



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2018

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo
Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta
(SIVFRENT-A). Año 2018

Elaborado por:

**Servicio de Epidemiología
Subdirección General de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de
Madrid**

Como citar este documento:

del Pino V, Astray J. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2018. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2018. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2018; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2018. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Ejecución del trabajo de campo del sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta 2018 (SIVFRENT): DEMOMETRICA ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN, S.L.

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2018**Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2018****ÍNDICE:**

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	7
3. METODOLOGÍA	8
4. RESULTADOS	11
4.1 Percepción de salud	11
4.2. Actividad física	14
4.3. Alimentación	18
4.4. Dietas	24
4.5. Antropometría	26
4.6. Consumo de tabaco	30
4.7. Consumo de alcohol	34
4.8. Prácticas preventivas	38
4.9. Accidentes	44
4.10. Seguridad vial	45
4.11. Violencia contra la mujer	48
4.12. Agregación de factores	50
5. BIBLIOGRAFÍA	53

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2018

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2018

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 adulta, SIVFRENT-A, el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J, y el dirigido a mayores SIVFRENT-M. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2018 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.

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 75,7%, menor en mujeres (70,9%) que en hombres (80,8%) 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 65,4% frente a las mujeres nacidas en España, 72,3%. 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 11 puntos porcentuales de diferencia entre ambos colectivos.

Un 45,5% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 61,7% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre, 53,6% en hombres y del 69,3% en mujeres.

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; más del 33,4% de la población no ingirió fruta diariamente, proporción que se incrementó al 42,4% en los jóvenes de 18 a 29 años.

Como mejora, es destacable la reducción de la inactividad física en el tiempo libre en el periodo 2012-2018 en hombres (mejora de un -5,05% anual). En mujeres, desde 2012 a 2015, mejoraba también un -7,3%, de media anual pero en los tres últimos años se produce un cambio en la tendencia estancándose este indicador en mujeres. Con todo es necesario recordar que un 53,6% de los hombres y un 69,3% de las mujeres son sedentarios en el tiempo libre.

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 2018

que el 44,7% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,6 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 56,1% en 2018 ($p < 0,05$) y en mujeres de 26,9% en 1995 a 34% en 2018 (NS).

Las prevalencias del consumo de tabaco siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Más de una de cada cuatro personas (26,1%), 26,6% de los hombres y 25,3% de las mujeres son fumadoras habituales en 2018.

Aunque la mejoría en las tendencias de los indicadores de tabaquismo es evidente (el descenso¹ considerando toda la serie, en fumadores habituales es del 33,6% en hombres y del 32,1% 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 (71,6% en hombres y 73,3% en mujeres). En concreto, en el periodo 1995/1996-2017/2018, la proporción de abandono del consumo experimentó una mejora del 49,6% en hombres y de un 105% 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.

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres, un 60,6% desde 1995 a 2015 con un porcentaje de cambio anual de 7,56%, produciéndose un cambio de tendencia y aumentado en los últimos tres años. En mujeres en la serie se observa una tendencia al empeoramiento de este indicador desde 2014 a 2018 alcanzando cifras similares a las de los hombres.

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió de forma significativa, con un porcentaje de cambio anual del -1,5%, en hombres y permanece estable en mujeres.

En 2018, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 4,2% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 13,7%. Combinando ambos indicadores, el 15,4% realizó un consumo de alcohol “de riesgo global”.

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 19,8% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 28,7% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2016/2017, en 2018 el test de sangre oculta muestra un descenso.

Por otro lado, la utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, mejoró de forma muy notable en los últimos años.

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 5,9 % de las mujeres con pareja o expareja durante el último año. Supone un aumento respecto del año anterior, siendo el porcentaje mayor en los grupos de edad más jóvenes que triplica al grupo de mayores.

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 44,9% tenía al menos un

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

factor de riesgo y un 20,3% de los hombres y un 16,3% de las mujeres tenían dos o más factores de riesgo.

Conclusiones:

Durante 2018 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.

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 muestran la necesidad de fomentar 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 de realización de prácticas preventivas y el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, posiblemente favorecido por las campañas preventivas que se han puesto en marcha en los últimos años.

Finalmente, 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.

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, suponen 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 2018, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁸, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos veintidós 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 2.006 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 2018 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.578.079 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 2018, 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.

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 2017. 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 21¹⁷.

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 2006 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	2006
Sexo (%)	(%)
Hombres	48,5
Mujeres	51,5
Edad (%)	
18-29	20,3
30-44	39,5
45-64	40,2
Tasa de respuesta	69
Ámbito geográfico (%)	
Madrid capital	49,1
Corona metropolitana	43,1
Resto de municipios	7,8
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	5,8
Primarios	32
Secundarios 1º grado	20
Secundarios 2º grado	12
Universitarios	30,2

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

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 2018.

4.1. PERCEPCIÓN 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 persona².

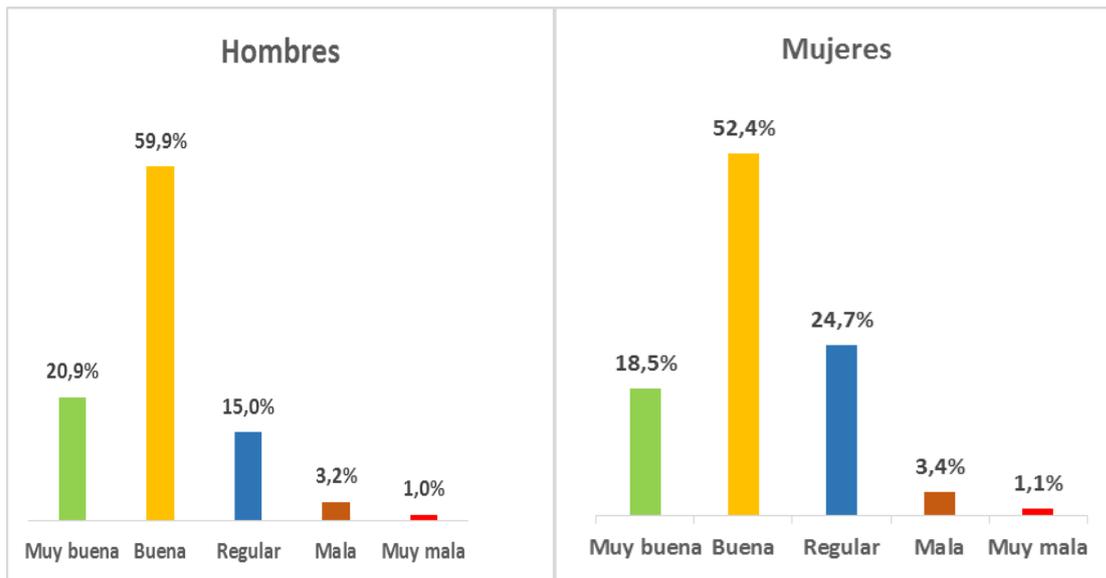
En las figuras 1 y 2 se ofrecen los porcentajes para cada una de las 5 categorías de la pregunta por sexo y grupo de edad y en la tabla 2 para sintetizar la información, se ha elaborado el indicador “percepción de salud buena o muy buena”, agrupando estas dos categorías, por sexo, grupo de edad, país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

La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena es menor en mujeres, 70,9% (IC 68,1-73,6), que en hombres 80,8% (IC 78,2-83,1). La prevalencia de percepción “regular, mala o muy mala” es ligeramente mayor en mujeres, un 29,1% frente a un 19,2% en los hombres.

De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) (Tabla 2) 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).

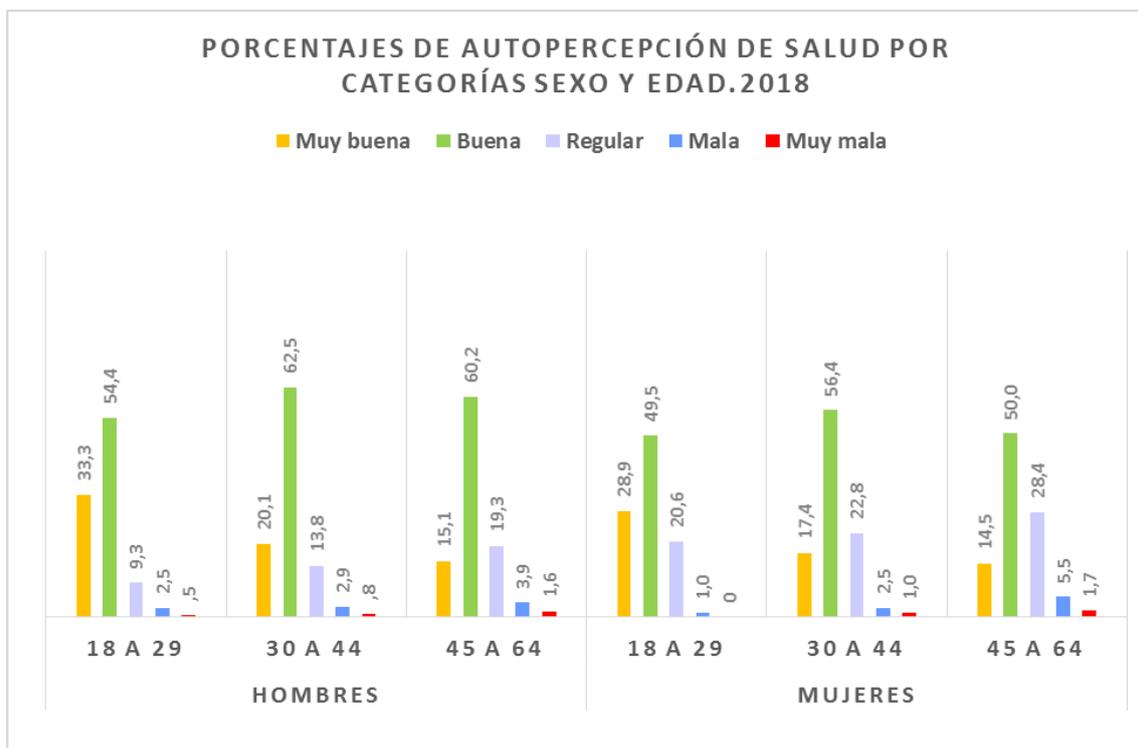
² Abellán A. Percepción del estado de salud. Rev Mult Gerontol 2003; 13(5):340-342.

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-A18).

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-A18).

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

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	179	87,7(82,5-91,6)	160	78,4(72,3-83,5)	339	83,1(79,2-86,4)
30-44	317	82,6(78,4-86)	301	73,8(69,3-77,8)	618	78(75-80,8)
45-64	289	75,3(70,7-79,3)	272	64,5(59,8-68,9)	561	69,6(66,4-72,7)
País Nacimiento						
España	662	81,6(78,8-84,1)	597	72,3(69,1-75,2)	1259	76,9(74,8-78,9)
Otros países	123	76,4(69,2-82,3)	136	65,4(58,7-71,5)	259	70,2(65,3-74,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	234	74,1(68,9-78,6)	229	61,9(56,9-66,7)	463	67,5(63,9-70,9)
Secundarios	296	79,6(75,2-83,4)	256	71,1(66,2-75,6)	552	75,4(72,2-78,4)
Universitarios	255	89,8(85,7-92,8)	248	81,6(76,8-85,5)	503	85,5(82,5-88,2)
Situación Laboral						
Trabajo	653	82,1(79,3-84,6)	554	72,3(69,1-75,4)	1207	77,3(75,2-79,3)
Paro	45	63,4(51,7-73,7)	58	67,4(56,9-76,5)	103	65,6(57,8-72,6)
Estudiante	57	91,9(82-96,6)	58	77,3(66,5-85,4)	115	83,9(76,8-89,2)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	52	63,4(52,5-73,1)	52	63,4(52,5-73,1)
Jubilación/Pensionista	30	68,2(53,2-80,2)	11	44(26,2-63,5)	41	59,4(47,5-70,3)
Clase social						
Alta	275	86,8(82,6-90,1)	235	79,4(74,4-83,6)	510	83,2(80-85,9)
Media	158	81,9(75,8-86,7)	159	73,2(67,6-78,1)	357	76,8(72,7-80,4)
Baja	317	74,8(70,4-78,7)	261	63,5(58,8-68)	578	69,2(66-72,2)
Totales	785	80,8(78,2-83,1)	733	70,9(68,1-73,6)	1518	75,7(73,8-77,5)

*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-A18).

4.2.- ACTIVIDAD FÍSICA

El 45,5% (IC 43,4-47,7) de los entrevistados/as afirmaron estar sentados/as 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 61,7% (59,6-63,8) 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, 2018.

	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)	45,5 (43,4-47,7)	47,5 (44,4-50,7)	43,6 (40,6-46,6)	48,3 (43,5-53,1)	47 (43,5-50,4)	42,7 (39,3-46,1)
No activos en tiempo libre(b)	61,7 (59,6-63,8)	53,6 (50,5-56,7)	69,3 (66,5-72,1)	51 (46,3-55,7)	62,4 (59-65,7)	66,5 (63,2-69,7)

(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.

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

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 bailes. En hombres también como primero fue pesas/gimnasia por aparatos y en segundo lugar el footing, seguido de fútbol.

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, 2018.

Hombres	%	Mujeres	%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	23,6	1. Pesas/Gimnasia con aparatos	14,9
2.Footing	19,4	2.Gimnasia de mantenimiento	9,7
3.Fútbol	11	3.Bailar/bailes de salón	9,5
4.Bicicleta intensa	9,8	4.Aerobic/gim jazz,danza	8,2
5.Bicicleta ligera	9,2	5.Footing	7,6

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

En la figura 3 podemos apreciar la evolución de estos indicadores de sedentarismos en la actividad habitual y tiempo libre desde 1995 a 2018. El sedentarismo durante la actividad habitual/laboral, en hombres ha aumentado ligeramente desde 1995 a 2013, con un porcentaje de cambio anual PCA de +1,05% (p<0,05); hay que observar en 2015 a 2018 el PCA es de 3,06% (NS). En mujeres muestra una

tendencia ligeramente ascendente, destacando dos periodos el primero desde 1995 a 2003 con un PCA de +3,26% ($p<0,05$) y desde 2003 a 2018 prácticamente permanece estable con un PCA +0,28%(NS); en toda la serie el PPCA fue de 1,3%($p<0,05$).

La proporción de personas no activas en tiempo libre mejoró en todo el periodo en hombres y en mujeres. En hombres se evidencia una disminución suave desde 1995 a 2018 con un porcentaje promedio de cambio anual PPCA de -1,7% ($P<0,05$). Desde 2012 se evidencia una mejora notable de la serie con un PCA de -5,05% ($p<0,05$). En mujeres la tendencia en su conjunto es ligeramente descendente con un (PPCA) de -0,8 (NS); de 2012 a 2015 mejora de forma importante con un PCA de -7,32% ($p<0,05$), produciéndose un cambio de esta tendencia en 2015, empeorando este indicador hasta el momento actual.

Figura 3. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



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

Tabla 5. Sedentarismo en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾ por variables sociodemográficas por sexo y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	92	45,1(38,4-51,9)	105	51,5(44,6-58,2)	197	48,3(43,5-53,1)
30-44	187	48,8(43,9-53,8)	185	45,3(40,6-50,2)	372	47(43,6-50,5)
45-64	183	47,9(43-52,9)	161	38,2(33,6-42,9)	344	42,8(39,4-46,2)
País Nacimiento						
España	423	52,4(48,9-55,8)	401	48,5(45,2-51,9)	824	50,4(48-52,8)
Otros países	39	24,2(18,2-31,4)	50	24(18,8-30,2)	89	24,1(20,1-28,7)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	83	26,3(21,8-31,5)	87	23,5(19,5-28,1)	170	24,8(21,7-28,2)
Secundarios	173	46,6(41,6-51,7)	155	43,1(38,1-48,2)	328	44,9(41,3-48,5)
Universitarios	206	72,8(67,3-77,7)	209	68,8(63,3-73,7)	415	70,7(66,9-74,2)
Situación Laboral						
Trabajo	371	46,7(43,2-50,1)	346	45,2(41,7-48,7)	717	45,9(43,5-48,4)
Paro	23	33,3(23,3-45,2)	26	30,2(21,5-40,7)	49	31,6(24,8-39,3)
Estudiante	41	66,1(53,5-76,8)	55	73,3(62,2-82,1)	96	70,1(61,9-77,2)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	11	13,4(7,6-22,6)	11	13,4(7,6-22,6)
Jubilación/Pensionista	27	62,8(47,6-75,8)	13	52(33,1-70,4)	40	52(33,1-70,4)
Clase social						
Alta	223	70,3(65,1-75,1)	177	59,8(54,1-65,2)	400	65,3(61,4-68,9)
Media	116	60,7(53,7-67,4)	187	68,8(63-74)	303	65,4(61-69,6)
Baja	92	21,7(18,1-25,9)	58	14,1(11,1-17,8)	150	18(15,5-20,7)
Totales	462	47,7(44,6-50,8)	451	43,6(40,6-46,6)	913	45,6(43,4-47,8)

*Ama de casa.

(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-A18).

El sedentarismo por actividad habitual/laboral (tabla 5), es muy elevado en universitarios/as, 72,8% en hombres y 68,8% en mujeres ($p < 0,05$).

Tabla 6. Sedentarismo en tiempo libre ⁽¹⁾, por variables sociodemográficas por sexo y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	79	38,7(32,3-45,6)	129	63,2(56,4-69,6)	208	51(46,3-55,7)
30-44	214	55,7(50,7-60,6)	280	68,6(64-73)	494	62,4(59-65,7)
45-64	228	59,4(54,4-64,2)	308	73(68,5-77)	536	66,5(63,2-69,7)
País Nacimiento						
España	412	50,8(47,4-54,2)	551	66,7(63,4-69,8)	963	58,8(56,5-61,1)
Otros países	109	67,7(60,1-74,5)	166	79,8(73,8-84,7)	275	74,5(69,8-78,7)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	205	64,9(59,5-69,9)	294	79,5(75-83,3)	499	72,7(69,3-75,9)
Secundarios	199	53,5(48,4-58,5)	236	65,6(60,5-70,3)	435	59,4(55,8-62,9)
Universitarios	117	41,2(35,6-47)	187	61,5(55,9-66,8)	304	51,7(47,7-55,7)
Situación Laboral						
Trabajo	426	53,6(50,1-57)	528	68,9(65,6-72,1)	954	61,1(58,7-63,5)
Paro	39	54,9(43,3-66)	60	69,8(59,3-78,5)	99	63,1(55,3-70,2)
Estudiante	27	43,5(31,8-56)	44	58,7(47,2-69,3)	71	51,8(43,5-60,1)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	67	81,7(71,8-88,7)	67	81,7(71,8-88,7)
Jubilación/Pensionista	29	65,9(50,8-78,3)	18	72(51,8-86)	47	68,1(56,3-78)
Clase social						
Alta	133	42(36,7-47,4)	182	61,5(55,8-66,9)	315	51,4(47,5-55,3)
Media	106	54,9(47,8-61,8)	190	69,9(64,1-75)	296	63,7(59,2-67,9)
Baja	264	62,3(57,6-66,7)	308	74,9(70,6-78,9)	572	68,5(65,3-71,5)
Totales	521	53,6(50,5-56,7)	717	69,3(66,5-72,1)	1238	61,7(59,6-63,8)

*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-A18).

La prevalencia de indicador de “sedentarismo en tiempo libre” es 61,7%, más elevado en mujeres (69,3%) que en los hombres (53,6%), persistiendo esta diferencia en las variables analizadas. En hombres, se evidencia un gradiente que aumenta con la edad, sin embargo, en mujeres este hecho se produce en menor medida. (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 19,7% de los encuestados/as no había ingerido ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,8 raciones diarias. El 8% no había realizado ninguna ingesta.

La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 42,5% en hombres y un 35% en mujeres (figura 4).

El 45,8% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, en las que este consumo se observó en un 40,5% en hombres, frente al 50,7% en mujeres.

En hombres como podemos observar en la figura 4, en los años de estudio, la tendencia 1995-2018 muestra que a partir de 2003 se produce un cambio en la serie, aumentando de forma constante desde 2003 a 2018 los que toman menos de dos raciones al día de derivados lácteos, PCA +3,29 ($p < 0,05$). En mujeres sucede lo mismo desde 2013, produciéndose un empeoramiento de este indicador hasta la actualidad, PCA 10,08% ($p < 0,05$).

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,0 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunta de frutas y verduras es de 2,2 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 10,1 % de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 58,5 (62 % de los hombres y 55,2 de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 5) y sólo el 5,6 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (6,2% de los hombres y 5,1 % 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 64 % no llegó a consumir tres raciones al día.

La prevalencia de consumo de menos de 5 raciones al día, es del 94,3%, siendo más elevado en los más jóvenes 95,6%.

En hombres el porcentaje de personas que ingieren menos de 3 raciones de frutas y verduras al día muestra una tendencia de mejora de 2003 a 2012 -1,96 ($p < 0,05$) y un segundo período -3,61% de 2015 a 2018 tras un llamativo empeoramiento de 2012 a 2015 ambos no significativos.

En mujeres, el análisis de la tendencia de este mismo indicador muestra en el período 2015-2018 una mejoría con un PCA de -6,68 (NS) (figura 5).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 0,93 raciones siendo el resto derivados (principalmente embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 84,9%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 7).

Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 49,2 % de hombres frente al 37,9% de mujeres (figura 6 y Tabla 9).

En indicador de consumo de carne y derivados de dos o más raciones/día, mejora en mujeres con un descenso durante todo el periodo de estudio, 1995-2018, del -0,41% anual, (PPCA), ($p < 0,05$).

En los hombres se observa un comportamiento similar con una mejoría de este indicador en el periodo 1995/2018 de -0,8% (PCA), ($p < 0,05$).

Pescado

El 43,2% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 42,6% mujeres y 43,8% los hombres; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 36,8% en los/as más jóvenes a 47,8% 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).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 44,9% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 7).

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

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

Comparando el final del periodo, 2017/2018, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 6,6% en los hombres y un aumento del 23,7% en las mujeres.

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 1,6 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,36 raciones/día (lo que equivale a unas 2,5 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana).

Tabla 7. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en la última 24 hora. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	Sexo			EDAD		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
Leche	80,3 (78,5-82)	79,4 (76,8-81,8)	81,1 (78,6-83,4)	75 (70,6-79)	79,3 (76,3-82)	84 (81,3-86,4)
Leche y derivados	92 (90,8-93,1)	90,8 (88,9-92,5)	93,1 (91,4-94,5)	88,5 (85-91,2)	91,5 (89,4-93,3)	94,3 (92,5-95,7)
Arroz	19,5 (17,9-21,3)	20,7 (18,2-23,3)	18,5 (16,2-21)	23,5 (19,7-27,9)	19,9 (17,3-22,9)	17,1 (14,7-19,9)
Pasta	15,4 (13,9-17)	17,3 (15,1-19,8)	13,5 (11,6-15,8)	22,1 (18,3-26,3)	16,9 (14,5-19,7)	10,4 (8,5-12,7)
Verdura	79 (77,1-80,7)	74,7 (71,9-77,3)	83 (80,6-85,2)	78,2 (73,9-81,9)	76,6 (73,6-79,5)	81,6 (78,8-84,2)
Fruta fresca	66,6 (64,5-68,6)	64 (60,9-66,9)	69 (66,1-71,6)	57,6 (52,7-62,3)	61,7 (58,3-65,1)	75,8 (72,7-78,6)
Legumbres	17,8 (16,2-19,5)	18,5 (16,2-21,1)	17,1 (14,9-19,5)	17,2 (13,8-21,2)	16,9 (14,5-19,7)	19 (16,4-21,8)
Carne	72,9 (70,9-74,8)	75,7 (72,9-78,3)	70,3 (67,4-73)	77,7 (73,4-81,5)	74,8 (71,7-77,8)	68,6 (65,3-71,8)
Carne y derivados	84,9 (83,3-86,4)	87,8 (85,5-89,7)	82,2 (79,8-84,4)	86,3 (82,6-89,3)	87,5 (85-89,6)	81,6 (78,8-84,2)
Huevos	27,2 (25,3-29,2)	27,2 (24,5-30)	27,2 (24,6-30)	24,3 (20,4-28,6)	25,9 (22,9-29,1)	29,9 (26,8-33,2)
Pescado	43,2 (41,1-45,4)	43,8 (40,7-47)	42,6 (39,7-45,7)	36,8 (32,2-41,6)	41,9 (38,5-45,4)	47,8 (44,3-51,2)
Dulces/Bollería	44,9 (42,7-47)	45,6 (42,5-48,7)	44,2 (41,2-47,2)	48,5 (43,7-53,3)	43,2 (39,8-46,7)	44,7 (41,3-48,1)

Figura 4.

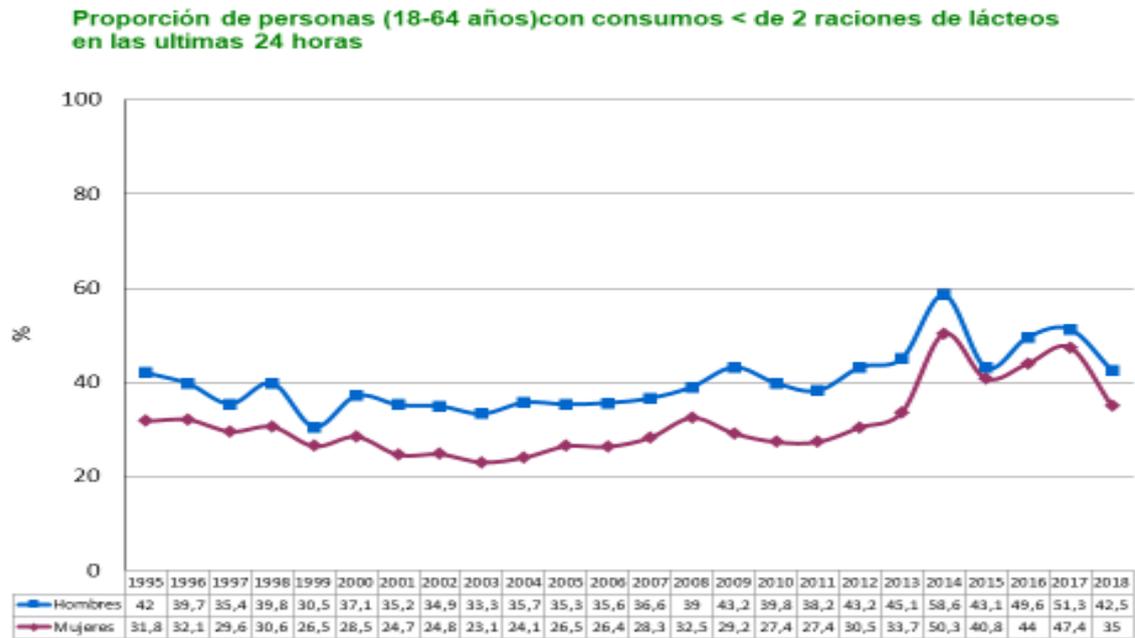
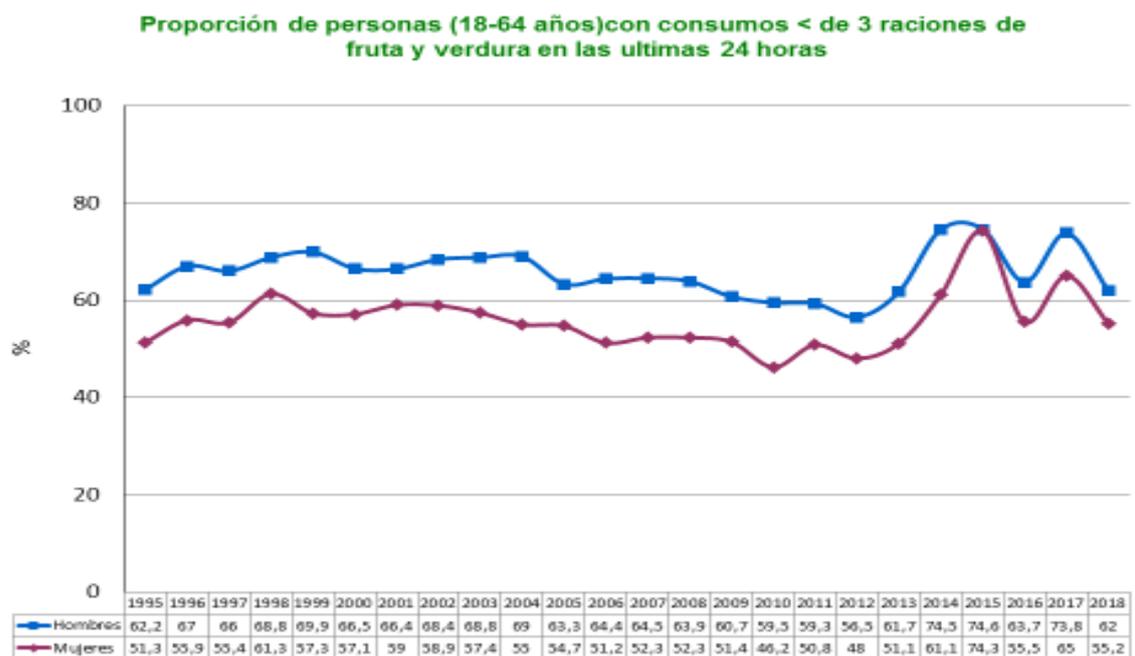
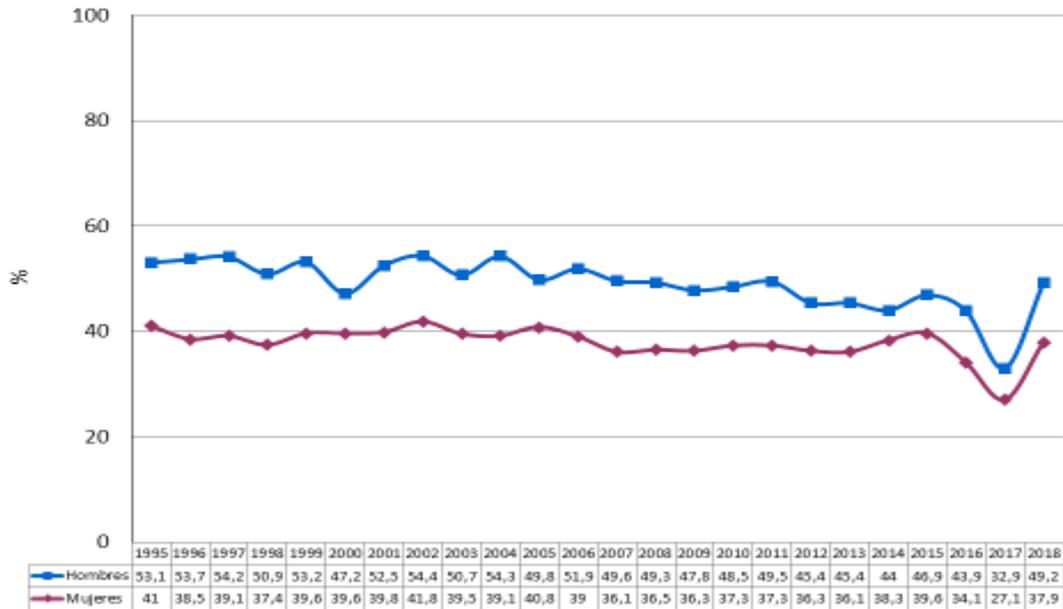


Figura 5.



Proporción de personas (18-64 años) con consumos >= a 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas



Proporción de personas (18-64 años) con consumos >= de 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas

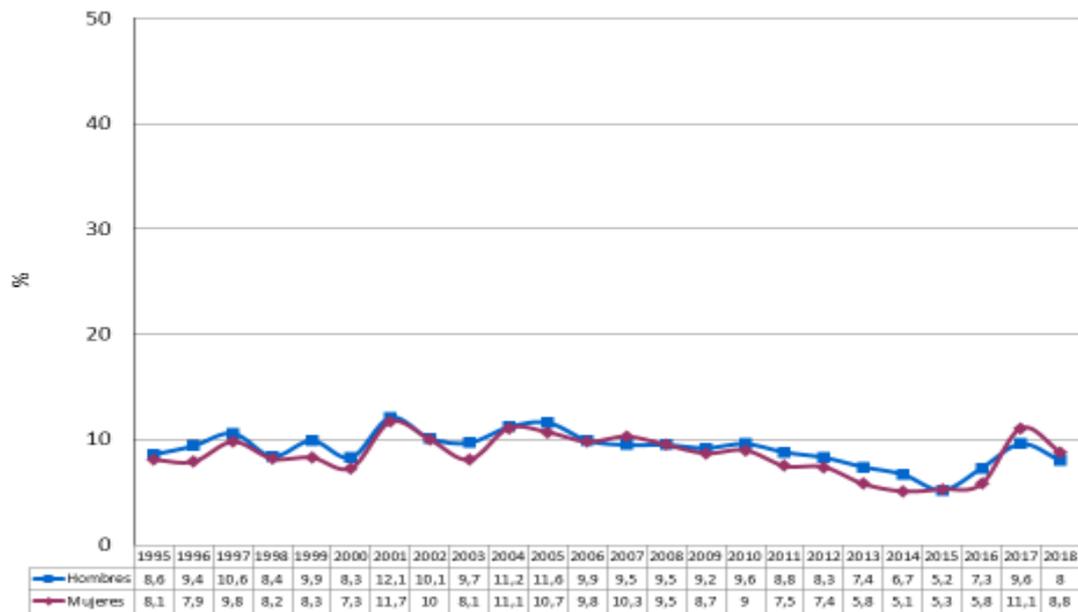


Tabla 8. Consumo menor a una ración de verdura al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		SEXO		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	56	27,5(21,7-34)	33	16,2(11,7-21,9)	89	21,8(18,1-26,1)		
30-44	104	27,1(22,9-31,8)	81	19,9(16,3-24)	185	23,4(20,5-26,4)		
45-64	86	22,4(18,5-26,8)	62	14,7(11,6-18,4)	148	18,4(15,8-21,2)		
País Nacimiento								
España	200	24,7(21,8-27,8)	143	17,3(14,9-20,1)	343	21(19,1-23)		
Otros países	46	28,6(22,1-36)	33	15,9(11,5-21,5)	79	21,4(17,5-25,9)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	98	31(26,1-36,4)	83	22,4(18,5-27)	181	26,4(23,2-29,8)		
Secundarios	93	25(20,9-29,7)	59	16,4(12,9-20,6)	152	20,8(18-23,9)		
Universitarios	55	19,4(15,2-24,4)	34	11,2(8,1-15,2)	89	15,1(12,5-18,3)		
Situación Laboral								
Trabajo	186	23,4(20,6-26,5)	127	16,6(14,1-19,4)	313	20,1(18,1-22,1)		
Paro	27	38(27,5-49,8)	20	23,3(15,5-33,3)	47	29,9(23,3-37,5)		
Estudiante	21	33,9(23,2-46,5)	9	12(6,3-21,6)	30	21,9(15,8-29,5)		
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	17	20,7(13,3-30,9)	17	20,7(13,3-30,9)		
Jubilación/Pensionista	12	27,3(16,2-42,1)	3	12(3,9-31,4)	15	21,7(13,6-33)		
Clase social								
Alta	59	18,6(14,7-23,3)	38	12,8(9,5-17,1)	97	15,8(13,1-18,9)		
Media	52	26,9(21,1-33,6)	49	18(13,9-23)	101	21,7(18,2-25,7)		
Baja	121	28,5(24,4-33)	80	19,5(15,9-23,6)	201	24,1(21,3-27,1)		
Totales	246	25,3(22,7-28,1)	176	17(14,8-19,4)	422	21(19,3-22,9)		

*Ama de casa.

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

El nivel de estudios universitario, los mayores y la clase alta dieron porcentajes menores en la falta de consumo de verduras.

Tabla 9. Consumo mayor o igual a 2 raciones o más de carne y productos cárnicos al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		Sexo		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad								
18-29	111	54,4(47,5-61,2)	89	43,6(37-50,5)	200	49(44,2-53,9)		
30-44	191	49,7(44,8-54,7)	167	40,9(36,2-45,8)	358	45,2(41,8-48,7)		
45-64	176	45,8(40,9-50,9)	136	32,2(27,9-36,9)	312	38,7(35,4-42,1)		
País Nacimiento								
España	411	50,7(47,2-54,1)	315	38,1(34,9-41,5)	726	44,3(42-46,7)		
Otros países	67	41,6(34,3-49,4)	77	37(30,7-43,8)	144	39(34,2-44,1)		
Nivel educativo								
Primarios/Menos	171	54,1(48,6-59,5)	150	40,5(35,7-45,6)	321	46,8(43,1-50,5)		
Secundarios	181	48,7(43,6-53,7)	128	35,6(30,8-40,6)	309	42,2(38,7-45,8)		
Universitarios	126	44,4(38,7-50,2)	114	37,5(32,2-43,1)	240	40,8(36,9-44,9)		
Situación Laboral								
Trabajo	396	49,8(46,3-53,3)	293	38,3(34,9-41,8)	689	44,1(41,7-46,6)		
Paro	34	47,9(36,6-59,4)	33	38,4(28,7-49)	67	42,7(35,2-50,5)		
Estudiante	31	50(37,7-62,3)	32	42,7(32-54,1)	63	46(37,8-54,4)		
Trabajo no remunerado*	0	0	27	32,9(23,6-43,8)	27	32,9(23,6-43,8)		
Jubilación/Pensionista	17	38,6(25,5-53,6)	7	28(13,9-48,3)	24	34,8(24,5-46,7)		
Clase social								
Alta	141	44,5(39,1-50)	123	41,6(36,1-47,3)	264	43,1(39,2-47)		
Media	91	47,2(40,2-54,2)	94	34,6(29,1-40,4)	185	39,8(35,4-44,3)		
Baja	230	54,2(49,5-59)	157	38,2(33,6-43)	387	46,3(43-49,7)		
Totales	478	49,2(46-52,3)	392	37,9(35-40,9)	870	43,4(41,2-45,5)		

*Ama de casa.

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

La prevalencia del indicador consumo de carne y productos cárnicos \geq a 2 raciones al día fue mayor en los hombres que en las mujeres (49,2% vs 37,9%); El consumo es menor en el grupo de los mayores.

4.4.- DIETAS

Un 22,6 % de la población había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses. El 12,1% 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, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres es superior a la de los hombres.

En mujeres, en el periodo 1995/2018, no se producen cambios de tendencia estadísticamente significativos y es ligeramente descendente con un PCA= - 0,30% 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= +4,5% (NS). Desde 2015 este aumento se hace más evidente e intenso, alcanzando una prevalencia del 10,8% (Figura 8).

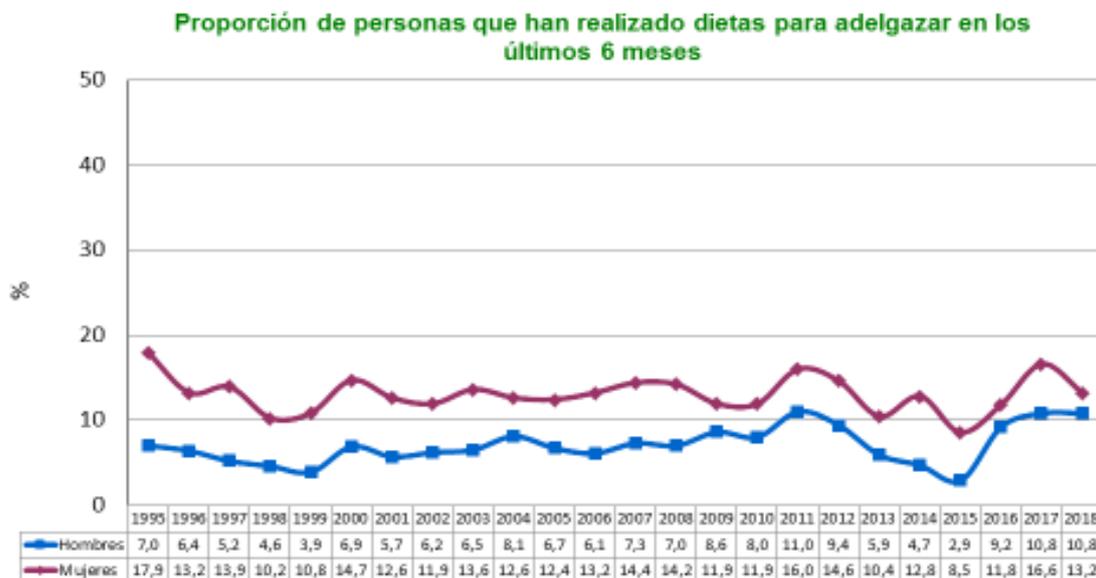
Tabla 10. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	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	19,3 (17,7-21,1)	16,3 (14,1-18,7)	22,2 (19,8-24,9)	23,5 (19,7-27,9)	19,7 (17,1-22,6)	16,9 (14,4-19,6)
Dieta para adelgazar	12,1 (10,7-13,6)	10,8 (9-12,9)	13,2 (11,3-15,5)	13,2 (10,3-16,9)	13,3 (11,1-15,8)	10,3 (8,4-12,6)

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

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

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, 1995-2018.



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

Tabla 11. Dieta para adelgazar por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	27	13,2(9,2-18,7)	27	13,2(9,2-18,7)	54	13,2(10,3-16,9)
30-44	40	10,4(7,7-13,9)	65	15,9(12,7-19,8)	105	13,3(11,1-15,8)
45-64	38	9,9(7,3-13,3)	45	10,7(8,1-14)	83	10,3(8,4-12,6)
País Nacimiento						
España	90	11,1(9,1-13,5)	108	13,1(10,9-15,5)	198	12,1(10,6-13,8)
Otros países	15	9,3(5,7-14,9)	29	13,9(9,9-19,3)	44	11,9(9-15,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	31	9,8(7-13,6)	54	14,6(11,3-18,6)	85	12,4(10,1-15,1)
Secundarios	46	12,4(9,4-16,1)	49	13,6(10,4-17,6)	95	13(10,7-15,6)
Universitarios	28	9,9(6,9-13,9)	34	11,2(8,1-15,3)	62	10,5(8,3-13,3)
Situación Laboral						
Trabajo	86	10,8(8,8-13,2)	109	14,2(11,9-16,9)	195	12,5(10,9-14,2)
Paro	5	7(2,9-15,9)	12	14(8,1-23)	17	10,8(6,8-16,7)
Estudiante	10	16,1(8,9-27,5)	5	6,7(2,8-15,1)	15	10,9(6,7-17,4)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	10	12,2(6,7-21,2)	10	12,2(6,7-21,2)
Jubilación/Pensionista	4	9,1(3,4-21,9)	1	4(0,6-23,6)	5	7,2(3-16,3)
Clase social						
Alta	39	12,3(9,1-16,4)	38	12,8(9,5-17,2)	77	12,6(10,2-15,4)
Media	16	8,3(5,1-13,1)	32	11,8(8,4-16,2)	48	10,3(7,9-13,4)
Baja	47	11,1(8,4-14,5)	66	16,1(12,8-19,9)	113	13,5(11,4-16)
Totales	105	10,8(9-12,9)	137	13,2(11,3-15,5)	242	12,1(10,7-13,6)

*Ama de casa.

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

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 15. Siguiendo esta clasificación el 2,7 % de la población estudiada tiene un peso insuficiente, en las mujeres 4,9%, frente al 0,3% en los hombres, siendo más prevalente en el grupo más joven (18-29 años).

El sobrepeso es mucho más frecuente en hombres (41,6%) que en mujeres (22,3%) (Tabla 12).

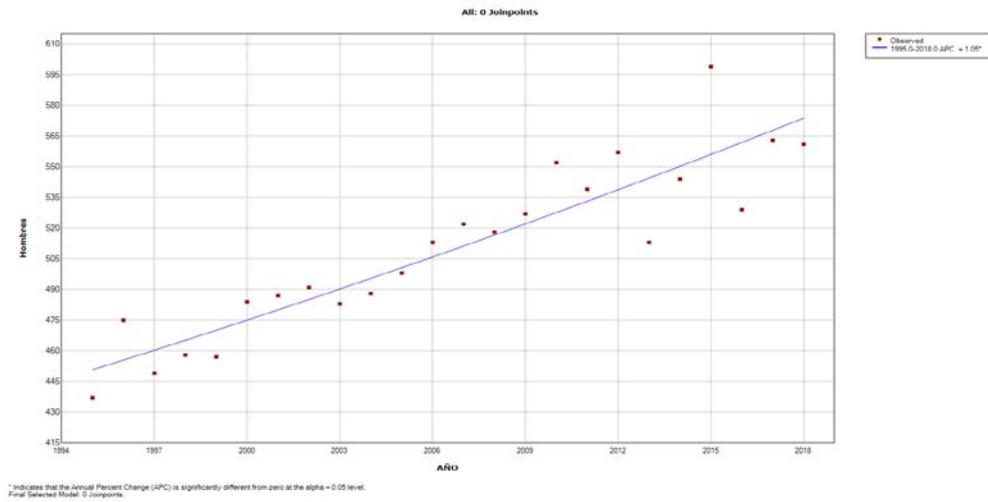
El 44,7% de la población se incluye en el rango de sobrepeso u obesidad. El 16% tiene sobrepeso grado I, un 15,7% sobrepeso de grado II, y un 13,1% obesidad (Tabla 12). Por sexo la prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en hombres, 56,1% y 34% en mujeres (Tabla 13). Se produce un aumento importante por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 25,2% en las edades más jóvenes al 56,1% en los mayores (Tabla 13). El sobrepeso/obesidad es mayor significativamente 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/m²) empeora de forma importante desde 1995 a 2018. De esta forma en los hombres se produce un constante incremento del sobrepeso y obesidad, con un PCA del +1,05% anual. Las cifras ya elevadas en 1995 del 43,7% empeoran hasta la prevalencia actual del 56,1%, de ellos un 14,5% son obesos (Figura 10).

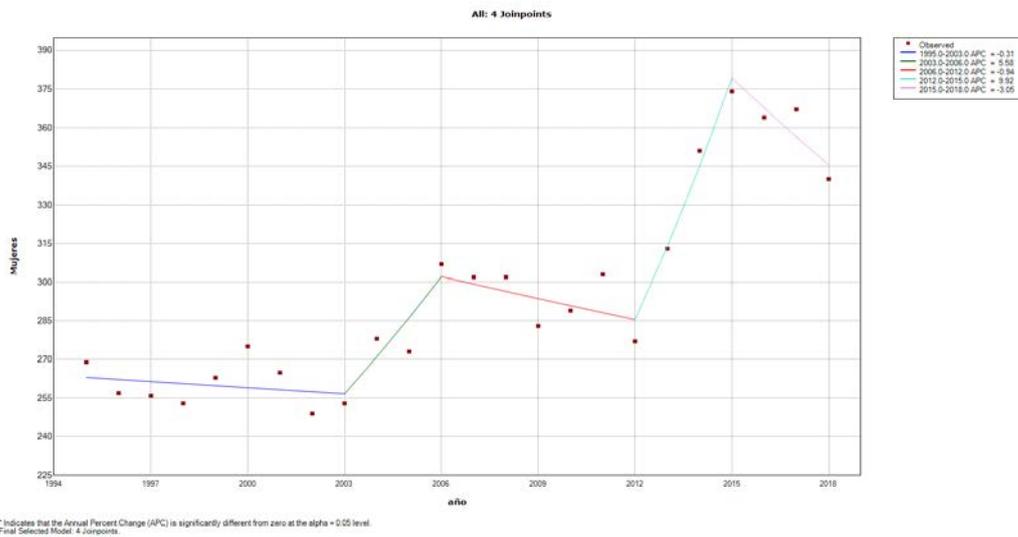
En las mujeres, observamos que se produce también un empeoramiento de este indicador, se pasa de cifras de prevalencia del 26,9% en 1995 al 34% actual PPCA= +1,2 % (NS) (Figuras 9 y 10). En mujeres la prevalencia actual de obesidad es del 11,7%.

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, 1995-2018. Salida del modelo "jointpoint".

Hombres



Mujeres



es

(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-A18).

Tabla 12. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	Total	Sexo		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC95)*	% (IC95)*	% (IC95)*	% (IC95)*	% (IC95)*	% (IC95)*
Peso insuficiente (a)	2,7 (2,1-3,5)	0,3 (0,1-1)	4,9 (3,8-6,4)	5,6 (3,8-8,3)	2,5 (1,6-3,9)	1,4 (0,8-2,4)
Normopeso(b)	52,6 (50,5-54,7)	43,6 (40,7-46,6)	61 (58-63,9)	69,1 (64,4-73,4)	54,3 (50,9-57,7)	42,6 (39,3-45,9)
Sobrepeso grado I (c)	16 (14,5-17,7)	20,8 (18,4-23,4)	11,5 (9,7-13,6)	10,3 (7,7-13,6)	16,7 (14,3-19,4)	18,2 (15,7-21,1)
Sobrepeso grado II (d)	15,7 (14,2-17,3)	20,8 (18,4-23,4)	10,8 (9,1-12,9)	7,6 (5,4-10,6)	14,6 (12,4-17,3)	20,7 (18,1-23,6)
Obesidad (e)	13,1 (11,7-14,6)	14,5 (12,5-16,8)	11,7 (9,9-13,8)	7,4 (5,2-10,3)	11,9 (9,8-14,3)	17,1 (14,7-19,9)

(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: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$

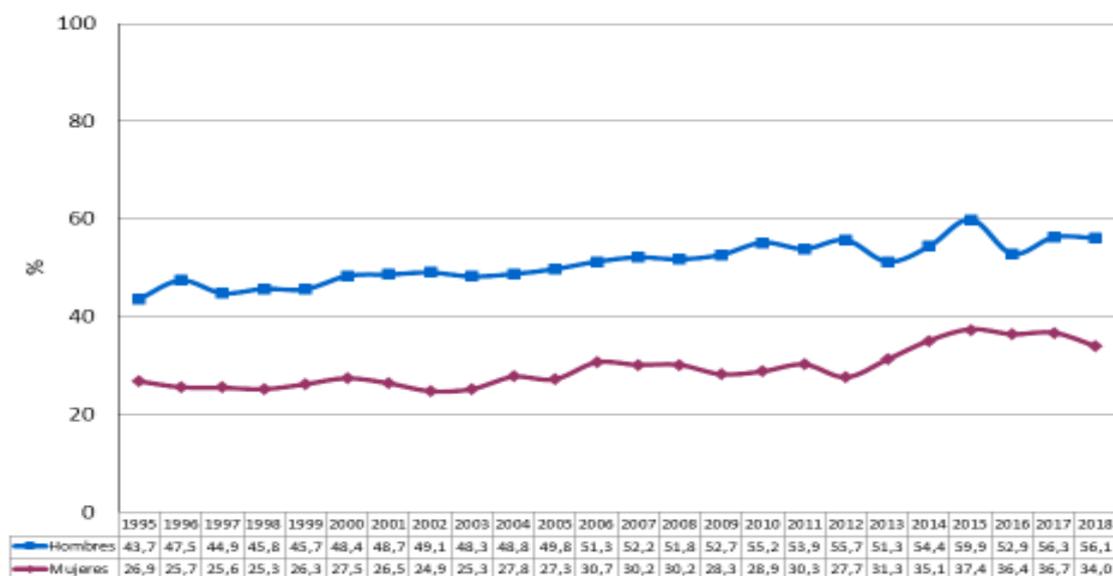
(d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

(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-A18)

Figura 10. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



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

Tabla 13. Prevalencia de sobrepeso/obesidad por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
SEXO						
Edad						
18-29	60	29,4(23,5-36,1)	43	21,1(16-27,3)	103	25,2(21,3-29,7)
30-44	212	55,2(50,2-60,1)	130	31,9(27,5-36,6)	342	43,2(39,9-46,6)
45-64	273	71,1(66,4-75,4)	179	42,4(37,8-47,2)	452	56,1(52,8-59,3)
País Nacimiento						
España	443	54,6(51,4-57,9)	256	31(28-34,2)	699	42,7(40,4-45)
Otros países	102	63,4(55,7-70,4)	96	46,2(39,5-52,9)	198	53,7(48,6-58,7)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	200	63,3(57,9-68,3)	174	47(42-52,1)	374	54,5(50,8-58,2)
Secundarios	203	54,6(49,6-59,4)	107	29,7(25,2-34,6)	310	42,3(38,9-45,9)
Universitarios	142	50(44,3-55,7)	71	23,4(18,9-28,4)	213	36,2(32,5-40,1)
Situación Laboral						
Trabajo	460	57,9(54,5-61,2)	250	32,6(29,4-36)	710	45,5(43,1-47,9)
Paro	38	53,5(42-64,7)	32	37,2(27,7-47,8)	70	44,6(37-52,4)
Estudiante	15	24,2(15,1-36,4)	11	14,7(8,3-24,6)	26	19(13,2-26,4)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	51	62,2(51,3-72)	51	62,2(51,3-72)
Jubilación/Pensionista	32	72,7(57,8-83,8)	8	32(16,9-52,2)	40	58(46,1-69)
Clase social						
Alta	180	56,8(51,3-62,1)	64	21,6(17,3-26,7)	244	39,8(36,1-43,6)
Media	107	55,4(48,4-62,3)	81	29,8(24,6-35,5)	188	40,4(36,1-44,9)
Baja	249	58,7(54,2-63,1)	192	46,7(42-51,5)	441	52,8(49,5-56,1)
Totales	545	56,1(53,1-59)	352	34(31,2-37,0)	897	44,7(42,7-46,8)

*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-A18).

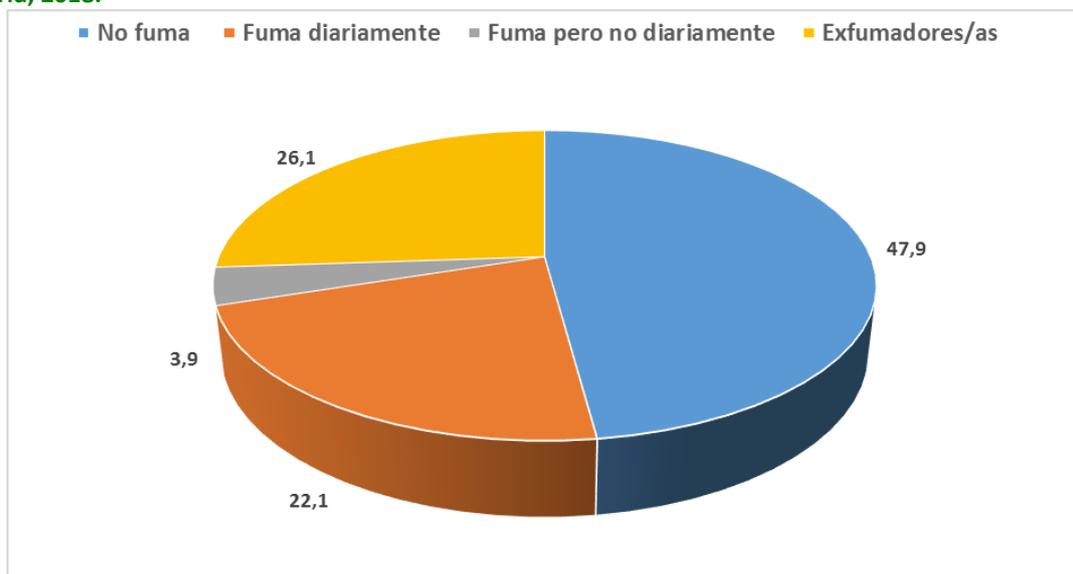
La obesidad/sobrepeso es más de un 25% en el grupo más joven llegando en los más mayores casi al 60%.

4.6.- CONSUMO DE TABACO

En el año 2018, el 26% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 22,1% diarios y un 3,9% ocasionales), el 47,9% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 26,1% eran exfumadores/as (Figura 11).

La prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores/as diarios u ocasionales) en hombres es del 26,6% y en mujeres del 25,3% (tabla 15 y figura 12).

Figura 11. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.



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

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 1,2% en los de 18 a 29 años hasta el 6,7% 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 50,1%.

Por otra parte, el 36,3 % 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.

Tabla 14. Proporción de fumadores/as y de abandono del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	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	52,1 (49,9-54,2)	54,8 (51,8-57,9)	49,5 (46,5-52,5)	35,3 (30,8-40,1)	49,1 (45,6-52,6)	61,8 (58,4-65,1)
Fumadores/as actuales(a)	26 (24,1-27,9)	26,6 (24-29,5)	25,3 (22,8-28,1)	26,2 (22,2-30,7)	27,8 (24,8-31)	24,1 (21,2-27,2)
Fumadores/as diarios	22,1 (20,3-24)	22,6 (20,1-25,4)	21,6 (19,2-24,2)	20,1 (16,5-24,3)	23,6 (20,8-26,7)	21,6 (18,9-24,6)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	4,3 (3,5-5,3)	5,8 (4,5-7,4)	3 (2,1-4,2)	1,2 (0,5-2,9)	3,5 (2,5-5,1)	6,7 (5,2-8,6)
Proporción de abandono(b)	50,1 (47,1-53,1)	51,4 (47,2-55,6)	48,8 (44,6-53,1)	25,7 (19,2-33,5)	45,4 (40,6-50,3)	61 (56,7-65,2)

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-A18).

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 33,6% en los hombres y del 32,1% las mujeres (figura 12). En hombres muestra un descenso del 2,7 % anual desde 1995 a 2015 ($p < 0,05$), a partir de 2015 se produce un cambio de tendencia y se invierte este indicador, pasando a crecer el consumo un 0,95% en hombres (PCA= +0,95% (NS)).

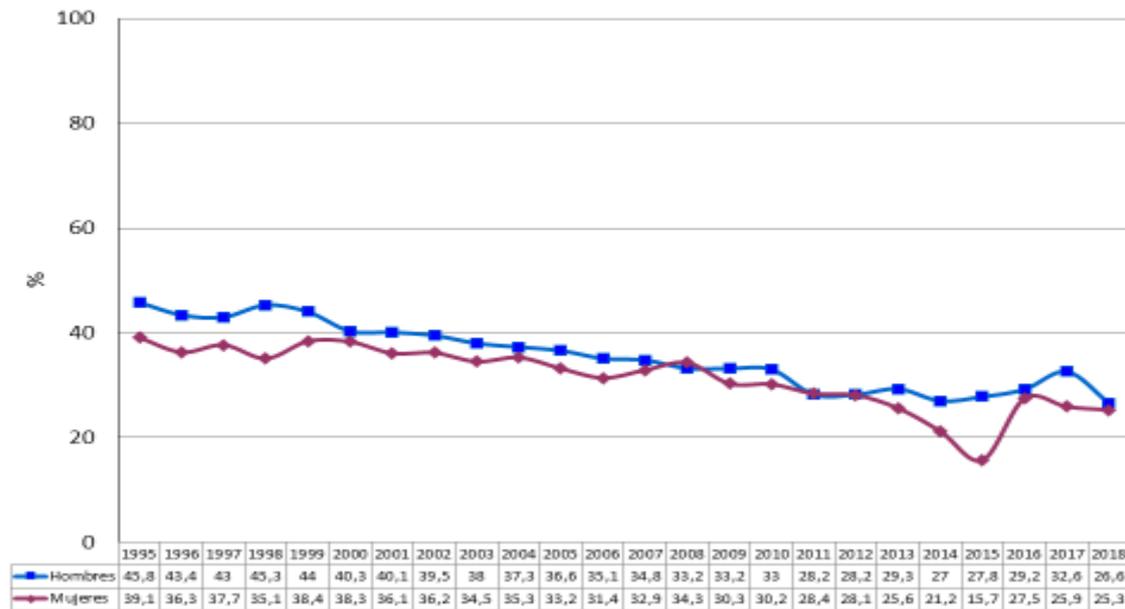
En mujeres se produce un descenso continuado hasta el año 2015, PCA= -2,47% ($p < 0,05$), produciéndose un aumento de 2015 a 2018 que es necesario seguir en encuestas posteriores.

En los fumadores/as con consumos diarios de 20 o más cigarrillos el descenso fue aún mayor (descenso del 80,5 % en hombres y del 73,3 % en las mujeres). Desciende hasta 2015 un 11,3% de media anual (PCA=-11,3% ($p < 0,05$)) y con un aumento de 2015 a 2018 de 3,26%(NS) y en mujeres con un descenso global y constante de -10,15% ($p < 0,05$) hasta 2018.

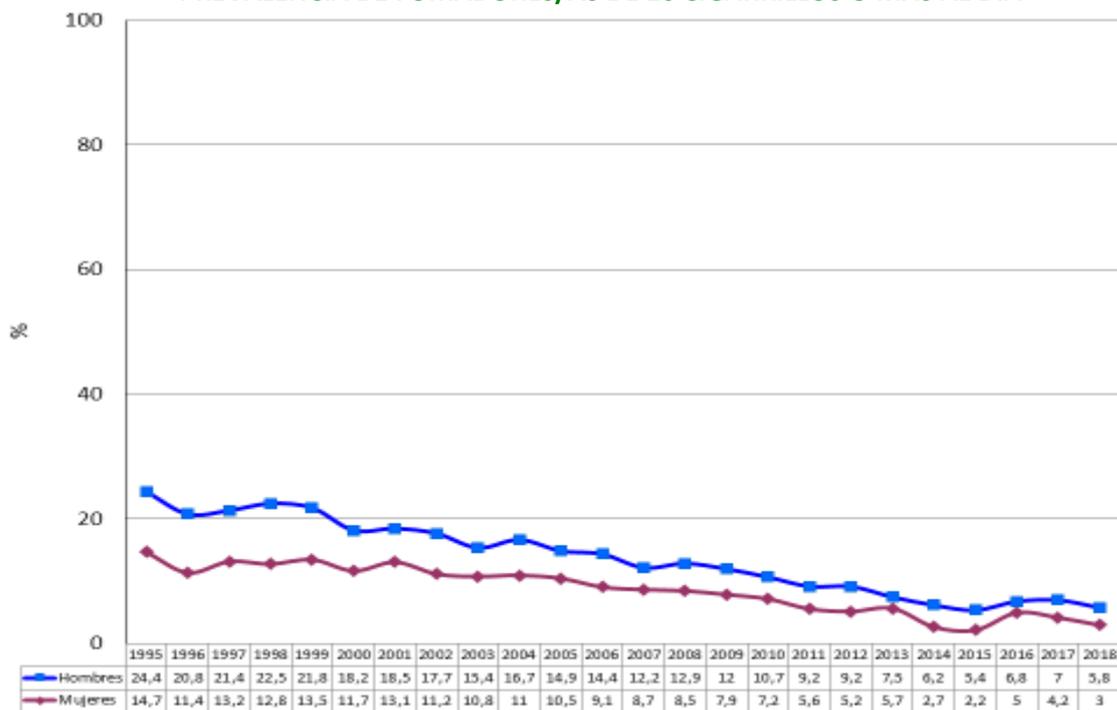
Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en la figura 13, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2017/2018, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 49,6% en hombres y se ha duplicado el porcentaje en las mujeres(105%) respecto de los dos primeros años de la serie.

Figura 12. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.

PREVALENCIA DE FUMADORES/AS ACTUALES (fumador/a ocasional o diario)



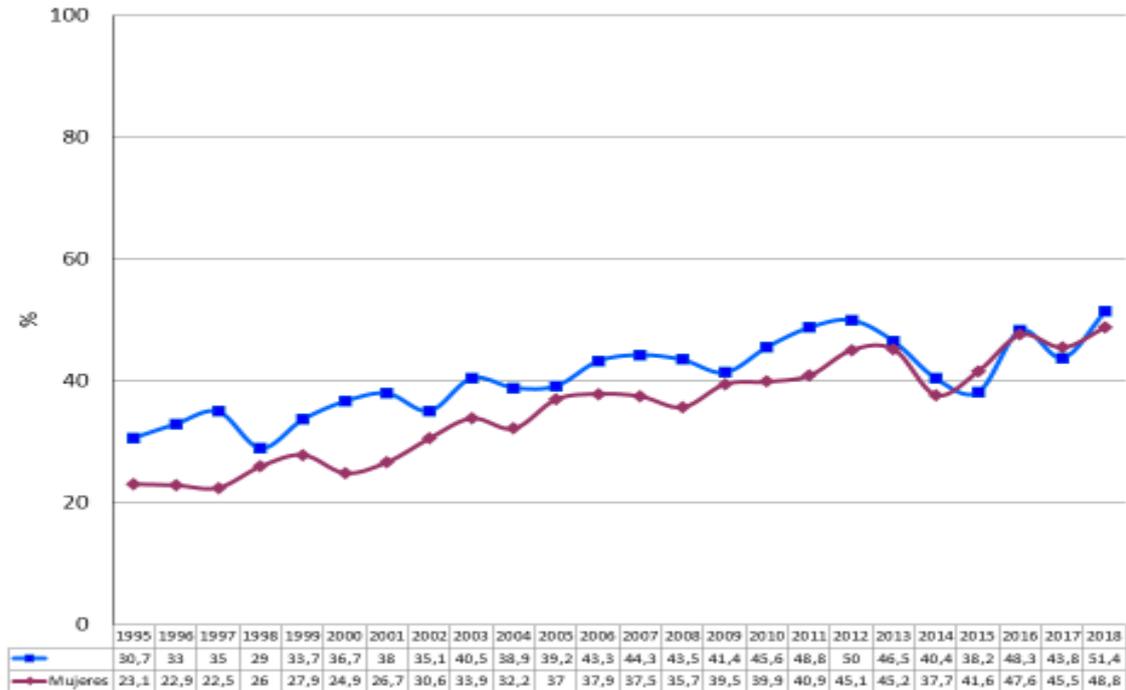
PREVALENCIA DE FUMADORES/AS DE 20 CIGARRILLOS O MÁS AL DÍA



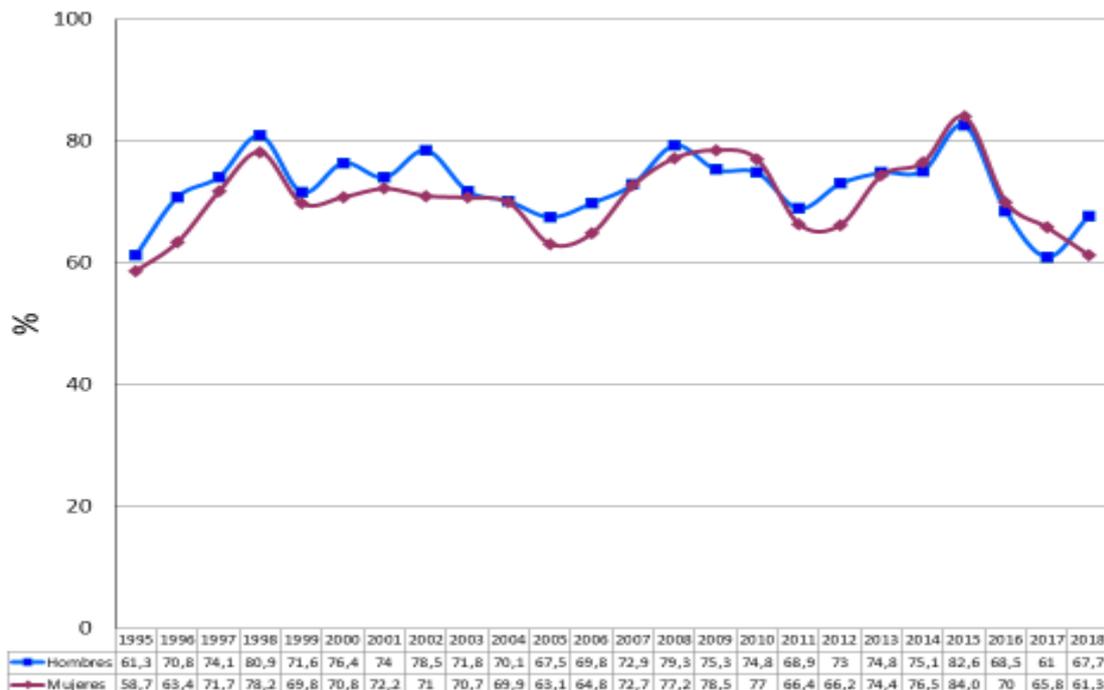
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 13. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.

PROPORCIÓN DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO (Exfumadores/as, 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-A18).

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, los que se encuentran en situación de paro, y en las clases 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 2018.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
18-29	56	27,5(21,7-34)	51	25(19,5-31,4)	107	26,2(22,2-30,7)
30-44	107	27,9(23,6-32,6)	113	27,7(23,6-32,3)	220	27,8(24,8-31)
45-64	96	25(20,9-29,6)	98	23,2(19,4-27,5)	194	24,1(21,2-27,2)
País Nacimiento						
España	216	26,6(23,7-29,8)	227	27,5(24,5-30,6)	443	27,1(25-29,3)
Otros países	43	26,7(20,4-34,1)	35	16,8(12,3-22,6)	78	21,1(17,3-25,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	109	34,5(29,4-39,9)	101	27,3(23-32,1)	210	30,6(27,3-34,2)
Secundarios	94	25,3(21,1-30)	92	25,6(21,3-30,3)	186	25,4(22,4-28,7)
Universitarios	56	19,7(15,5-24,8)	69	22,7(18,3-27,8)	125	21,3(18,1-24,8)
Situación Laboral						
Trabajo	205	25,8(22,9-29)	195	25,5(22,5-28,7)	400	25,6(23,5-27,9)
Paro	33	46,5(35,3-58)	26	30,2(21,5-40,7)	59	37,6(30,4-45,4)
Estudiante	11	17,7(10,1-29,3)	17	22,7(14,5-33,6)	28	20,4(14,5-28)
Trabajo no remunerado*	0	0(0-0)	20	24,4(16,3-34,8)	20	24,4(16,3-34,8)
Jubilación/Pensionista	10	22,7(12,7-37,4)	4	16(6,1-35,7)	14	20,3(12,4-31,4)
Clase social						
Alta	61	19,2(15,3-24)	68	23(18,5-28,1)	129	21(18-24,5)
Media	52	26,9(21,2-33,6)	80	29,4(24,3-35,1)	132	28,4(24,5-32,7)
Baja	141	33,3(28,9-37,9)	109	26,5(22,5-31)	250	29,9(26,9-33,1)
Totales	259	26,6(24-29,5)	262	25,3(22,8-28,1)	521	26(24,1-27,9)

*Ama de casa.

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

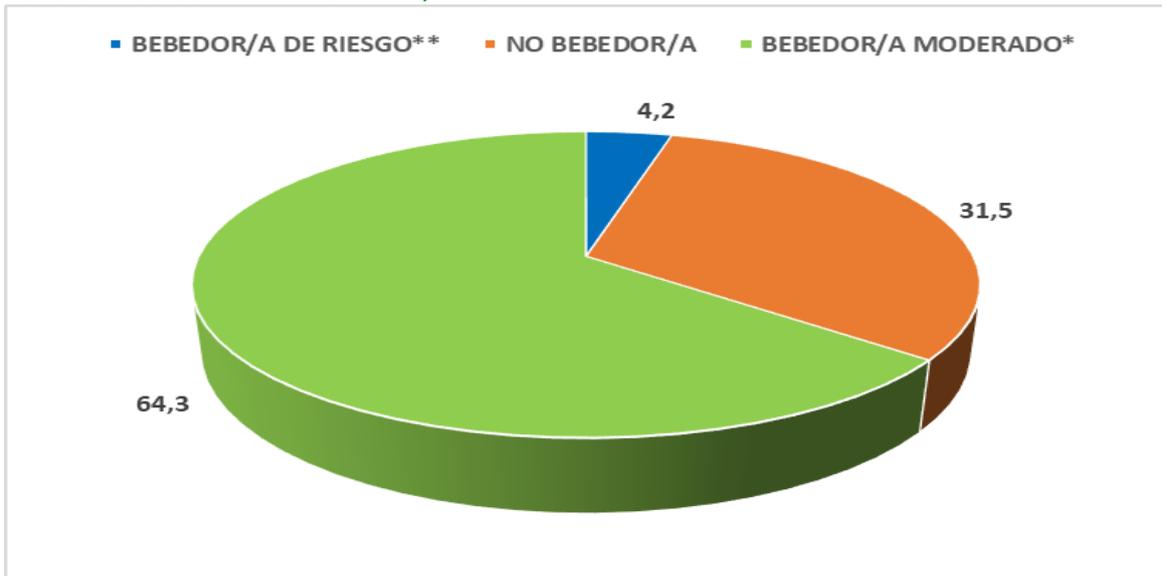
4.7.- CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 55,2 gramos (g), 77,1 g en hombres y 34,7 g en mujeres. El 52,5% 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 1,5 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 2018, un 4,2% de la población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 64,3% como bebedor/a moderado y un 31,5% como no bebedor/a (figura 14). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,3 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, 2018.



(*) 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 (SIVFRENT-A18).

El 13,7 % 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 1,3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 4,8 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 15,4% (19,3 % de los hombres y 11,7 % de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en el grupo más joven. (Tabla 19).

Tabla 16. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	Total	Sexo		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*	% (IC)*
Bebedores habituales(a)	52,5 (50,4-54,6)	63,2 (60,1-66,1)	42,5 (39,5-45,5)	53,9 (49,2-58,5)	47,7 (44,4-51,1)	44 (40,7-47,4)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	4,2 (3,4-5,2)	4,8 (3,7-6,4)	3,7 (3,4-5,2)	5,9 (4-8,6)	4,2 (3-5,8)	3,5 (2,4-5)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días©	13,7 (12,3-15,2)	17,1 (14,9-19,5)	10,4 (8,8-12,4)	27,2 (23,1-31,7)	14,9 (12,6-17,5)	5,6 (4,2-7,4)
Consumo de riesgo global (d)	15,4 (13,9-17)	19,3 (17-21,4)	11,7 (9,9-13,8)	28,9 (24,8-33,5)	15,9 (13,5-18,6)	8,1 (6,4-10,1)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	10,1 (8,8-11,5)	12,8 (10,8-15)	7,5 (6,1-9,3)	11,8 (9-15,2)	10,9 (8,9-13,2)	8,4 (6,7-10,6)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días(e)	1,7 (1,3-2,4)	2,9 (2-4,1)	0,7 (0,3-1,4)	2,7 (1,5-4,8)	2 (1,2-3,3)	1 (0,5-2)

* 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).

(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

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

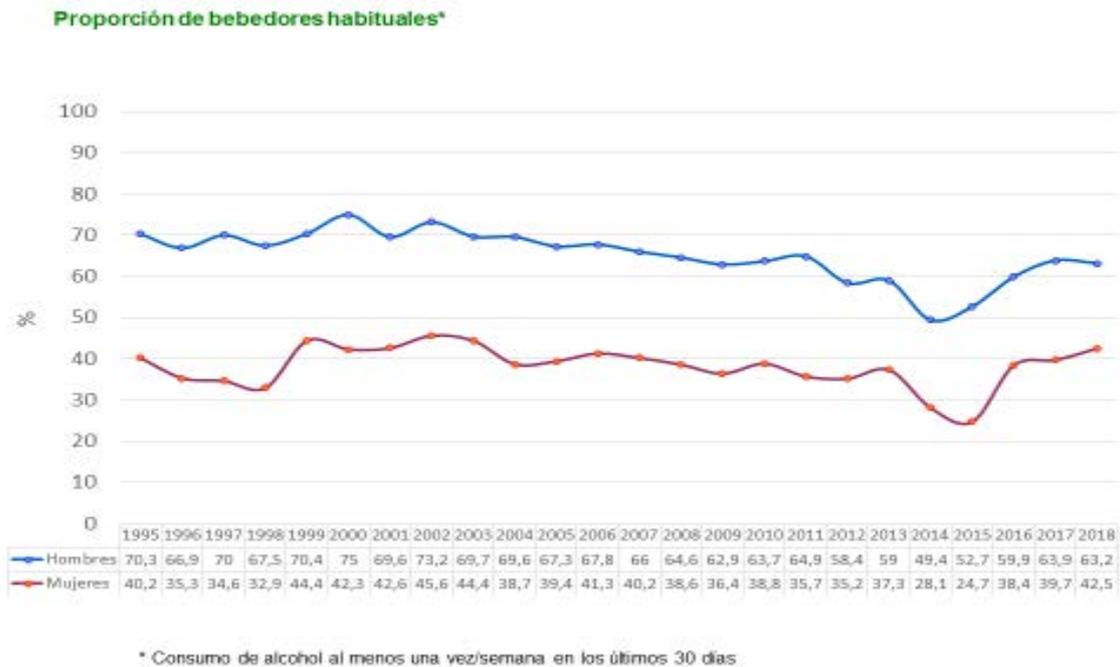
De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE²¹⁻²³, test que en caso de respuesta afirmativa en dos preguntas como consumo de riesgo, tres como consumo perjudicial y cuatro como dependencia alcohólica de los cuatro niveles en que consiste el test). Del total de bebedores habituales, puntuaron con 2 o más en un 10,1 % (12,8 % de los hombres y 7,5% de las mujeres) (Tabla 16).

Por último, un 1,7% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento es más frecuente en los hombres, con un 2,9% frente al 0,7% de las mujeres, disminuye con la edad siendo casi 3 veces más frecuentes entre los más jóvenes que entre los de 45-64 años (Tabla16).

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 la actualidad 2018 al 63,2%. En el análisis de tendencia durante este periodo detectamos 3 joinpoint, el primero establece el periodo 1995-2011, con PCA de -0.61% ($p < 0,05$) llevando las cifras iniciales hasta el 64,9% de prevalencia en 2011. El segundo desde 2011 a 2014 con un PAC pronunciado de -7,61%, que no es significativo y el indicador empeora desde 2014 a 2018 PCA + 6,38% (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 39,7%. Durante el período 2015 a 2018 es de señalar el aumento del 13,15% anual (NS) que hay que vigilar.

Figura 15. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



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

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 60,6%, desde 1995 a 2015 con un PCA -7,56% y aumenta en los tres últimos años de forma importante PCA +33,71 ($p < 0,05$). En mujeres en la serie se observa una tendencia al alza desde 2014 a 2018 con un aumento del 23,14% ($p < 0,05$).

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió con un PCA -1,50% ($p < 0,05$) en hombres y permanece estable en mujeres PCA=0,78% (N.S.).

El 52,5% de las personas entrevistadas de 18 a 64 años, son bebedores/as habituales en la actualidad, con una diferencia hombres mujeres importante (63,2 % y 42,5% respectivamente, $p < 0,05$), 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 Madrid¹¹, 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 17-19 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 ^{25,26}.

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 a 46 años en un período inferior a 5 años, con un valor de 99% y el menor cumplimiento se da en medición de colesterol en hombres $<$ a 35 años colesterol alguna vez en la vida con un valor de 81,1% (Tabla 17).

Un 14,2% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 43,5% estaba tomando medicación, un 34,4% había reducido la ingesta de sal, y un 24,9% hacía ejercicio físico. El 90,5% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial, un 9,5 % no realizaba ninguna.

A un 23,4 % le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 18), de ellos, un 23,5% tomaba medicamentos, el 45,9% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 33,2 % practicaba ejercicio físico. El 86% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 14% no realizaba ninguna.

En relación a la prevalencia de cáncer de cérvix, un 4,7 % de las mujeres de 25-34 años y un 2,1 % de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 2,3% de las mujeres de 25-34 años y un 8 % de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más (Tabla 19).

En cuanto a la mamografía, un 2,6 % de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 87,6% se había realizado la mamografía con fines preventivos, y el 86,9% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años, en el año 2018 (tabla 19).

Tabla 17. Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol. Comunidad de Madrid, 2018.

Edad en grupos		
		% IC(95%)
Medición de tensión arterial $<$ 5 años(a)	18-40 años	84,2 (81,7-86,4)
Medición de tensión arterial \leq 2 años	$>$ 40 años	88,9(86,9-90,7)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres $<$ 35años	81,1(76,2-85,3)
	Mujeres $<$ 46 años	90,5(88,0-92,5)
Medición de colesterol $<$ 5 años(b)	Hombres \geq 35 años	97,3(95,7-98,3)
	Mujeres \geq 46 años	99,0(97,3-99,6)

(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-A18).

Tabla 18. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	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	14,2(12,8-15,8)	16(13,9-18,4)	12,5(10,6-14,6)	6,9(4,8-9,8)	9,5(7,6-11,7)	22,6(19,8-25,6)
Colesterol elevado	23,4(21,5-25,3)	25(22,3-27,9)	21,8(19,4-24,5)	9,6(6,8-13,3)	20,6(17,8-23,6)	31,7(28,5-35)

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

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

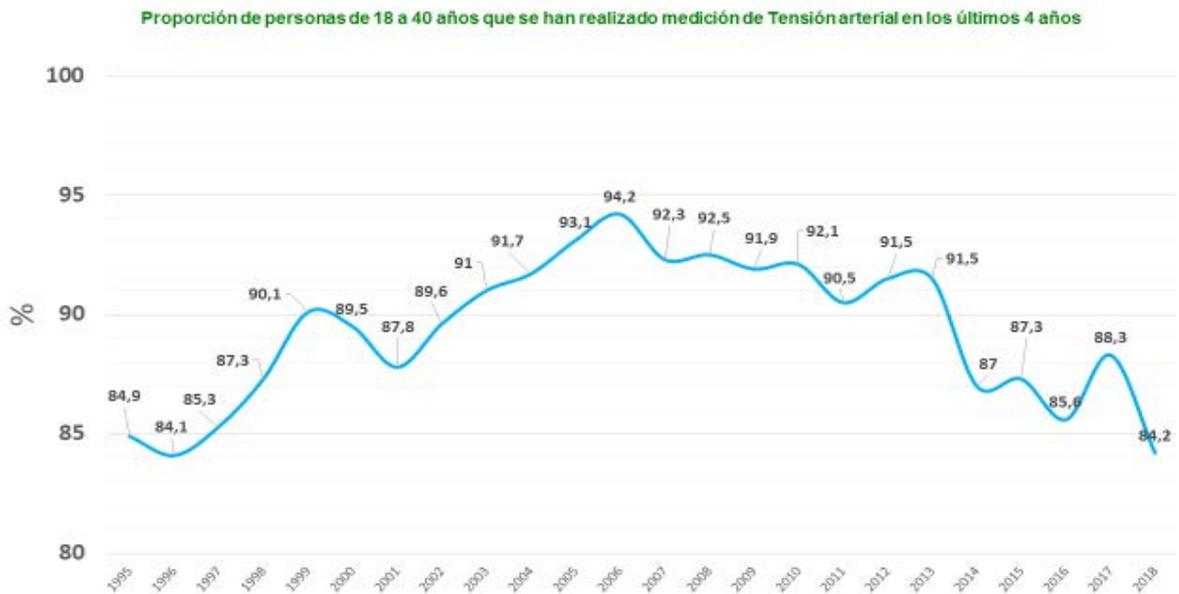
Tabla 19. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2018.

EDAD		
		% IC(95%)
Realización de citologías <5 años	25-34 años	92,5(88,1-95,4)
	>=35 años	89,3(86,9-91,4)
Realización de mamografías <= 2 años	>=50 años	86,9(82,7-90,3)

% 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 16. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



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

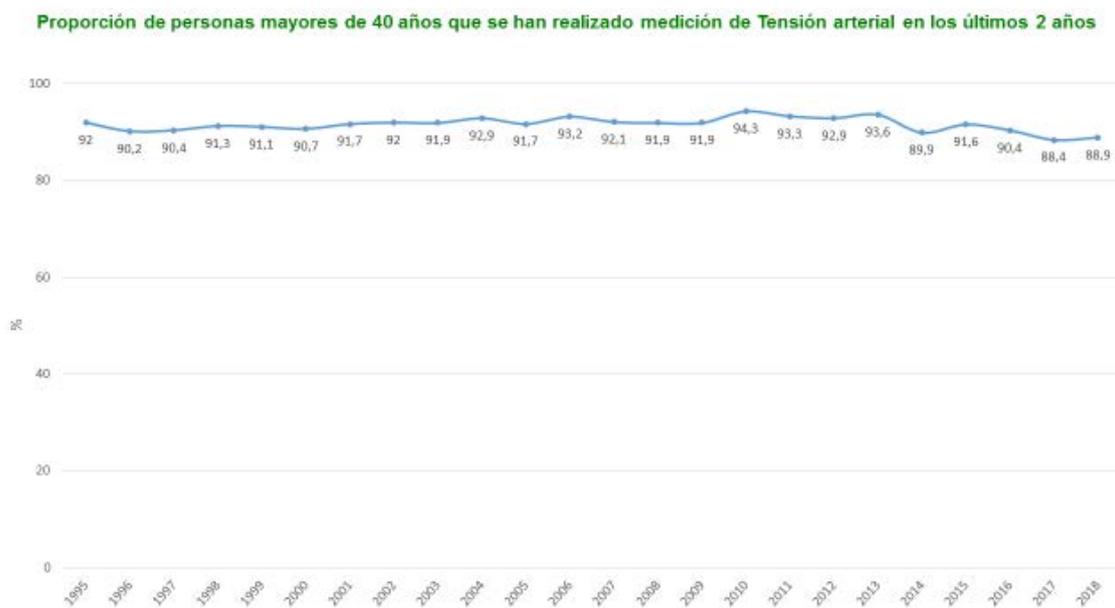
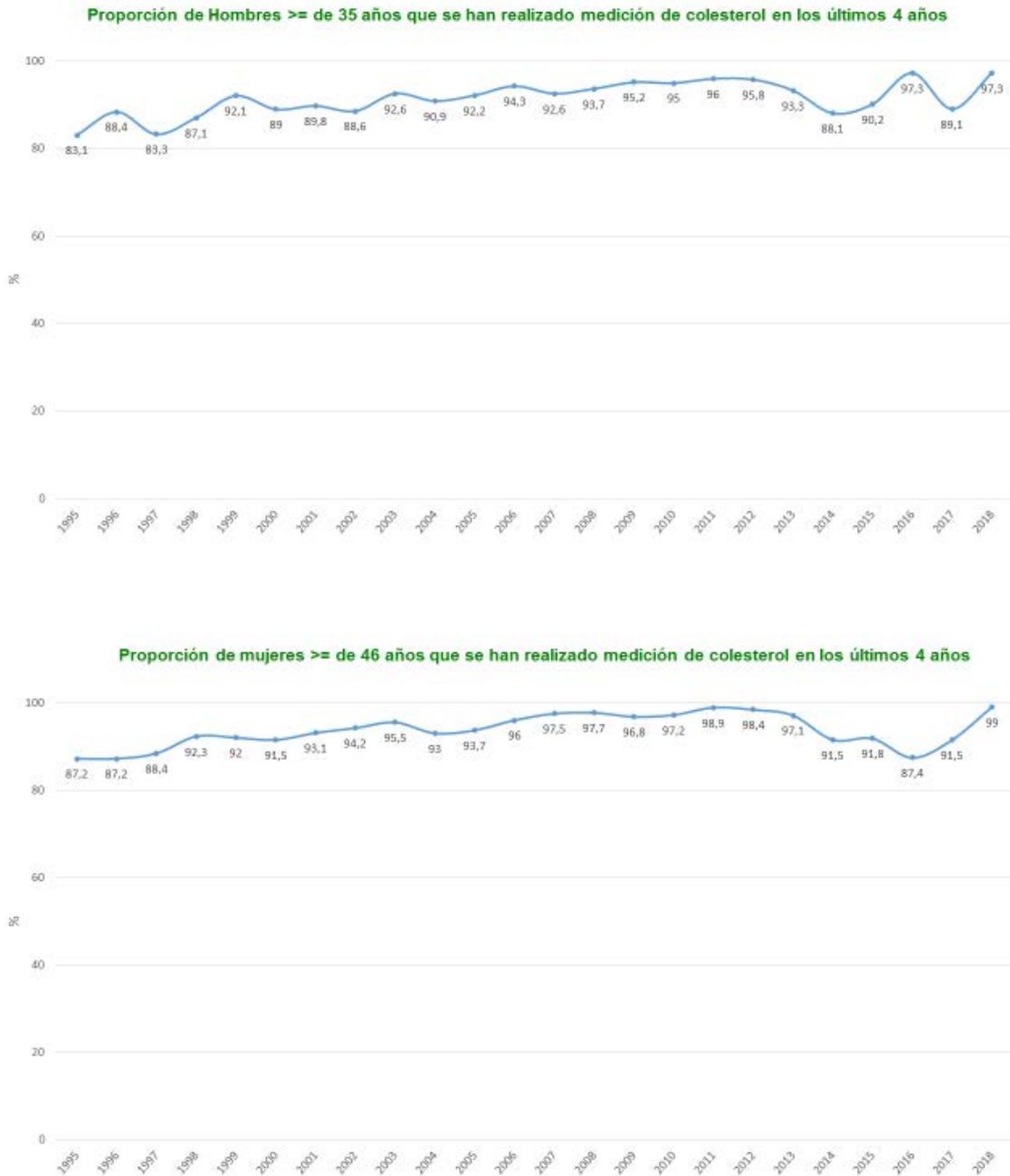
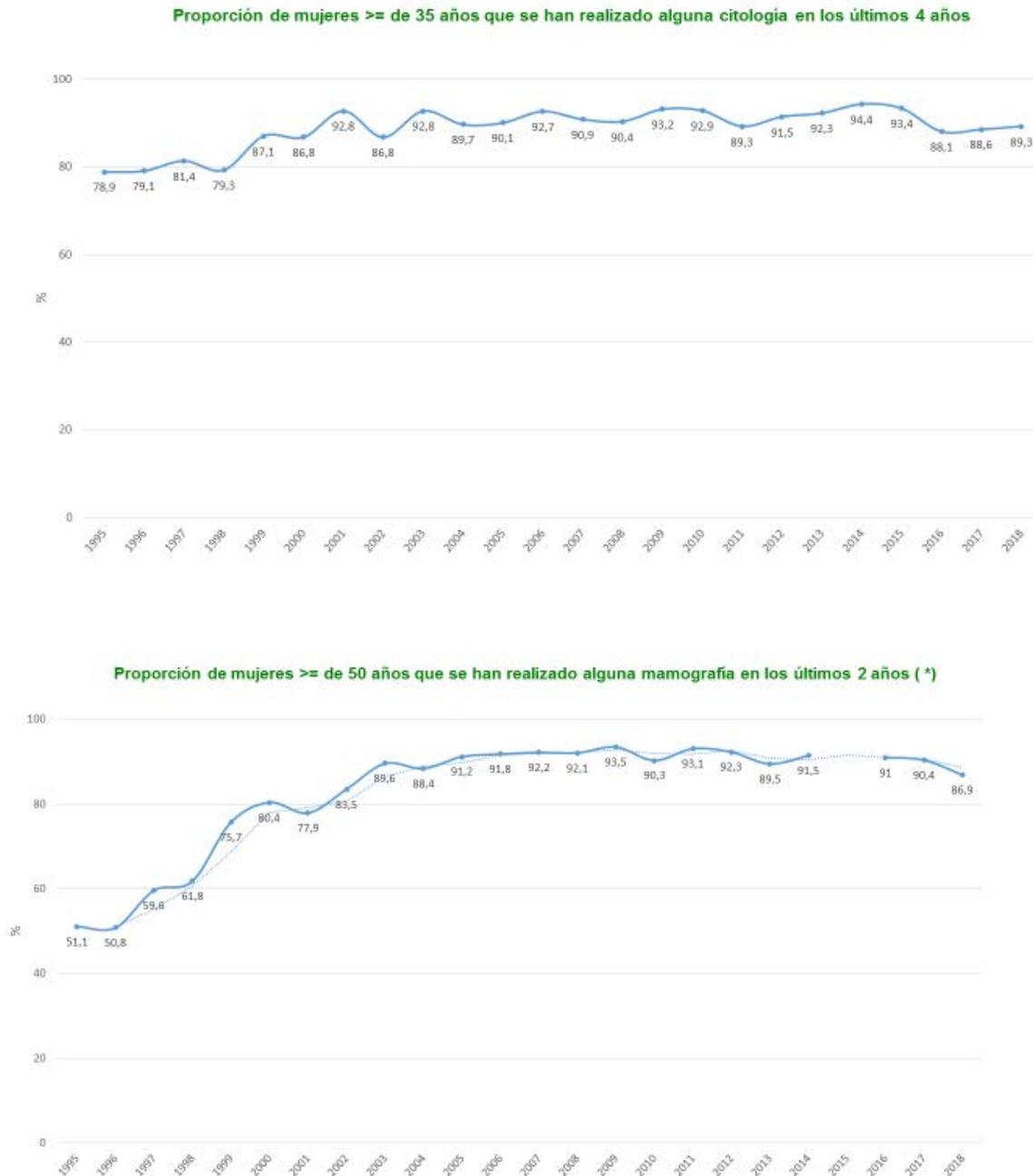


Figura 17. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



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

Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2018.



(*) 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 SIVFRENT-A 2017 y 18 ya disponible, que como puede verse mantiene la serie.

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

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 69,8% 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 69,9% se lo había hecho en los últimos 2 años, el 12,6% en los últimos 3 o 4 años y el 17,2% hacia más de 5 años.

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 65% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 28,7 % se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 6,1 % restante hace más de 4 años (tabla 20).

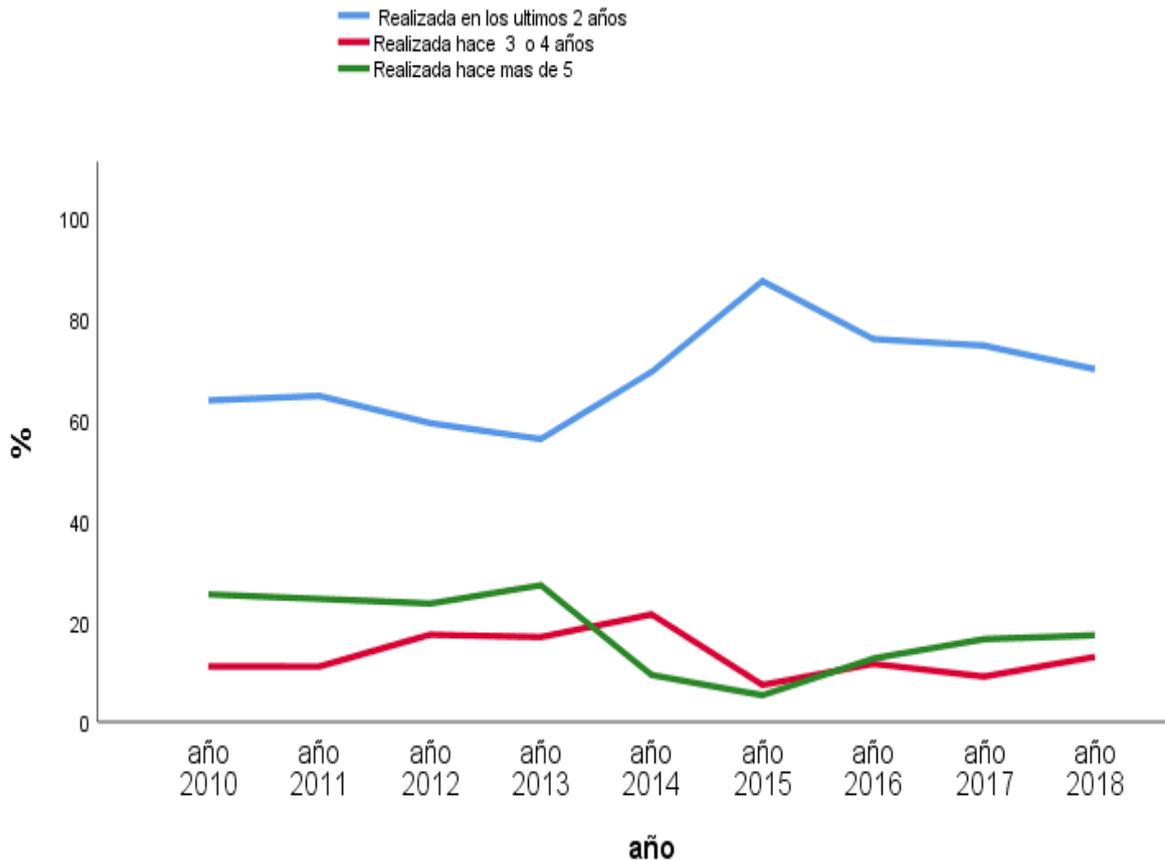
Tabla 20. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	Sexo		
	Total	Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Test de sangre oculta en heces <=2 años	19,8(18,7-20,9)	21,5(19,9-23,2)	18,2(16,8-19,7)
Colonoscopia o sigmoidoscopia<=4 años	28,7(25,1-32,5)	33,3(27,9-39,2)	24,6(20,1-29,7)

% 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-A18).

Figura 19. Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces “entre los que se han hecho la prueba alguna vez”. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2018.



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

Figura 20. Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2018.



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

En las figuras 19 y 20 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 10% en hombres y descendido un 23,2% en mujeres.

4.9.- ACCIDENTES

Un 9,2 % había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, la frecuencia de accidentes fue similar en mujeres y hombres (9,3% y 9,1% respectivamente); por edad los jóvenes obtuvieron el porcentaje más alto con un 12% frente al 8,1% y al 8,8% respectivamente en los grupos mayores.(Tabla 21).

Un 1,5 % 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 1,1 % del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,4 % fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

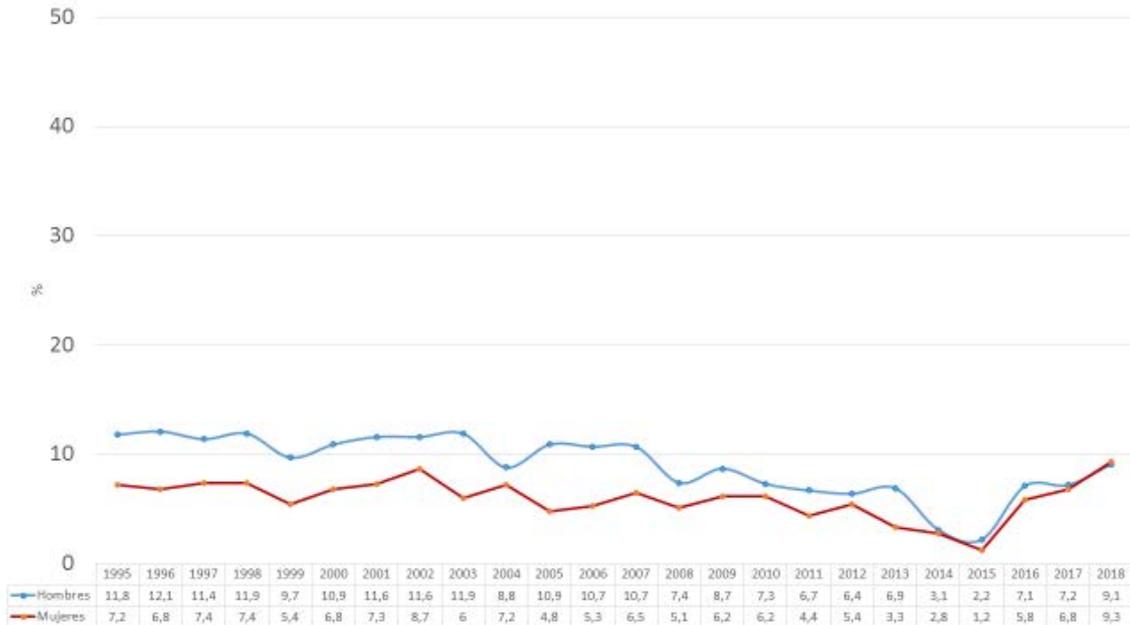
Se observó una reducción del 31,5% en los hombres y un aumento del 14,2% en las mujeres en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, en el período 2017-2018 respecto a 1995-1996 (figura 21).

Tabla 21. Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

	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	9,2(8-10,5)	9,1(7,4-11)	9,3(7,7-11,2)	12(9,2-15,5)	8,1(6,4-10,2)	8,8(7-11)
Accidente de tráfico	1,5(1,1-2,2)	1,6(1-2,7)	1,5(0,9-2,4)	3,2(1,9-5,4)	1,6(1-2,8)	0,6(0,3-1,5)

% 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 (SIVRENT-A18).

Figura 21. Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.

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

4.10.- SEGURIDAD VIAL

El 1,7 % de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,6 % en la conducción por carretera. (Tabla 22).

Un 9 % viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales todos/as manifestaron haber utilizado el casco. (Tabla 22).

El 6 % de los entrevistados/as viajó en moto por carretera en el último mes. El 100% de ellos manifestó haber utilizado el casco siempre. (Tabla 22). En las figuras 22 y 23 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años (entre 1995 y 2018).

Tabla 22. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.

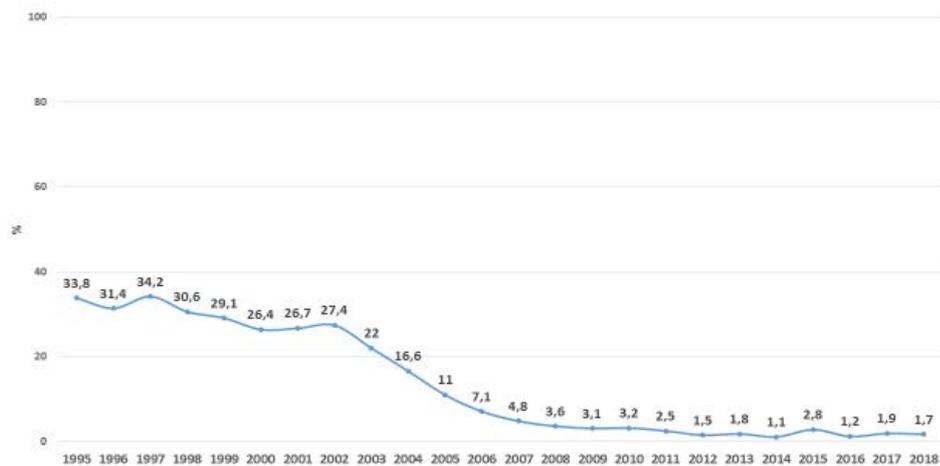
	Total	Sexo		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	% IC(95%)					
No utilización de se cinturón de seguridad por ciudad	1,7 (1,2-2,4)	2,4 (1,6-3,6)	1 (0,5-1,8)	2,4 (1,3-4,6)	1,2 (0,6-2,3)	1,8 (1-3)
No utilización de se cinturón de seguridad por carretera	0,6 (0,3-1,1)	0,8 (0,4-1,6)	0,5 (0,2-1,2)	1,4 (0,6-3,3)	0,1 (0-1)	0,7 (0,3-1,7)
No utilización del casco en moto por ciudad	0	0	0	0	0	0
No utilización del casco en moto por carretera	0	0	0	0	0	0

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

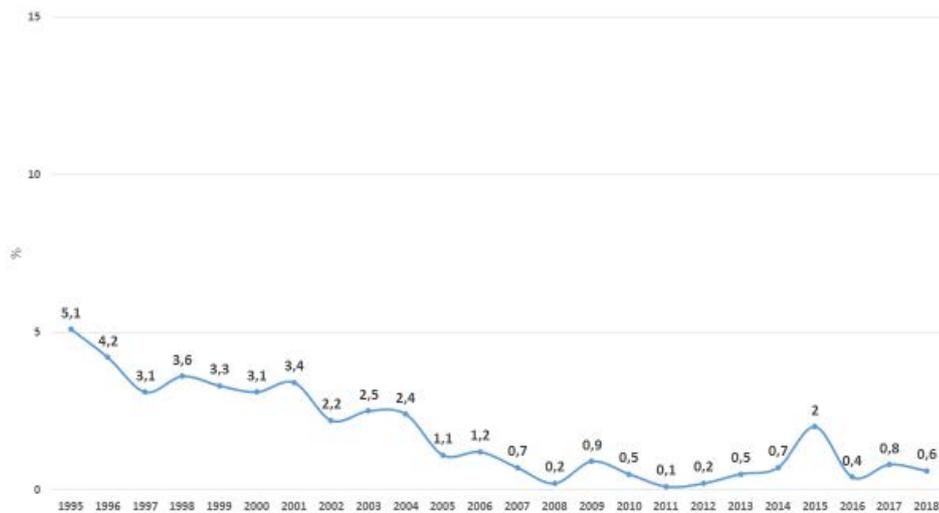
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 22. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2018.

a) Por ciudad



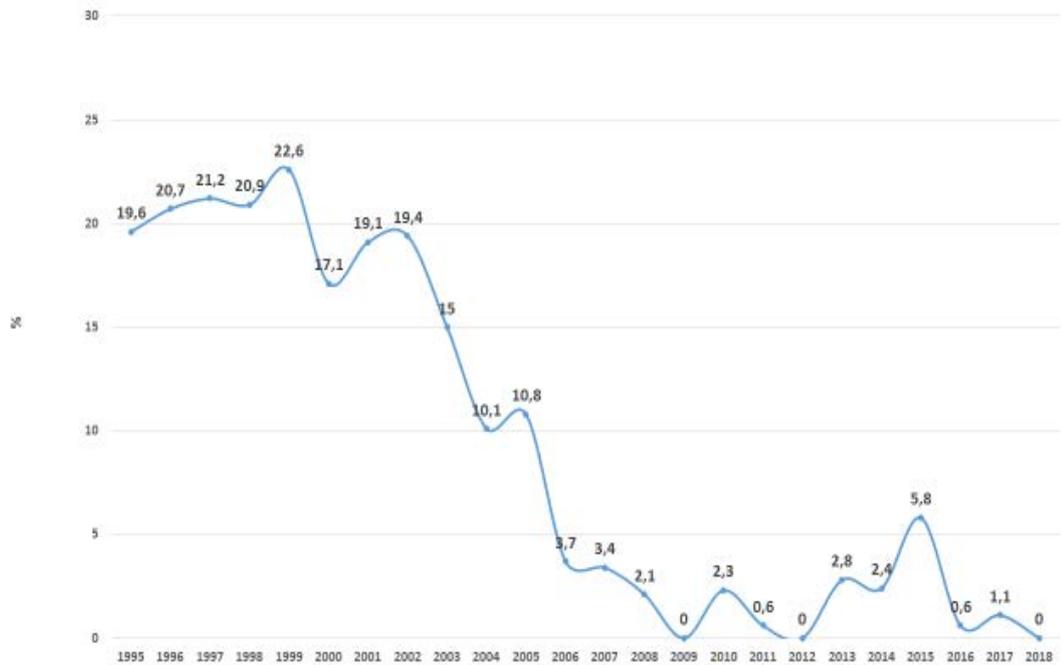
b) Por carretera



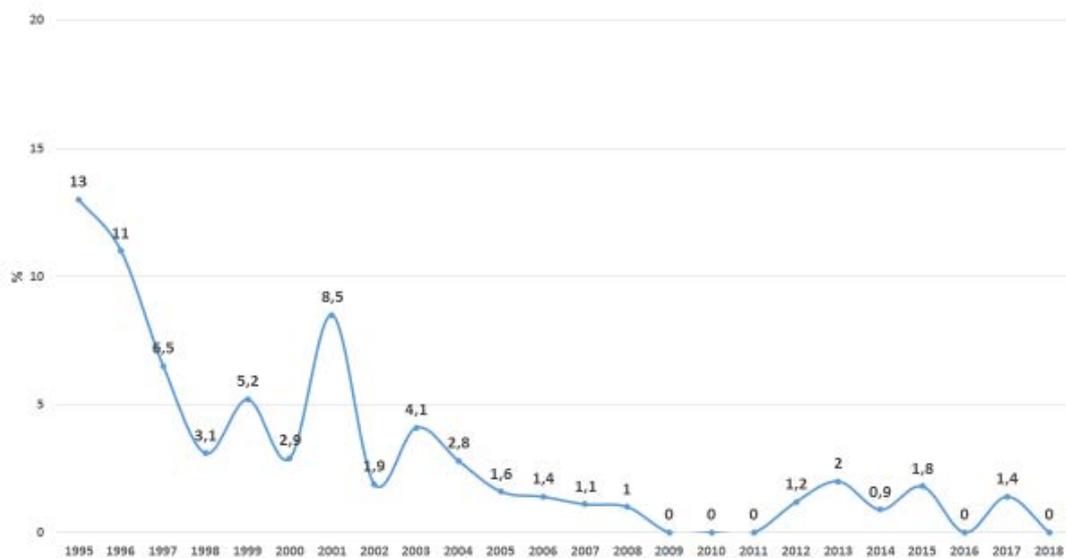
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 23. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2018.

a) Por ciudad



b) Por carretera



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

4.11.- VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA O EXPAREJA

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁰. 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. Los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual del año 2011.

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 contra la mujer 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 2018, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 78,9% de todas las entrevistadas), un 0,7% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,6% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 5,3% 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 2011-2018.

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, 2018.

	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	0,7 (0,3-1,6)	1,9 (0,6-5,8)	0,6 (0,1-2,3)	0,3 (0-2,3)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,6 (0,9-2,7)	2,5 (1-6,6)	2 (0,9-4,1)	0,7 (0,2-2,6)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	5,3 (3,9-7,1)	10,2 (6,3-16)	5,1 (3,2-8)	3 (1,5-5,6)

% 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 23. Proporción de mujeres cuya pareja o expareja ha ejercido contra ellas algún tipo de violencia en el último año.

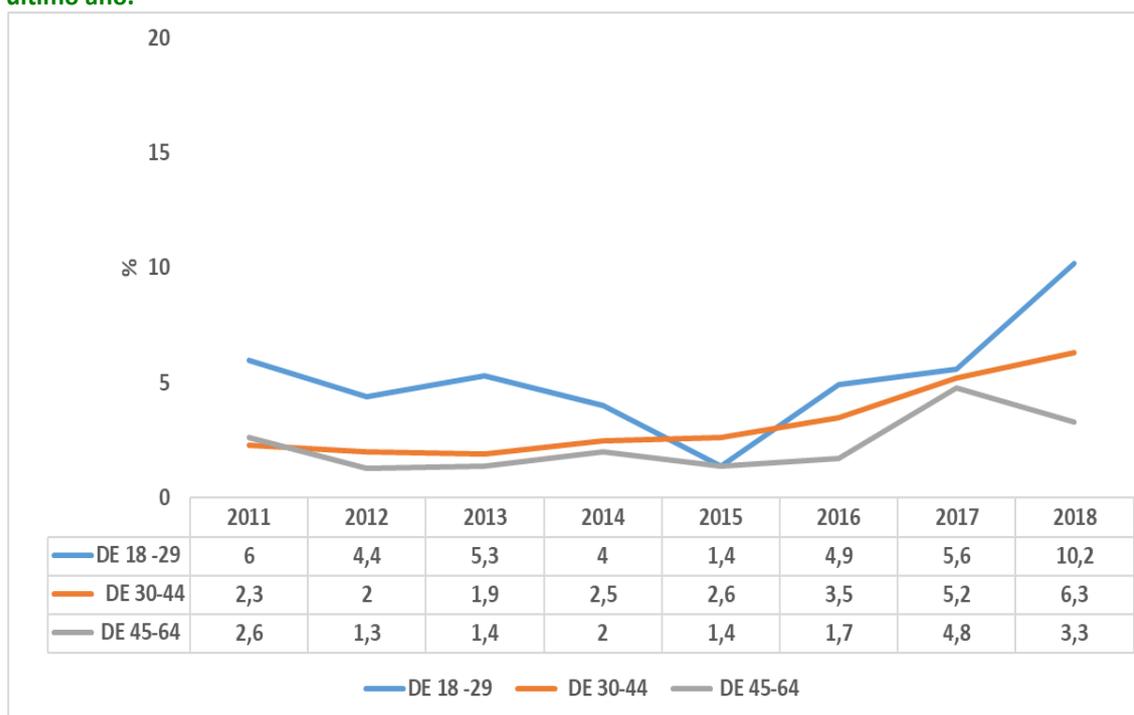


Tabla 24. Violencia¹ contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas, mujeres. SIVFRENT, Comunidad de Madrid. 2018.

	Mujeres	
	n	%IC(95%)*
Edad		
18-29	16	10,2(6,3-16)
30-44	22	6,3(4,2-9,3)
45-64	10	3,3(1,8-6,1)
País Nacimiento		
España	31	4,7(3,3-6,6)
Otros países	17	11,2(7,1-17,2)
Nivel educativo		
Primarios/Menos	25	8,9(6,1-12,8)
Secundarios	18	6,4(4-9,9)
Universitarios	5	2,1(0,9-4,9)
Situación Laboral		
Trabajo	32	5,2(3,7-7,3)
Paro	5	9,3(3,9-20,4)
Estudiante	6	11,5(5,3-23,5)
Trabajo no remunerado**	3	3,9(1,3-11,5)
Jubilación/Pensionista	2	16,7(4,2-47,6)
Clase social		
Alta	11	4,5(2,5-7,9)
Media	2	0,9(0,2-3,7)
Baja	32	10,3(7,4-14,2)
Totales	48	5,9(4,5-7,8)

**Ama de casa.

(1) Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta (tabla 24)

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

Un 5,9% de las mujeres entrevistadas, respondieron afirmativamente a haber padecido violencia de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja; por edad, destaca que la prevalencia de violencia/amenazas, miedo/control fue más alta en las más jóvenes (10,2%); por país de nacimiento las nacidas en otros países presentan prevalencias que duplican a las nacidas en España (11,2% vs 4,7%); las mujeres con nivel educativo “primarios/sin estudios” están casi 3 puntos por encima del siguiente nivel educativo, estudios secundarios y presentan un porcentaje 4 veces mayor al nivel universitario; en ocupación el porcentaje más alto se dio en estudiantes y jubilación ambos por encima del 11%; dentro de la clase social, la clase baja (trabajadoras) es la que tiene una prevalencia más alta, 10,3% (Tabla 24).

4.12.- 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 36,9% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 44,9% tenía uno, el 16% dos, el 2,2% tres o más factores de riesgo (figura 25).

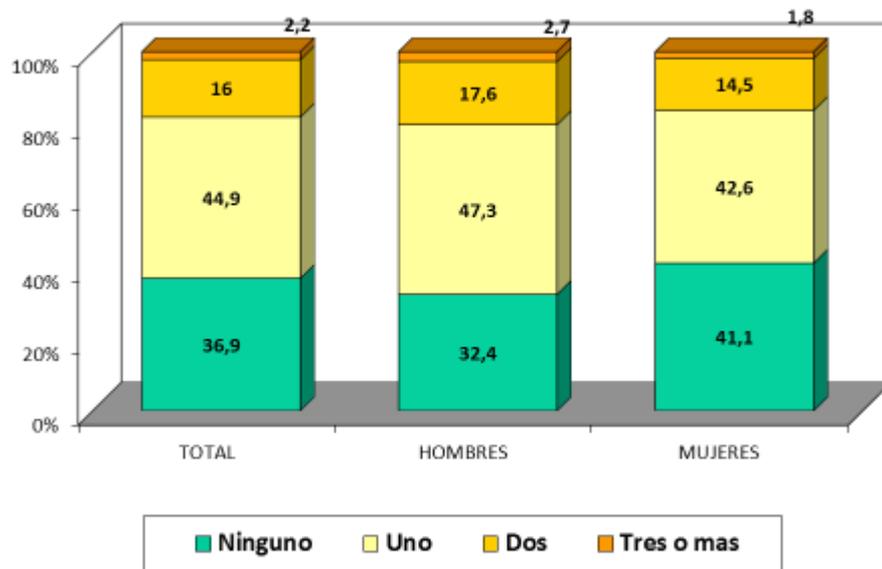
Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por grupos de edad en 2018 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en hombres en todas las edades alcanzando una diferencia de más de 4 puntos en los de mayor edad. (Figuras 25-27).

Por último, en la figura 27 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es descendente con una disminución porcentual durante 2017/2018 comparado con 1995/1996 del 36,3% en hombres y del 11,6% las mujeres.

Por grupos de edad tener un factor de riesgo obtuvo un porcentaje mayor en los de menor edad, grupo de 18 a 29 años, tanto en mujeres como en hombres.

Para dos factores y tres o más en el grupo de 30 a 44 años y ambos sexos el porcentaje se sitúa alrededor del 20%.

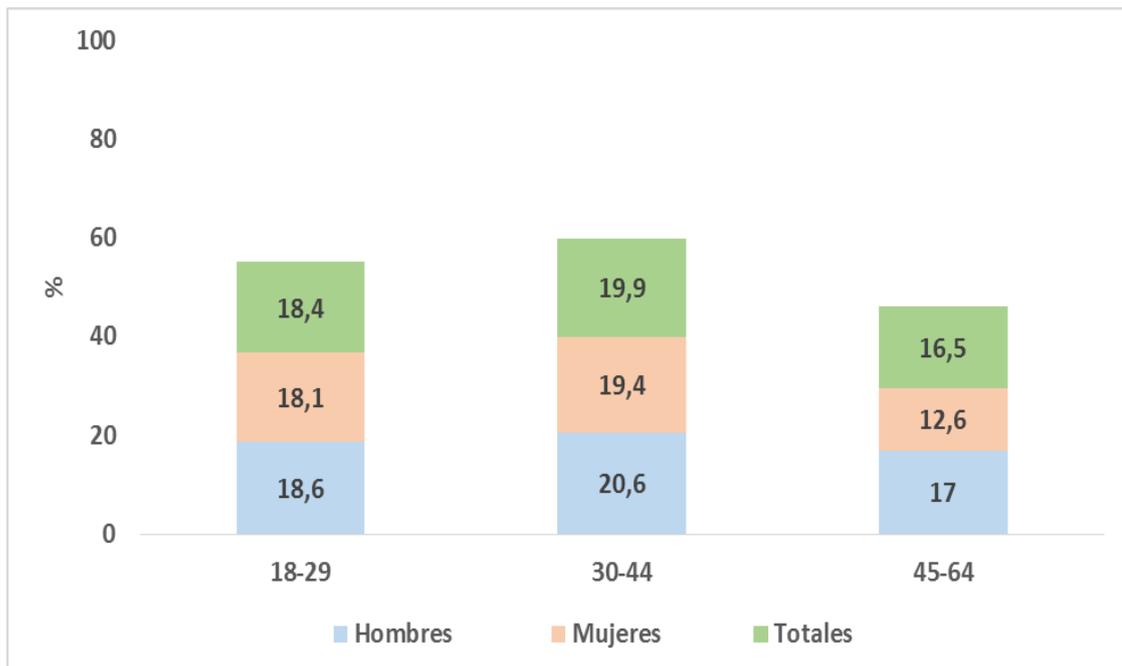
Figura 25. Agregación de factores de riesgo*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.



* De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral; fumador actual; consumo medio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

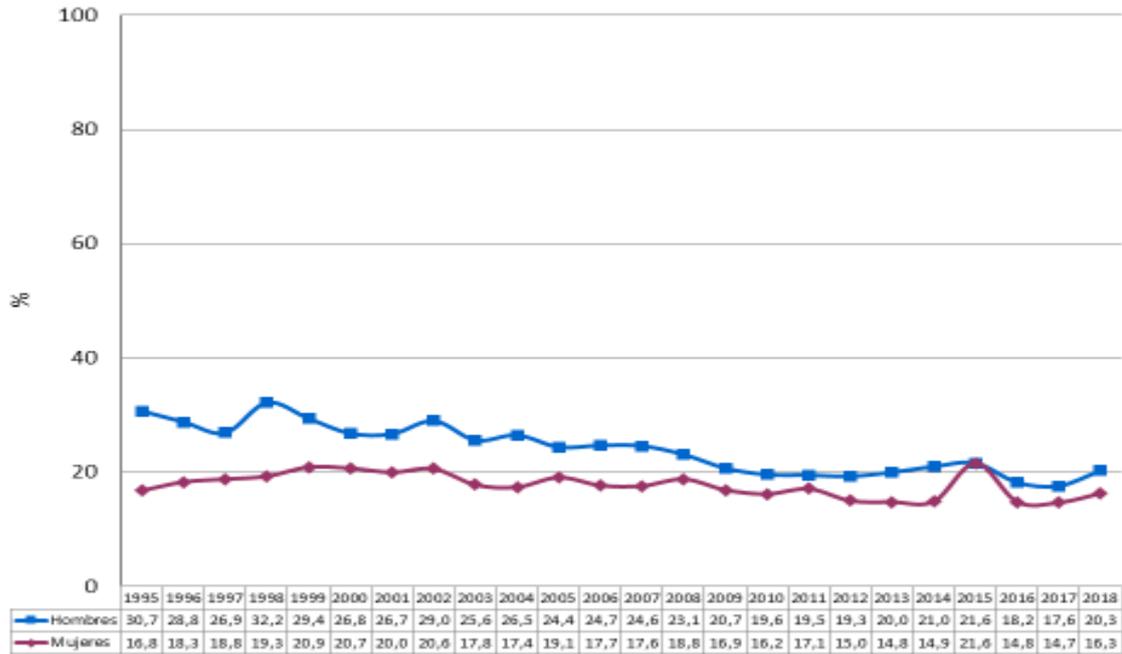
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A18).

Figura 26. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2018.



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

Figura 27. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2018.



* 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-A18).

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 1039/2017, de 15 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 2017.
- 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 21.0. 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.