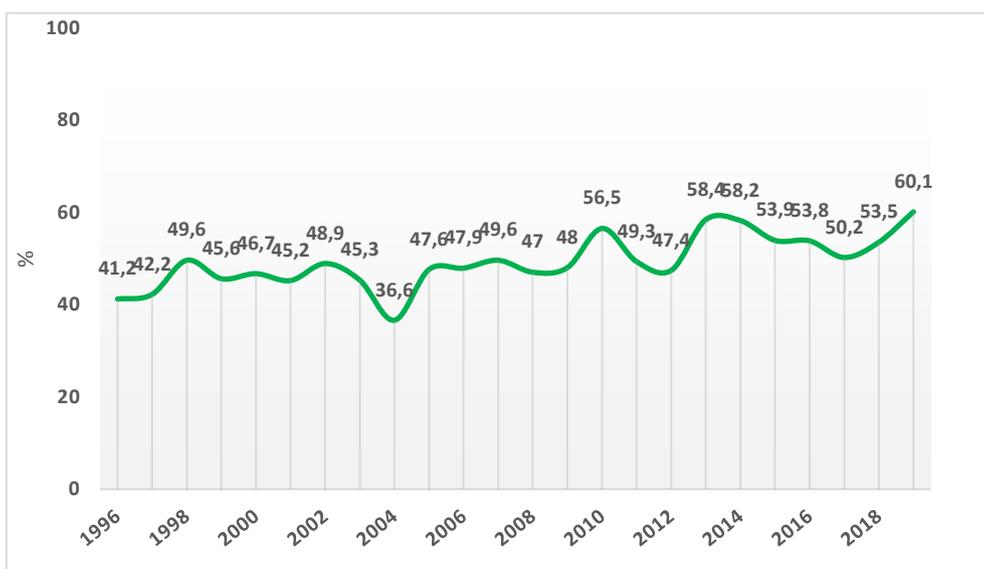
DROGAS DE COMERCIO ILEGAL



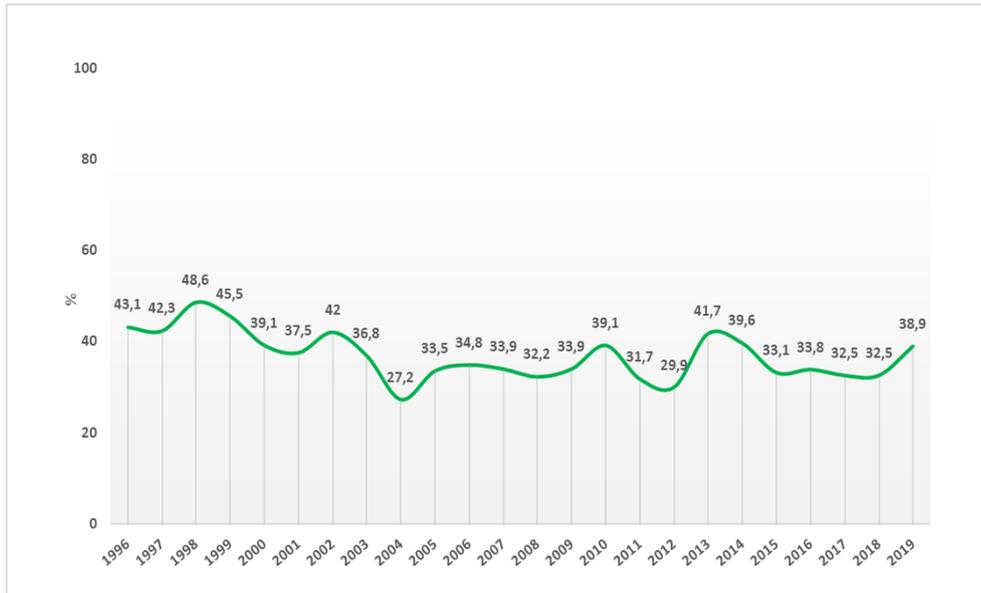
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



VIH/SIDA



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



ACCIDENTES



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

Figura 31.1 Diferencia en % 2019/1996 y análisis de series temporales – Jointpoint 1996/2019: Porcentaje promedio cambio anual (1) Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares.

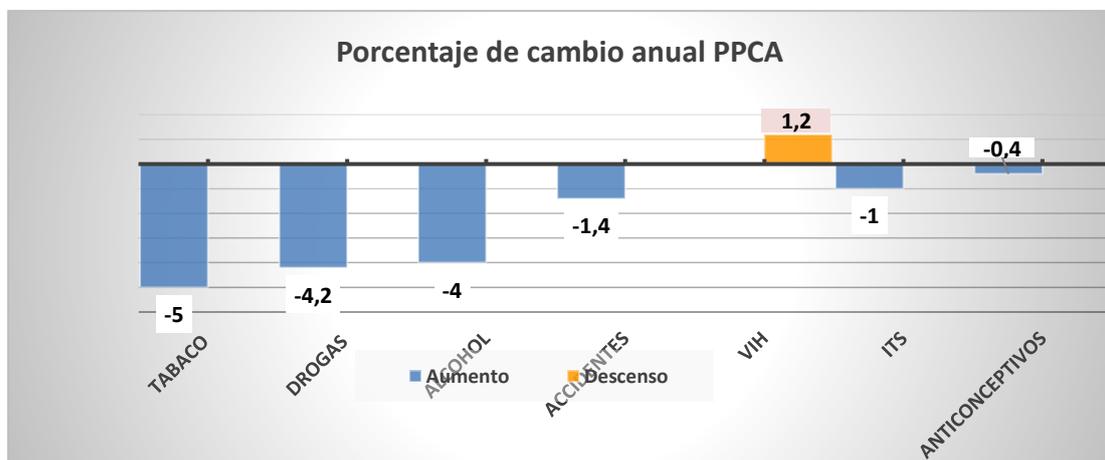
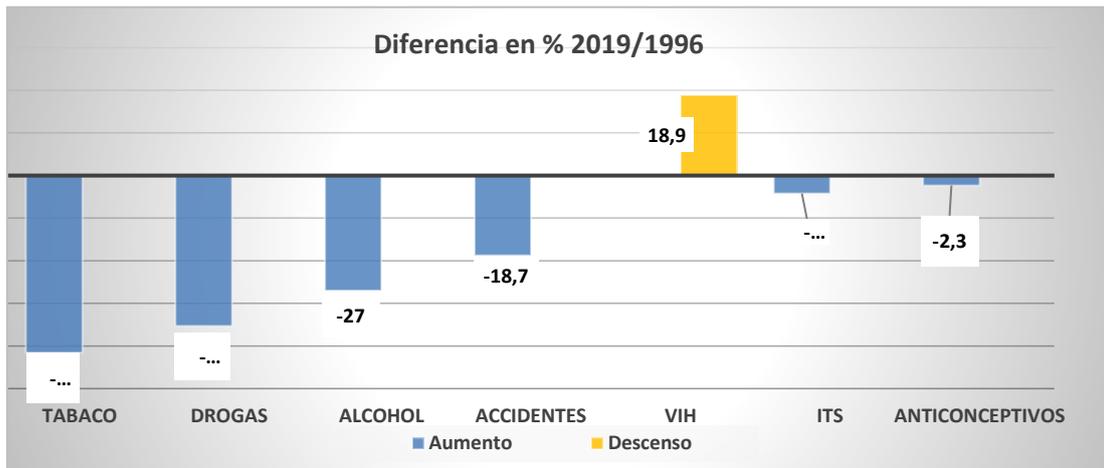


Figura 31.2 Aumento: mejoría en el % de información (resultado negativo) y disminución: menor porcentaje de información recibida, empeora el indicador (resultado positivo).



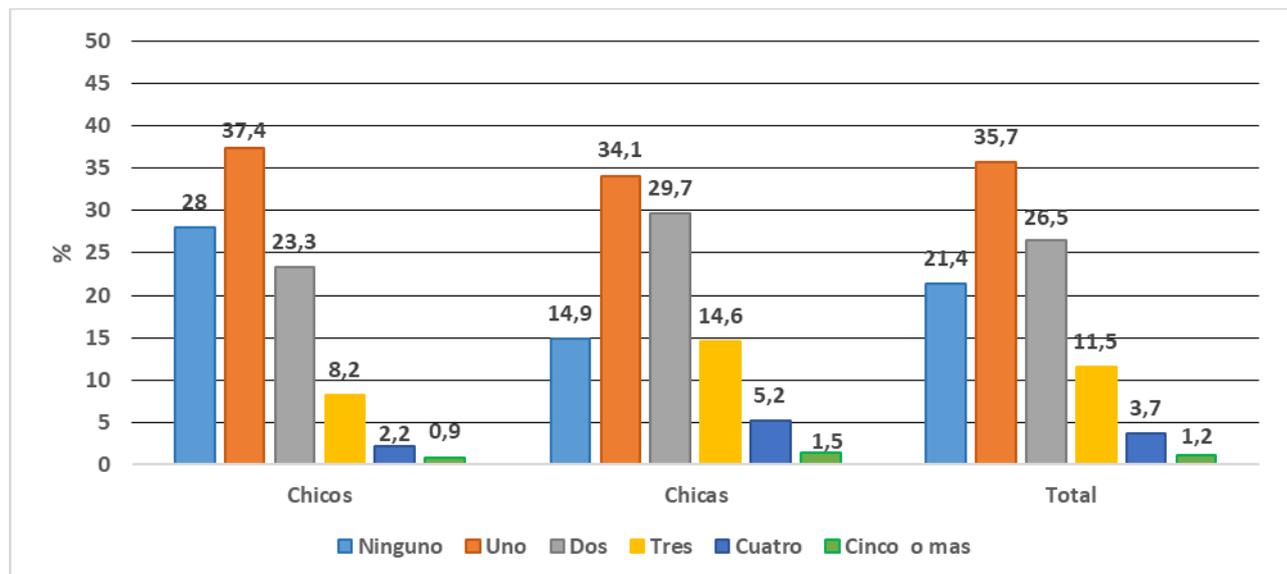
⁽¹⁾Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0. A partir de Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009; 28(29): 3670-82.

4.15. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con objeto de conocer el grado de agrupación de factores se han considerado siete indicadores que representan los hábitos de vida con mayor impacto sobre la salud de los jóvenes en la actualidad: no realizar tres o más días a la semana ejercicio físico intenso (sedentarismo); consumir menos de tres veces al día fruta o verdura junto al consumo de dos o más de productos cárnicos a día; consumir tabaco al menos con una frecuencia semanal; consumo de alcohol de riesgo (promedio diario de 50 cc o más de alcohol en los chicos y de 30 cc o más en las chicas); realizar algún consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses; percepción de salud mala o muy mala y salud mental “disconfort psicológico” (GHQ \geq 3).

El 78,6 % del total de jóvenes presentó algún factor de riesgo (uno o más). El 35,7% un factor de riesgo, el 26,7% dos, el 11,5% tres, el 3,7% cuatro y el 1,2% cinco o más. La agregación de estos comportamientos por sexo y totales se muestra en la figura 32.

Figura 32. Agrupación de factores de riesgo*. Población escolarizada en 4º de ESO (1). Comunidad de Madrid, 2019.



(1) En los resultados referidos al total y por sexo, se utiliza el total de la población encuestada: Población escolarizada de 4º de ESO (ver apartado 3.4 de metodología).

* Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; percepción de salud mala o muy mala, salud mental “disconfort psicológico” GHQ \geq 3.

4.16. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

Como ya se ha mencionado, el PPCA ¹¹ es una medida resumida de la tendencia en un intervalo fijo pre especificado. Nos permite usar un solo número para describir las PCA promedio durante un período de varios años. Es válido, incluso, si el modelo de punto de unión (joinpoint) ⁸⁻¹¹ indica que hubo cambios en las tendencias durante esos años. Se calcula como un promedio ponderado de las PCA del modelo de punto de unión, con los pesos iguales a la longitud del intervalo del PCA.

En las Tablas 41 y 42 se recogen para cada indicador el PPCA, con su nivel de significación independientemente que el indicador tuviese en la serie analizada “joinpoint” o no. En el caso de que en la serie se produzcan cambios de tendencia “joinpoint >0”, se expone el porcentaje de cambio anual (PCA), del último periodo de tiempo significativo para cada indicador.

Tabla 41. % promedio de cambio anual (PPCA) (1) ordenado de peor evolución la serie (rojo) a mejor evolución en la serie 1996-2018 por indicadores – Hombres. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

Área Temática	Indicador	%Promedio de Cambio Anual(PPCA)	Valor p toda la serie	último JP significativo
DIETAS	Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	3,4	p=<0,05	0
EJERCICIO	No actividad física intensa 3 o mas días en semana	1,8	p=<0,05	2013-209;PCA=9;p=<0,05
NUTRICION	Consumo < de 3 raciones de leche y derivados al día	1,5	p=<0,05	2009-2019;PCA=3,5;p=<0,05
NUTRICION	Sobrepeso y Obesidad	1,2	p=<0,05	0
NUTRICION	Consumo<2 raciones fruta al día	0,9	0,2	2009-2014;PCA=3,8;p=<0,05
NUTRICION	Consumo <1 ración verdura al día	0,9	p=<0,05	0
VIOLENCIA	Violencia físicay0 sexual	0,5	0,9	0
NUTRICION	Consumo>=de 2 raciones productos cárnicos/día	-0,9	p=<0,05	0
ACCIDENTES	Accidentes en los últimos 12 meses	-1,3	p=<0,05	0
ALCOHOL	Borrachera en los últimos 12 meses	-1,7	p=<0,05	0
S.VIAL	No uso de casco en moto	-2,1	p=<0,05	2007-2019;PCA=1,2;p=<0,05
NUTRICION	Consumo >= 2 raciones bollería al día	-2,5	0,1	1996-2008;PCA=-10,5;p=<0,05
ALCOHOL	Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-2,8	p=<0,05	0
S.VIAL	No uso de cinturón de seguridad por carretera	-3,8	p=<0,05	2004-2009;PCA=-17,4;p=<0,05
S.VIAL	No utilización de cinturón de seguridad por ciudad	-4,6	p=<0,05	2008-2019;PCA=-1,4;p=<0,05
NUTRICION	Ingesta de bebidas Industriales >=5 días en semana	-6,1	p=<0,05	0
TABACO	Consumo de tabaco de forma diaria	-6,5	p=<0,05	0
S.VIAL	Viajar en vehículo con conductor bajo efectos del alcohol en últimos 30 días	-7,7	p=<0,05	2017-2019;PCA=-54,9;p=<0,05
TABACO	Permiso de los padres para fumar	-8,1	p=<0,05	0
ALCOHOL	Consumo de alcohol de riesgo	-9,3	p=<0,05	0

(1) Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0. A partir de Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82.

(2) Ultimo JP significativo: se refiere al último periodo joinpoint significativo, cuando la serie tiene más de 1 joinpoint, se informa de los años que incluye el último periodo de la serie estadísticamente significativo de la serie, PCA (porcentaje de cambio anual de ese periodo) y valor de p del mismo periodo. Cuando el valor es 0 el valor del PPCA – porcentaje promedio de cambio anual es igual al valor de PCA - porcentaje de cambio anual, ya que en la serie no se generan joinpoint.

Tabla 42. % promedio de cambio anual (PPCA) (1) ordenado de peor evolución la serie (rojo) a mejor evolución en la serie 1996-2018 por indicadores – Mujeres. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid 2019.

Área Temática	Indicador	% Promedio de cambio Anual(1) (PPCA)	Valor P toda la serie	último JP significativo(2)
NUTRICION	Sobrepeso y Obesidad	5	p<=0,05	0
NUTRICION	Consumo<2 raciones fruta al día	1	0,2	2009-2014;PCA=4,7;p<=0,05
NUTRICION	Consumo <1 ración verdura al día	1	p<=0,05	0
EJERCICIO	No actividad física intensa 3 o mas días en semana	0,8	0,5	1996-2008;PCA=1,6;p>=0,05
NUTRICION	Consumo < de 3 raciones de leche y derivados al día	0,7	0,4	2000-2005;PCA=3,9;p<=0,05
NUTRICION	Consumo>=de 2 raciones productos cárnicos/día	-0,6	0,2	2012-2019;PCA=0,8;p<=0,05
ACCIDENTES	Accidentes en los últimos 12 meses	-1	0,2	2011-2019;PCA=4,5;p<=0,05
ALCOHOL	Borrachera en los últimos 12 meses	-1,1	p<=0,05	0
DIETAS	Realización de dietas para adelgazar en los últimos12 meses	-1,3	p<=0,05	0
ALCOHOL	Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-1,4	p<=0,05	0
NUTRICION	Consumo >= 2 raciones bollería al día	-1,6	p<=0,05	0
S.VIAL	No uso de casco en moto	-3,1	0,4	2003-2009;PCA=-11,2;p<=0,05
VIOLENCIA	Violencia físicay/0 sexual	-3,3	p<=0,05	0
ALCOHOL	Consumo de alcohol de riesgo	-4,7	p<=0,05	0
S.VIAL	No uso de cinturón de seguridad por carretera	-5,1	p<=0,05	2007-2019;PCA=-3,1;p<=0,05
S.VIAL	No utilización de cinturón de seguridad por ciudad	-5,3	p<=0,05	2007-2019;PCA=-3,6;p<=0,05
S.VIAL	Viajar en vehículo con conductor bajo efectos del alcohol en últimos 30 días	-7	p<=0,05	2017-2019;PCA=-54,9;p<=0,05
NUTRICION	Ingesta de bebidas Industriales >=5 días en semana	-7,4	p<=0,05	2017-2019;PCA=-14,8;p<=0,05
TABACO	Consumo de tabaco de forma diaria	-7,2	p<=0,05	0
TABACO	Permiso de los padres para fumar	-8,6	p<=0,05	0

(1)Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0. A partir de Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82.

(2) Ultimo JP significativo: se refiere al último periodo joinpoint significativo, cuando la serie tiene más de 1 joinpoint, se informa de los años que incluye el último periodo de la serie estadísticamente significativo de la serie, PCA (porcentaje de cambio anual de ese periodo) y valor de p del mismo periodo. Cuando el valor es 0 el valor del PPCA – porcentaje promedio de cambio anual es igual al valor de PCA - porcentaje de cambio anual, ya que en la serie no se generan joinpoint.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Salud de los adolescentes. WHO. http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/ (accessed 14 July 2020).
2. Strong JP, Malcom GT, McMahan CA, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults: implications for prevention from the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *JAMA* 1999; 281: 727–735.
3. Nicklas TA, Duvillard SP von, Berenson GS. Tracking of Serum Lipids and Lipoproteins from Childhood to Dyslipidemia in Adults: The Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23: 39–43.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la Asociación Médica Americana para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Dirección General de salud Pública. Servicio de Informes de Salud y Estudios CM. Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/informe-estado-salud-poblacion> (accessed 6 July 2020).
6. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. No 1. Volumen 22 Enero 2016. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020127.pdf> (accessed 13 July 2020).
7. Dirección General de salud Pública. Servicio de Epidemiología. Informes SIVFRENT Juvenil 1996-2018. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad> (Accessed 10 July 2020).
8. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
9. NIH. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018 <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
10. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" *Statistics in Medicine* 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).
11. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009; 28(29): 3670-82.
12. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
13. Lundin A, Åhs J, Åsbring N, Kosidou K, Dal H, Tinghög P, Saboonchi F, Dalman C. Discriminant validity of the 12-item version of the general health questionnaire in a Swedish case-control study. *Nord J Psychiatry*. 2017 Apr; 71(3):171-179.
14. Baksheev GN, Robinson J, Cosgrave EM, Baker K, Yung AR. Validity of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) in detecting depressive and anxiety disorders among high school students. *Psychiatry Res*. 2011 May 15;187(1-2):291-6.
15. Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36(4):550-557.
16. Sweeting H, Young R, West P. GHQ increases among Scottish 15 year olds 1987-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(7):579-586.

17. French DJ, Tait RJ. Measurement invariance in the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(1):1-7.
18. Tait RJ, French DJ, Hulse GK. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37(3):374-381.
19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240.
20. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. *Gac Sanit* 2001; 15:490-497.
21. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 2010.
22. O'Leary KD, Slep AM. Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. *Prev Sci* 2012; 13(4): 329-39.
23. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001439.
24. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S4, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health* 2014; 54(1): 3-13.
25. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science* 2013; 340: 1527.

Informe elaborado por:

Virginia del Pino y Jenaro Astray

Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2019.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2019.

INDICE

1. RESUMEN	76
2. INTRODUCCIÓN	78
3. METODOLOGÍA	79
4. RESULTADOS	81
4.1. Percepción de salud	81
4.2. Actividad física	83
4.3. Alimentación	86
4.4. Dietas	91
4.5. Antropometría	93
4.6. Consumo de tabaco	96
4.7. Consumo de alcohol	100
4.8. Prácticas preventivas	103
4.9. Accidentes	109
4.10. Violencia contra la mujer	110
4.11. Acoso Laboral	112
4.12. Salud Mental	114
4.13. Agregación de factores	120
5. BIBLIOGRAFÍA	122

1. RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua, desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra Región. En la actualidad, consta de tres subsistemas, el dirigido a la población juvenil SIVFRENT-J, el dirigido a la población adulta SIVFRENT-A y el dirigido a mayores SIVFRENT-M. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2019 y su evolución desde 1995.

Metodología: el SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. En 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja; en 2019 se incluye un grupo de preguntas sobre acoso laboral y el cuestionario PHQ-8 de desórdenes depresivos.

Resultados: El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados en la evaluación del estado de salud de la población. De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) es del 76,1%, menor en mujeres (72,6%) que en hombres (79,7%) y esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, el nivel educativo más bajo, estar parado/a, y pertenecer a una clase social media o baja. Las mujeres nacidas en otros países tienen una percepción de salud buena o muy buena del 63,8% frente a las mujeres nacidas en España, 75,6%. Cuando comparamos el indicador de percepción de salud bueno o muy bueno en estas mujeres con los hombres nacidos en otros países vemos que existen 9,1 puntos porcentuales de diferencia entre ambos colectivos (tabla 2).

Un 46,4% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 65,8% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre, 59,1% en hombres y del 72% en mujeres (tabla 3).

El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y bajo consumo de verdura y alta de productos cárnicos (tablas 8 y 9); más del 37,6% de la población no ingirió fruta diariamente, proporción que se incrementó al 39,4% en los jóvenes de 18 a 29 años.

En inactividad física en tiempo libre en mujeres, desde 2012 a 2015, mejoraba en un -7,39%, de media anual pero en los cuatro últimos años se produce un cambio en la tendencia estancándose este indicador en mujeres +1,24%.

Se observa una reducción de la inactividad física en el tiempo libre en el periodo 2012/2017 en hombres (mejora de un -5,39% anual) que vuelve a un aumento de 2017 a 2019 de +2,13% (NS).

Con todo es necesario recordar que un 59,1% de los hombres y un 72,0% de las mujeres son sedentarias en el tiempo libre. Esta gran diferencia por sexos se ha mantenido durante toda la serie.

Un balance energético positivo (se ingiere más energía de la que se gasta) conduce al aumento del peso corporal por la acumulación de tejido adiposo, lo que, eventualmente, puede desembocar en la aparición de sobrepeso u obesidad. En la población de la Comunidad de Madrid se observó en 2019 que el 45,6% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, tanto para hombres como para mujeres aumentando el exceso de peso en hombres (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) de un 43,7% en 1995 a 54,9% en 2018 ($p < 0,05$) y en mujeres de 26,9% en 1995 a 36,6% en 2018 (NS).

Las prevalencias del consumo de tabaco siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Más de una de cada cuatro personas (25%), 26,5% de los hombres y 23,6% de las mujeres fueron fumadoras habituales en 2019 (figura 11).

Aunque la mejoría en las tendencias de los indicadores de tabaquismo es evidente, el descenso¹ considerando toda la serie, en fumadores habituales es del 40,4% en hombres y del 35,1% en mujeres, se observa desde 2015 un estancamiento de este indicador tanto en hombres como en mujeres que debe ser vigilado en años venideros.

Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 o más cigarrillos (76,1% en hombres y 74,3% en mujeres). En concreto, en el periodo 1995/1996-2018/2019, la proporción de abandono del consumo experimentó una mejora del 59% en hombres y de un 116% en las mujeres respecto de los dos primeros años de la serie.

El consumo "habitual de alcohol", en hombres, se ha situado de forma general en toda la serie por encima del 60%, unos 20 puntos porcentuales más alto que en las mujeres, sin embargo en éstas se aprecia en los últimos años un progresivo aumento del consumo habitual de alcohol (tabla 16).

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 54,1%, desde el inicio de la serie y en mujeres hay un aumento del 23,1%. El porcentaje de cambio anual en hombres fue de +14,93% ($p < 0,05$) y en mujeres se observó una variación anual con un PCA de 0,7% (NS).

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió de forma significativa, con un porcentaje de cambio anual del -1,28%, en hombres y permanece estable en mujeres. En 2019, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 3,2% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 11,9%. Combinando ambos indicadores, el 13,1% realizó un consumo de alcohol "de riesgo global" (tabla 16).

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol o la realización de citologías y mamografías fue en general muy elevado.

La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia tienen un menor seguimiento, en la población de 50-64 años, el 12,9% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 25,7% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos (tabla 20), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2016/2017, en 2019 el test de sangre oculta muestra un descenso.

La prevalencia de violencia contra la mujer, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas se registró en un 5,2 % durante el último año, similar a las cifras de años anteriores (tabla 24).

La prevalencia de acoso laboral, agresiones físicas/psicológicas/sexuales sistemáticas fue del 12,1%, siendo los ataques psicológicos sistemáticos el 10,2% del total; estas cifras para las mujeres prácticamente duplican a las de los hombres (15,4% vs 8,4%); en el grupo de las personas jubiladas un 28,1% de las mujeres mencionó haber sufrido esta violencia frente al 7,8% de los hombres de este mismo grupo.

La prevalencia de depresión mayor fue de 6,2% con una gran diferencia por sexo siendo superior en mujeres (7%) respecto de los hombres (5,4%) y observándose un claro gradiente socioeconómico (tabla 29).

Por último, la agregación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta. Un 40,9% tenía al menos un factor de riesgo y un 23,2% de los hombres y un 17,1% de las mujeres tenían dos o más factores de riesgo.

Conclusiones: Durante 2019 se consolidaron los cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas.

La prevalencia de personas sedentarias en el tiempo libre y en la actividad laboral es muy elevada.

¹ Descenso: se considera la comparación de los dos últimos años de la serie frente a los 2 primeros.

Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron una mala evolución, destacando el incremento del sobrepeso y obesidad, con una elevada prevalencia de inactividad física y una dieta que debería ser más equilibrada.

Estos hechos deben hacernos reflexionar sobre la necesidad de poner en marcha políticas de salud que tengan en cuenta estos factores de riesgo, facilitando la actividad física en el trabajo y tiempo libre y trabajando los hábitos alimentarios saludables en todas las edades.

Los factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol mostraron una tendencia favorable, aunque todavía con prevalencias muy elevadas que es necesario mejorar, destinando recursos a programas preventivos y de vigilancia, acordes con la importancia que tienen estos factores de riesgo, desde el punto de vista de la salud pública.

Siguen siendo elevadas las cifras la realización de prácticas preventivas y el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, posiblemente gracias a los medios destinados a las campañas preventivas que se han puesto en marcha en los últimos años.

La violencia contra la mujer, tanto física como psicológica además del control ejercido por la pareja o expareja, está presente a nivel poblacional, y de forma notoria en los grupos de edad más joven, aspecto que debe ser vigilado.

El acoso laboral es un grave problema de salud pública no suficientemente estudiado por lo que más análisis y vigilancia son necesarios.

La salud mental es un aspecto básico de la vida no solo por la prevalencia si no por las graves repercusiones tanto en la persona enferma como en su entorno; la depresión y los desórdenes depresivos muestra cifras que deben ser vigiladas así como el gradiente socioeconómico que se detecta, causa de desigualdad en salud.

2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones⁴, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad³.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas.

Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁵⁻⁶.

En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁷, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2019, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁸, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos veinticinco años de estudio.

3. METODOLOGÍA

Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid, se ha establecido un tamaño muestral de 2.003 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema Cibeles (Cibeles es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de Cibeles más reciente de la que se pudo disponer (registros existentes a fecha 1 de enero de 2018). De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.728.985 personas⁹ y el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2019 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.663.394 personas¹⁰.

Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo a 1 de enero de 2019, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral (la estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en Cibeles). Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 18 y 64 años.

La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Como todos los años, cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Técnica de entrevista

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador¹¹.

Selección muestral

Dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. Cuando se produjo negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o no se pudo confirmar que en la unidad contactada hubiera una persona del estrato de interés (discrepancia entre los datos registrados en Cibeles y los comunicados por la unidad contactada), se anotó la incidencia y

se procedió a elegir aleatoriamente a otra persona del mismo estrato, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa.

Cuestionario

Los apartados que han constituido desde 1995 el núcleo central de preguntas son los siguientes:

- Actividad física
- Alimentación
- Antropometría
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Prácticas preventivas
- Accidentes
- Seguridad vial

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

En 2011 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja (violencia de género), dirigido a las mujeres que durante el último año tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con una expareja. Este nuevo módulo se desarrolló para poder vigilar anualmente este importante problema de salud pública.

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013⁸. Desde 2017 se incluye en el informe la percepción de salud de la población.

En los años 2018 y 2019 se incluyen acoso laboral y salud mental PHQ-8 de detección de depresión y estados depresivos.

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones:

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Determinados indicadores se han analizado por determinantes sociales, que se han construido de la siguiente forma:

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la entrevistado/a.
- 2.- Nivel de Estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Se han estructurado en tres categorías: Universitarios: haber finalizado estudios universitarios; Secundarios: haber finalizado bachiller superior o formación profesional equivalente; Primarios o sin estudios: los que no tienen estudios o solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar o graduado escolar.
- 3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro, trabajo no remunerado (amas de casa), jubilación o pensionista y estudiante.
- 4.- Clase social: se utiliza la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) en tres estratos (alta, media, baja).

La tendencia de indicadores seleccionados se analiza desde el año 1996 al año 2019. Se utiliza el programa Joinpoint Trend Analysis Software^{13,14}. Para ello se calcula el porcentaje de cambio anual para cada punto de cambio (PCA) (jointpoint)¹⁵ y el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA)¹⁶ para la serie completa, con el fin de permitir la comparación de los cambios globales entre indicadores utilizando el mismo método, a partir de modelos de regresión de Poisson, y siguiendo el método utilizado por el NIH¹⁶.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 26¹⁷.

Otros aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen, a continuación, en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

4. RESULTADOS

Se han realizado un total de 2003 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas		2003
Sexo (%)		(%)
	Mujeres	51,2
	Hombres	48,8
Edad (%)		
	18-29	20,0
	30-44	37,1
	45-64	42,9
Tasa de respuesta		64,1
Ámbito geográfico (%)		
	Madrid capital	48,6
	Corona metropolitana	41,2
	Resto de municipios	10,2
Nivel de estudios (%)		
	Menos de primarios	0,8
	Primarios	3,8
	Secundarios 1º grado	26,1
	Secundarios 2º grado	39
	Universitarios	30,3

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la evolución desde 1995 hasta 2019.

4.1. PERCEPCION DE SALUD

“El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y habitualmente se incluye en las encuestas de salud. En la serie de encuestas nacionales de salud (desde 1987) se repite la pregunta: *En los últimos doce meses ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?* A pesar de que las medidas de la percepción del estado de salud son subjetivas, se acepta una estrecha relación entre la valoración de la salud y el estado de salud “global” de una persona”².

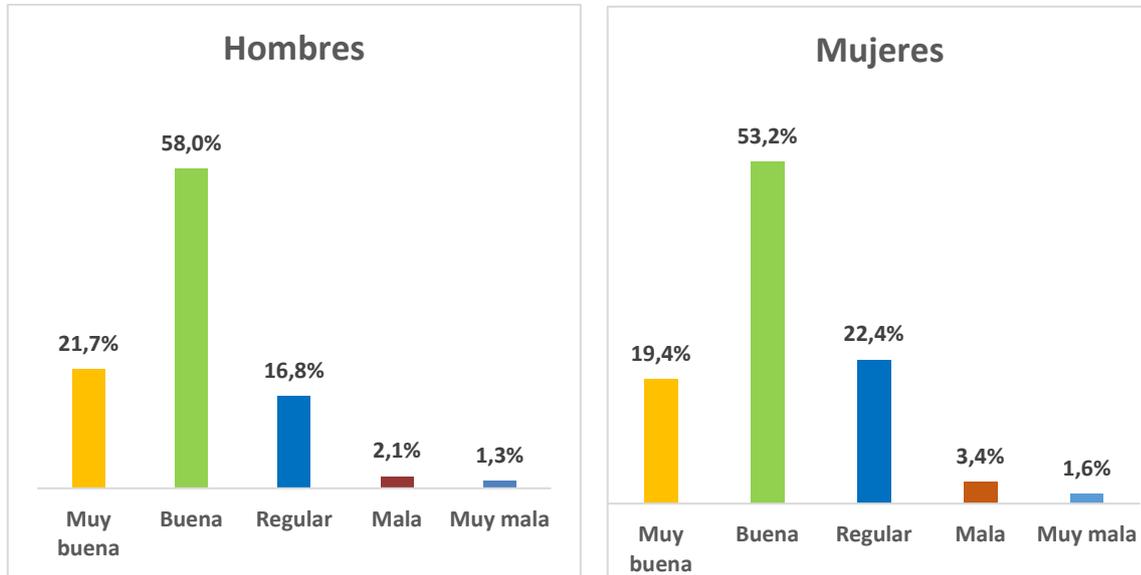
En las figuras 1 y 2 se ofrecen los % para cada una de las 5 categorías de la pregunta por sexo y grupo de edad y en la tabla 2 para sintetizar la información, se ha elaborado el indicador “percepción de salud buena o muy buena”, agrupando estas dos categorías, por sexo, grupo de edad, país de nacimiento, nivel educativo, ocupación y clase social.

La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena es menor en mujeres, 72,6% (69,8-75,2), que en hombres 79,7% (77,1-82,1). La prevalencia de percepción “regular, mala o muy mala” es ligeramente mayor en mujeres 27,4% frente a 20,3% en los hombres.

² Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol* 2003; 13(5):340-342.

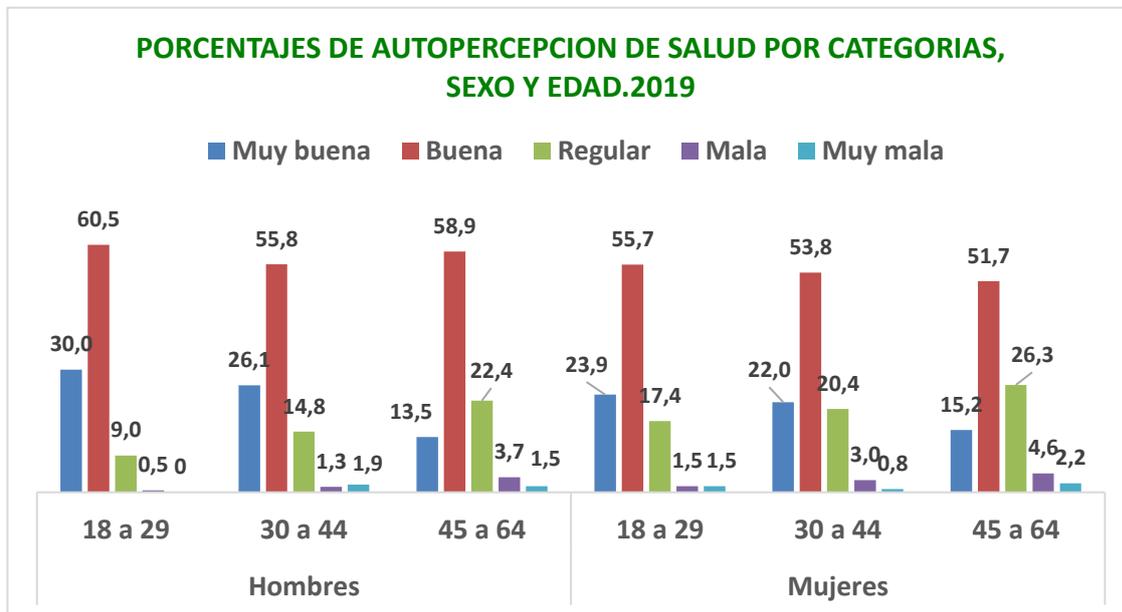
De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena), empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, con estar parado/a, y desciende de forma escalonada desde la clase social alta a la baja. Es importante señalar las diferencias que existen al estudiar este indicador por país de nacimiento, se observan diferencias importantes al comparar la percepción de salud que tienen los nacidos/as en España, frente a los nacidos/as en otros países (tabla 2).

Figura 1. Valoración de la percepción de la propia salud por sexo.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 2. Autopercepción de salud por sexo y grupos de edad.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 2. Percepción de salud “buena y muy buena” por sexo, grupo de edad, país de nacimiento, nivel educativo, ocupación y clase social.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	181	90,5(85,6-93,9)	160	79,6(73,4-84,6)	341	85(81,2-88,2)		
30-44	304	81,9(77,7-85,5)	282	75,8(71,2-79,9)	586	78,9(75,8-81,7)		
45-64	294	72,4(67,8-76,6)	303	66,9(62,4-71,1)	597	69,5(66,3-72,5)		
País Nacimiento								
España	628	81,6(78,7-84,1)	579	75,6(72,4-78,5)	1207	78,6(76,5-80,5)		
Otros países	151	72,9(66,5-78,6)	166	63,8(57,8-69,5)	317	67,9(63,5-72)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	242	75,4(70,4-79,8)	185	62,7(57,1-68)	427	69,3(65,6-72,8)		
Secundarios	285	77,4(72,9-81,4)	291	70,5(65,9-74,7)	576	73,8(70,6-76,7)		
Universitarios	252	87,5(83,2-90,8)	269	84,6(80,2-88,2)	521	86(83-88,5)		
Situación Laboral								
Trabajo	658	82(79,2-84,5)	574	75,6(72,5-78,5)	1232	78,9(76,8-80,9)		
Paro	39	61,9(49,4-73)	53	56,4(46,2-66)	92	58,6(50,7-66)		
Estudiante	56	91,8(81,7-96,6)	48	48(36,1-59,9)	104	83,9(76,3-89,4)		
Trabajo no remunerado*	0	0	53	67,9(56,8-77,4)	53	67,9(56,8-77,4)		
Jubilación/Pensionista	26	51(37,5-64,3)	17	53,1(36,1-69,4)	43	51,8(41,1-62,3)		
Clase social								
Alta	272	84(79,5-87,6)	251	85,1(80,5-88,7)	523	84,5(81,4-87,1)		
Media	162	87,1(81,5-91,2)	211	72(66,6-76,9)	373	77,9(73,9-81,4)		
Baja	312	72,7(68,4-76,7)	251	63,7(58,9-68,3)	563	68,4(65,2-71,5)		
Totales	779	79,7(77,1-82,1)	745	72,6(69,8-75,2)	1524	76,1(74,2-77,9)		

*Ama de casa % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

4.2. ACTIVIDAD FÍSICA

El 46,4% (44,3-48,6) de los entrevistados afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad (tabla 3).

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs (Metabolic Equivalent of Task o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs¹⁸. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 44,3% (42,2-46,4) de los entrevistados/as no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres realizan menos actividad en el tiempo libre que los hombres, por edad los/as más inactivos/as son los que tienen de 45 a 64 años (tabla 3).

Tabla 3. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
No activos/as en actividad habitual/laboral (a)	46,4 (44,3-48,6)	48,4 (44-53,7)	44,5 (41,5-47,6)	48,9 (44-53,7)	46,8 (43,3-50,4)	44,9 (41,7-48,3)
No activos/as en tiempo libre(b)	65,8 (63,7-67,8)	59,1 (56,0-62,2)	72,0 (69,2-74,7)	58,2 (53,2-62,9)	60,4 (56,9-63,9)	73,9 (70,9-76,7)

(a) Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

(b) No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

IC (95%): Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Respecto al tipo de deporte practicado, se observaron diferencias según el sexo que podemos apreciar en la tabla 4. En mujeres la actividad física más frecuentemente practicada fueron las pesas/gimnasia por aparatos, seguida de gimnasia de mantenimiento y footing; en hombres como primero fue pesas/gimnasia por aparatos y en segundo lugar el footing, seguido de bicicleta ligera.

Tabla 4. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

Hombres	%	Mujeres	%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	21	1. Pesas/Gimnasia con aparatos	12,7
2. Footing	16,7	2. Gimnasia de mantenimiento	8,5
3. Bicicleta ligera	10,7	3. Footing	7,2
4. Bicicleta intensa	8,8	4. Bailar/bailes de salón	6,1
5. Fútbol	8,5	5. Natación ligera	4,3

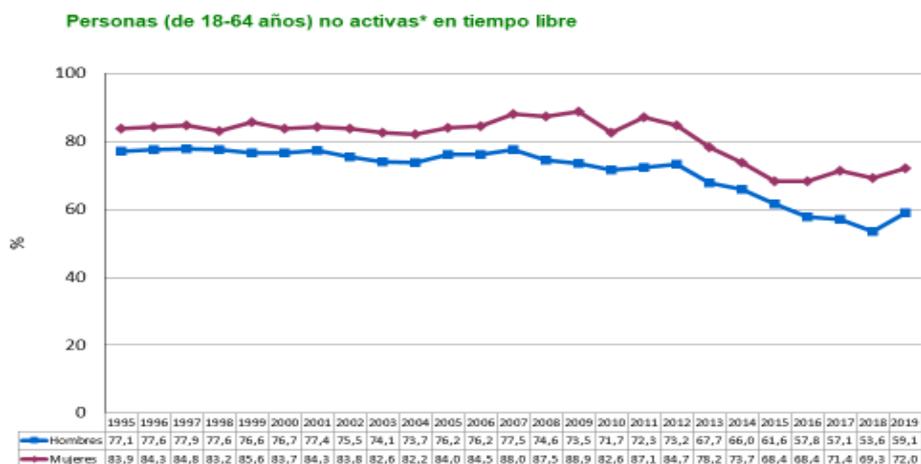
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la figura 3 podemos apreciar la evolución de estos indicadores de sedentarismos en la actividad habitual y tiempo libre desde 1995 a 2019. El sedentarismo durante la actividad habitual/laboral, en hombres ha aumentado ligeramente desde 1995 a 2012, con un porcentaje de cambio anual PCA de +1,08% ($p < 0,05$); hay que observar en 2015 a 2019 el PCA es de 3,3% (NS). En mujeres muestra una tendencia ligeramente ascendente, destacando dos periodos el primero, desde 1995 a 2003 con un PCA de +3,52% ($p < 0,05$) y desde 2003 a 2019 prácticamente permanece estable con un PCA +0,35% (NS); en toda la serie el PPCA fue de 1,4% ($p < 0,05$).

La proporción de personas no activas en tiempo libre, en las mujeres entre 2012 a 2015 se observa una mejora de forma importante con un PCA de -7,4% ($p < 0,05$), produciéndose un cambio de esta tendencia en 2015 a 2019, empeorando este indicador hasta el momento actual que pasa en lugar de descender a simplemente mantenerse PCA 1,2%.

En hombres se evidencia una disminución de la inactividad física en tiempo libre de 2012 a 2017 con un PCA de -5,39% ($P < 0,05$) y, un aumento de 2,13% (NS) de 2017 a 2019; se vió un PPCA para toda la serie de 1,3% ($P < 0,05$).

Figura 3. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.



* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 5. Sedentarismo en actividad habitual/laboral por variables sociodemográficas por sexo y totales. Comunidad de Madrid. 2019.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	92	46(39,3-52,9)	104	51,7(44,8-58,6)	196	48,9(44-53,7)
30-44	179	48,2(43,3-53,3)	169	45,4(40,4-50,5)	348	46,8(43,3-50,4)
45-64	202	49,9(45-54,7)	26	40,8(36,4-45,4)	386	45,1(41,8-48,4)
País Nacimiento						
España	403	52,4(48,9-55,9)	394	51,5(48-55)	797	52(49,5-54,4)
Otros países	70	33,8(27,7-40,5)	63	24,3(19,5-29,9)	133	28,5(24,6-32,8)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	101	31,6(26,7-36,8)	78	26,6(21,9-32)	179	29,2(25,7-32,9)
Secundarios	171	46,5(41,4-51,6)	179	43,3(38,6-48,2)	350	44,8(41,4-48,3)
Universitarios	201	69,8(64,2-74,8)	200	62,9(57,4-68)	401	66,2(62,3-69,8)
Situación Laboral						
Trabajo	381	47,5(44,1-50,9)	348	46(42,4-49,5)	729	46,8(44,3-49,2)
Paro	28	44,4(32,7-56,8)	35	37,2(28,1-47,4)	63	40,1(32,8-48)
Estudiante	44	72,1(59,6-81,9)	50	79,4(67,5-87,7)	94	75,8(67,5-82,6)
Trabajo no remunerado*	0	0	11	14,1(8-23,7)	11	14,1(8-23,7)
Jubilación/Pensionista	20	40(27,4-54,1)	20	40,6(25,2-58,1)	33	40,2(30,2-51,2)
Clase social						
Alta	195	60,2(54,8-65,3)	165	55,9(50,2-61,5)	360	58,2(54,2-62)
Media	123	66,1(59-72,6)	202	68,9(63,4-74)	325	67,8(63,5-71,9)
Baja	127	29,7(25,5-34,2)	67	17,1(13,7-21,1)	194	23,7(20,9-26,7)
Totales**	473	48,5(45,4-51,6)	457	44,6(41,6-47,7)	930	46,4(44,3-48,7)

*Ama de casa

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1), Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

El sedentarismo por actividad habitual/laboral (tabla 5), es muy elevado en universitarios/as, 69,8% en hombres y 62,9% en mujeres ($p < 0,05$).

Tabla 6. Sedentarismo en tiempo libre, por variables sociodemográficas por sexo y totales. Comunidad de Madrid. 2019.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	98	51,3(44,2-58,4)	130	64,7(57,8-71)	228	58,2(53,2-62,9)		
30-44	192	52,5(47,3-57,6)	254	68,3(63,4-72,8)	446	60,4(56,9-63,9)		
45-64	279	68,9(64,2-73,2)	355	78,4(74,3-81,9)	634	73,9(70,9-76,7)		
País Nacimiento								
España	445	58,6(55-62)	531	69,3(66-72,5)	976	64(61,5-66,3)		
Otros países	124	61,4(54,5-67,8)	208	80(74,7-84,4)	332	71,9(67,6-75,8)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	216	68,8(63,5-73,7)	245	83,1(78,3-86,9)	461	75,7(72,2-78,9)		
Secundarios	215	59,6(54,5-64,5)	300	72,6(68,1-76,7)	515	66,5(63,2-69,7)		
Universitarios	138	48,1(42,4-53,9)	194	61(55,6-66,2)	332	54,9(50,9-58,8)		
Situación Laboral								
Trabajo	452	53,5(60,4-29,1)	531	66,6(73,1-34,2)	983	60,9(65,7-63,3)		
Paro	50	70,3(89,7-32,3)	79	75,2(90,2-51)	129	76,5(88,3-83,2)		
Estudiante	24	30(55,2-20)	36	44,6(68,8-30)	60	41,1(58,9-50)		
Trabajo no remunerado*	0	0	66	74,8(91,1-84,6)	66	74,8(91,1-84,6)		
Jubilación/Pensionista	43	71,6(92-51,8)	27	67,5(93,4-32,5)	70	74,9(90,7-84,3)		
Clase social								
Alta	162	50,3(44,9-55,7)	181	61,4(55,7-66,7)	343	55,6(51,7-59,5)		
Media	115	62,2(55-68,8)	207	70,6(65,2-75,6)	322	67,4(63-71,4)		
Baja	274	65,6(60,9-69,9)	319	81(76,8-84,5)	593	73(69,9-75,9)		
Totales**	569	59,1(56,0-62,2)	739	72,0(69,2-74,7)	1308	65,8(63,7-67,8)		

*Ama de casa

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1), No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

La prevalencia de indicador de “sedentarismo en tiempo libre” es 65,8%, más elevado en mujeres 72,0% que en los hombres 59,1%, persistiendo esta diferencia en las variables analizadas (tabla 6).

4.3. ALIMENTACIÓN

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registran únicamente los alimentos principales que componen un plato, el patrón de consumo se estima de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que ha consumido el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue 1,1 raciones/día, el 21,4% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,7 raciones diarias. El 9,7% no había realizado ninguna ingesta.

La proporción de personas que en las últimas 24 horas habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 45,8% en hombres y un 39% en mujeres (figura 4).

El 44% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, en las que este consumo se observó en un 47,4% en mujeres, frente al 44,8% en hombres.

En hombres se observa un aumento, que va del año 1999 a 2019 PCA 2,28% ($p < 0,05$), en el porcentaje de los que consumen menos de dos productos de derivados lácteos diarios, si bien se aprecia un ligero descenso en este porcentaje en 2019 respecto del año anterior. En mujeres desde 2003, se produce un aumento de este indicador, PCA de 3,88% ($p < 0,05$) disminuyendo, por tanto, el consumo de lácteos.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,2 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunta de frutas y verduras es de 2,4 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y verduras al día.

Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 7,8% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 55,3 (61,6% de los hombres y 49,3 de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 5) y sólo el 8% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (6,7% de los hombres y 9,3% de las mujeres); además de la mayor frecuencia de consumo en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó a medida que aumentó la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años, el 62,8% no llegó a consumir tres raciones al día.

La prevalencia de consumo de menos de 5 raciones al día, es del 92%, siendo más elevado en los más jóvenes 94%.

En hombres el porcentaje de personas que ingieren menos de 3 raciones de frutas y verduras al día muestra una tendencia de mejora en dos períodos, de 2003 a 2012 $-0,77$ ($p<0,05$) y un segundo período $-4,85\%$ ($P<0,05$) de 2015 a 2019 tras un llamativo empeoramiento de 2012 a 2015 no significativo.

En mujeres el análisis de la tendencia de este mismo indicador muestra en el período 2017-2019 una mejoría con un PCA de $-12,10$ (NS) (figura 5).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,3 raciones/día, donde la carne aportó 0,9 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 82,3%, había consumido algún alimento de este grupo (tabla 7).

Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas más de dos raciones de productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 44,3 % de hombres frente al 32,0% de mujeres (figura 6 y tabla 9).

En indicador de consumo de carne y derivados de dos o más raciones/día en las mujeres muestra durante todo el periodo de estudio, 1995-2019, un descenso con un PCA de $-0,8\%$ ($p<0,05$).

En los hombres también se observa una mejoría de este indicador para el periodo 1995/2019 de $-1,1\%$ (PCA), ($p<0,05$).

Pescado

El 43,9% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 44,2% mujeres y 43,7% los hombres; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 36,7% en los/as más jóvenes a 48,1% en el grupo de 45 a 64 años (tabla 7). La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana).

Tabla 7. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	SEXO		EDAD			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
Leche	78,6 (76,8-80,4)	75,6 (72,9-78,2)	81,5 (79-83,7)	73,6 (69-77,6)	76,7 (73,6-79,6)	82,7 (80-85)
Leche y derivados	90,3 (88,9-91,5)	88,5 (86,4-90,4)	92,0 (90,2-93,5)	87,3 (83,6-90,2)	90,2 (87,8-92,1)	91,9 (89,8-93,5)
Arroz	19,4 (17,8-21,2)	20,5 (18,1-23,1)	18,4 (16,2-20,9)	24,9 (20,9-29,4)	20,5 (17,7-23,5)	15,9 (13,6-18,6)
Pasta	14,9 (13,3-16,4)	16,7 (14,5-19,1)	13,1 (11,1-15,2)	22,9 (19,1-27,3)	14,9 (12,5-17,7)	10,9 (9-13,2)
Verdura	79,5 (77,7-81,2)	76,2 (73,4-78,7)	82,7 (80,3-84,9)	76,3 (71,9-80,2)	78,7 (75,7-81,5)	81,7 (79-84,2)
Fruta fresca	71,0 (69,0-73,0)	65,7 (62,7-68,6)	76,1 (73,4-78,6)	65,6 (60,8-70,1)	67,0 (63,6-70,3)	77,1 (74,2-79,7)
Legumbres	18,4 (16,7-20,1)	19,8 (17,4-22,4)	17,1 (14,9-19,5)	17,5 (14-21,5)	17,6 (15-20,5)	19,4 (16,9-22,2)
Carne	68,4 (66,3-70,4)	71,7 (68,8-74,5)	65,2 (62,2-68,1)	70,5 (65,8-74,9)	72 (68,7-75,1)	64,2 (60,9-67,3)
Carne y derivados	82,3 (80,6-83,9)	84,6 (82,2-86,8)	80,1 (77,6-82,4)	83,3 (79,3-86,6)	84,8 (82-87,2)	79,7 (76,9-82,3)
Huevos	29,0 (27,1-31,0)	28,5 (25,7-31,4)	29,5 (26,8-32,4)	29,7 (25,4-34,3)	28,8 (25,7-32,2)	28,9 (25,9-32)
Pescado	43,9 (41,8-46,1)	43,7 (40,6-46,8)	44,2 (41,1-47,2)	36,7 (32,1-41,5)	41,7 (38,2-45,3)	49,2 (45,9-52,6)
Dulces/Bollería	40,0 (37,9-42,2)	41,5 (38,4-44,6)	38,7 (35,8-41,7)	39,9 (35,2-44,8)	36,5 (33,1-40)	43,2 (39,9-46,5)

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 40% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (tabla 7).

El 7,2% consumieron dos o más raciones al día en los hombres el 8% y en las mujeres el 6,4%.

Este indicador se mantuvo relativamente estable entre 2006 y 2010, registrando desde 2011 una tendencia descendente.

Comparando el final del periodo, 2017/2019, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 1,1% en los hombres y un aumento del 5% en las mujeres (figura 7).

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 1,6 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,35 raciones/día (lo que equivale a unas 2,4 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,3 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,2 raciones a la semana).

Figura 4. Proporción de personas con consumos de < 2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



Figura 5. Proporción de personas con consumos de < 3 raciones de fruta y verdura en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

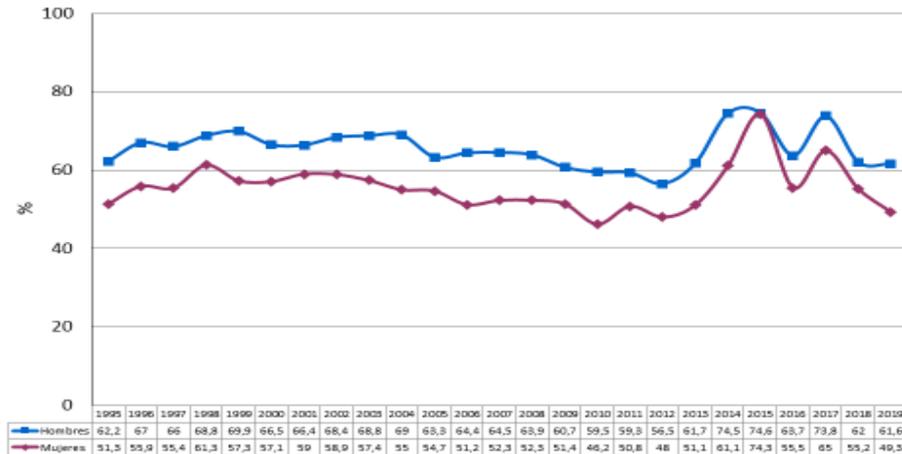


Figura 6. Proporción de personas con consumos de >= a 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

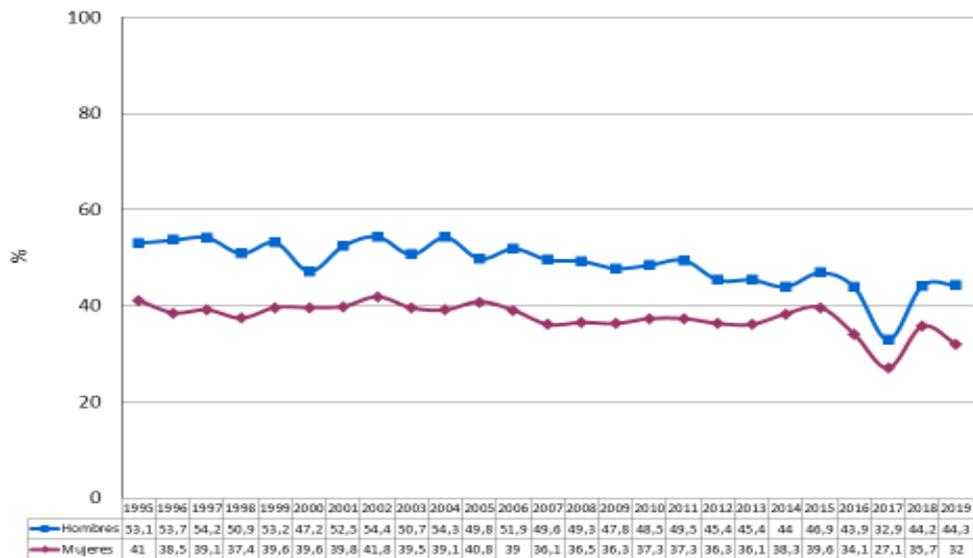
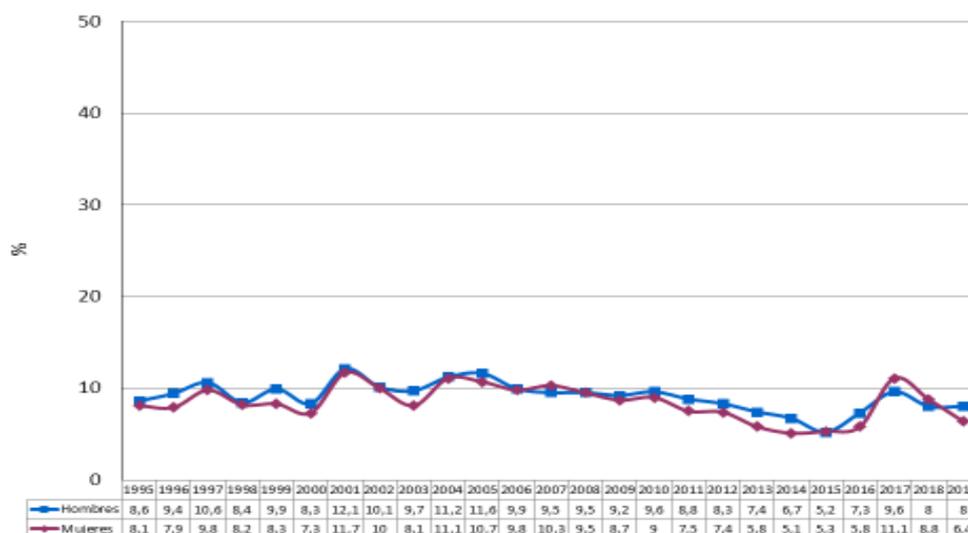


Figura 7. Proporción de personas con consumos de <= 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

El consumo de una o ninguna ración de fruta se asocia a menor nivel educativo y socioeconómico (clase social); se observa un bajo consumo entre los estudiantes y en el grupo más joven; las mujeres obtuvieron menor puntuación que los hombres en aproximadamente 6 puntos porcentuales de diferencia (tabla 8).

Un 38,0% de los/las entrevistados/as dijo consumir más de dos raciones de productos cárnicos al día; este consumo fue superior en los hombres al de las mujeres (44,3% vs 32,0%); por edad el grupo de los más jóvenes es el más consumidor (tabla 9).

Tabla 8. Consumo de una o ninguna ración de fruta diaria por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2019.

	SEXO		n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
	Hombres	Mujeres						
Edad								
18-29	154	77(70,7-82,3)	142	70,6(63,9-76,6)	296	73,8(69,3-77,9)		
30-44	271	73(68,3-77,3)	256	68,8(63,9-73,3)	527	70,9(67,6-74,1)		
45-64	256	63,1(58,2-67,6)	255	56,3(51,7-60,8)	511	59,5(56,2-62,7)		
País Nacimiento								
España	532	69,1(65,8-72,2)	485	63,3(59,9-66,6)	1017	66,2(63,8-68,5)		
Otros países	149	72(65,5-77,7)	168	64,6(58,6-70,2)	317	67,9(63,5-72)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	229	71,3(66,2-76)	201	68,1(62,6-73,2)	430	69,8(66,1-73,3)		
Secundarios	263	71,5(66,7-75,8)	251	60,8(56-65,3)	514	65,8(62,4-69)		
Universitarios	189	65,6(59,9-70,9)	201	63,2(57,8-68,3)	390	64,4(60,5-68,1)		
Situación Laboral								
Trabajo	565	70,4(67,2-73,5)	492	64,8(61,4-68,1)	1057	67,7(65,4-70)		
Paro	43	68,3(55,8-78,5)	61	64,9(54,8-73,8)	104	66,2(58,5-73,2)		
Estudiante	47	77(65-85,8)	45	71,4(59,2-81,2)	92	74,2(65,8-81,1)		
Trabajo no remunerado*	0	0	42	53,8(42,8-64,6)	42	53,8(42,8-64,6)		
Jubilación/Pensionista	26	51(37,5-64,3)	13	40,6(25,2-58,1)	39	47(36,5-57,7)		
Clase social								
Alta	210	64,8(59,4-69,8)	176	59,7(53,9-65,1)	386	62,4(58,5-66,1)		
Media	133	71,5(64,6-77,5)	192	65,5(59,9-70,7)	325	67,8(63,6-71,9)		
Baja	311	72,5(68,1-76,5)	256	65(60,1-69,5)	567	68,9(65,7-72)		
Totales	681	69,7(66,8-72,5)	653	63,6(60,7-66,5)	1334	66,6(64,5-68,6)		

*Ama de casa % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 9. Consumo mayor o igual a 2 raciones de carne y productos cárnicos al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2019.

	Hombres		SEXO		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	102	51(44,1-57,9)	74	36,8(30,4-43,8)	176	43,9(39,1-48,8)		
30-44	173	46,6(41,6-51,7)	130	34,9(30,3-39,9)	303	40,8(37,3-44,3)		
45-64	157	38,8(34,1-43,6)	124	27,4(23,5-31,7)	281	32,8(29,7-35,9)		
País Nacimiento								
España	340	44,2(40,8-47,7)	248	32,4(29,2-35,8)	588	38,3(35,9-40,7)		
Otros países	92	44,4(37,8-51,3)	80	30,8(25,5-36,6)	172	36,8(32,6-41,3)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	149	46,4(41-51,9)	89	30,2(25,2-35,7)	238	38,6(34,9-42,5)		
Secundarios	164	44,6(39,6-49,7)	130	31,5(27,2-36,1)	294	37,6(34,3-41,1)		
Universitarios	119	41,5(35,9-47,3)	109	34,3(29,3-39,7)	228	37,7(33,9-41,6)		
Situación Laboral								
Trabajo	360	44,9(41,5-48,4)	246	32,4(29,2-35,8)	606	38,8(36,5-41,3)		
Paro	23	36,5(25,6-49)	28	29,8(21,4-39,8)	51	32,5(25,6-40,2)		
Estudiante	27	44,3(32,4-56,9)	28	44,4(32,7-56,9)	55	44,4(35,8-53,2)		
Trabajo no remunerado*	0	0	19	24,4(16,1-35,1)	19	24,4(16,1-35,1)		
Jubilación/Pensionista	22	43,1(30,3-57)	7	21,9(10,8-39,4)	29	34,9(25,5-45,8)		
Clase social								
Alta	153	47,4(42-52,8)	97	32,9(27,8-38,4)	250	40,5(36,7-44,4)		
Media	67	36(29,4-43,2)	101	34,5(29,3-40,1)	168	35,1(30,9-39,5)		
Baja	168	35,1(30,9-39,5)	195	45,5(40,8-50,2)	118	29,9(25,6-34,7)		
Totales	432	44,3(41,2-47,4)	328	32(29,2-34,9)	760	38,0(35,9-40,1)		

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95% Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

4.4. DIETAS

Un 23,7% de la población había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses. El 11% había realizado dieta para adelgazar.

La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 1,2 veces mayor que la de hombres (tabla 10).

En cuanto a las tendencias en la dieta para adelgazar, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres es superior a la de los hombres.

En mujeres, en el periodo 1995/2019, no se producen cambios de tendencia estadísticamente significativos y es ligeramente descendente con un PCA= - 0,20% en el periodo (NS).

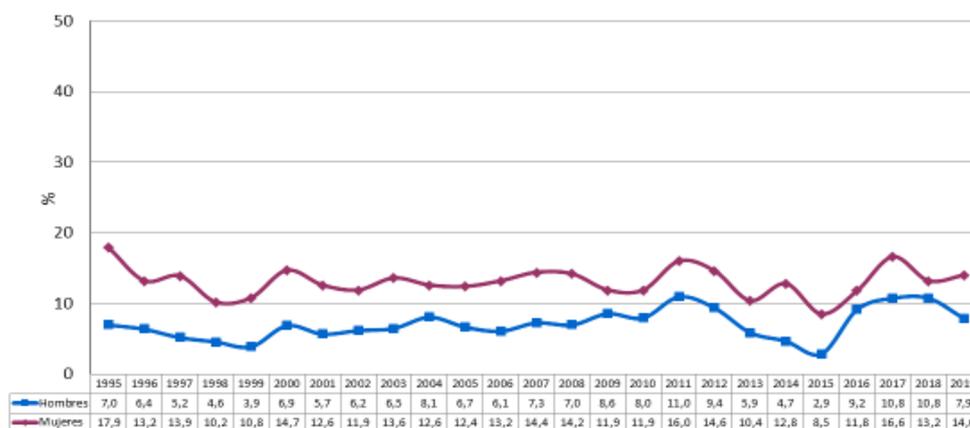
En hombres se producen cambios de tendencia a lo largo del periodo, evidenciándose un aumento de prevalencia de dietas para adelgazar PPCA= +1,6% (NS). Desde 2014 este aumento se hace más evidente e intenso, alcanzando una prevalencia del 19,7% (p<0,05) (figura.8).

Tabla 10. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
Algún tipo de dieta	23,7 (21,9-25,6)	19,5 (17,2-22,2)	27,6 (24,9-30,4)	23,4 (19,5-27,9)	27,6 (24,5-30,9)	20,4 (17,8-23,2)
Dieta para adelgazar	11 (9,7-12,5)	7,9 (6,3-9,7)	14 (12-16,3)	11 (8,3-14,4)	12,5 (10,3-15,1)	9,8 (8,0-11,9)

IC (95%): intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 8. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 11. Dieta para adelgazar por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2019.

	Hombres		Mujeres		n	Totales %IC(95%)
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)		
Edad						
18-29	15	7,5(4,6-12,1)	29	14,4(10,2-20)	44	11,0(8,3-14,4)
30-44	37	10(7,3-13,5)	56	15,1(11,8-19,1)	93	12,5(10,3-15,1)
45-64	25	6,2(4,2-9)	59	13(10,2-16,5)	84	9,8(8-11,9)
País Nacimiento						
España	63	8,2(6,4-10,3)	102	13,3(11,1-15,9)	165	10,7(9,3-12,4)
Otros países	14	6,8(4-11,1)	42	16,2(12,2-21,1)	56	12(9,4-15,3)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	24	7,5(5,1-10,9)	43	14,6(11-19,1)	67	10,9(8,6-13,6)
Secundarios	33	9(6,4-12,4)	59	14,3(11,2-18)	92	11,8(9,7-14,2)
Universitarios	20	6,9(4,5-10,5)	42	13,2(9,9-17,4)	62	10,2(8,1-12,9)
Situación Laboral						
Trabajo	68	8,5(6,7-10,6)	110	14,5(12,2-17,2)	178	11,4(9,9-13,1)
Paro	5	7,9(3,3-17,7)	10	10,6(5,8-18,6)	15	9,6(5,8-15,2)
Estudiante	3	4,9(1,6-14,2)	7	11,1(5,4-21,6)	10	8,1(4,4-14,4)
Trabajo no remunerado*	0	0	14	17,9(10,9-28,1)	14	17,9(10,9-28,1)
Jubilación/Pensionista	1	2(0,3-12,7)	3	9,4(3,1-25,4)	4	4,8(1,8-12,2)
Clase social						
Alta	29	9(6,3-12,6)	35	11,9(8,6-16,1)	64	10,3(8,2-13)
Media	13	7(4,1-11,7)	43	14,7(11,1-19,2)	56	11,7(9,1-14,9)
Baja	33	7,7(5,5-10,6)	63	16(12,7-20)	96	11,7(9,6-14)
Totales**	77	7,9(6,3-9,7)	144	14,0(12,0-16,3)	221	11,0(9,7-12,5)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

4.5. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC=kg/m^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad¹⁹. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁰, que figura en la tabla 12. Siguiendo esta clasificación El 4% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, en las mujeres 6,6%, frente al 1,2% en los hombres, siendo más prevalente en el grupo más joven (18-29 años).

El sobrepeso es mucho más frecuente en hombres (40,6%) que en mujeres (26,3%) (tabla12).

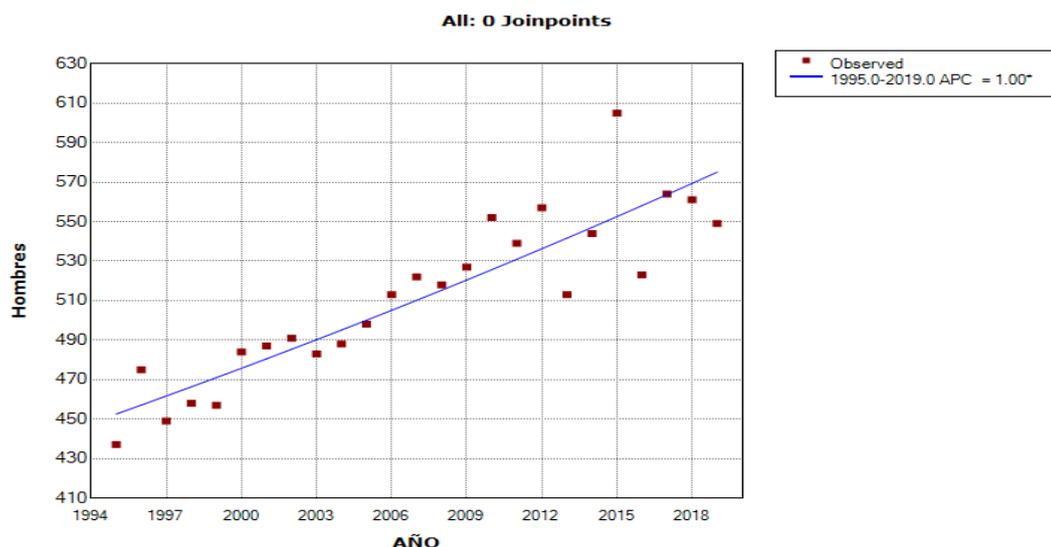
El 45,6% de la población se incluye en el rango de sobrepeso u obesidad. El 14,8% tiene sobrepeso grado I, un 12,3% sobrepeso de grado II, y un 12,3% obesidad (tabla 12). Por sexo la prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en hombres, 54,9% y 36,6 % en mujeres (tabla13). Se produce un aumento importante por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 23,9% en las edades más jóvenes al 56,8% en los mayores (tabla 13). El sobrepeso/obesidad es significativamente mayor en hombres respecto de las mujeres para todas las variables analizadas en la tabla 13.

La tendencia del indicador sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 kg/m^2$) empeora de forma importante desde 1995 a 2019. De esta forma en los hombres se produce un constante incremento del sobrepeso y obesidad, con un PCA del +1,0% anual. Las cifras ya elevadas en 1995 del 43,7% empeoran hasta la prevalencia actual del 54,9% que muestra un ligero descenso respecto del año anterior (56,1%) (Figura 10); la prevalencia de obesidad en los hombres es de 14,3% (tabla 12).

En las mujeres, observamos que se produce también un empeoramiento de este indicador, se pasa de cifras de prevalencia del 26,9% en 1995 al 36,6% actual PPCA= +1,2 % (NS) (figuras 9 y 10). En mujeres la prevalencia actual de obesidad es del 10,3%.

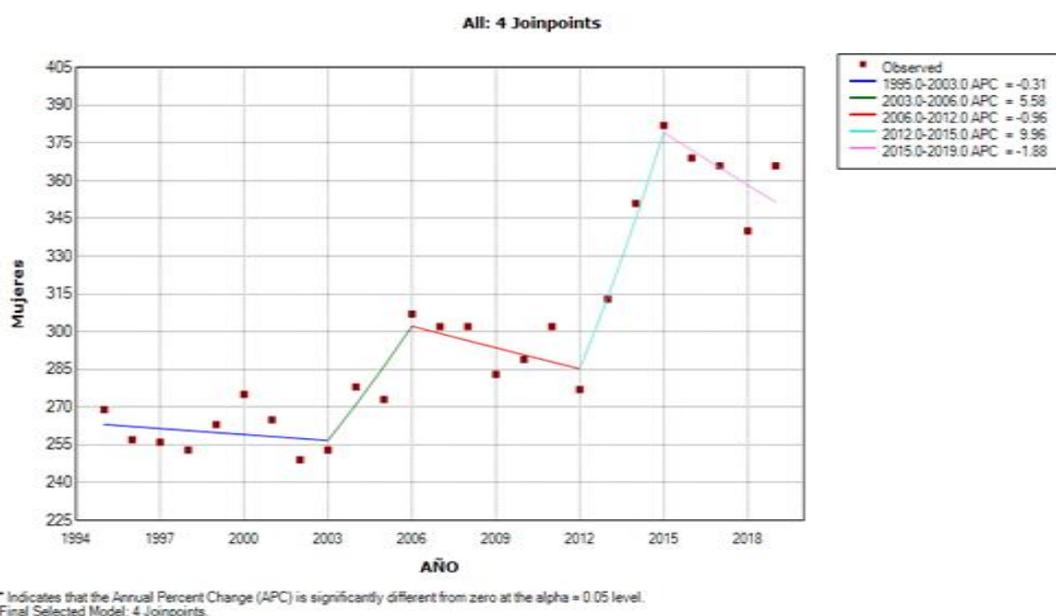
Figura 9. Evolución de la proporción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad referidos en mujeres y hombres ⁽¹⁾, Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019. Salida del modelo "jointpoint".

Hombres



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

Mujeres



(1) En la interpretación de esta gráfica debe de tenerse en cuenta las escalas diferentes para hombres y para mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 12. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)	% (IC95)
Peso insuficiente (a)	4 (3,2-4,9)	1,2 (0,7-2,2)	6,6 (5,2-8,3)	9,8 (7,3-13,1)	3 (2-4,5)	2,1 (1,3-3,3)
Normopeso(b)	50,5 (48,3-52,6)	43,8 (40,8-46,9)	56,8 (53,7-59,8)	66,2 (61,4-70,8)	52,9 (49,3-56,4)	41,1 (37,9-44,3)
Sobrepeso grado I (c)	18,5 (16,9-20,3)	22,4 (19,9-25,2)	14,8 (12,7-17,1)	11,8 (9-15,4)	19,2 (16,5-22,2)	21,1 (18,5-23,9)
Sobrepeso grado II (d)	14,8 (13,3-16,4)	18,2 (15,9-20,7)	11,5 (9,7-13,6)	5,5 (3,7-8,3)	13,5 (11,2-16,1)	20,2 (17,7-23,1)
Obesidad (e)	12,3 (10,9-13,8)	14,3 (12,3-16,6)	10,3 (8,6-12,4)	6,5 (4,5-9,4)	11,5 (9,4-14,1)	15,6 (13,3-18,1)

(a) Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$

(b) Normopeso: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$

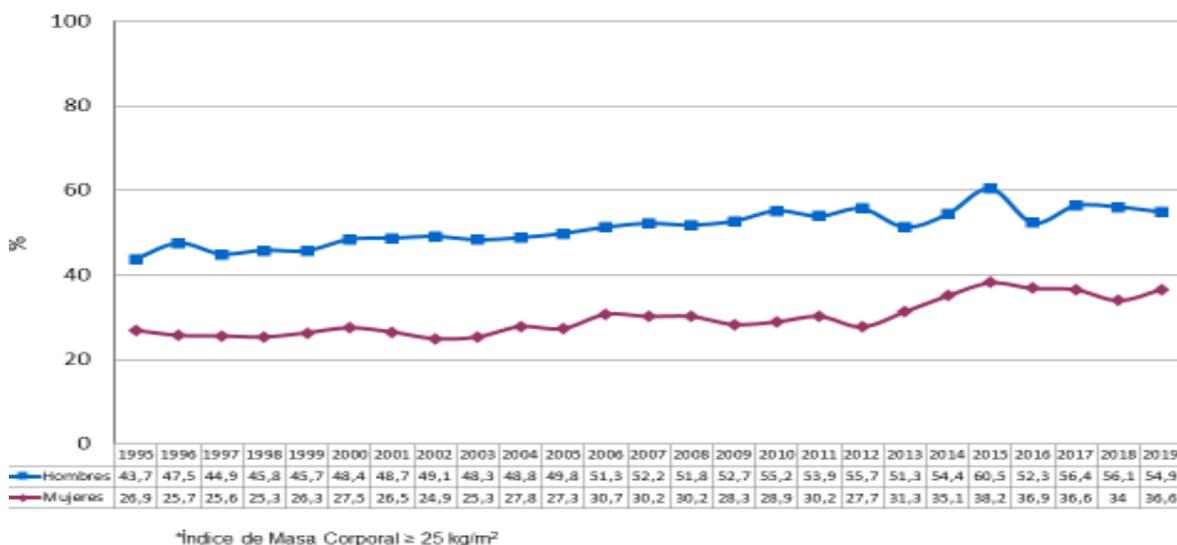
(c) Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$

(d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

(e) Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19)

Figura 10. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19)

Tabla 13. Prevalencia de sobrepeso/obesidad por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. Comunidad de Madrid, 2019.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
SEXO						
Edad						
18-29	59	29,6(23,7-36,4)	36	18,2(13,4-24,2)	95	23,9(20-28,4)
30-44	194	52,6(47,5-57,6)	131	35,7(30,9-40,8)	325	44,2(40,6-47,7)
45-64	281	69,6(64,9-73,9)	205	45,5(40,9-50,1)	486	56,8(53,6-60)
País Nacimiento						
España	410	53,5(50,1-56,8)	263	34,7(31,4-38,1)	673	44,1(41,7-46,5)
Otros países	124	60,5(53,7-66,9)	109	42,4(36,5-48,5)	233	50,4(45,9-54,9)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	181	56,9(51,5-62,2)	150	51,7(46-57,4)	331	54,4(50,5-58,3)
Secundarios	203	55,5(50,4-60,4)	144	35(30,6-39,6)	347	44,6(41,2-48)
Universitarios	150	52,1(46,3-57,8)	78	24,8(20,4-29,9)	228	37,9(34,1-41,7)
Situación Laboral						
Trabajo	449	56,3(52,9-59,6)	270	36(32,6-39,4)	719	46,4(44-48,8)
Paro	34	54,8(42,4-66,7)	41	44,1(34,4-54,3)	75	48,4(40,6-56,2)
Estudiante	17	27,9(18,1-40,4)	5	7,9(3,3-17,7)	22	17,7(12-25,4)
Trabajo no remunerado*	0	0	39	50,6(39,6-61,6)	39	50,6(39,6-61,6)
Jubilación/Pensionista	34	66,7(52,8-78,1)	17	53,1(36,1-69,4)	51	61,4(50,6-71,2)
Clase social						
Alta	169	52,2(46,8-57,5)	77	26,3(21,6-31,6)	246	39,9(36,2-43,7)
Media	110	60,1(52,9-66,9)	105	36,1(30,8-41,8)	215	45,4(41-49,8)
Baja	243	56,9(52,3-61,4)	181	46,6(41,8-51,6)	424	52(48,6-55,4)
Totales**	534	54,9(51,9-57,9)	372	36,6(33,8-39,6)	906	45,6(43,5-47,7)

*Ama de casa. *Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

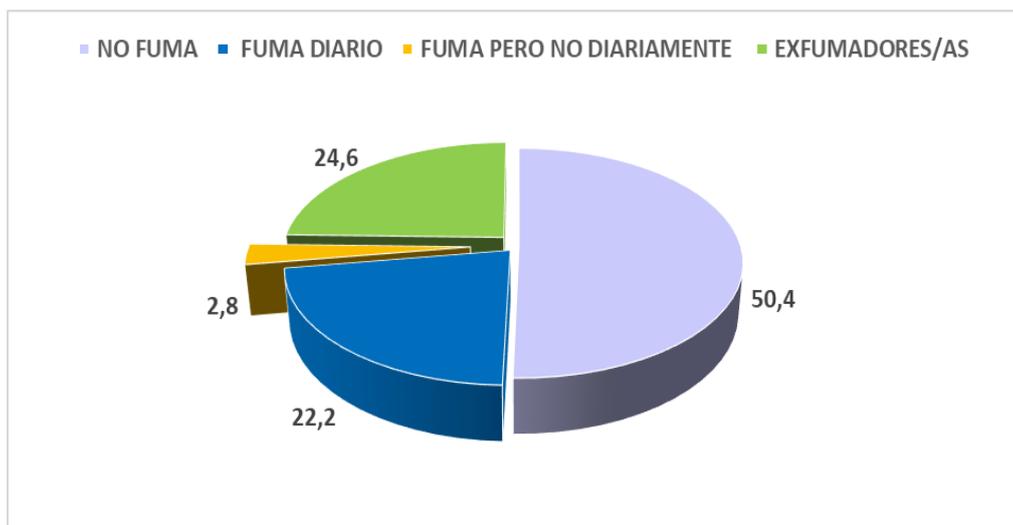
La obesidad/sobrepeso es superior en los hombres vs mujeres (54,9% y 36,6% respectivamente); más elevada en la población nacida en otros países, nivel educativo más bajo y nivel socioeconómico/clase social medio a bajo.

4.6. CONSUMO DE TABACO

En el año 2019, el 25% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 22,2% diarios y un 2,8% ocasionales), el 50,4% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 24,6% eran exfumadores/as (figura 11).

La prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) en hombres es del 26,5% y en mujeres del 23,6 (tabla 15 y figura 12).

Figura 11. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la tabla 14 se observa que un 4,3 % consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad de forma importante, desde 2,2% en los de 18 a 29 años hasta el 5,5% en los de 45 a 64 años. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue 49,6%.

Tabla 14. Proporción de fumadores/as y de abandono del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	49,6 (47,5-51,8)	53,1 (50,1-56,1)	46,3 (43,3-49,3)	30,4 (26,1-35,1)	47 (43,4-50,6)	60,9 (57,6-64,1)
Fumadores/as actuales(a)	25 (23,2-27,0)	26,5 (23,8-29,4)	23,6 (21,1-26,3)	22,4 (18,6-26,8)	25,8 (22,8-29,1)	25,5 (22,7-28,5)
Fumadores/as diarios	22,2 (20,4-24,0)	23,5 (21,0-26,3)	20,9 (18,5-23,5)	18,0 (14,5-22,0)	23,3 (20,4-26,5)	23,2 (20,5-26,1)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	4,3 (3,5-5,3)	5,0 (3,8-6,6)	3,7 (2,7-5,1)	2,2 (1,2-4,3)	4,2 (2,9-5,9)	5,5 (4,1-7,2)
Proporción de abandono(b)	49,6 (46,5-52,7)	49,9 (45,7-54,1)	50,9 (46,5-55,4)	26,2 (19,2-34,7)	45 (39,8-50,2)	58,1 (53,8-62,3)

IC (95%): Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

(b) Exfumadores/(Fumadores actuales + exfumadores).

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Por otra parte, el 35,8% de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

Respecto a la evolución del consumo, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores/as fue del 40,4% en los hombres y del 35,1% las mujeres (figura 12). En hombres se observa un ascenso de 2014 a 2017 con un PCA de 3,49% NS y de 2017 a 2019 un descenso con PCA de 8,66% NS.

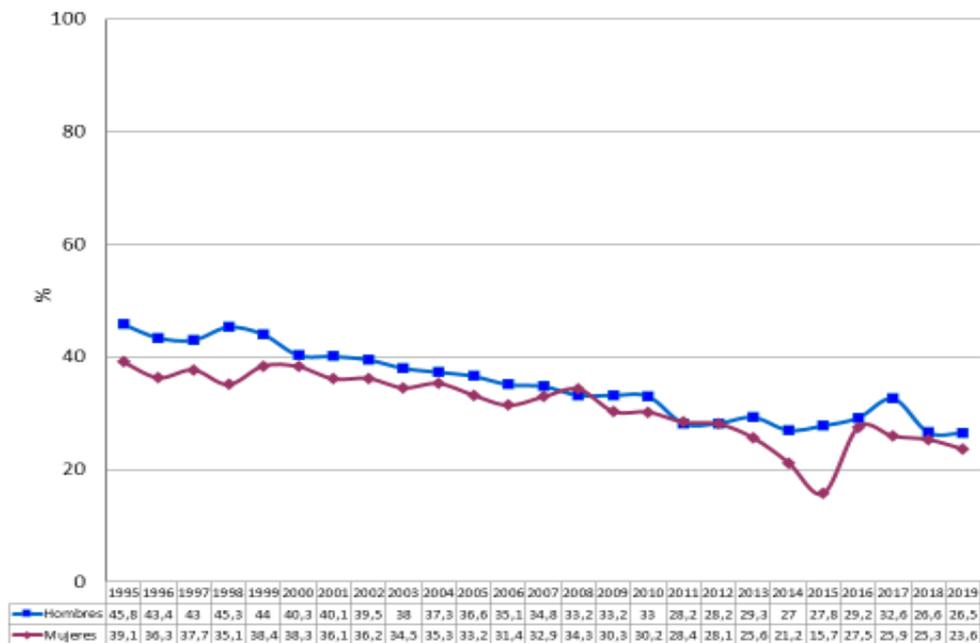
En mujeres se produce un descenso continuado en todo el período 1995-2019 con un PCA de 2,43% ($p<0,05$).

En los fumadores/as con consumos diarios de 20 o más cigarrillos el descenso fue aún mayor (descenso del 76,1% en hombres y del 74,3% en las mujeres). Desciende, en hombres de 2009 a 2014 con in PCA de 11,69 ($p<0,05$) y, de 2014 a 2019 hay también un descenso no significativo de 3,09; en mujeres con un descenso global y constante de -6,64% ($p<0,05$) hasta 2019.

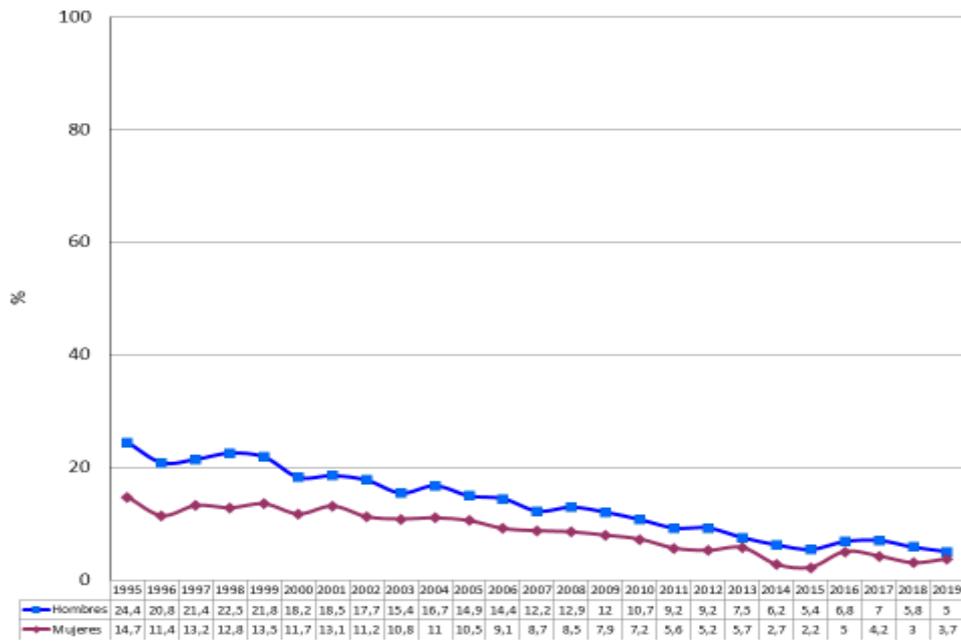
Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en la figura 13, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2018/2019, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 59% en hombres y se ha duplicado el porcentaje en las mujeres (116%) respecto de los dos primeros años de la serie.

Figura 12. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES (fumador ocasional o diario)



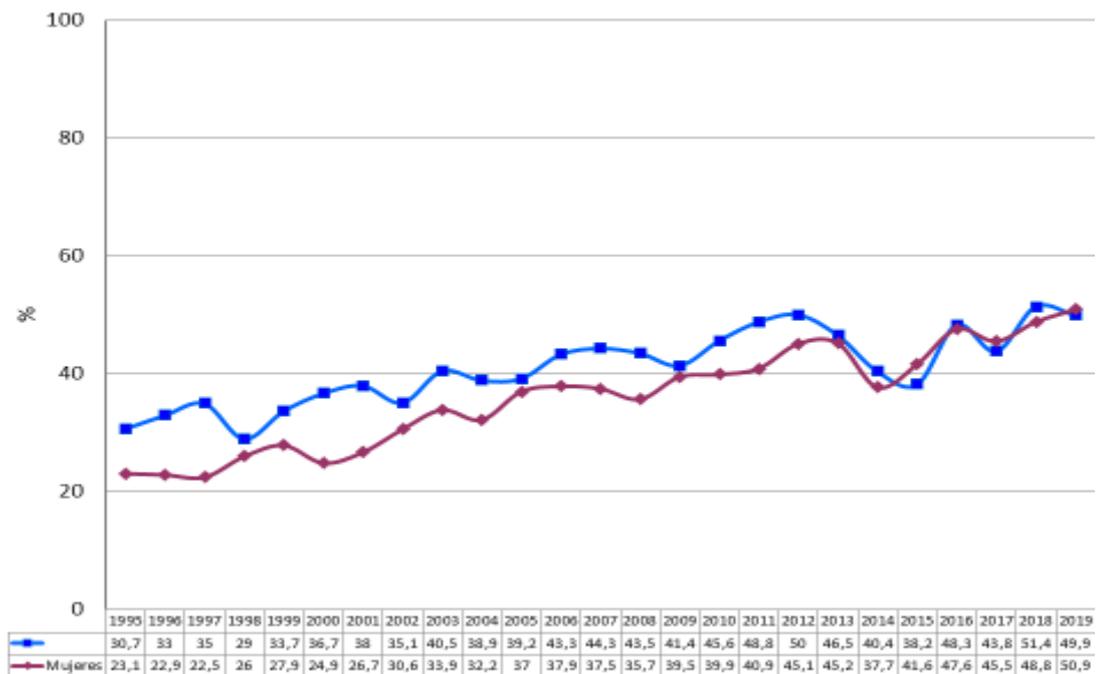
PREVALENCIA DE FUMADORES DE 20 CIGARRILLOS O MÁS AL DÍA



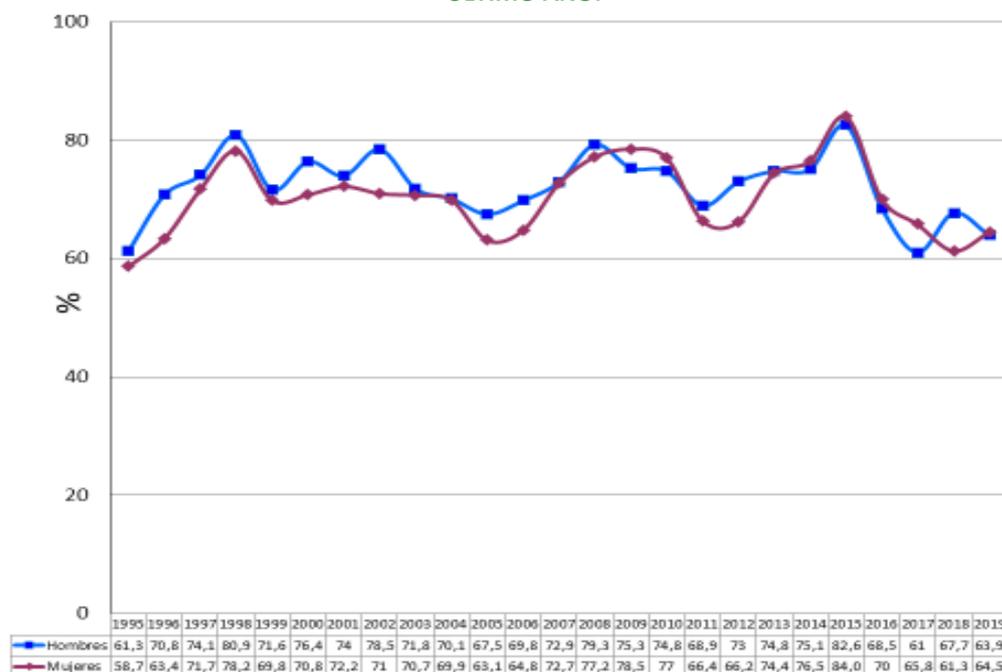
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 13. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

PROPORCIÓN DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO (Exfumadoras/ (fumadores/as actuales + exfumadores/as).



PROPORCIÓN DE FUMADORES/AS QUE NO HAN REALIZADO ALGUN INTENTO SERIO PARA DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la tabla 15 se muestran las prevalencias del indicador “fumadores/as ocasionales o diarios”.

El patrón de mayor consumo es más prevalente entre los nacidos/as en España, los/as que tienen menor nivel educativo quienes se encuentran en situación de paro, y en el nivel socio-económico/clase sociales más bajas (trabajadores manuales).

Tabla 15. Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales por variables sociodemográficas, mujeres y hombres y totales. Comunidad de Madrid. Año 2019.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	53	26,5(20,8-33,1)	37	18,4(13,6-24,4)	90	22,4(18,6-26,8)
30-44	106	28,6(24,2-33,4)	86	23,1(19,1-27,7)	192	25,8(22,8-29,1)
45-64	100	24,6(20,7-29,1)	119	26,3(22,4-30,5)	219	25,5(22,7-28,5)
País Nacimiento						
España	211	27,4(24,4-30,7)	204	26,6(23,6-29,9)	415	27(24,9-29,3)
Otros países	48	23,2(17,9-29,4)	38	14,6(10,8-19,5)	86	18,4(15,2-22,2)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	103	32,1(27,2-37,4)	98	33,2(28,1-38,8)	201	32,6(29-36,4)
Secundarios	98	26,6(22,4-31,4)	91	22(18,3-26,3)	189	24,2(21,3-27,3)
Universitarios	58	20,1(15,9-25,2)	53	16,7(13-21,2)	111	18,3(15,4-21,6)
Situación Laboral						
Trabajo	207	25,8(22,9-29)	182	24(21,1-27,2)	389	24,9(22,8-27,1)
Paro	27	42,9(31,3-55,3)	27	28,7(20,5-38,7)	54	34,4(27,4-42,2)
Estudiante	12	19,7(11,6-31,4)	5	7,9(3,4-17,5)	17	13,7(8,8-20,8)
Trabajo no remunerado*	0	0	15	19,2(11,9-29,5)	15	19,2(11,9-29,5)
Jubilación/Pensionista	13	25,5(15,5-39)	13	40,6(25,2-58,1)	26	31,3(22,3-42)
Clase social						
Alta	76	23,5(19,1-28,4)	57	19,3(15,2-24,2)	133	21,5(18,4-24,9)
Media	49	26,3(20,5-33,2)	71	24,2(19,7-29,5)	120	25,1(21,4-29,1)
Baja	129	30,1(25,9-34,6)	129	30,1(25,9-34,6)	238	28,9(25,9-32,1)
Totales**	501	26,5(23,8-29,4)	259	23,6(21,1-26,3)	242	25,0(23,2-27,0)

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

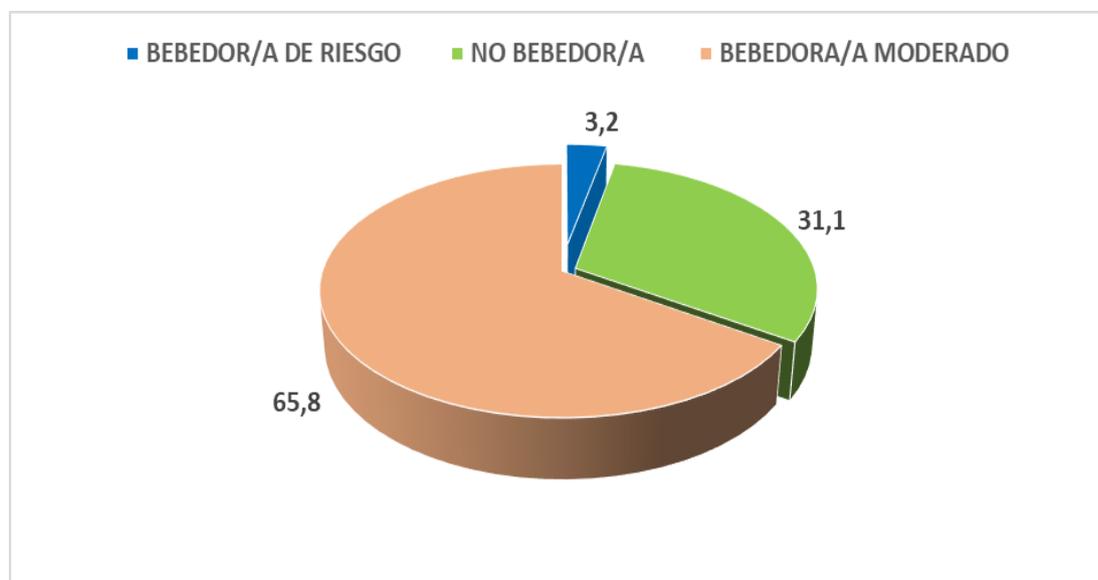
4.7. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 46,1 gramos (g), 62,3 g en hombres y 30,7 g en mujeres. El 52,7% de los encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,4 veces más frecuente en hombres que en mujeres (tabla 16).

La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calculó a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se consideró bebedor/a moderado/a la persona cuyo consumo diario fue de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

En 2019, un 3,2% de la población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 65,8% como bebedor/a moderado y un 31,1% como no bebedor/a (figura 14). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,2 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 14. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



(*) Consumo de alcohol de 1 a 39 g/día en hombres y 1 a 23 g/día en mujeres. - bebedor/a moderado

(**) Consumo de alcohol > 40 g/día en hombres y > 24 g/día en mujeres. - bebedor/a riesgo

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A19).

El 11,9% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres) (tabla 16). Este consumo fue 1,5 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 5,7 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue 13,1% (16,1 % de los hombres y 10,2% de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en el grupo más joven (tabla 16).

Tabla 16. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*
Bebedores habituales(a)	52,6 (50,5-54,8)	62,2 (59,1-65,2)	43,6 (40,6-46,6)	54,4 (49,6-59,1)	49,8 (46,3-53,3)	54,3 (51-57,6)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	3,2(2,5-4)	3,6 (2,6-5,0)	2,7 (1,9-3,9)	5,7 (3,8-8,5)	3,0 (2-4,5,0)	2,1 (1,3-3,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días(c)	11,9 (10,6-13,3)	14,3 (12,4-16,6)	9,6 (7,9-11,4)	27,2 (23,1-31,7)	11,8 (9,7-14,4)	4,8 (3,5-6,4)
Consumo de riesgo global (d)	13,1 (11,7-14,6)	16,1 (14-18,5)	10,2 (8,6-12,2)	28,2 (24-32,8)	13,1 (10,8-15,7)	6,1 (4,7-7,9)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	8,4 (7,3-9,7)	11,5 (9,6-13,6)	5,6 (4,3-7,1)	10,0 (7,4-13,3)	10,6 (8,6-13)	5,8 (4,5-7,6)

*Intervalo de confianza al 95%.

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

(b) Consumo de alcohol de >=40 g/día en hombres y >=24 g/día en mujeres.

(c) Consumo en un corto período de tiempo de >=80 g en hombres y >=60 g en mujeres.

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c).

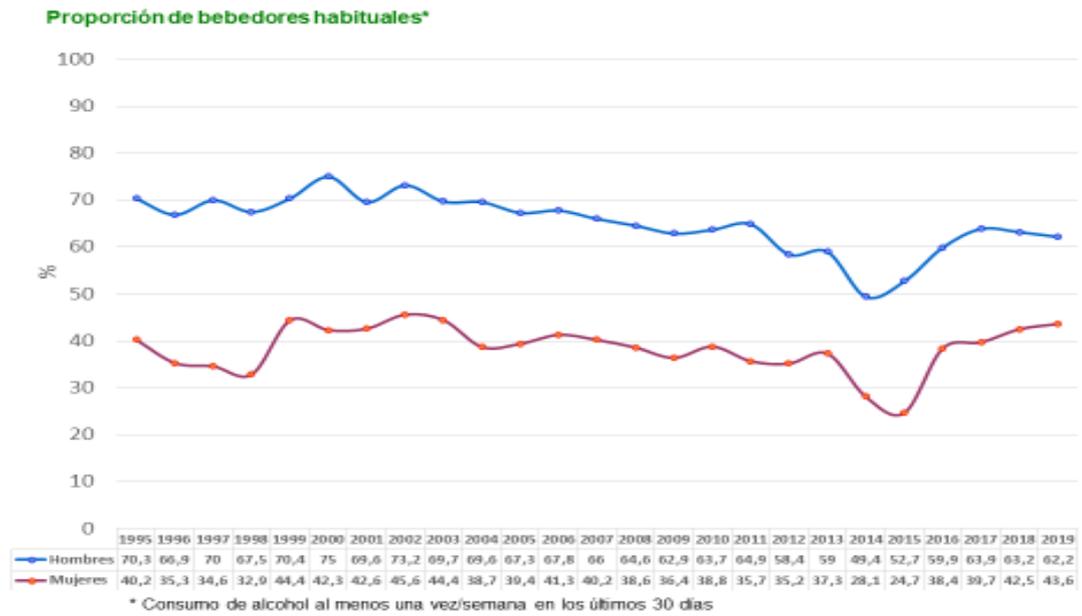
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Si se tiene en cuenta el resultado obtenido en el test de CAGE²¹⁻²³, test que en caso de respuesta afirmativa en dos preguntas se considera como consumo de riesgo, tres como consumo perjudicial y 4 como dependencia alcohólica de las cuatro en que consiste el test). Del total de bebedores habituales, puntuaron con 2 o más en un 8,4% (11,5% de los hombres y 5,6% de las mujeres) (tabla 16).

En cuanto a la evolución del indicador “bebedores habituales”, como se ha comentado, el comportamiento es muy diferente por sexo. En hombres, se parte de cifras de prevalencia muy elevadas, próximas al 70%, que descienden en el año 2019 al 62,2%. En el análisis de tendencia durante este periodo detectamos 3 joinpoint, el primero establece el periodo 2000-2011, con PCA de -1,16% (p<0,05) llevando las cifras iniciales hasta el 64,9% de prevalencia en 2011. El segundo desde 2011 a 2014 con un PAC pronunciado de - 7,17% (p<0,05) y el indicador empeora desde 2014 a 2017 PCA + 7,90% (p<0,05) y, de 2017 a 2019 muestra un ligero descenso NS -1,16% (figura15).

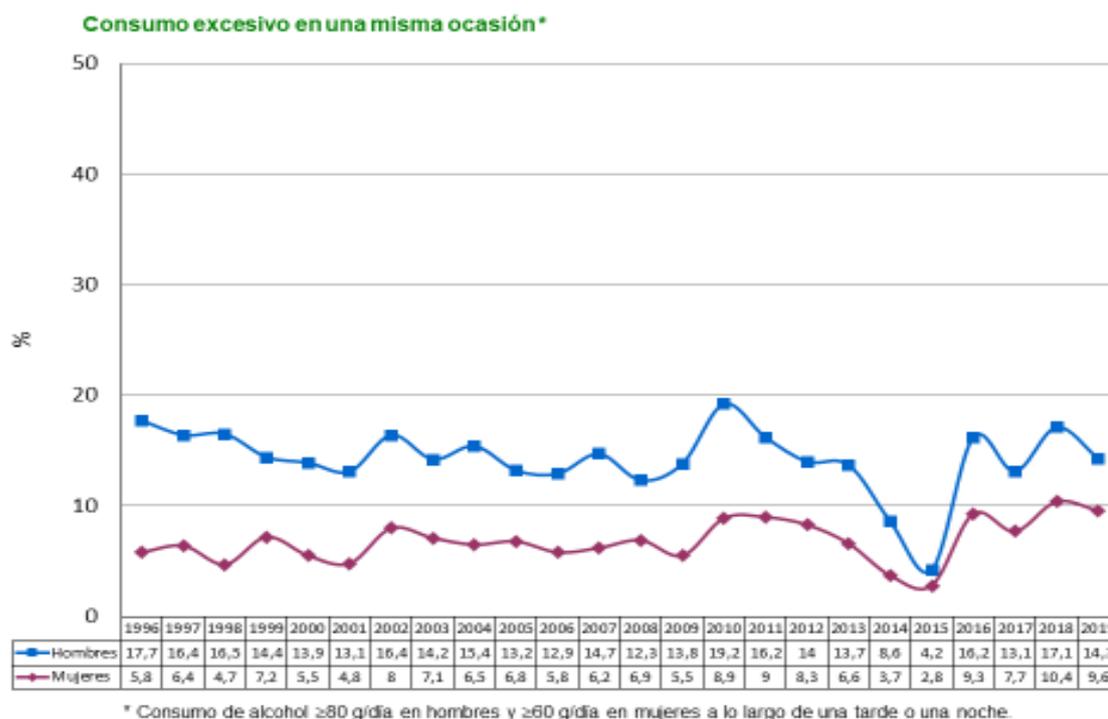
En mujeres se parte de prevalencias de consumo más bajas, entre el 40,2% en 1995 y 35,3% en 1996, alcanzando una prevalencia actual de 43,6%. Durante el período 2015 a 2019 existe un considerable aumento del 10,68 (p<0,05).

Figura 15. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFREN-A19).





El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 54,1%, desde 1995 a 2019 con un PCA -7,72% y aumenta en los tres últimos años de forma importante PCA +14,93 ($p < 0,05$).

En mujeres en la serie se observa una tendencia al alza desde 2014 a 2017 con un aumento del 32,18% (NS) y del 2017 a 2019 un descenso del 20,35% (NS).

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió con un PCA -1,28% (NS) en hombres y permanece estable en mujeres PCA=1,0% (NS).

El 52,6% de las personas entrevistadas de 18 a 64 años, son bebedores/as habituales en la actualidad, con una diferencia hombres mujeres importante (62,2 % y 43,6% respectivamente), hecho que se repite en la totalidad de las variables sociodemográficas que se muestran en la tabla 16.

4.8. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

El objetivo de las actuaciones preventivas primarias es evitar la aparición de la enfermedad mediante la detección y actuación sobre los factores implicados en su origen. El SIVFRENT en su conjunto está dedicado a la vigilancia de factores de esta naturaleza.

En este apartado se recoge la situación relativa a un conjunto de factores sobre los que el nivel institucional de Atención Primaria señala una serie de recomendaciones clínicas a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{24,25}, como la medición de la tensión arterial (TA), la medición del colesterol, la realización de citologías, la realización de mamografías, la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. De las prácticas citadas, las cuatro primeras han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de SOH y de colonoscopias o sigmoidoscopias, indicadores cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013.

En las tablas 17 a 19 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el PAPPS.

La medición de TA y colesterol se cumple en todos los casos por encima del 80%. El mayor cumplimiento se produce en la recomendación de medir el colesterol en mujeres \geq 46 años en un período inferior a 5 años 99,3% y el menor cumplimiento se da en medición de tensión arterial hace menos de 5 años en el grupo más joven 18-40 años 83,6% (tabla 17).

Un 15,4% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 43% estaba tomando medicación, un 27,2% había reducido la ingesta de sal, y un 22% hacía ejercicio físico.

El 71% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial.

A un 21,6% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (tabla 18), de ellos, un 27,1% tomaba medicamentos, el 46,3% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 25,7% practicaba ejercicio físico. El 69,2% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

Por otro lado, un 8 % de las mujeres de 25-34 años y un 1,4 % de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 13,9% de las mujeres de 25-34 años y un 12,1% de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más .

En cuanto a la mamografía, un 3,1% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 82,6% se había realizado la mamografía con fines preventivos, y el 84,2% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años, en el año 2019 (tabla 19).

Tabla 17. Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol. Comunidad de Madrid, 2019.

Edad en grupos		
		% IC(95%)
Medición de tensión arterial <5 años(a)	18-40 años	83,6(81,0-85,9)
	>40 años	92,5(90,8-93,9)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años	86,7(82,3-90,2)
	Mujeres <46 años	92,7(90,3-94,5)
Medición de colesterol < 5 años(b)	Hombres \geq 35 años	97,5(96,0-98,4)
	Mujeres \geq 46 años	99,3(97,8-99,8)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años. (b) Análisis de colesterol en los últimos 5 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 18. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	Sexo		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)	% IC(95%)
Tensión arterial elevada	15,4(13,9-17,0)	19,1(16,8-21,6)	11,9(10,1-14)	7,0(4,9-9,9)	9,4(7,5-11,7)	24,5(21,7-27,4)
Colesterol elevado	21,6(19,9-23,4)	24,2(21,7-26,9)	19,1(16,9-21,6)	8,7(6,3-11,9)	16,0(13,6-18,8)	32,4(29,4-35,6)

IC (95%): intervalo de confianza al 95%

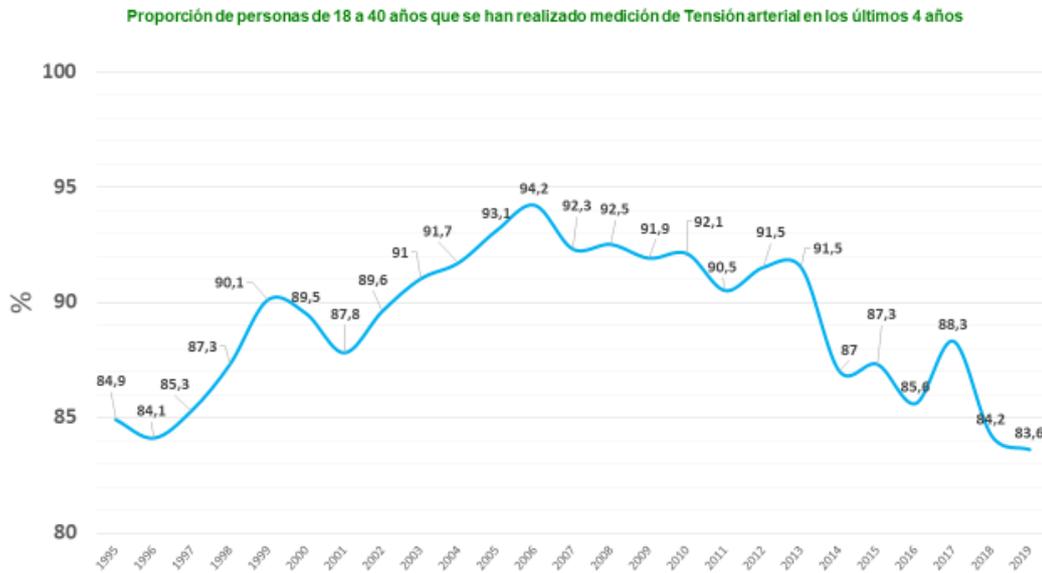
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Tabla 19. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2019.

EDAD		
		% IC(95%)
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	86,1(80,3-90,4)
	>=35 años	87,9(85,4-90,1)
Realización de mamografías <= 2 años	>=50 años	84,2(79,7-87,8)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 16. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

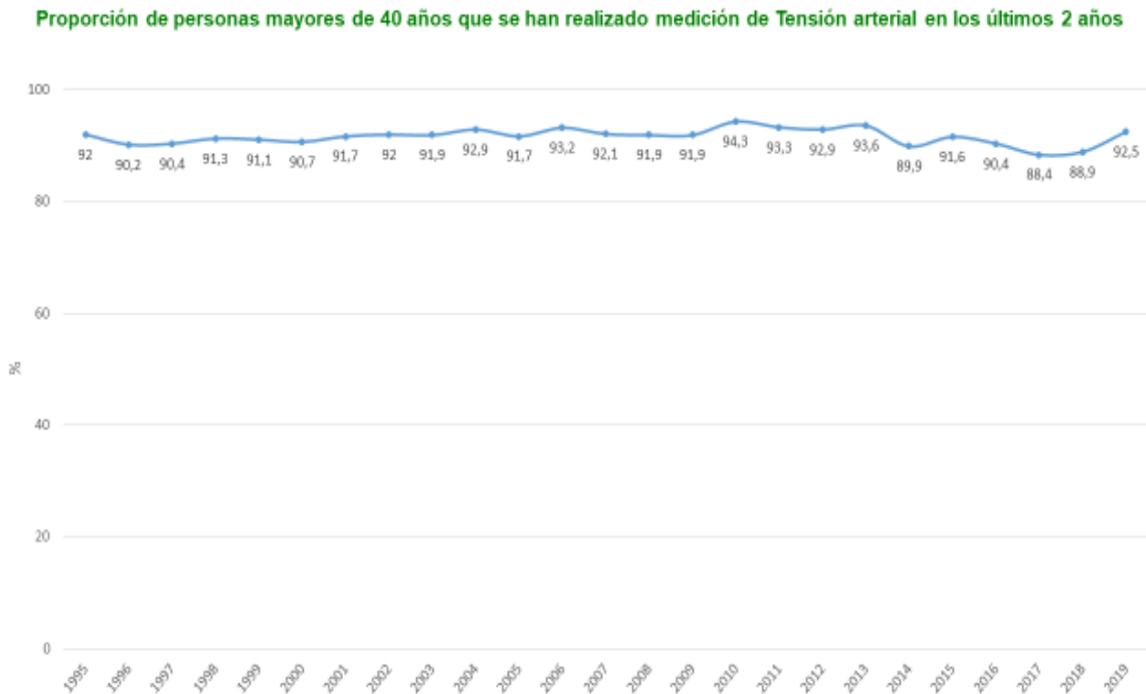
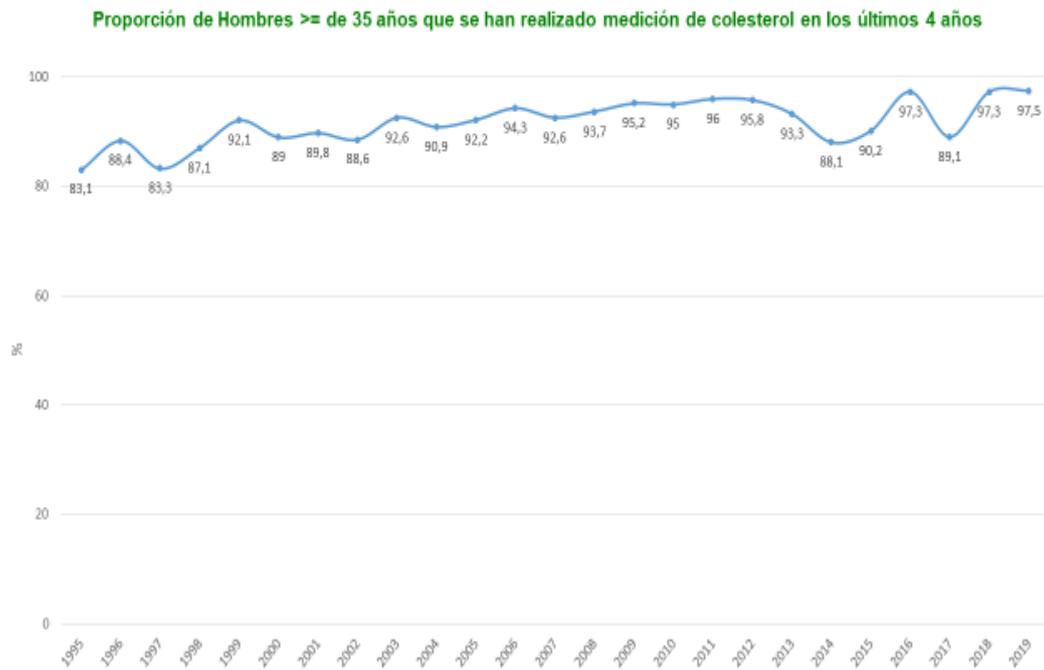


Figura 17. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

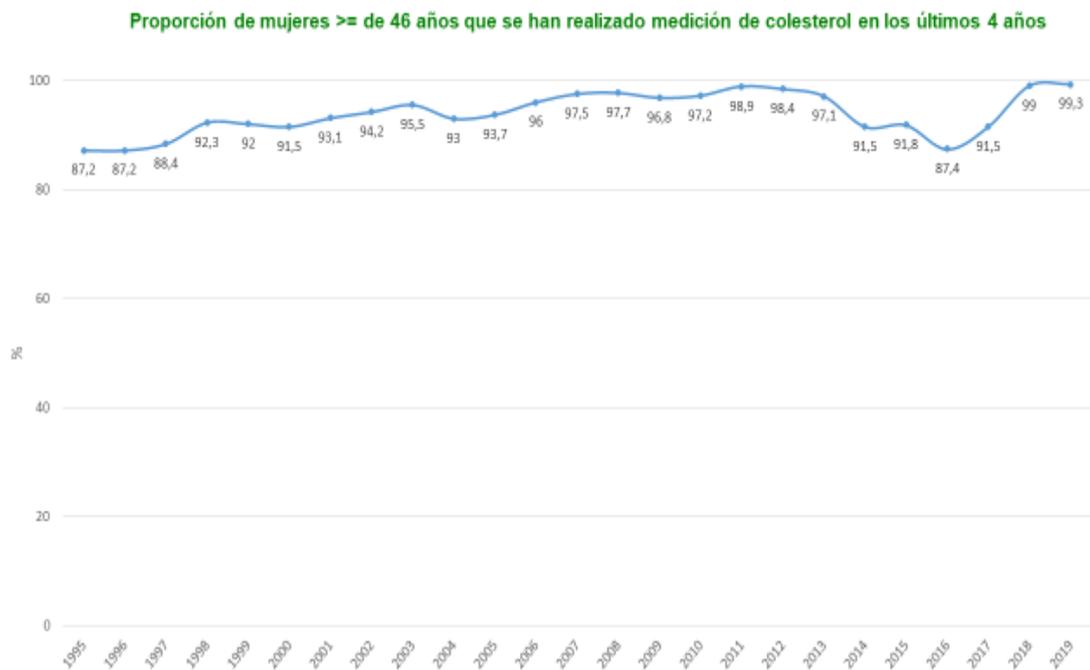
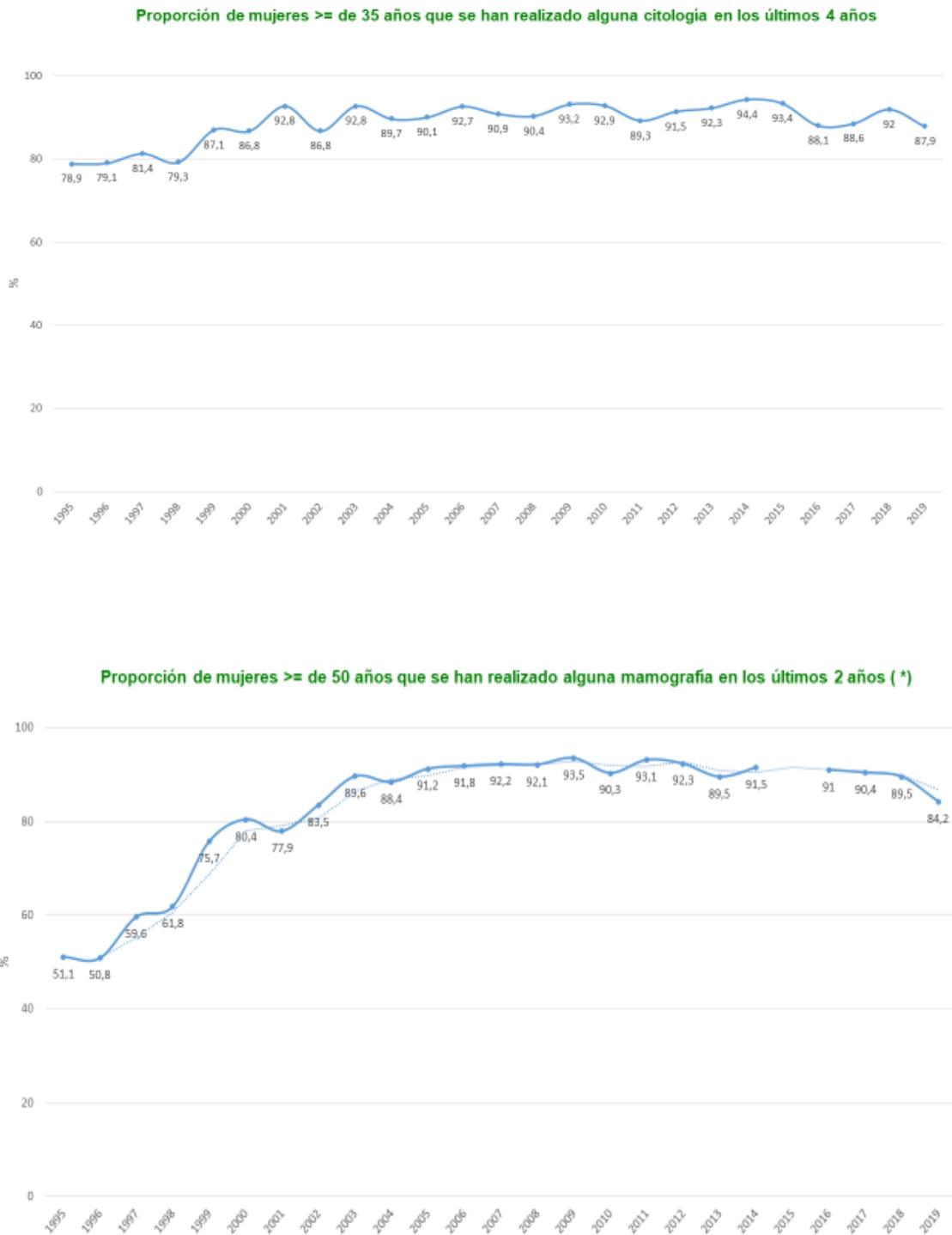


Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

(*) Para el año 2015 no se ofrece valor, al haberse detectado problemas e inconsistencias en este indicador, de forma puntual este año. Se realiza una estimación para 2015 empleando el método de medias móviles con la serie de los 19 años previos, que se representa en el gráfico y se ofrece el dato real de la encuesta SIFRENT-A 2017 y 18.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la tabla 20 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años.

El 52,9% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces. De los que se lo habían realizado el 41,9% se lo había hecho en los últimos 2 años, el 2,3% en los últimos 3 o 4 años y el 1,5% hacia más de 5 años.

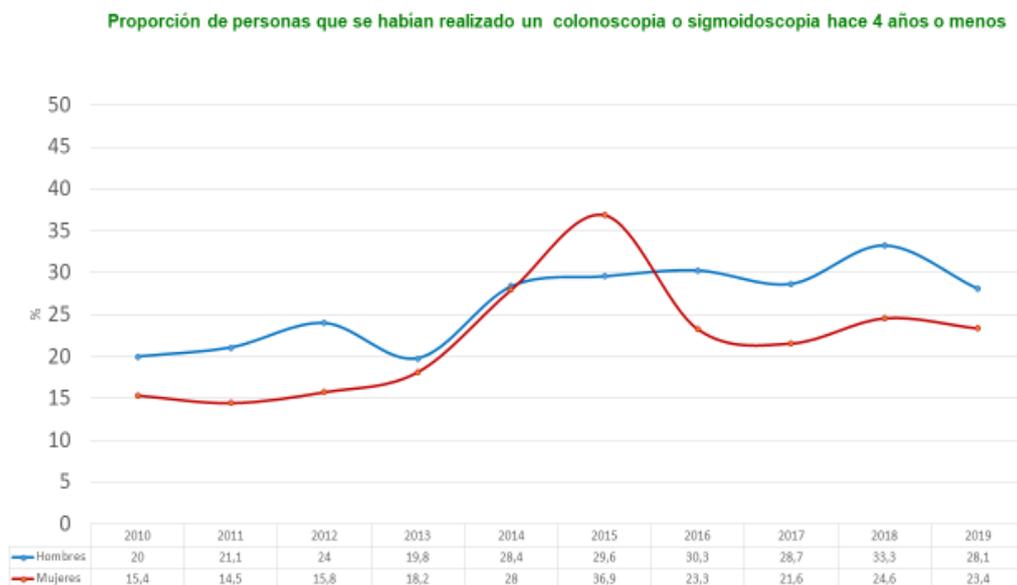
En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 67% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 25,7 % se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 7,4 % restante hace más de 4 años (tabla 20).

Tabla 20. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años	12,9(11,7-14,3)	13,6(11,8-15,6)	12,3(10,6-14,2)
Colonoscopia o sigmoidoscopia<=4 años	25,7(22,3-29,3)	28,1(23,2-33,5)	23,4(19,1-28,4)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 19. Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la figuras 19 se muestra la evolución de la realización del test de sangre oculta en heces y colonoscopia/sigmoidoscopia desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas venía siendo más frecuente en hombres que en mujeres.

La realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia en los últimos 4 años, ha aumentado en un 4% en hombres y en mujeres un 6,9%.

4.9. ACCIDENTES

Un 9,3% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, la frecuencia de accidentes fue mayor en los hombres respecto de las mujeres con una diferencia de casi 4 puntos porcentuales (11,2% y 7,5% respectivamente); por edad los jóvenes obtuvieron el porcentaje más alto con un 13% frente al 8,5% y al 8,3% respectivamente en los grupos mayores (tabla 21).

Un 1,9 % de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (tabla 21).

Durante los últimos 12 meses un 0,4% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,3% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

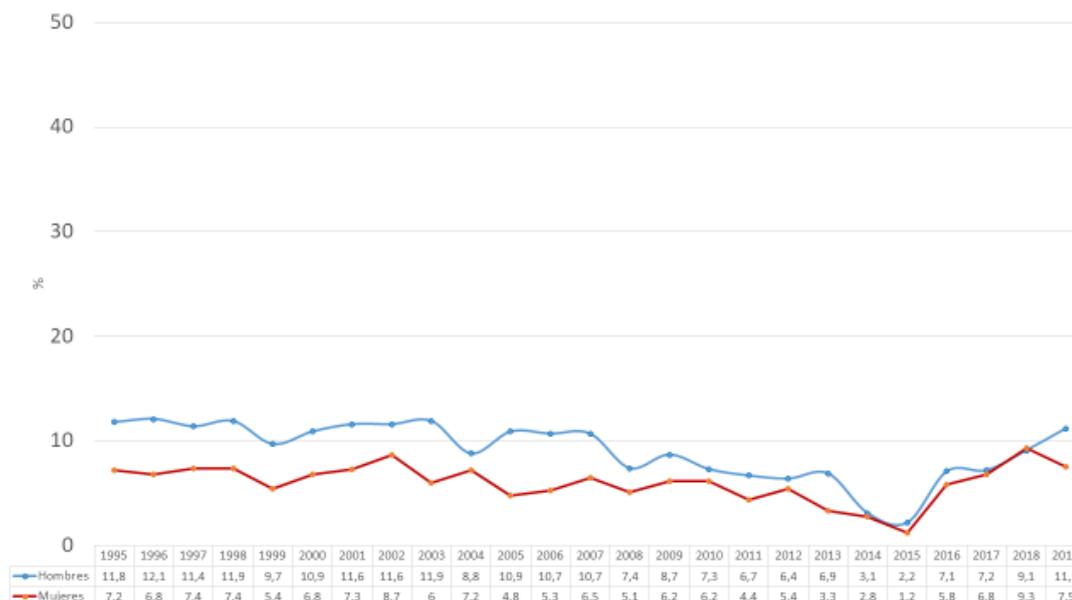
Se observó una reducción del 15% en los hombres y un aumento del 20% en las mujeres en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, en el período 2017-2019 respecto a 1995/1996 (figura 20).

Tabla 21. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	sexo		edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)
Algún accidente	9,3(8,1-10,6)	11,2(9,3-13,3)	7,5(6,0-9,3)	13(6,7-10,7)	8,5(6,6-10,3)	8,3(6,6-10,3)
Accidente de tráfico	1,9(1,9-4,0)	2,8(0,6-1,9)	1,1(0,6-1,9)	4,5(2,9-7,0)	1,7(1,0-3,0)	0,8(0,4-1,7)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 20. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

4.10. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR SU PAREJA O EXPAREJA

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁶. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A.

El módulo se dirigió a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja. Para detectar si había existido violencia por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?

Se consideró que existía violencia cuando la mujer entrevistada respondió afirmativamente a cualquiera de las tres situaciones descritas en las preguntas anteriores.

En 2019, de un total de 1026 mujeres, 807, es decir, el 78,7% de todas las entrevistadas señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o expareja durante el último año, y de éstas en un 76,2% se trataba de su pareja y un 2,4% de expareja; el 81,4% convivía con su pareja/expareja.

El grupo de mujeres que respondió afirmativamente a tener una relación con pareja o expareja manifestó tener alguna a mucha tensión dentro de la relación en un 23,3%.

Estas mujeres en un 1,2% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 2,0% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 4,0% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (tabla 23).

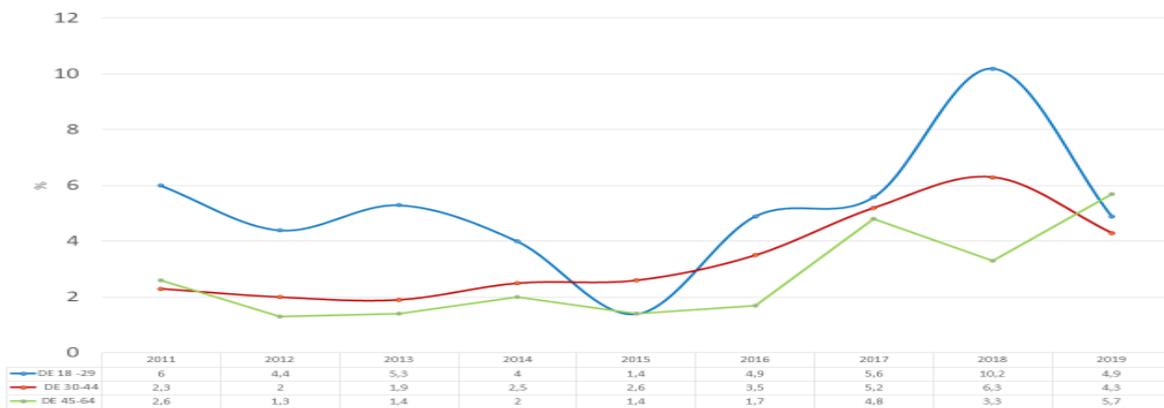
Los datos que se presentan se refieren al periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2019.

Tabla 23. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	EDAD		
		18-29	30-44	45-64
	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)	IC(95%)
Le dió una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	1,2 (0,7-2,3)	2,1 (0,7-6,3)	1,5 (0,6-3,7)	0,6 (0,1-2,3)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	2,0 (1,2-3,2)	2,8 (1-7,2)	1,5 (0,6-3,7)	2,1 (1-4,3)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	4,0 (2,8-5,6)	4,9 (2,3-9,9)	3,7 (2,1-6,4)	3,8 (2,2-6,5)

% IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Figura 21. Proporción de mujeres cuya pareja o expareja ha ejercido contra ellas algún tipo de violencia en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.**Tabla 24. Violencia⁽¹⁾ contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.**

	n	%IC(95%)*
Edad		
18-29	7	4,9(2,3-9,9)
30-44	14	4,3(2,6-7,2)
45-64	19	5,7(3,7-8,8)
País Nacimiento		
España	18	3,0(1,9-4,7)
Otros países	22	11,2(7,5-16,4)
Nivel educativo		
Primarios/Menos	15	6,6(4-10,6)
Secundarios	16	5,1(3,1-8,1)
Universitarios	9	3,5(1,8-6,6)
Situación Laboral		
Trabajo	33	5,5(3,9-7,6)
Paro	3	4,2(1,3-12,2)
Estudiante	0	0
Trabajo no remunerado**	4	5,8(2,2-14,5)
Jubilación/Pensionista	0	0
Clase social		
Alta	6	2,5(1,1-5,4)
Media	7	3(1,4-6,2)
Baja	27	8,9(6,2-12,7)
Totales	40	5,2(3,8-7)

**Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

(1) Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Un 5,2% de las mujeres entrevistadas, respondieron afirmativamente a haber padecido violencia (se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta) de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja; por edad, fue más alta en las más mayores; por país de nacimiento las nacidas en otros países presentan prevalencias, más de tres veces superior a las de mujeres nacidas en España (11,2% vs 3%); dentro de la clase social, la clase socioeconómica baja (trabajadoras) presenta la prevalencia más alta, 8,9% en relación a la media y alta (tabla 24).

4.11. ACOSO LABORAL

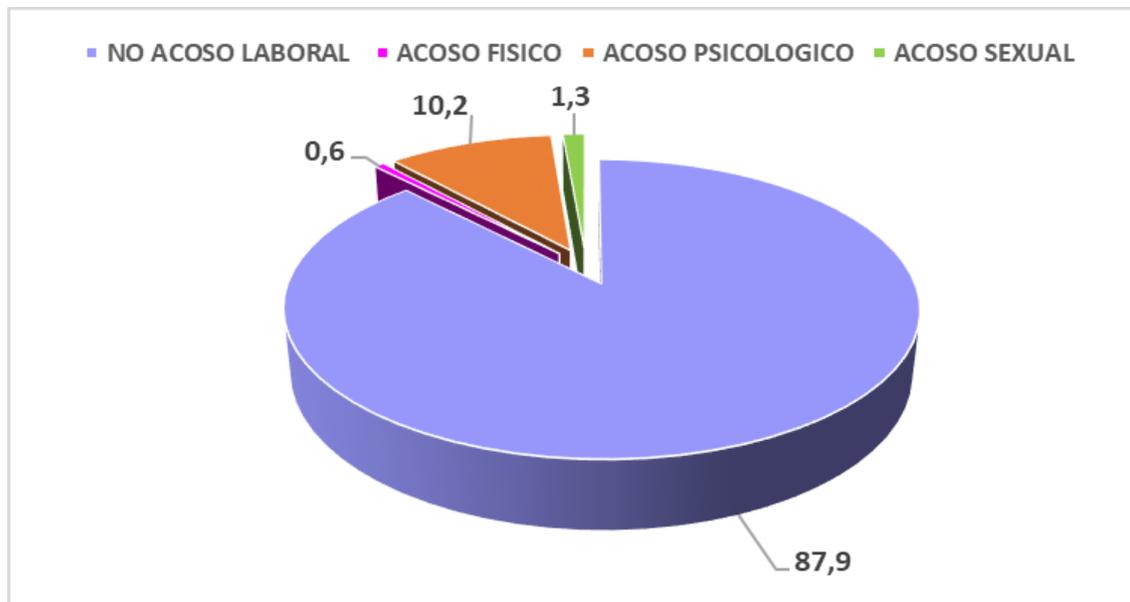
Se añade, en el año 2019, el bloque de acoso laboral o *mobbing*. Este se define como la violencia física o psicológica que se produce a través de actos de humillación y/o que atentan a la dignidad a los que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, y que puede derivar en problemas de salud; se hace referencia también al acoso físico y/o sexual en el trabajo y se incluye el uso de móviles u otros dispositivos electrónicos con la misma finalidad. No se preguntó por la existencia de conflictos personales de relación de trabajo, sino por la existencia de la violencia sistemática contra una persona definida anteriormente.

Se solicitó una respuesta referida tanto al trabajo actual como anterior de la persona encuestada; asimismo, se preguntó sobre la frecuencia y la duración de la situación de acoso.

El 12,1% manifestó haber sido objeto de acoso/físico/psicológico y/o sexual; por sexo el porcentaje fue mayor en las mujeres, casi el doble con un 15,7% respecto de los hombres con un 8,4% (tabla 25).

El tipo de acoso laboral se distribuyó de la siguiente manera: un 10,2% acoso psicológico, 1,3% acoso físico y 0,6 acoso sexual (figura 22).

Figura 22. Porcentaje de acoso laboral físico, psicológico, sexual. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

El acoso psicológico es con mucho el más frecuente 10,2% frente al 0,6% del físico, y sexual 1,3%; por sexo, los tres tipos de acoso fueron muchos más elevados en las mujeres con una importante diferencia respecto de los datos observados en los hombres (tabla 25).

Tabla 25. Acoso global y acoso físico, psicológico y sexual por sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total					
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)	%IC(95%)
Acoso Global (Físico/Psicológico y/o sexual)	12,1(10,8-13,6)	8,4(6,8-10,3)	15,7(13,6-18,0)	5,7(3,8-8,5)	13,5(11,2-16,1)	17,0(13,8-20,7)
Acoso físico	0,6(0,3-1,0)	0,5(0,2-1,2)	0,6(0,3-1,3)	0	0,5(0,2-1,4)	0,8(0,4-1,7)
Acoso psicológico	10,2(9,0-11,6)	7,6(6,1-9,4)	12,8(10,9-14,9)	5,0(3,2-7,6)	11,4(9,4-13,9)	11,7(9,7-14,0)
Acoso sexual	1,3(0,9-2,0)	0,3(0,1-1,0)	2,3(1,6-3,5)	0,7(0,2-2,3)	1,5(0,8-2,7)	1,5(0,9-2,6)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la muestra, el padecer o haber padecido las tres clases de acoso se da exclusivamente en las mujeres (tabla 26).

Tabla 26. Porcentaje de acosos (una clase, dos clases, tres clases) por sexo y total. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Total	Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Acoso de una clase	10,5(9,2-11,9)	7,6(6,1-9,4)	13,3(11,3-15,5)
Acoso de dos clases	1,5(1-2,1)	0,8(0,4-1,6)	2,1(1,4-3,2)
Acoso de tres clases	0,3(0,1-0,9)	0	0,3(0,1-0,9)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En cuanto a la frecuencia de los ataques sufridos, estos en un 77,8% tuvieron una frecuencia superior a uno a la semana; el 62,1% refirió una duración superior a los 6 meses; tanto en frecuencia como en duración por sexo fueron superiores en las mujeres, destacando la gran diferencia en duración del acoso mayor de 6 meses en un 65,8% de mujeres frente al 34,2% de los hombres.

Tabla 27. Prevalencia de acoso global (físico/psicológico/sexual) por variables sociodemográficas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid. Año 2019.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	5	2,5(1-5,9)	18	9(5,7-13,8)	23	5,7(3,8-8,5)		
30-44	34	9,2(6,6-12,6)	66	17,7(14,2-22)	100	13,5(11,2-16,1)		
45-64	43	10,6(8-14)	77	17(13,8-20,7)	120	14(11,8-16,5)		
País Nacimiento								
España	66	8,6(6,8-10,8)	125	16,3(13,9-19,1)	191	12,4(10,9-14,2)		
Otros países	16	7,7(4,8-12,2)	36	13,8(10,2-18,6)	52	11,1(8,6-14,3)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	35	10,9(7,9-14,8)	44	14,9(11,3-19,5)	79	12,8(10,4-15,7)		
Secundarios	34	9,2(6,7-12,7)	61	14,8(11,7-18,5)	95	12,2(10,1-14,6)		
Universitarios	13	4,5(2,6-7,6)	56	17,6(13,8-22,2)	69	11,4(9,1-14,2)		
Situación Laboral								
Trabajo	66	8,2(6,5-10,4)	118	15,5(13,1-18,3)	184	11,8(10,3-13,5)		
Paro	11	17,5(9,9-28,8)	25	26,6(18,6-36,4)	36	22,9(17-30,2)		
Estudiante	1	1,6(0,2-10,8)	3	4,8(1,5-13,8)	4	3,2(1,2-8,3)		
Trabajo no remunerado**	0	0	6	7,7(3,5-16,1)	6	7,7(3,5-16,1)		
Jubilación/Pensionista	4	7,8(3-19,1)	9	28,1(15,3-45,9)	13	15,7(9,3-25,1)		
Clase social								
Alta	22	6,8(4,5-10,1)	55	18,6(14,6-23,5)	77	12,5(10,1-15,3)		
Media	14	7,5(4,5-12,3)	51	17,4(13,5-22,2)	65	13,6(10,8-16,9)		
Baja	46	10,7(8,1-14)	55	14(10,9-17,7)	101	12,3(10,2-14,7)		
Totales*	82	8,4(6,8-10,3)	161	15,7(13,6-18)	243	12,1(10,8-13,6)		

*Ama de casa. % IC (95%): prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

El acoso global (tabla 27) duplica su valor en porcentaje prácticamente para cualquier variable en las mujeres vs hombres y, en algunos casos triplica o más esta diferencia por sexo como ocurre en el grupo más joven, nivel educativo universitario y en la jubilación.

En el país de origen el porcentaje presentado por los hombres de cualquier origen es similar siendo menor en los hombres de otros países; las mujeres de ambos orígenes, duplican aproximadamente a los hombres en porcentaje de su mismo origen, y entre ellas se observa una diferencia algo mayor de 2 puntos porcentuales de forma que las mujeres de cualquier origen dan unos porcentajes mucho más próximos entre ellas que con los hombres de su mismo origen.

En el grupo más joven, al que suponemos un corto período de trabajo, ya presenta un porcentaje del 5,7% de acoso y en el grupo de jubilación/pensionistas, es decir personas que se puede considerar que, ya han cumplido su período laboral, el 28,1% de las mujeres han padecido este acoso frente al 7,8% en los hombres.

4.12. SALUD MENTAL

Los desórdenes depresivos son los trastornos mentales más frecuente en las consultas y uno de los más importantes problemas de salud pública.

Se incluye en el año 2019 el cuestionario PHQ-8 de valoración de depresión y severidad de sintomatología depresiva por su duración desde nunca a varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días.

Las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

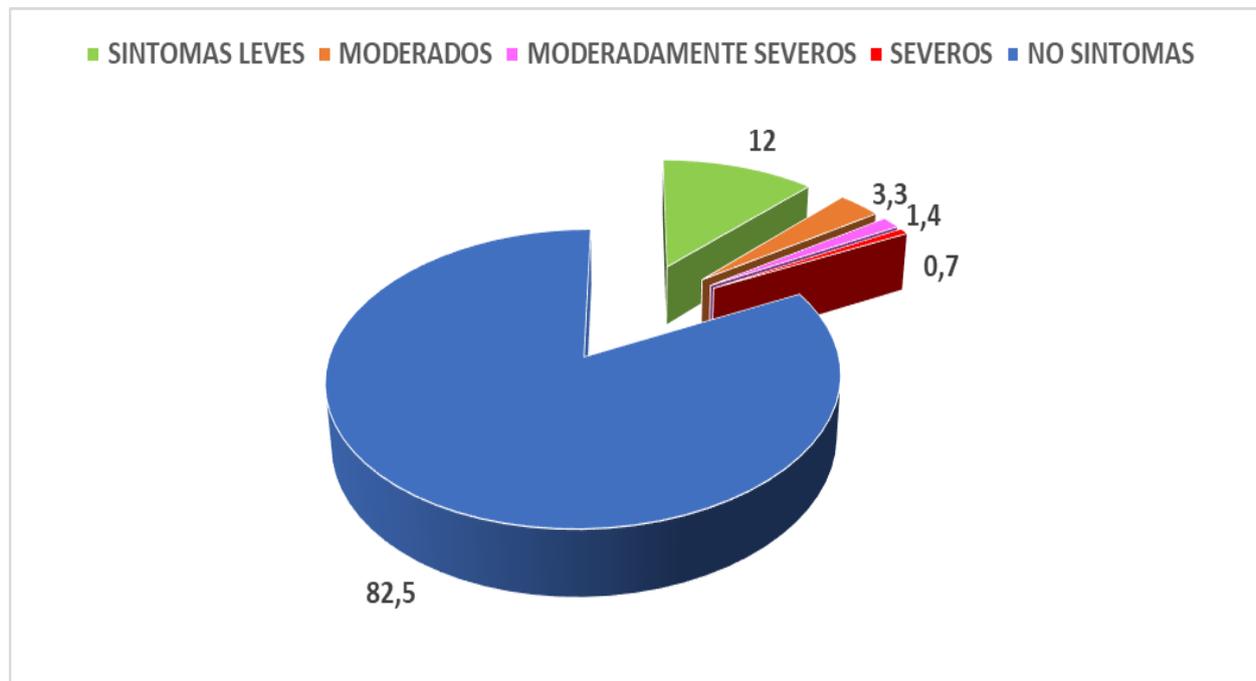
Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems según su duración. Se considera que la respuesta afirmativa en cada ítem para 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos. La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos. Resultados de 0 a 4 puntos representa no sintomatología significativa, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente severa y 20 a 24 severa.

En la figura 25 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación.

El 12% de la población presenta síntomas leves de depresión, 3,3% moderados, 1,4% moderadamente severos y 0,7% severos (figura 23).

Figura 23. Porcentajes globales de sintomatología depresiva por gravedad PHQ-8. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

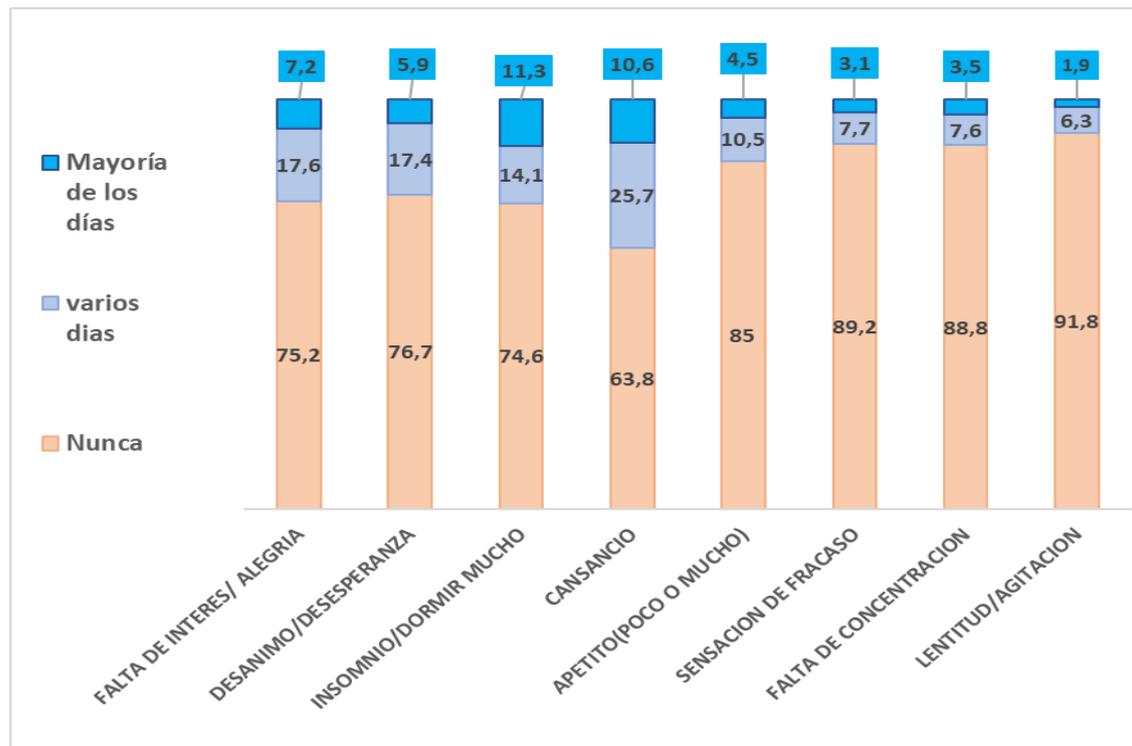
La prevalencia global de sintomatología depresiva de moderadamente severa a severa fue de 2,1%; por sexo fue casi el triple en las mujeres vs hombres con un 3,1% y 1,1% respectivamente; por edad a destacar una prevalencia de 6% con síntomas depresivos de moderados a moderadamente severos en el grupo más joven (tabla 28).

Tabla 28. Porcentaje de sintomatología depresiva según PHQ-8 desde ninguna sintomatología a severa por sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
NO SINTOMATOLOGIA	82,5 (80,7-84,1)	85,9 (83,5-87,9)	79,2 (76,6-81,6)	82,8 (78,8-86,2)	83,4 (80,6-85,9)	81,5 (78,7-83,9)
LEVE	12 (10,7-13,5)	10,3 (8,6-12,4)	13,6 (11,7-15,9)	11,2 (8,5-14,7)	12 (9,8-14,5)	12,5 (10,4-14,9)
MODERADA	3,3 (2,6-4,2)	2,7 (1,8-3,9)	4 (3-5,4)	5 (3,2-7,6)	2,4 (1,5-3,8)	3,4 (2,4-4,8)
MODERADAMENTE SEVERA	1,4(1-2,1)	0,6 (0,3-1,4)	2,2 (1,5-3,4)	1 (0,4-2,6)	1,3 (0,7-2,5)	1,7 (1,1-2,9)
SEVERA	0,7 (0,4-1,2)	0,5 (0,2-1,2)	0,9 (0,5-1,7)	0 (0-0)	0,8 (0,4-1,8)	0,9 (0,5-1,9)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

En la figura 24 se presentan los porcentajes globales por ítems del PHQ-8. Alrededor de un cuarto de la población dijo tener “falta de interés o alegría” de varios días de duración, la mayoría de los días o a casi todos los días. Igual porcentaje se dio en el “desánimo o desesperanza”; el ítem de mayor valor fue el cansancio o falta de energía.

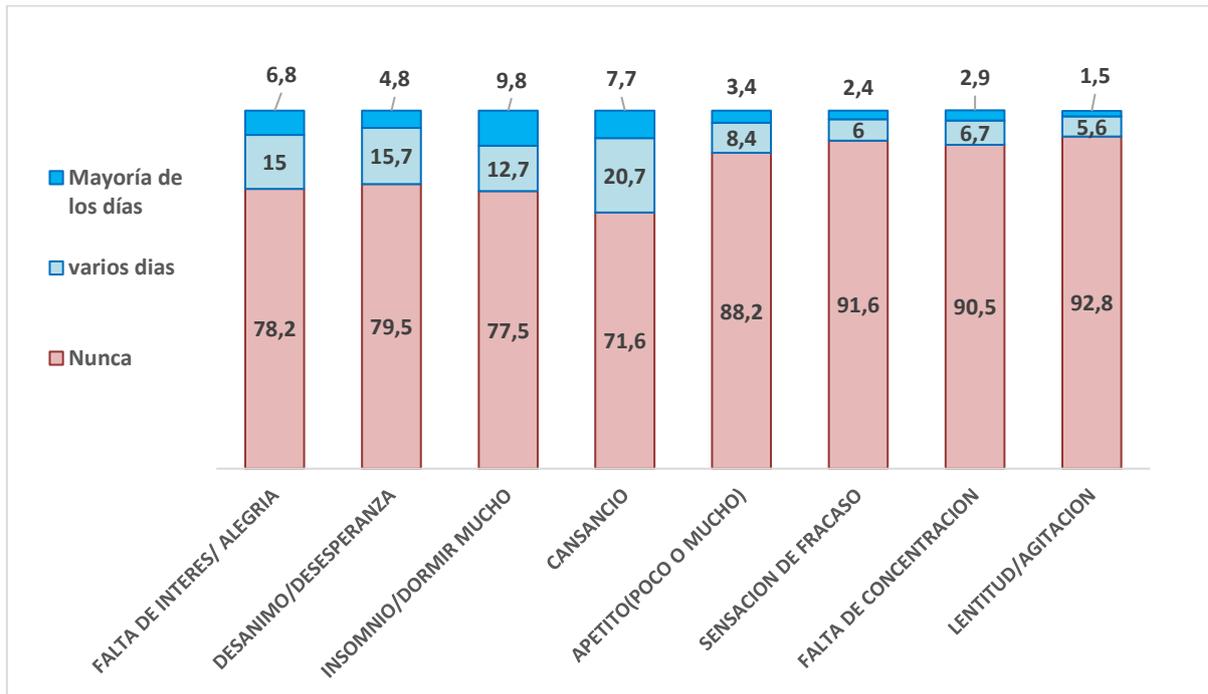
Figura 24. Porcentajes globales por ítems de PHQ-8 en las últimas dos semanas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

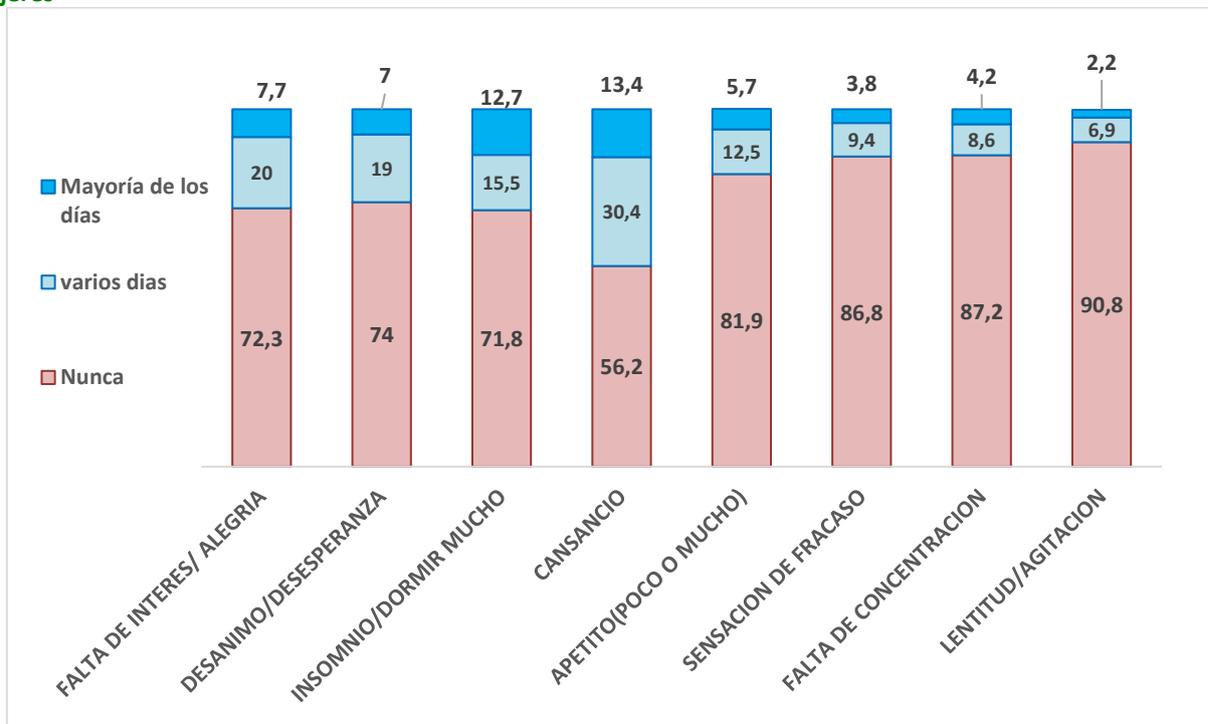
En la Figura 25 los porcentajes por sexo para cualquier ítem del cuestionario de salud mental depresión PHQ-8 son mayores en las mujeres vs hombres, destacando la respuesta afirmativa del ítem “cansancio o falta de energía” que supera en las mujeres por más de 35 puntos porcentuales a los hombres.

Figura 25. Porcentajes por ítems de PHQ-8 en las últimas dos semanas mujeres y hombres. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Hombres



Mujeres



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR

Para obtener la prevalencia de depresión mayor con el cuestionario PHQ-8, se consideró la obtención de una respuesta afirmativa en “tener poco interés o placer en hacer las cosas” o “sentirse desanimado/a o sin esperanza” es decir ánimo depresivo anhedonia presente más de la mitad de los días y al menos 5 ítems más del cuestionario, presentes más de la mitad de los días.

En la tabla 29 se muestran los resultados de prevalencia de depresión mayor en los/as encuestados/as. La prevalencia de depresión mayor fue de 6,2% más elevado en las mujeres vs los hombres (7% y 5,4% respectivamente); las personas en paro tuvieron el porcentaje más elevado de la tabla (12,7%).

Las mujeres de otro país de origen presentaron un porcentaje más de 3 veces superior al de los hombres de su misma categoría (10,4% y 3,4% respectivamente) (tabla 29).

Se observa un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en los niveles educativos más bajos, clase social-situación laboral, origen, y ser mujer (tabla 29).

Tabla 29. Prevalencia de Depresión Mayor por variables sociodemográficas, sexo y totales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	
Edad							
18-29	14	7(4,2-11,5)	11	5,5(3,1-9,6)	25	6,2(4,3-9,1)	
30-44	13	3,5(2-6)	25	6,7(4,6-9,8)	38	5,1(3,7-6,9)	
45-64	26	6,4(4,4-9,3)	36	7,9(5,8-10,8)	62	7,2(5,7-9,2)	
País Nacimiento							
España	46	6(4,5-7,9)	45	5,9(4,4-7,8)	91	5,9(4,9-7,2)	
Otros países	7	3,4(1,6-6,9)	27	10,4(7,2-14,7)	34	7,3(5,3-10)	
Nivel educativo							
Primarios/Menos	22	6,9(4,6-10,2)	35	11,9(8,6-16,1)	57	9,3(7,2-11,8)	
Secundarios	19	5,2(3,3-8)	24	5,8(3,9-8,5)	43	5,5(4,1-7,3)	
Universitarios	12	4,2(2,4-7,2)	13	4,1(2,4-6,9)	25	4,1(2,8-6)	
Situación Laboral							
Trabajo	36	4,5(3,3-6,2)	46	6,1(4,6-8)	82	5,3(4,3-6,5)	
Paro	9	14,3(7,6-25,2)	11	11,7(6,6-19,9)	20	12,7(8,4-18,9)	
Estudiante	5	8,2(3,4-18,3)	5	7,9(3,3-17,7)	10	8,1(4,4-14,4)	
Trabajo no remunerado**	0	0	7	9(4,3-17,6)	7	9(4,3-17,6)	
Jubilación/Pensionista	3	5,9(1,9-16,8)	3	9,4(3-25,4)	6	7,2(3,3-15,2)	
Clase social							
Alta	15	4,6(2,8-7,6)	12	4,1(2,3-7)	27	4,4(3-6,3)	
Media	6	3,2(1,5-7)	17	5,8(3,6-9,1)	23	4,8(3,2-7,1)	
Baja	29	6,8(4,7-9,6)	37	9,4(6,9-12,7)	66	8(6,3-10,1)	
Totales*	53	5,4(4,2-7)	72	7,0(5,6-8,7)	125	6,2(5,3-7,4)	

*IC (95%): Intervalo de confianza al 95% **ama de casa

*** con cumplimiento de los dos primeros ítems del PHQ-8 y al menos 5 ítems más al menos la mitad de los días

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

Características de la población con depresión mayor

En la tabla 31 se muestran las características de la población con depresión mayor para el cuestionario PHQ-8.

Tabla 31. Características sociodemográficas de la población con depresión mayor de PHQ-8. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

	Hombres		Mujeres		N
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	
Sexo					
Edad					
18-29	14	56(37,3-73,2)	11	44(26,8-62,7)	25
30-44	13	34,2(21,2-50,1)	25	65,8(49,9-78,8)	38
45-64	26	41,9(30,7-54)	36	58,1(46-69,3)	62
País Nacimiento					
España	46	50,5(40,6-60,4)	45	49,5(39,6-59,4)	91
Otros países	7	20,6(10,2-37,2)	27	79,4(62,8-89,8)	34
Nivel educativo					
Primarios/Menos	22	38,6(27,1-51,6)	35	61,4(48,4-72,9)	57
Secundarios	19	44,2(30,4-59)	24	55,8(41-69,6)	43
Universitarios	12	29,7(66,8-2)	13	33,2(70,3-2,1)	25
Situación Laboral					
Trabajo	36	43,9(33,8-54,5)	46	56,1(45,5-66,2)	82
Paro	9	45(25,4-66,3)	11	55(33,7-74,6)	20
Estudiante	5	50(22,6-77,4)	5	50(22,6-77,4)	10
Trabajo no remunerado**	0	0(0-0)	7	100(100-100)	7
Jubilación/Pensionista	3	50(16,8-83,2)	3	50(16,8-83,2)	6
Clase social					
Alta	15	55,6(37-72,7)	12	44,4(27,3-63)	27
Media	6	26,1(12,3-47,2)	17	73,9(52,8-87,7)	23
Baja	29	43,9(32,7-55,8)	37	56,1(44,2-67,3)	66
Totales*	53	42,4(34,3-50,9)	72	57,6(49,1-65,7)	125

*IC (95%): Intervalo de confianza al 95% **ama de casa

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19)

El grupo de población encuestado con síntomas de depresión mayor fue en un 57,6% mujeres frente al 42,4% de hombres; en el grupo de edad media el 65,8% fueron mujeres vs 34,2% de hombres; existen una enorme diferencia en origen "otro país" con un 79,4% de mujeres en esta categoría vs 20,6% de hombres de su mismo origen (tabla 31).

Por nivel educativo, se ve un gradiente que se repite tanto en hombres como en mujeres, siempre siendo las cifras en mujeres mucho más altas que las de los hombres.

El trabajo no remunerado obtuvo un 7% (amas de casa) con depresión mayor y estaba formado exclusivamente por mujeres.

Dentro del grupo "clase social" (nivel socioeconómico) en el nivel medio las mujeres fue mayoría 73,9% y, en los hombres 26,1%.

Sólo para el grupo de 18-29 años los hombres superan a las mujeres y en el grupo estudiantes y jubilación las cifras se igualan entre ambos.

4.13. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

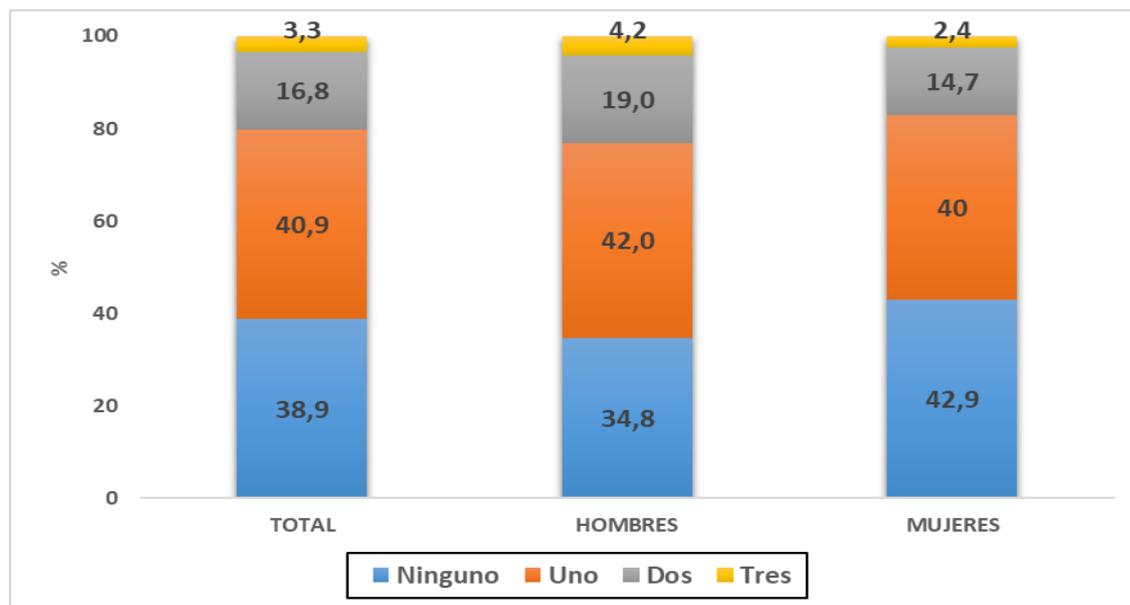
En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METs en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

De acuerdo con los criterios expuestos, el 38,9% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 40,9% tenía uno, el 16,8% dos, el 3,3% tres factores de riesgo (figura 26).

Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por grupos de edad en 2019 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en hombres en todas las edades alcanzando una diferencia de casi 4 puntos en los de mayor edad (figuras 26-28).

Por último, en la figura 28 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo durante 2017/2019 comparado con 1995/1996 es de una disminución del 16,8% en hombres y en las mujeres permanece prácticamente igual con un levísimo aumento del 0,6% en las mujeres.

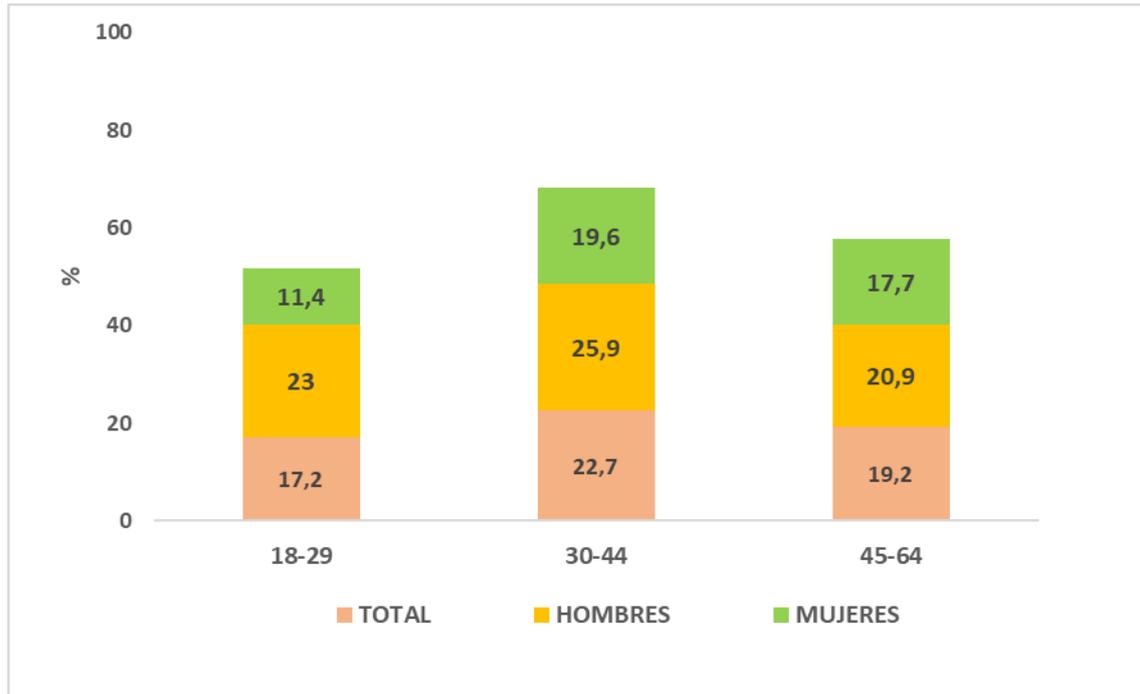
Figura 26. Agregación de factores de riesgo*. Hombres, mujeres y totales Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

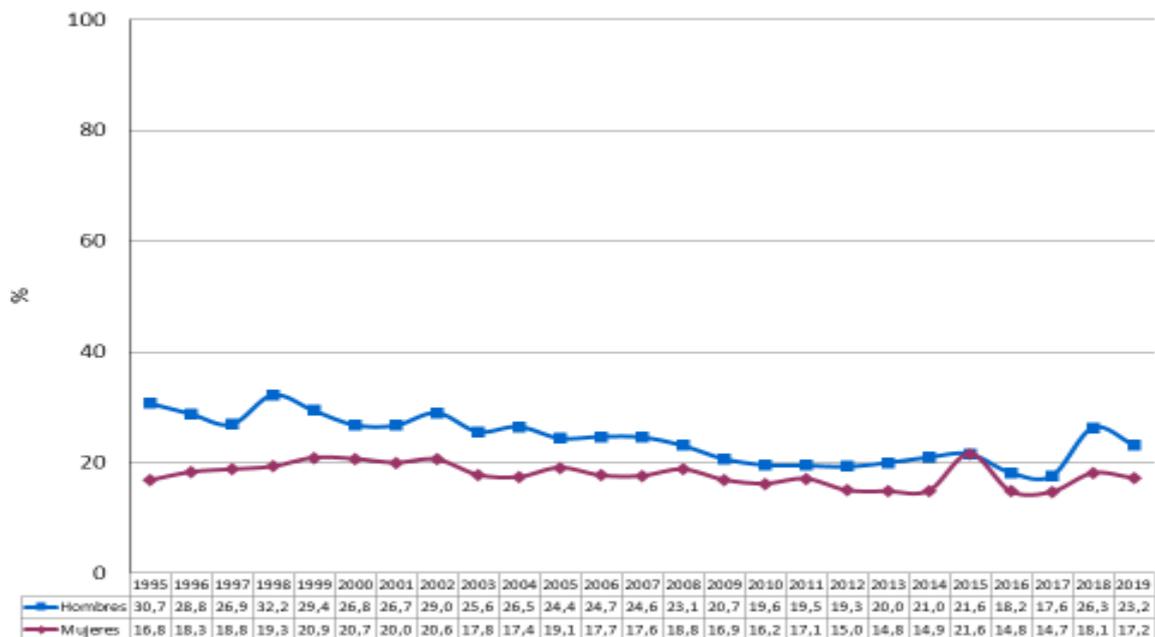
*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

Figura 27. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 28. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2019.



* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

5. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
- 2.- WHO | Global burden of disease. WHO. http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ (accessed 29 May 2017).
- 3.- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 4.- Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx> (accessed 1 Nov 2018).
- 5.- Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
- 6.- Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
- 7.- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.
- 8.- Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2017. <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad> (7 Nov 2018).
- 9.- Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2016, datos internos. Consejería de Sanidad.
- 10.- Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019
- 11.- Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
- 12.- Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
- 13.- Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
- 14.- NIH. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018. <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
- 15.- Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" Statistics in Medicine 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).
- 16.-Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82.
- 17.- IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 18.- Ainsworth BE , Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Med Sci Sports Exerc. 2011 Aug; 43(8):1575-81.
- 19.- Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
- 20.- Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.

- 21.- Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J. Estud. Alcohol.* 1994; 55:471-474.
- 22.- Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc* 1997; 157: 1529-1535.
- 23.- Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav* 2004; 29: 867-878.
- 24.- Maiques A, Brotons C, Villar F, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 3-15.
- 25.- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 24-41.
- 26.- Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science.* 2013; 340:1527-8.

Informe elaborado por:

Virginia del Pino y Jenaro Astray

Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD