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

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2024

Avance de Resultados

Comunidad de Madrid

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2024

Avance de resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2024

ÍNDICE

1. PUNTOS CLAVE 3
2. FICHA METODOLÓGICA 4
3. RESULTADOS 7
Características generales y sociodemográficas de la muestra 7
3.1. ESTADO DE SALUD 8
3.1.1. Evaluación subjetiva del estado general de salud o salud subjetiva 8
3.1.2. Salud mental 9
3.2. DETERMINANTES DE LA SALUD 11
3.2.1. Actividad física 11
3.2.2. Alimentación 12
3.2.3. Sobrepeso y obesidad 17
3.2.4. Consumo de tabaco 18
Consumo de tabaco tradicional 18
Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados 19
3.2.5. Consumo de alcohol 21
3.2.6. Relaciones sexuales 25
3.2.7. Violencia 28
Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja 28
Acoso y ciberacoso 30
4. BIBLIOGRAFÍA 32

1. PUNTOS CLAVE

Se presenta un avance de los resultados correspondientes al año 2024, a través de una selección de indicadores, para conocer de forma preliminar la situación de salud y factores de riesgo relacionados con el comportamiento y los estilos de vida en la población juvenil de la Comunidad de Madrid.

- En 2024, se recogieron 1.512 encuestas de jóvenes escolarizados/as en 4º de ESO (mayoritariamente, 15-16 años de edad) en 42 centros escolares de la Comunidad de Madrid seleccionados aleatoriamente.
- Globalmente, en 2024, una amplia proporción de la población (86,4%) **consideró su salud** como buena o muy buena (autopercepción del estado de salud o **salud subjetiva**). La situación fue menos favorable en las chicas (83,0%) que en los chicos (89,9%) y al aumentar la edad (88,6% en los/as jóvenes de 15 años; 84,6% en lo/as de 16 y más años). A lo largo del tiempo, la consideración de su salud como buena o muy buena fue siempre menos frecuente en las chicas que en los chicos.
- La **salud mental** es un elemento central en la salud pública. Pese a la favorable consideración global de su salud, se detectaron prevalencias muy elevadas de **malestar o distrés psicológico** en esta población, sobre todo en las chicas: más de 1 de cada 2 chicas (56,2%) y 1 de cada 3 chicos (33,8%) presentaron malestar o distrés psicológico. A lo largo del tiempo, la afectación fue siempre notablemente mayor en las chicas que en los chicos.
- La proporción de jóvenes que no realizaron suficiente **actividad física** fue muy elevada, sobre todo en las chicas: 1 de cada 2 chicas (47,9%) y 1 de cada 5-6 chicos (17,9%) no realizaron actividad física intensa al menos 3 veces a la semana. A lo largo del tiempo, la realización insuficiente de actividad física fue siempre notablemente mayor en las chicas que en los chicos.
- Respecto a la **alimentación**, se observó un patrón de consumo alimentario con una ingesta insuficiente de frutas y verduras y exceso de productos cárnicos (casi 7 de cada 10 chicos y 6 de cada 10 chicas consumieron menos de 2 raciones de fruta al día, casi 5 de cada 10 chicos y 4 de cada 10 chicas consumieron menos de una ración de verdura/día, y 7 de cada 10 chicos y 6 de cada 10 chicas consumieron 2 o más raciones de productos cárnicos/día), siendo este patrón más desfavorable en los chicos que en las chicas de manera sostenida a lo largo del tiempo.
- El **sobrepeso u obesidad** se registró en aproximadamente 1 de cada 5 jóvenes, tanto en chicos como en chicas (18,8% y 18,9%, respectivamente) y aumentó con la edad. A excepción del año 2024, a lo largo del tiempo, la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue siempre mayor en los chicos que en las chicas.
- En relación al **consumo de tabaco**, a pesar de la importante disminución registrada en el **consumo de cigarrillos** en esta población desde el comienzo de la serie estudiada en 1996, en 2024 aún fumaba con mayor o menor frecuencia 1 de cada 10 jóvenes, siendo fumadores/as diarios/as el 2,6% de los chicos y el 3,1% de las chicas. A este problema se ha añadido el del **consumo de productos de tabaco no tradicional y relacionados**, consumo que realizaba con mayor o menor frecuencia en 2024 el 21,5% de la población estudiada, algo más de 1 de cada 5 jóvenes (1 de cada 5 chicos, 19,7%, y casi 1 de cada 4 chicas, 23,2%).

En ambos casos, las prevalencias de consumo fueron mayores en las chicas que en los chicos de forma sostenida a lo largo del tiempo.

- Respecto al **consumo de alcohol**, un 2,6% de jóvenes (1,7% de los chicos y 3,5% de las chicas) presentaron un consumo promedio diario de alcohol muy elevado (el calificado como consumo de riesgo en población general sana adulta, mayor de 18 años: "bebedores/as de riesgo"). Las prevalencias de este nivel de consumo han sido mayores en las chicas que en los chicos de forma sostenida a lo largo del tiempo desde 2004.
- En torno a 1 de cada 4 jóvenes (26,6% de los chicos y 23,4% de las chicas) manifestó **haber tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración**. Un 23,9% declaró **no haber utilizado preservativo durante la última relación sexual** y el 23,4% **no utilizó métodos anticonceptivos eficaces.** La no utilización de preservativo fue algo más frecuente en las chicas y la no utilización de métodos anticonceptivos eficaces, algo más frecuente en los chicos. La no utilización de métodos anticonceptivos eficaces ha venido aumentando en esta población desde 1996.
- Respecto a la **violencia en el contexto de las relaciones de pareja**, en 2024, 1 de cada 11 chicas (9,0%) y 1 de cada 14 chicos (7,1%) con pareja o expareja sufrió en el último año **violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja**. A lo largo del tiempo, esta violencia la sufrieron con más frecuencia las chicas que los chicos.
- Respecto al acoso y ciberacoso, 1 de cada 12 chicas (8,4%) y 1 de cada 18 chicos (5,6%) indicó haber sufrido **acoso y/o ciberacoso** durante el último año en el ámbito escolar. A lo largo del tiempo, esta violencia la sufrieron con más frecuencia las chicas que los chicos.

2. FICHA METODOLÓGICA

Introducción

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) mide, desde 1996, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones. En este informe se presenta un avance de los resultados correspondientes al año 2024, a través de una selección de indicadores, mostrando la situación en el conjunto de la población y según sexo y edad, así como su evolución a lo largo del tiempo.

Objetivo

Conocer de forma preliminar, mediante una selección de indicadores principales, la situación de salud y factores de riesgo relacionados con el comportamiento y los estilos de vida en la población juvenil en 2024 y su evolución a lo largo del tiempo, para proporcionar información útil para la implementación y seguimiento de políticas y programas de prevención y de promoción de la salud en la población juvenil.

Metodología

Población objeto de estudio

Este sistema de vigilancia se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra representativa de la población juvenil. Para ello, desde su inicio en 1996 hasta el

año 2023 se extrajeron anualmente muestras representativas de unos 2.000 jóvenes escolarizados/as en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en la Comunidad de Madrid. En 2024 el sistema comenzó a incluir también a la población escolarizada en 3º de ESO, estableciendo la extracción de una muestra representativa de unos 1.500 jóvenes escolarizados/as en el 3er curso de la ESO y otros 1.500 jóvenes escolarizados/as en el 4º curso de la ESO. En 2024 se recogieron 1.546 encuestas en 3º de ESO y 1.512 en 4º de ESO en 40 y 42 centros escolares, respectivamente, de la Comunidad de Madrid seleccionados aleatoriamente.

La población para la que se dispone en estos momentos de la evolución a lo largo del tiempo desde 1996 es la población escolarizada en 4º de ESO, por lo que los resultados en el presente informe se refieren a dicha población.

Diseño muestral

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

Técnica de recogida de información

Para **recoger la información** relativa a las características sociodemográficas, aspectos psicosociales, hábitos y factores de riesgo relacionados con el comportamiento y los estilos de vida se empleó un **cuestionario auto-administrado en el aula**, cuya duración media de cumplimentación fue de unos 45 minutos. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente en función de las necesidades de salud pública. Las encuestas se **realizaron** durante los meses de abril, mayo y primeros días de junio de 2024.

Estrategia de análisis

Para conocer de forma preliminar la situación en la población juvenil en 2024 relativa a su estado de salud y los factores de riesgo relacionados con el comportamiento y los estilos de vida se seleccionaron una serie de indicadores principales representativos de las siguientes dimensiones: evaluación subjetiva del estado general de salud o salud subjetiva; salud mental; actividad física; alimentación; sobrepeso y obesidad; consumo de tabaco tradicional y consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados; consumo de alcohol; relaciones sexuales; violencia en el ámbito de las relaciones de pareja; acoso y ciberacoso (bullying y ciberbullying) La relación de indicadores analizados se expone en la Tabla 1.

Se estimaron prevalencias para los indicadores seleccionados. Se analizó la situación en 2024 para el total de la muestra y por sexo y edad, y se presentaron los resultados para cada año desde 1996 (o primer año disponible) hasta 2024 por sexo.

Tabla 1. Indicadores seleccionados para el avance de resultados del SIVFRENT-J 2024. Población de escolarizada en 4 de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.

INDICADOR	
ESTADO DE SALUD	
Salud subjetiva	**Evaluación subjetiva del estado general de salud, autopercepción del estado general de salud o salud subjetiva:** porcentaje de población que consideró su salud como buena o muy buena.
Salud mental	**Malestar o distrés psicólogo:** porcentaje de población con una puntuación total en el GHQ-12≥3 (método binario tradicional o criterion score).
DETERMINANTES DE LA SALUD	
Actividad física	**No realización de actividad física vigorosa o intensa al menos 3 días a la semana:** porcentaje de población que no realizó actividades físicas cuyo gasto energético es ≥5 veces superior al de reposo, al menos 3 días a la semana.
Alimentación Para recoger la información se empleó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos.	**Consumo <2 raciones de fruta/día:** porcentaje de población con una ingesta inferior a 2 raciones de fruta al día.
	Consumo <1 ración de verdura día: porcentaje de población con una ingesta inferior a una ración de verdura al día.
	Consumo <5 raciones de fruta y verdura al día: porcentaje de población con una ingesta total de frutas más verduras de forma conjunta menor de 5 raciones al día. El número total de raciones de frutas y verduras consumidas es el resultado de sumar las raciones de fruta más las raciones de verduras que ha indicado consumir habitualmente la persona encuestada.
Antropometría	**Sobrepeso u obesidad:** porcentaje de población con sobrepeso u obesidad, determinada de acuerdo con los puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal (IMC) propuestos por Cole et al. IMC calculado a partir de los valores de peso y talla referidos por la persona encuestada.
Consumo de tabaco	**Fumadores/as diarios/as:** porcentaje de población que fuma diariamente (cigarrillos).
Consumo de productos de tabaco no tradicional y relacionados	**Consumidores/as actuales:** porcentaje de población que consume en la actualidad (consumo diario y no diario) pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; vapeadores con hachís, marihuana-tetrahidrocannabinol o cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado).
Consumo de alcohol	**Bebedores/as de riesgo:** porcentaje de población con un consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en el caso de los chicos y ≥30 cc en el caso de las chicas. La calificación "de riesgo" es la que se emplea en población adulta, pero hay que subrayar que no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol y que, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.
Relaciones sexuales	**Relaciones sexuales con penetración:** porcentaje de población que declaró haber tenido relaciones sexuales con penetración.
	Uso de preservativo en la última relación sexual: porcentaje de población que utilizó preservativo o condón en la última relación sexual con penetración y porcentaje de población que no utilizó preservativo o condón en la última relación sexual con penetración.
	No utilización de métodos anticonceptivos eficaces: porcentaje de población que no utilizó métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual con penetración, pues no utilizaron ningún método, o utilizaron marcha atrás, el método de Ogino, o no sabían con seguridad que método habían utilizado.
Violencia	**Violencia física y/o sexual en el ámbito de las relaciones de pareja en el último año:** porcentaje de población que sufrió violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año.
	Acoso y/o ciberacoso escolar: porcentaje de población que sufrió acoso y/o ciberacoso en el ámbito escolar en el último año.

3. RESULTADOS

Características generales y sociodemográficas de la muestra

En las Tablas 2 y 3 se exponen las **características generales y sociodemográficas de la muestra de 2024 de la población escolarizada en 4º de ESO.**

Tabla 2. Tamaño y características generales de la muestra del SIVFRENT-J en 2024. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.

Tamaño muestral	
Nº estudiantes	1.512
Nº Colegios	42
Sexo (%)	
Hombres	49,1
Mujeres	50,9
Edad (%)*	
15	45,8
16	43,7
17 y más	10,6
Titularidad (%)	
Pública	41,8
Concertada/Privada	58,2
Concertada	43,0
Privada	15,2

*La suma total de las distintas categorías es >100% (100,1%) debido a los redondeos al primer decimal.
SIVFRENT-J, 2024

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra, total y por sexo: n (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Edad (años)						
15	348	(46,8)	344	(44,7)	692	(45,8)
16 y más	395	(53,2)	425	(55,3)	820	(54,2)
País de nacimiento						
España	656	(88,3)	675	(87,8)	1.331	(88,0)
Otro país	87	(11,7)	94	(12,2)	181	(12,0)
País de nacimiento de madres y padres						
Los dos en España	504	(67,8)	505	(65,7)	1.009	(66,7)
Sólo uno en España	66	(8,9)	64	(8,3)	130	(8,6)
Los dos en otro país	173	(23,3)	200	(26,0)	373	(24,7)
Titularidad del centro						
Público	299	(40,2)	333	(43,3)	632	(41,8)
Concertado	309	(41,6)	341	(44,3)	650	(43,0)
Privado	135	(18,2)	95	(12,4)	230	(15,2)
Zona geográfica						
Municipio de Madrid	343	(46,2)	369	(48,0)	712	(47,1)
Resto de municipios	400	(53,8)	400	(52,0)	800	(52,9)
TOTAL	743	(49,1)	769	(50,9)	1.512	(100,0)

n: Número de sujetos. %: Porcentaje.
SIVFRENT-J, 2024

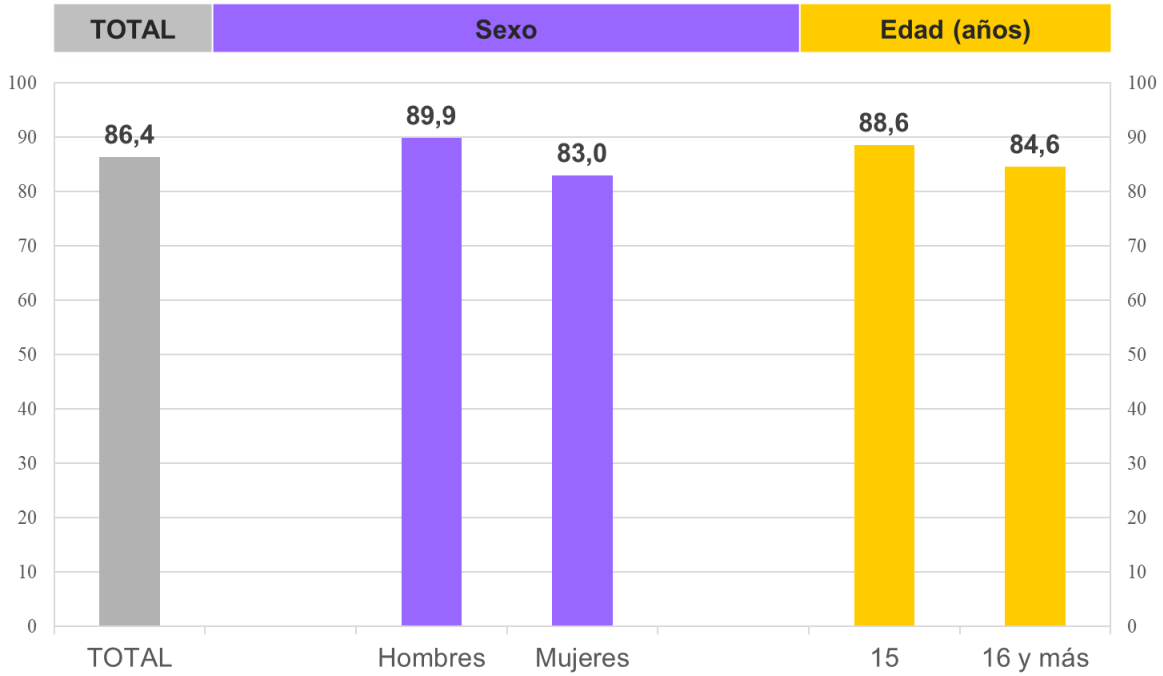
3.1. ESTADO DE SALUD

3.1.1. Evaluación subjetiva del estado general de salud o salud subjetiva

La evaluación subjetiva del estado general de salud, autopercepción del estado general de salud o salud subjetiva es un buen predictor de la mortalidad[1] y una medida de salud interesante porque se correlaciona con la calidad de vida relacionada con la salud[2]. El SIVFRENT-J mide la salud subjetiva mediante la siguiente pregunta: "En general, ¿cómo consideras que es tu salud?", con cinco posibles respuestas: muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

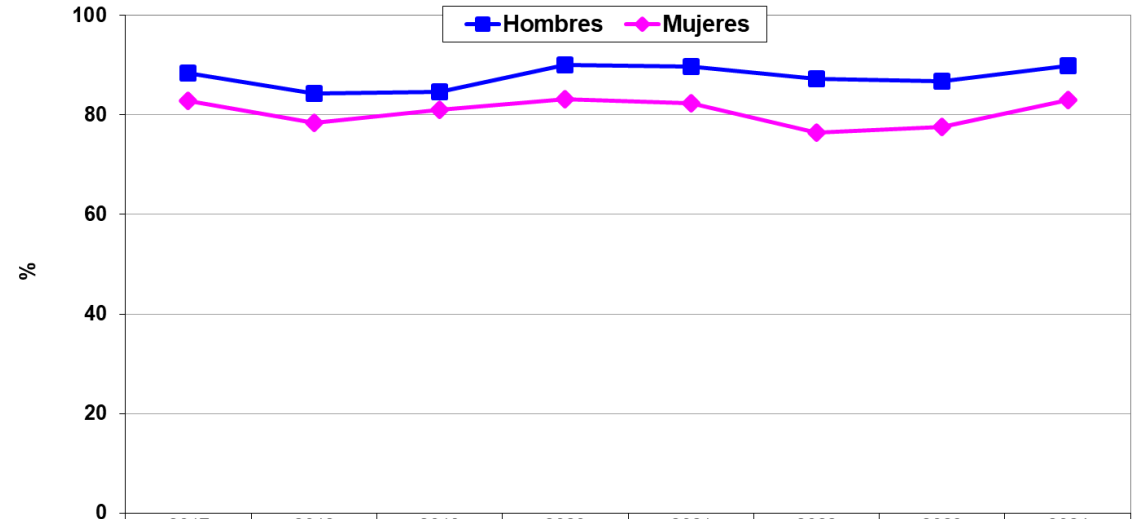
La Figura 1 muestra el porcentaje de la población que consideró su salud como buena o muy buena en 2024, en total y según sexo y edad. La Figura 2 muestra la evolución de este porcentaje desde 2017 hasta 2024, por sexo. En 2024, globalmente, el 86,4% de la población consideró su salud como buena o muy buena (Figura 1). Este porcentaje fue menor en las chicas que en los chicos (chicos: 89,9%; chicas: 83,0%) y en los sujetos de 16 y más años en comparación con los de 15 años (15 años: 88,6%; 16 y más años: 84,6%) (Figura 1). En cuanto a la evolución, se observaron pequeñas oscilaciones a lo largo del periodo estudiado, 2017-2024, con cifras siempre por encima del 80% en los chicos (Figura 2). Los porcentajes fueron en 2024 superiores a los registrados en 2023 tanto en chicos como en chicas: aumento absoluto de un 3,1% en chicos y 5,4% en chicas; aumento relativo del 3,6% en chicos y del 7,0% en chicas (Figura 2). La consideración de su salud como buena o muy buena fue siempre más frecuente en los chicos que en las chicas (Figura 2).

Figura 1. Salud subjetiva buena o muy buena: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 2. Evolución de la proporción de jóvenes con salud subjetiva buena o muy buena. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2017-2024.



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	88,4	84,3	84,6	90,0	89,7	87,3	86,8	89,9
Mujeres	82,8	78,4	81,1	83,2	82,4	76,4	77,6	83,0

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2017-2024

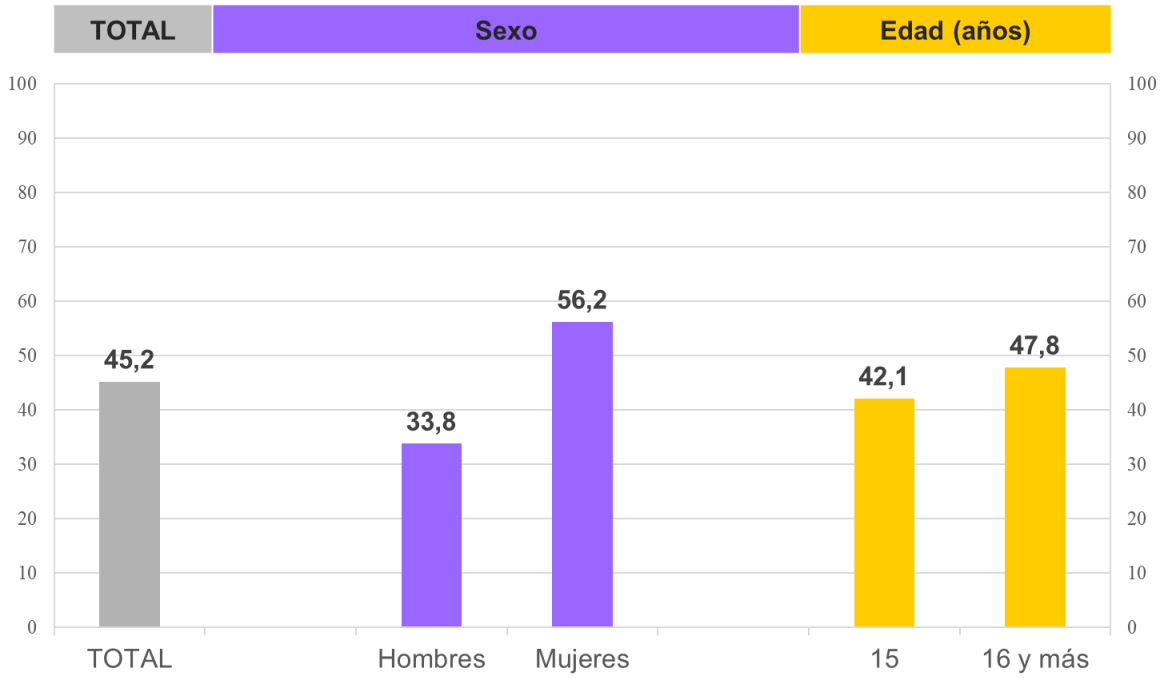
3.1.2. Salud mental

La detección temprana de problemas psicológicos o de un estado de mala salud mental es un asunto de gran importancia. Una intervención temprana puede mejorar la evolución y el pronóstico de las dolencias y evitar una afectación mayor y la progresión del deterioro de la salud mental a lo largo del tiempo. El SIVFRENT-J emplea desde hace años el **GHQ-12**, la versión de 12 preguntas, ítems o enunciados del GHQ (*General Health Questionnaire*; Goldberg, 1972)[3], una herramienta ampliamente validada[4-7] y utilizada en todo el mundo como instrumento de cribado para detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos o situación de riesgo de padecimiento psicológico o psiquiátrico en contextos como la atención primaria o en población general[4,-5;8]. El GHQ-12 se emplea para **diferenciar** entre **malestar y salud psicológicos** (**no permite establecer un diagnóstico clínico ni valorar trastornos crónicos)**. Indaga sobre aspectos relacionados con la capacidad de concentración, dificultades para conciliar el sueño, dificultad para tomar decisiones, nivel de estrés autopercibido, autoestima o grado de felicidad, informando sobre cambios en las últimas semanas respecto a una situación basal. Una puntuación total ≥3 (**método binario tradicional, clásico o *criterion score***)[9] es indicativa de presencia de malestar o distrés psicológico.

En 2024, la prevalencia de **malestar o distrés psicológico** en la población juvenil fue 45,2% (Figura 3). Esta prevalencia fue considerablemente mayor (1,7 veces mayor) en las chicas (56,2%) que en los chicos (33,8%) y aumentó al aumentar la edad (42,1% en los/as de 15 años, 47,8% en los/s de 16 y más años) (Figura 3). En cuanto a la evolución reciente, la prevalencia en 2024 fue inferior a la registrada en 2023 tanto en chicos como en chicas: disminución absoluta de un 3,7% en chicos y 6,1% en chicas; disminución relativa del 9,9% en chicos y del 9,8% en chicas (Figura 4). A lo largo del tiempo, la afectación fue siempre notablemente mayor en las

chicas que en los chicos, con prevalencias sustancialmente más elevadas de malestar o distrés psicológico en ellas que en ellos (Figura 4).

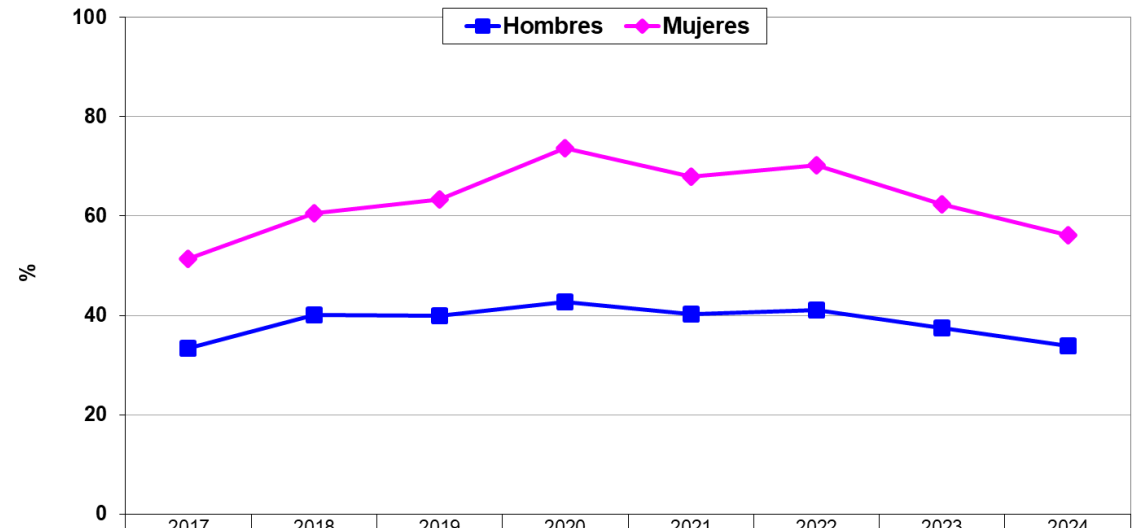
Figura 3. Malestar o distrés psicológico*: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Malestar o distrés psicológico: puntuación total en el GHQ-12 ≥3 (método binario tradicional o criterion score).

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 4. Evolución de la prevalencia de malestar o distrés psicológico*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2017-2024.



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	33,3	40,1	39,9	42,7	40,2	41,0	37,5	33,8
Mujeres	51,4	60,6	63,4	73,7	68,0	70,2	62,3	56,2

*Malestar o distrés psicológico: puntuación total en el GHQ-12 ≥3 (método binario tradicional o criterion score).

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2017-2024

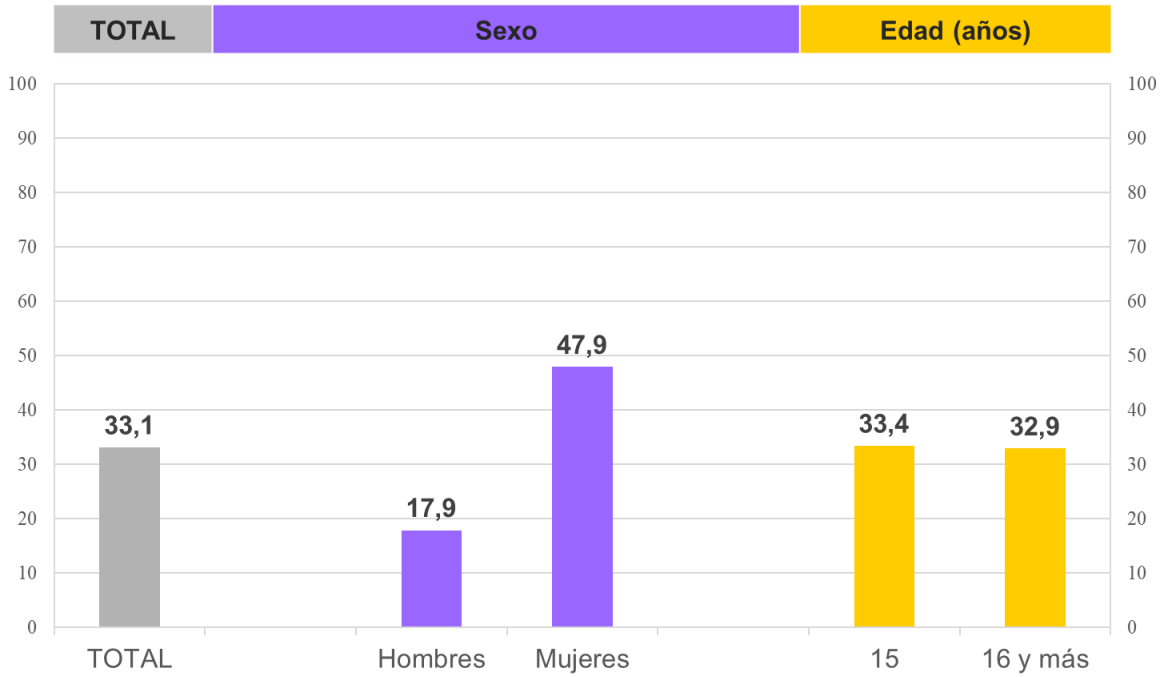
3.2. DETERMINANTES DE LA SALUD

3.2.1. Actividad física

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud establecen que los adolescentes deben realizar actividad física de intensidad moderada a vigorosa (moderada, intensa o muy intensa) diariamente (al menos una media de 60 minutos, la mayor parte de la cual debe ser aeróbica) y al menos 3 días a la semana de actividad física aeróbica vigorosa o intensa (intensa o muy intensa)[10].

A continuación, se describe la situación en 2024 respecto a la realización de actividad física vigorosa al menos 3 días a la semana. Las actividades vigorosas o intensas (intensas o muy intensas) se definieron como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo. La proporción de jóvenes que no practicaron este tipo de ejercicio al menos 3 días a la semana en 2024 fue elevada, un 33,1% (Figura 5). Se observaron grandes diferencias según sexo, ya que casi tres veces (2,7 veces) más chicas que chicos no realizaron al menos 3 días a la semana este tipo de actividades físicas (17,9% de los chicos frente a casi la mitad de las chicas, 47,9%) (Figura 5). Por edad, los porcentajes fueron muy similares, 33,4% en el grupo de 15 años y 32,9% entre los/as de 16 y más años (Figura 5). En cuanto a la evolución reciente, estos porcentajes fueron en 2024 superiores a los registrados en 2023 tanto en chicos como en chicas: aumento absoluto de un 2,8% en chicos y 4,2% en chicas; aumento relativo del 18,5% en chicos y del 9,6% en chicas (Figura 6). A lo largo del tiempo, la realización insuficiente de actividad física fue siempre notablemente mayor en las chicas que en los chicos (Figura 6).

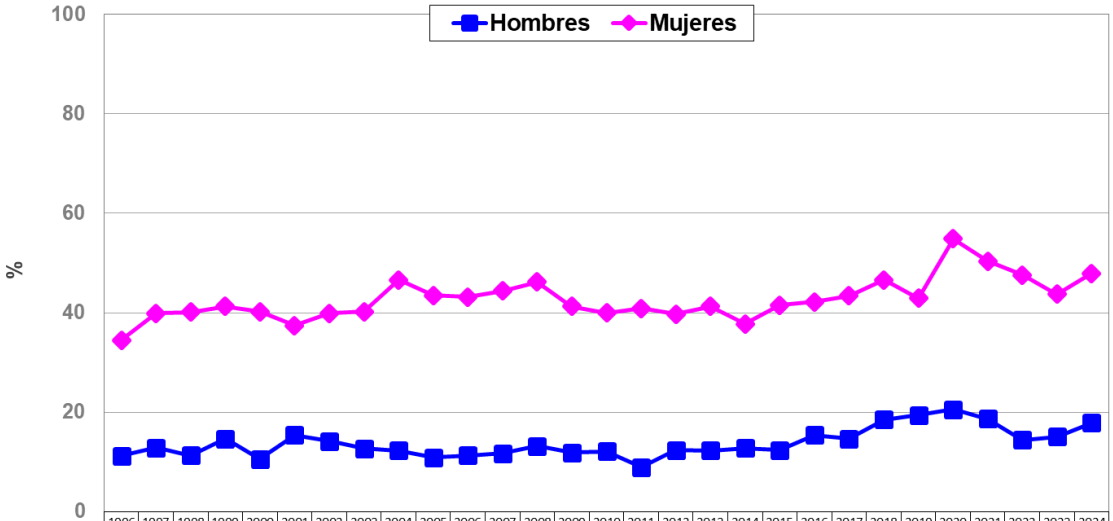
Figura 5. No realización de actividad física vigorosa o intensa* al menos 3 días a la semana: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Actividad física vigorosa o intensa: actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 6. Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan actividad física vigorosa o intensa* al menos 3 días a la semana. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	11,2	12,9	11,3	14,7	10,6	15,4	14,2	12,7	12,3	10,9	11,3	11,7	13,2	11,9	12,1	8,9	12,4	12,3	12,8	12,4	15,4	14,7	18,5	19,4	20,6	18,7	14,4	15,1	17,9
Mujeres	34,5	39,9	40,1	41,3	40,2	37,4	39,9	40,2	46,6	43,5	43,2	44,4	46,2	41,3	40,0	40,9	39,7	41,3	37,8	41,5	42,2	43,4	46,6	42,9	54,9	50,4	47,6	43,7	47,9

*Actividad física vigorosa o intensa: actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

3.2.2. Alimentación

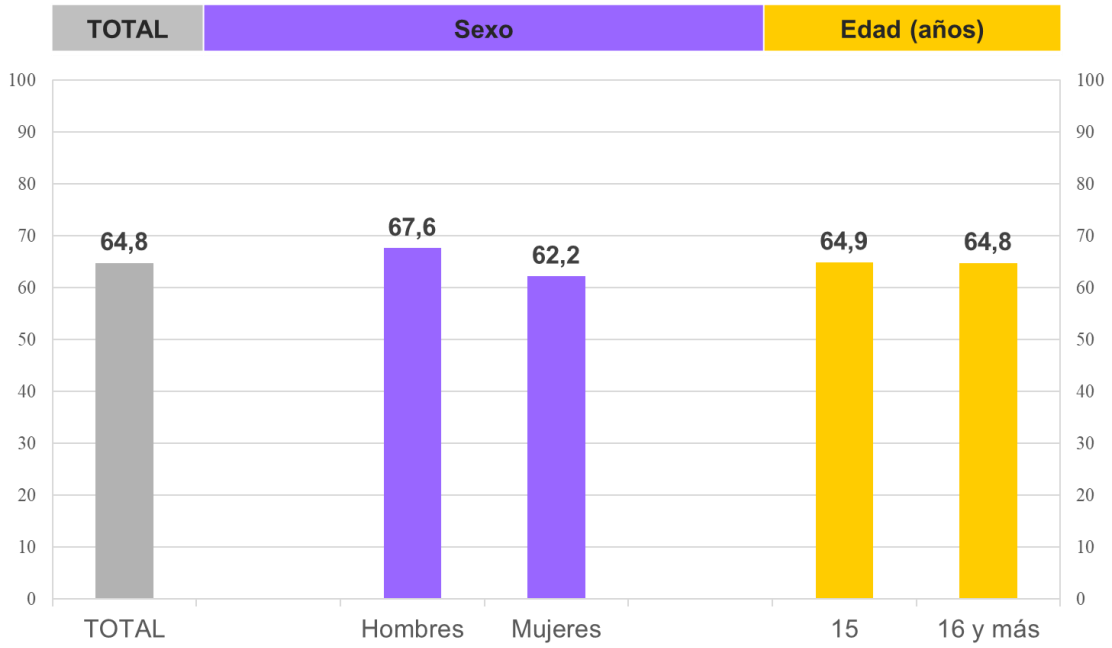
La información sobre la ingesta alimentaria en esta población se recogió mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos mediante el que se preguntó por el consumo de alimentos y bebidas en los diferentes momentos del día (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena). La suma de la ingesta de cada alimento o bebida en los diferentes momentos del día permitió obtener la ingesta total diaria o consumo total diario de dicho alimento o bebida. Para el presente informe, se examinó la situación respecto al consumo de frutas, verduras y productos cárnicos.

Consumo de frutas y verduras

En 2024, el 64,8% (67,6% de los chicos y 62,2% de las chicas) consumió **menos de 2 raciones de fruta al día** (Figura 7) y el 43,3% (47,8% de los chicos y 38,9% de las chicas) ingirió menos de una **ración de verdura al día** (Figura 8). La **ingesta conjunta de frutas y verduras** fue **inferior a las 5 raciones diarias** recomendadas en el 85,1% de la población (89,2% de los chicos y 81,0% de las chicas) (Figura 9). Por edad, estos consumos fueron similares en ambos grupos, jóvenes de 15 años y jóvenes de 16 y más años (Figuras 7-9). Respecto a la evolución reciente, la proporción de población con una ingesta inferior a 2 raciones de fruta al día fue en 2024 superior a la registrada en 2023 tanto en chicos como en chicas: aumento absoluto de un 1,5% en chicos y un 4,6% en chicas; aumento relativo del 2,3% en chicos y del 8,0% en chicas (Figura 10). La proporción de población con una ingesta inferior a una ración de verdura al día en 2024 en comparación con la registrada en 2023 fue ligeramente inferior en chicos (disminución absoluta del 0,8% y relativa del 1,6%) y superior en chicas (aumento absoluto del 4,0% y relativo del 11,5%) (Figura 11). La ingesta conjunta de frutas y verduras empeoró en 2024 en comparación con 2023 tanto en chicos como en chicas (aumento de la proporción de población con un

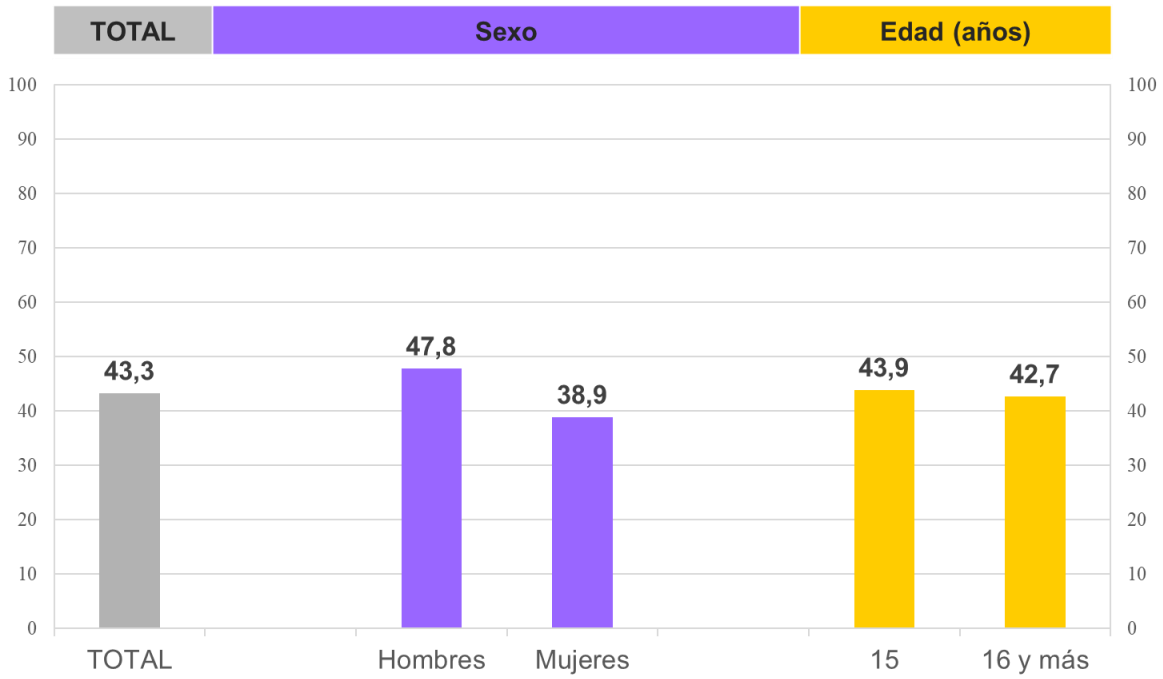
consumo <5 raciones de fruta y verduras/día absoluto de un 1,5% en chicos y un 3,1% en chicas, y relativo del 1,7% en chicos y 4,0% en chicas) (Figura 12). Las chicas presentaron de forma sostenida a lo largo del tiempo un mayor consumo de frutas y verduras que los chicos (Figuras 10-12).

Figura 7. Consumo <2 raciones de fruta/día: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



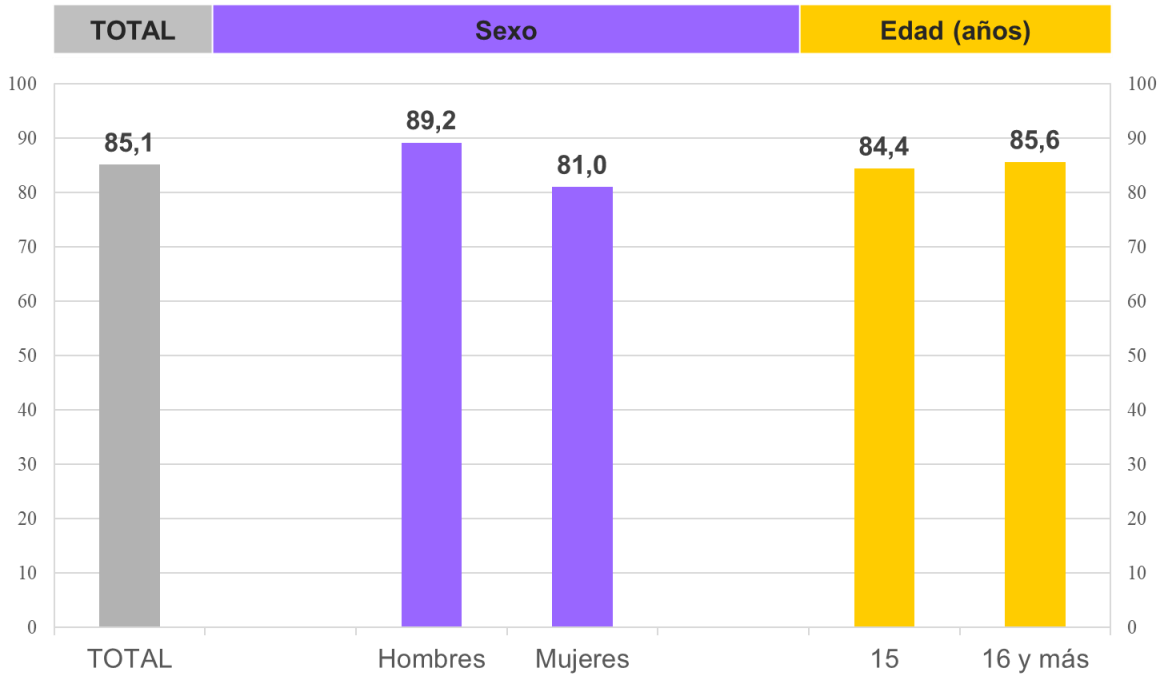
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 8. Consumo <1 ración de verdura/día: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



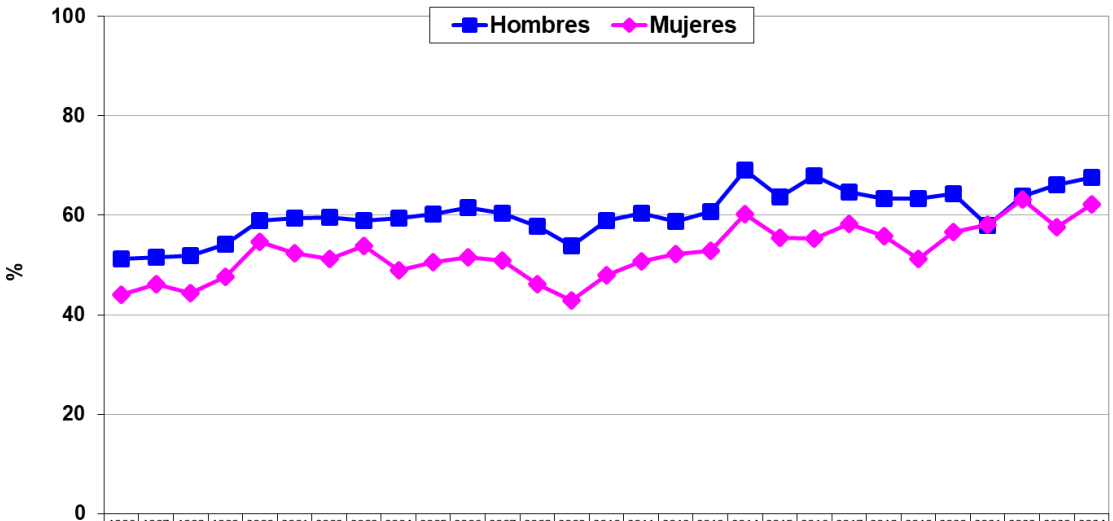
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 9. Consumo <5 raciones de fruta y verdura/día: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

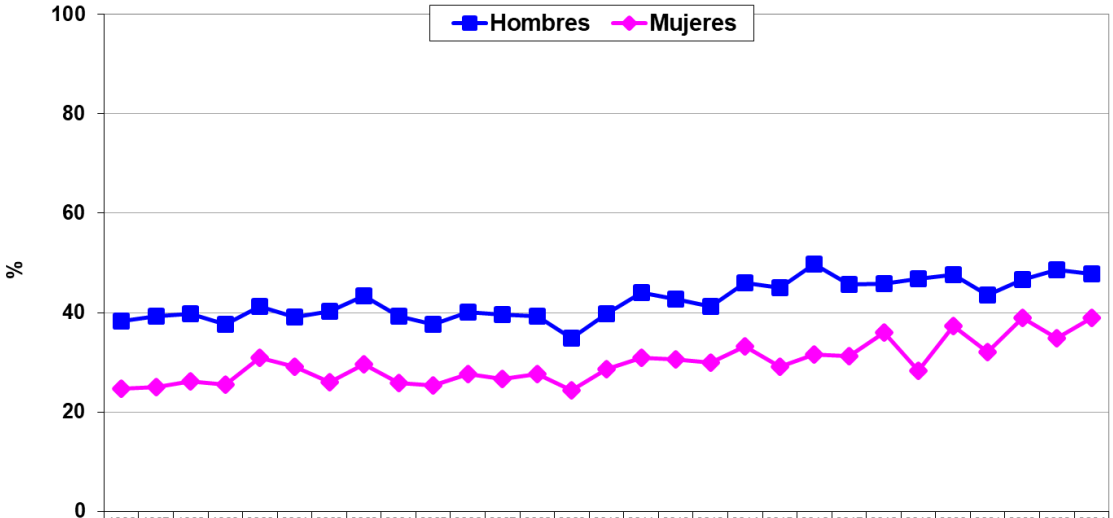
Figura 10. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <2 raciones de fruta al día. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	51,2	51,5	51,9	54,1	59,0	59,4	59,6	58,9	59,5	60,3	61,5	60,4	57,7	53,8	58,9	60,4	58,7	60,7	69,0	63,7	68,0	64,6	63,3	63,3	64,3	58,0	63,9	66,1	67,6
Mujeres	44,0	46,1	44,3	47,6	54,6	52,3	51,3	53,8	49,0	50,5	51,5	50,9	46,1	42,8	48,0	50,7	52,2	52,9	60,3	55,5	55,3	58,2	55,8	51,3	56,6	58,1	63,2	57,6	62,2

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

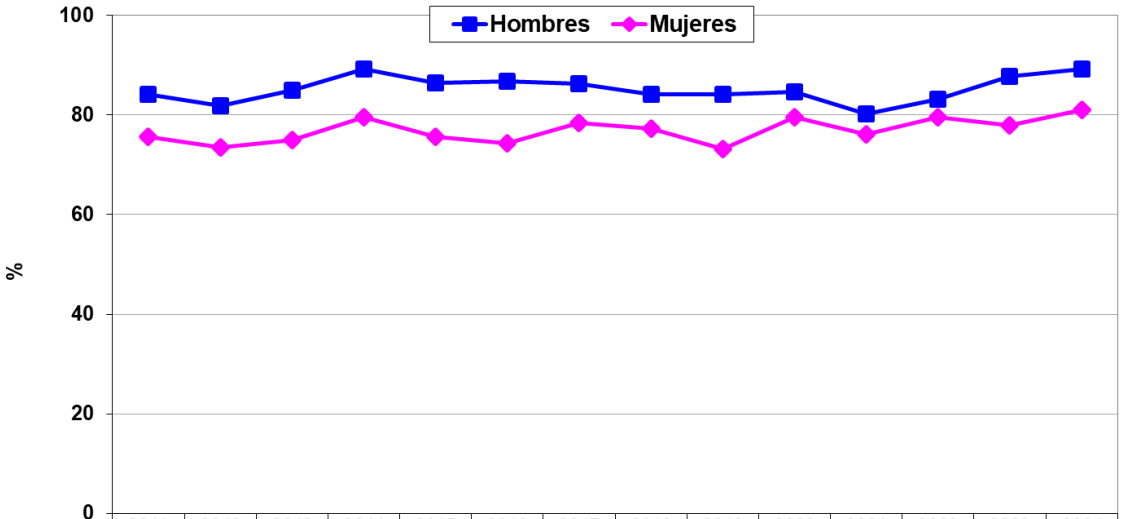
Figura 11. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <1 ración de verdura al día. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	38,3	39,3	39,7	37,6	41,3	39,1	40,3	43,3	39,2	37,7	40,1	39,6	39,2	34,9	39,7	44,0	42,7	41,3	46,0	45,0	49,7	45,7	45,9	46,8	47,7	43,6	46,7	48,6	47,8
Mujeres	24,7	25,1	26,2	25,5	31,0	29,1	26,0	29,6	25,8	25,4	27,7	26,6	27,7	24,4	28,7	31,0	30,6	29,9	33,2	29,1	31,5	31,2	36,0	28,3	37,3	32,0	38,9	34,9	38,9

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

Figura 12. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <5 raciones de fruta y/o verdura al día. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2011-2024.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	84,1	81,8	84,9	89,2	86,4	86,7	86,2	84,2	84,1	84,6	80,2	83,2	87,7	89,2
Mujeres	75,6	73,5	74,9	79,6	75,7	74,3	78,4	77,2	73,1	79,6	76,1	79,5	77,9	81,0

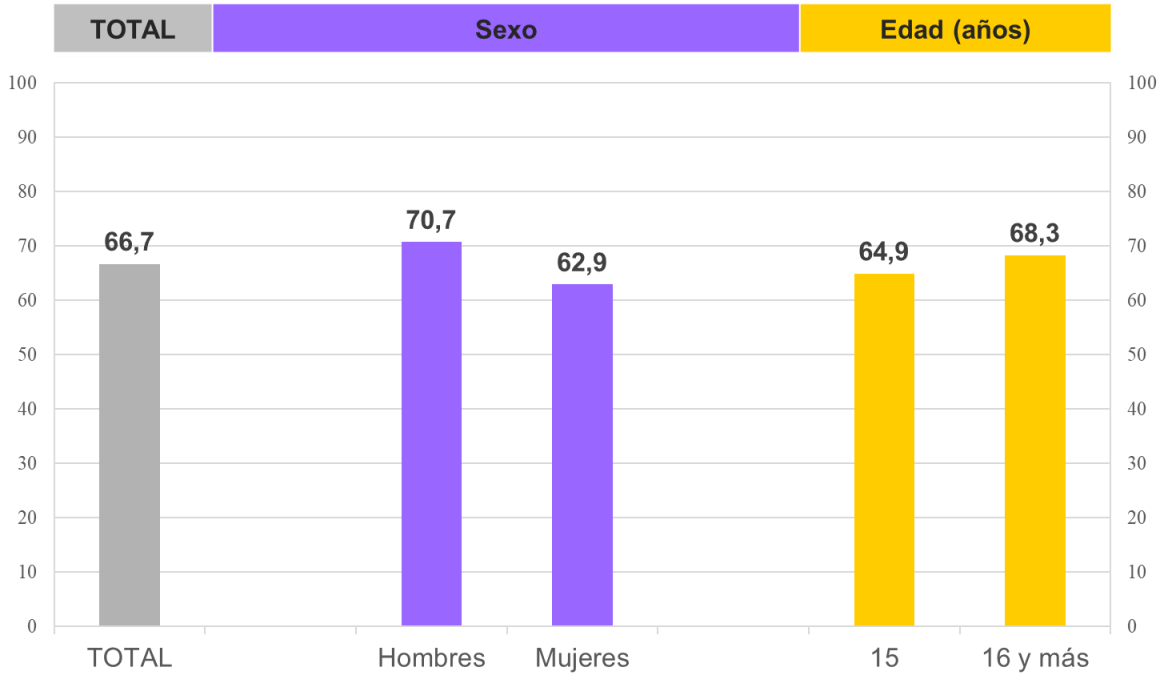
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2011-2024

Consumo de productos cárnicos

La proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones diarias de carnes y derivados fue mayor en chicos que en chicas (70,7% los chicos y 62,9% las chicas) y aumentó con la edad (64,9% de los/as jóvenes de 15 años y 68,3% de los/as de 16 y más años) (Figura 13). En cuanto a la evolución reciente, el consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos fue en 2024 en comparación con lo registrado en 2023 ligeramente superior en los chicos (aumento de la

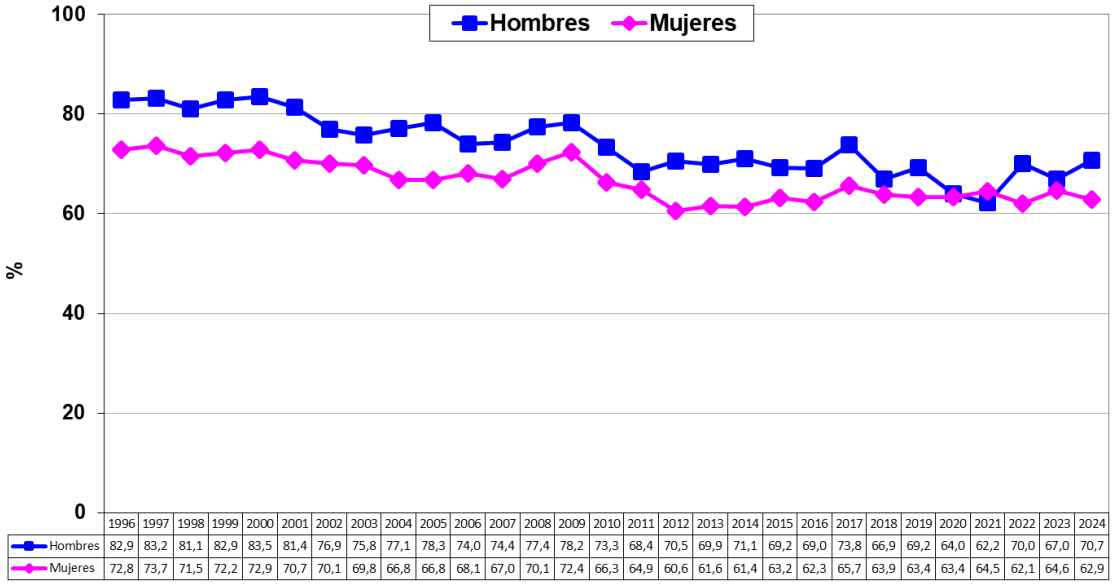
proporción de población con un consumo ≥2 raciones de productos cárnicos/día absoluto de un 3,7% y relativo del 5,5%) y ligeramente inferior en las chicas (disminución de la proporción de población con un consumo ≥2 raciones de productos cárnicos/día, absoluta de un 1,7% y relativa del 2,6%) (Figura 14). Las chicas presentaron de forma sostenida a lo largo del tiempo un menor consumo de productos cárnicos que los chicos (Figura 14).

Figura 13. Consumo ≥2 raciones de productos cárnicos/día: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 14. Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥2 raciones de cárnicos al día. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	82,9	83,2	81,1	82,9	83,5	81,4	76,9	75,8	77,1	78,3	74,0	74,4	77,4	78,2	73,3	68,4	70,5	69,9	71,1	69,2	69,0	73,8	66,9	69,2	64,0	62,2	70,0	67,0	70,7
Mujeres	72,8	73,7	71,5	72,2	72,9	70,7	70,1	69,8	66,8	66,8	68,1	67,0	70,1	72,4	66,3	64,9	60,6	61,6	61,4	63,2	62,3	65,7	63,9	63,4	63,4	64,5	62,1	64,6	62,9

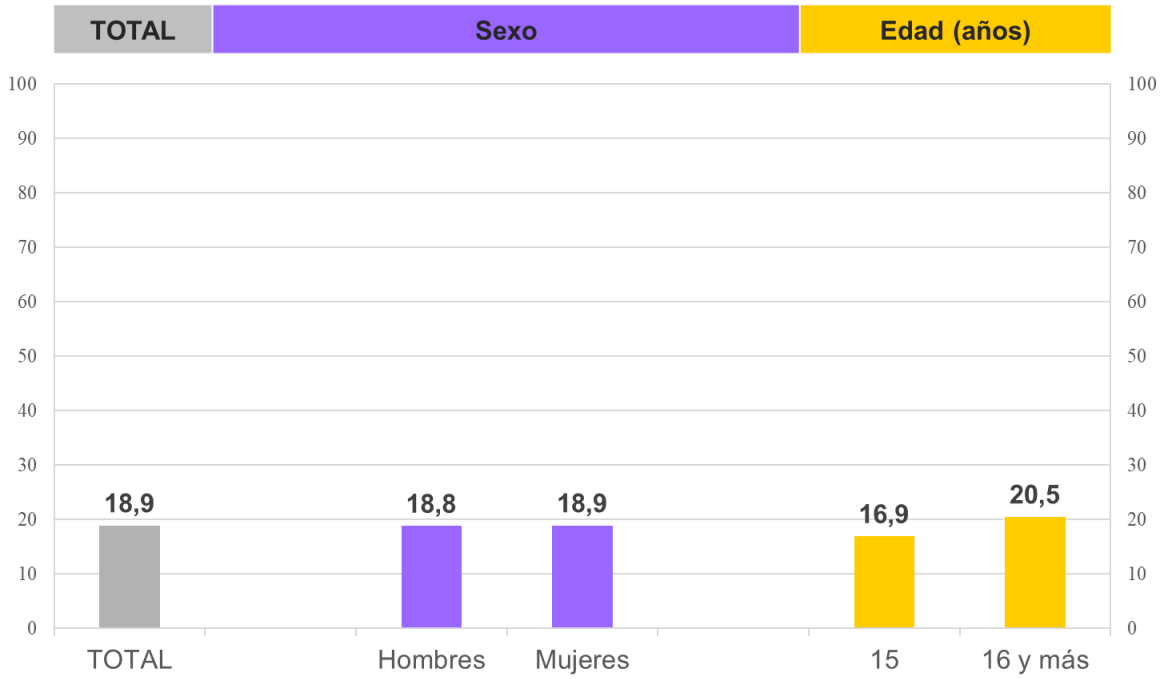
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

3.2.3. Sobrepeso y obesidad

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC), estimado a partir de los datos de peso y talla corporales referidos por la persona encuestada. El IMC se calculó como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m^2). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se emplearon los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al[11].

En 2024, la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue prácticamente igual en chicos y chicas (18,8% en los chicos y 18,9% en las chicas) y aumentó con la edad (Figura 15). En comparación con 2023, la prevalencia fue en 2024 ligeramente inferior en los chicos y aumentó en las chicas (disminución absoluta de un 1,3% y relativa del 6,5% en los chicos; aumento absoluto de un 6,6% y relativo del 53,7% en las chicas) (Figura 16). A excepción del año 2024, a lo largo del tiempo, la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue siempre mayor en los chicos que en las chicas (Figura 16).

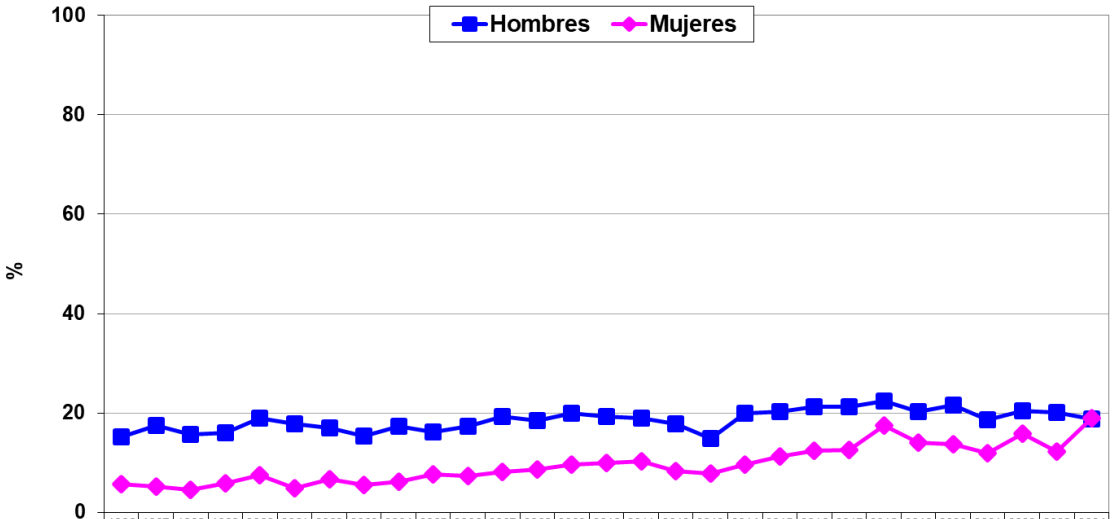
Figura 15. Prevalencia de sobrepeso u obesidad*: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Presencia de sobrepeso u obesidad determinada de acuerdo con los puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal (IMC) propuestos por Cole et al. IMC calculado a partir de los valores de peso y talla referidos por la persona encuestada.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 16. Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	15,2	17,5	15,7	16,1	18,9	17,9	17,0	15,4	17,3	16,2	17,4	19,3	18,5	19,9	19,3	19,0	17,8	14,9	20,0	20,3	21,3	21,3	22,4	20,3	21,6	18,6	20,5	20,1	18,8
Mujeres	5,7	5,2	4,6	5,8	7,5	4,9	6,7	5,6	6,2	7,7	7,4	8,1	8,7	9,7	10,0	10,3	8,3	7,8	9,6	11,3	12,4	12,5	17,5	14,0	13,8	12,0	15,8	12,3	18,9

*Presencia de sobrepeso u obesidad determinada de acuerdo con los puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal (IMC) propuestos por Cole et al. IMC calculado a partir de los valores de peso y talla referidos por la persona encuestada.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

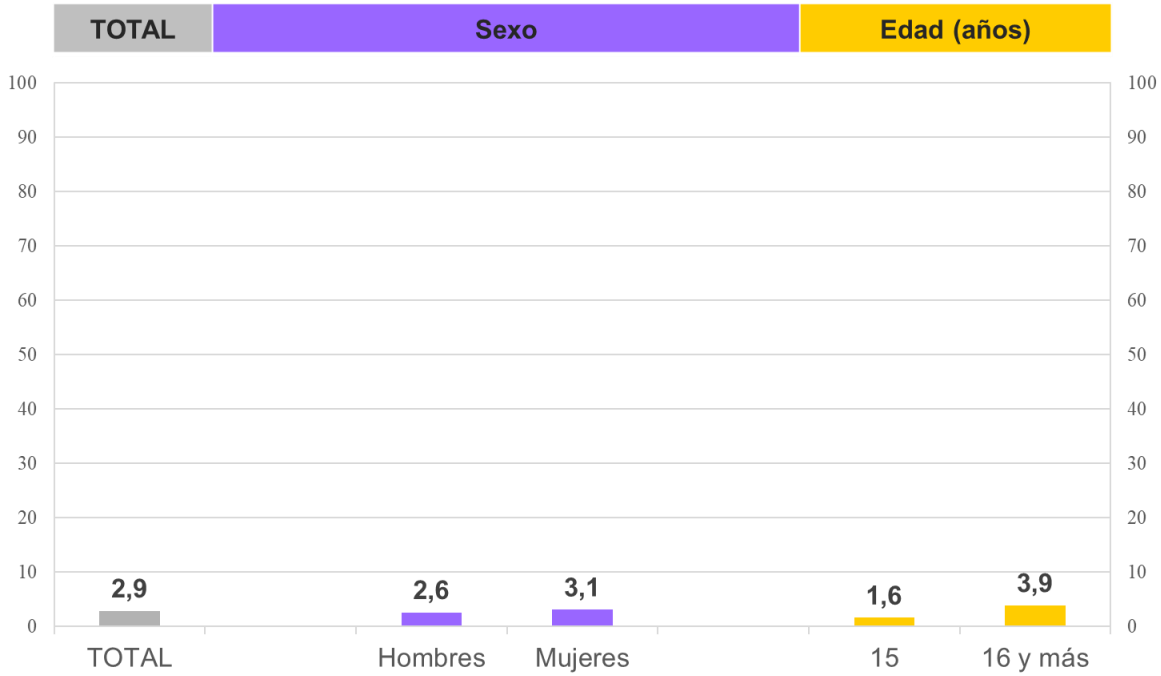
3.2.4. Consumo de tabaco

Consumo de tabaco tradicional

El tabaco es un producto tóxico cuyo consumo sigue siendo la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematuras evitables en la Comunidad de Madrid[12-15], España[16;17-22] y resto de regiones de nuestro entorno socioeconómico[23].

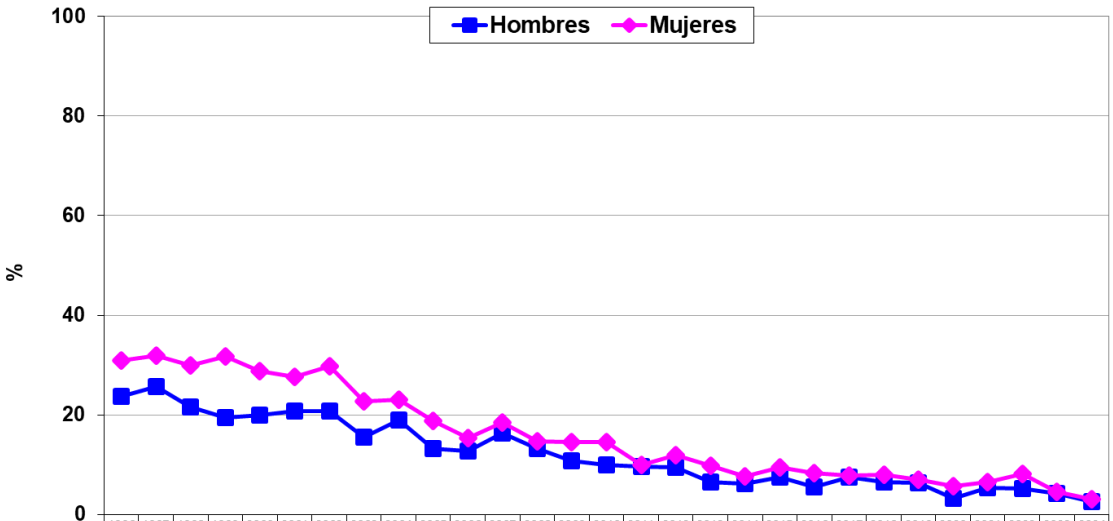
En 2024, globalmente, el 9,7% de la población estudiada refirió fumar con mayor o menor asiduidad (fumadores/as diarios/as, fumadores/as semanales y sujetos que fuman menos de una vez/semana), un 80,2% no había fumado nunca y el 10,1% eran exfumadores/as. La prevalencia de consumo diario de cigarrillos (fumadores/as diarios/as) fue 3,1% en mujeres y 2,6% en hombres y se incrementó rápidamente con la edad: el 3,9% de los/as jóvenes de 16 y más años fumaba diariamente frente al 1,6% de los/as que tenían 15 años, más del doble (2,4 veces más) (Figura 17). En cuanto a la evolución, la prevalencia de consumo diario de cigarrillos presentó globalmente un patrón de descenso continuo desde 1996 tanto en chicas como en chicos (Figura 18). Este descenso prosiguió en 2024 (Figura 18). La prevalencia de fumadores/as diarios/as disminuyó en 2024 respecto a 2023 un 1,7% en los chicos y un 1,4% en las chicas (disminución absoluta), siendo la disminución relativa entre esos años del 39,5% en chicos y del 31,1% en las chicas, respectivamente (Figura 18). A lo largo del periodo estudiado, la prevalencia de consumo diario fue siempre mayor en las chicas que en los chicos (Figura 18).

Figura 17. Prevalencia de fumadores/as diarios/as: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 18. Evolución de la prevalencia de fumadores/as diarios. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	23,7	25,6	21,6	19,5	20,0	20,7	20,7	15,6	18,9	13,2	12,8	16,3	13,2	10,7	9,9	9,6	9,5	6,5	6,2	7,5	5,6	7,5	6,5	6,4	3,2	5,4	5,2	4,3	2,6
Mujeres	31,0	31,9	29,9	31,8	28,8	27,6	29,7	22,7	23,0	18,8	15,3	18,4	14,7	14,6	14,5	9,9	12,0	9,8	7,6	9,4	8,4	7,8	8,0	7,0	5,7	6,6	8,2	4,5	3,1

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

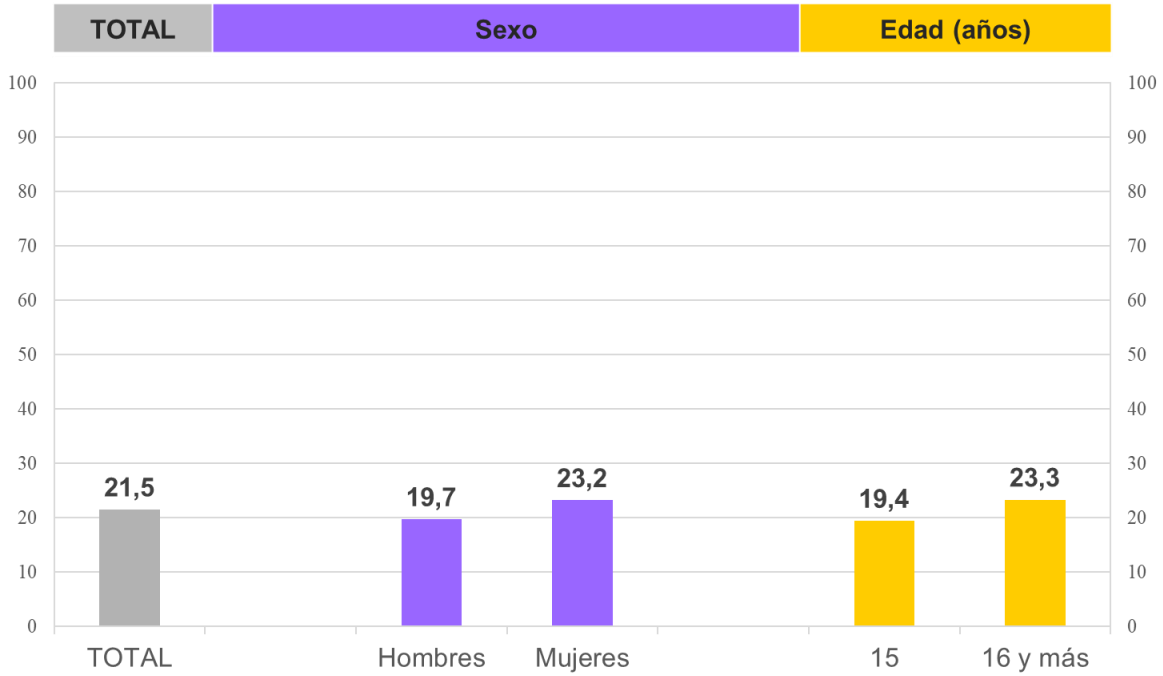
Consumo de tabaco no tradicional y productos relacionados

El consumo de cigarrillos sigue siendo la forma predominante de consumo de tabaco en el mundo[24], si bien, el consumo de **otros tipos de productos de tabaco o muy relacionados**[25-26], con o sin nicotina, ha ido creciendo durante las últimas décadas[24]. En 2020 se incorporó en el SIVFRENT-J un apartado destinado a medir este tipo de consumo. A este respecto, bajo la

denominación **"tabaco no tradicional y productos relacionados"** se han contemplado los siguientes productos: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con saborizantes sin nicotina; vapeadores con nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (dispositivos que emplean tabaco calentado en lugar de vaporizado, como por ejemplo IQOS – nombre comercial de ese tipo de cigarrillo electrónico, de una determinada empresa, ampliamente publicitado); vapeadores con hachís/marihuana/tetrahidrocannabinol..

En 2024, en la población juvenil escolarizada en 4º de ESO, el 38,7% refirió consumir o haber consumido productos de tabaco no tradicional o relacionados (un 21,5% los consumía en la actualidad, mientras un 17,2% los había consumido, aunque en la actualidad no lo hacía) y el 61,3%, no haberlos consumido nunca. La prevalencia de **consumo actual de productos de tabaco no tradicional y relacionados** en esta población fue 21,5% (Figura 19). Al igual que en el consumo diario de tabaco tradicional (cigarrillos), el porcentaje de consumidores/as actuales de productos de tabaco no tradicional y relacionados fue mayor en las chicas (23,2%) que en los chicos (19,7%) (Figura 19) y, como éste, aumentó al aumentar la edad, con un 20,1% más de consumidores/as entre los/as de 16 y más años que entre los/as de 15 años (Figura 19). En cuanto a la evolución reciente, la prevalencia de consumidores/as actuales de productos de tabaco no tradicional y relacionados fue en los chicos en 2024 igual a la registrada en 2023 mientras en las chicas fue en 2024 un 1,6% menor a la observada en 2023 (disminución absoluta: 1,6%; disminución relativa: 6,5%) (Figura 20). No obstante, este consumo presentó una tendencia globalmente ascendente en el periodo 2020-2024, con un aumento entre 2020/2021 y 2023/2024 del 17,6% en los chicos y del 42,0% en las chicas (Figura 20). La prevalencia de este consumo a lo largo del tiempo fue mayor en las chicas que en los chicos (Figura 20).

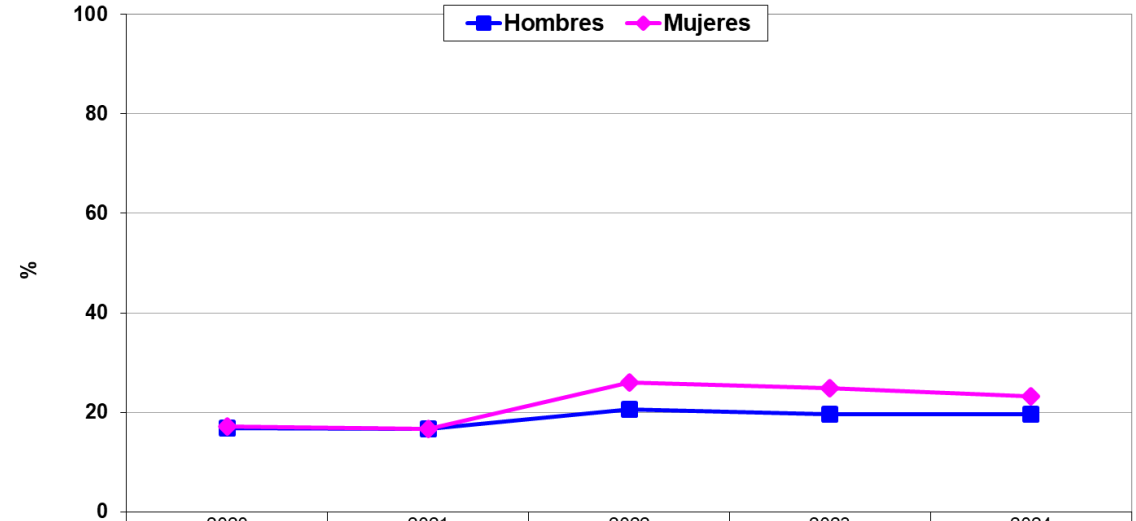
Figura 19. Prevalencia de consumo actual de productos de tabaco no tradicional y relacionados*: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Productos de tabaco no tradicional y relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con nicotina; vapeadores con saborizantes sin nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís/marihuana-tetrahidrocannabinol.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 20. Evolución de la prevalencia de consumo actual de productos de tabaco no tradicional y relacionados*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2020-2024.



	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	16,8	16,7	20,6	19,7	19,7
Mujeres	17,1	16,7	26,0	24,8	23,2

*Productos de tabaco no tradicional y relacionados: pipa de agua o cachimba, shisha, hookah, narguille; vapeadores con nicotina; vapeadores con saborizantes sin nicotina; cigarrillos electrónicos con tabaco y nicotina (tabaco calentado); vapeadores con hachís/marihuana-tetrahidrocannabinol.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2020-2024

3.2.5. Consumo de alcohol

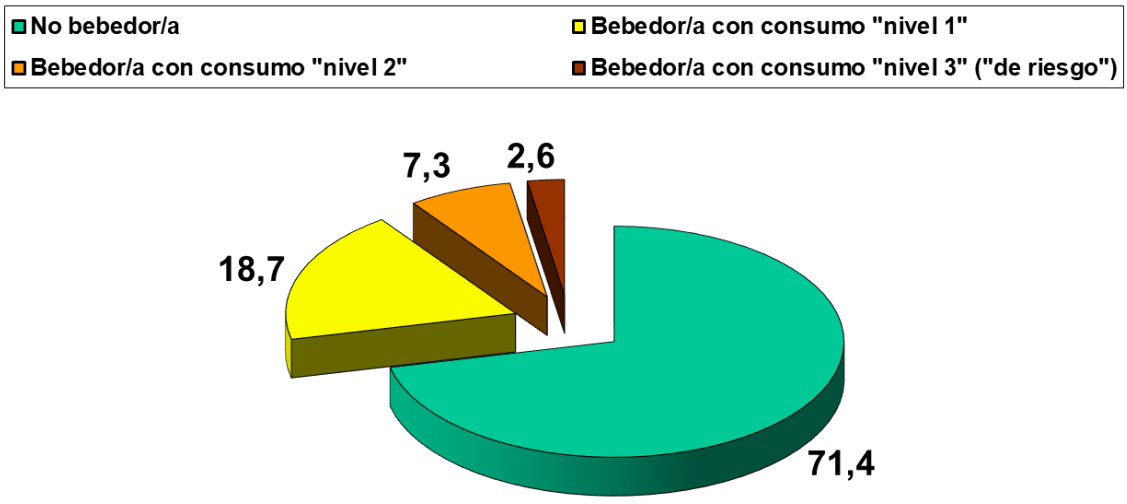
En 2024, el 37,1% de la población juvenil estudiada había consumido algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la encuesta y el 5,8% (6,6% de los chicos y 5,0% de las chicas) había ingerido alcohol 6 o más días. El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supuso en esta población una ingesta de 33,6 cc de alcohol puro semanal (Desviación estándar, DE=95,3 cc/semana). El consumo medio fue mayor en las chicas que en los chicos: 28,9 cc/semana en los chicos (DE=99,3 cc/semana) y 38,0 cc/semana en las chicas (DE=91,1 cc/semana), y se observó un considerable incremento del consumo con la edad, con 25,7 cc de consumo medio semanal (DE=71,7 cc/semana) en los/as adolescentes de 15 años y 40,2 cc/semanal (DE=111,0 cc/semana) en el grupo de 16 y más años. La bebida que más contribuyó al consumo de alcohol, tanto en los chicos como en las chicas, fue el combinado o cubata, que representó un 57,9% del alcohol puro total consumido.

Es importante señalar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol**[27]. No consumir alcohol es lo único que evita sus efectos perjudiciales[27]. Sólo se evitan los riesgos asociados al consumo de alcohol si no se consume[27-29]. En base a la evidencia científica actual, ningún profesional de la salud o institución debe recomendar su consumo para mejorar la salud[27]. En particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable, moderado o de bajo riesgo: la única conducta responsable es no beber[30]. Los menores de 18 años no deben consumir alcohol[27]. Teniendo presente lo anterior, para describir el nivel de consumo de alcohol en la población juvenil se consideraron las siguientes categorías de consumo promedio diario, establecidas siguiendo el criterio recomendado por el Ministerio de Sanidad para la población general sana adulta, mayor de 18 años[27], pero sin calificar de riesgo bajo o moderado a ninguna de ellas por la razón explicada:

1. Chicos: (0-25] cc/día (mayor de 0 y hasta 25 cc diarios). Chicas: (0-12,5] cc/día (mayor de 0 y hasta 12,5 cc diarios). Este nivel de consumo lo denominaremos consumo de "nivel 1".
2. Chicos: (25-50) cc/día (mayor de 25 y menor de 50 cc diarios). Chicas: (12,5-30) cc/día (mayor de 12,5 y menor de 30 cc diarios). Este nivel de consumo lo denominaremos consumo de "nivel 2".
3. Chicos: ≥50 cc/día. Chicas: ≥30 cc/día. Este nivel de consumo lo denominaremos consumo de "nivel 3". Es el nivel de consumo calificado como consumo de riesgo en población adulta[27].

Globalmente, el 2,6% de los/as jóvenes presentaron un consumo de "nivel 3", el consumo calificado en población adulta como consumo **de riesgo ("bebedores/as de riesgo")**, el 26,0% un consumo "intermedio" (un 18,7%, un consumo de "nivel 1", y un 7,3%, un consumo de "nivel 2") y el 71,4% no presentó ningún consumo (no bebedores/as) (Figura 21). En las Figuras 22-23 se muestran estos porcentajes por sexo (Figura 22) y por edad (Figura 23). La proporción de "bebedores/as de riesgo" fue notablemente superior en las chicas (3,5%) que en los chicos (1,7%) y aumentó con la edad rápidamente (1,4% a los 15 años y 3,7% a los 16 y más años) (Figura 24). El porcentaje de jóvenes con consumos de nivel 3 o "de riesgo" fue en los chicos en 2024 superior al registrado en 2023 (aumento absoluto: 0,9%; aumento relativo: 112,5%) mientras en las chicas fue inferior (disminución absoluta: 1,0%; disminución relativa: 22,2%) (Figura 25). No obstante, este consumo presentó una tendencia globalmente descendente en el periodo 1996-2024 (Figura 25), con una disminución del consumo de alcohol muy importante tanto en chicas como en chicos (Figura 25), siguiendo un patrón temporal similar al del consumo de cigarrillos. Es destacable que la prevalencia de "bebedores/as de riesgo" ha sido mayor en las chicas que en los chicos de forma sostenida en el tiempo desde 2004 (Figura 25).

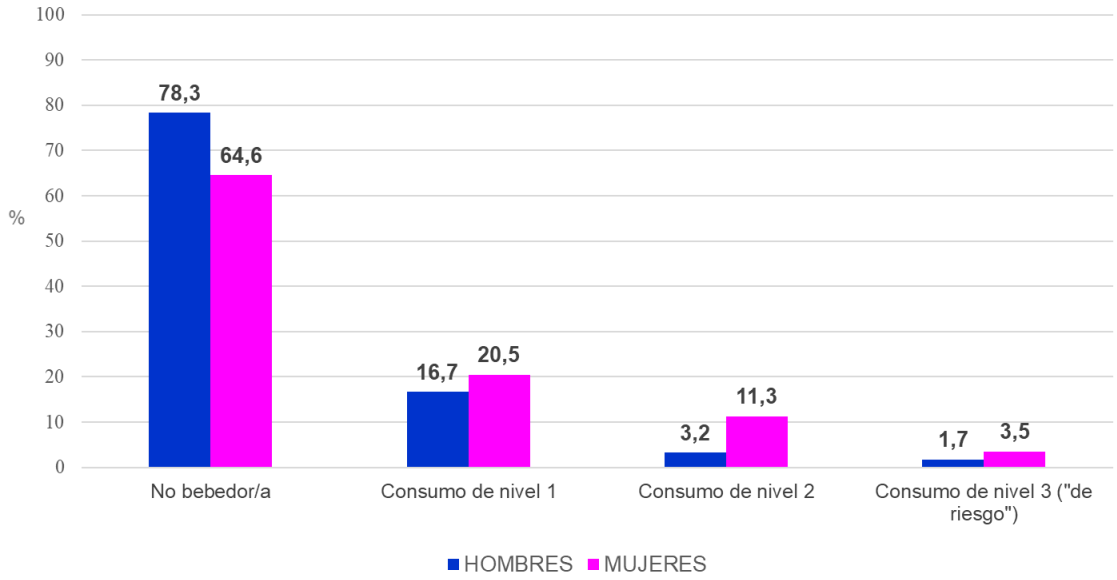
Figura 21. Distribución de la población (%) según la cantidad de alcohol consumida*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Bebedor/a con consumo de "nivel 1": consumo medio diario de alcohol de (0-25] cc en chicos y (0-12,5] cc en chicas. Bebedor/a con consumo de "nivel 2": consumo medio diario de alcohol de (25-50) cc en chicos y (12,5-30) cc en chicas. Bebedor/a con consumo de "nivel 3" ("de riesgo" o "bebedor/a de riesgo"): consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en chicos y ≥30 cc en chicas. La calificación "de riesgo" es la empleada en población adulta, pero hay que subrayar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol** y, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

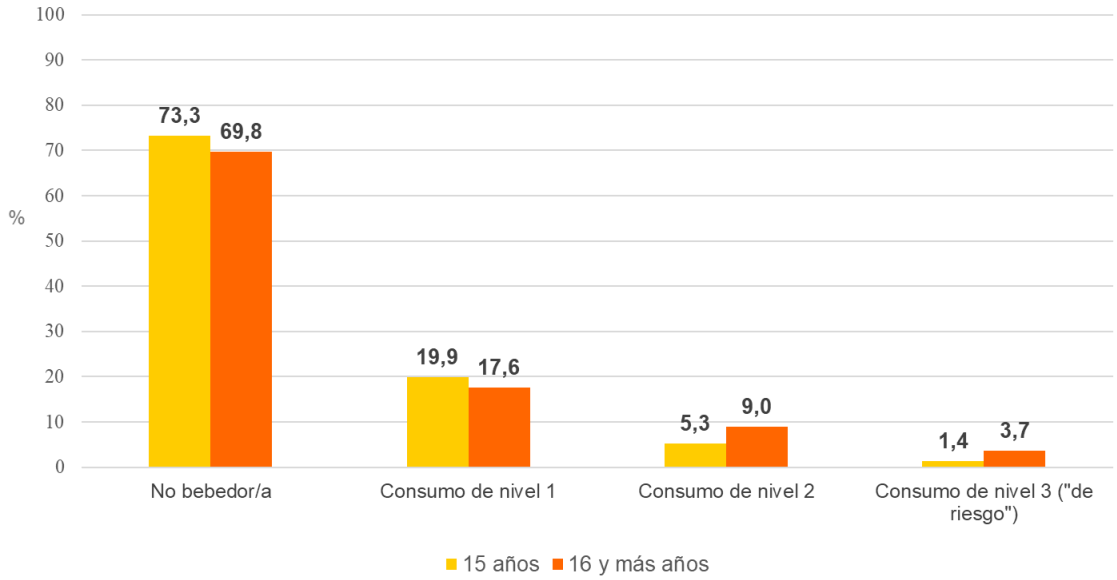
Figura 22. Distribución de la población (%) según la cantidad de alcohol consumida*, por sexo. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Consumo de nivel 1: consumo medio diario de alcohol de (0-25] cc en chicos y (0-12,5] cc en chicas.
Consumo de nivel 2: consumo medio diario de alcohol de (25-50) cc en chicos y (12,5-30) cc en chicas.
Consumo de nivel 3 ("de riesgo"): consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en chicos y ≥30 cc en chicas. La calificación "de riesgo" es la empleada en población adulta, pero hay que subrayar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol** y, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

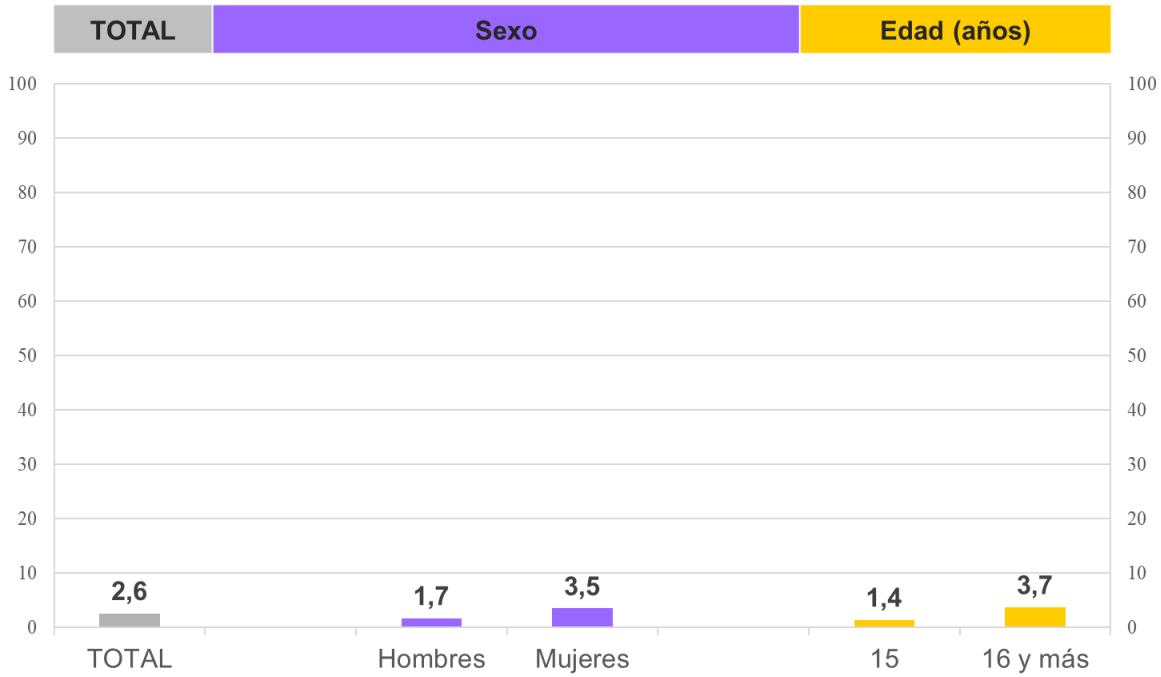
Figura 23. Distribución de la población (%) según la cantidad de alcohol consumida*, por edad. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Consumo de nivel 1: consumo medio diario de alcohol de (0-25] cc en chicos y (0-12,5] cc en chicas.
Consumo de nivel 2: consumo medio diario de alcohol de (25-50) cc en chicos y (12,5-30) cc en chicas.
Consumo de nivel 3 ("de riesgo"): consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en chicos y ≥30 cc en chicas. La calificación "de riesgo" es la empleada en población adulta, pero hay que subrayar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol** y, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

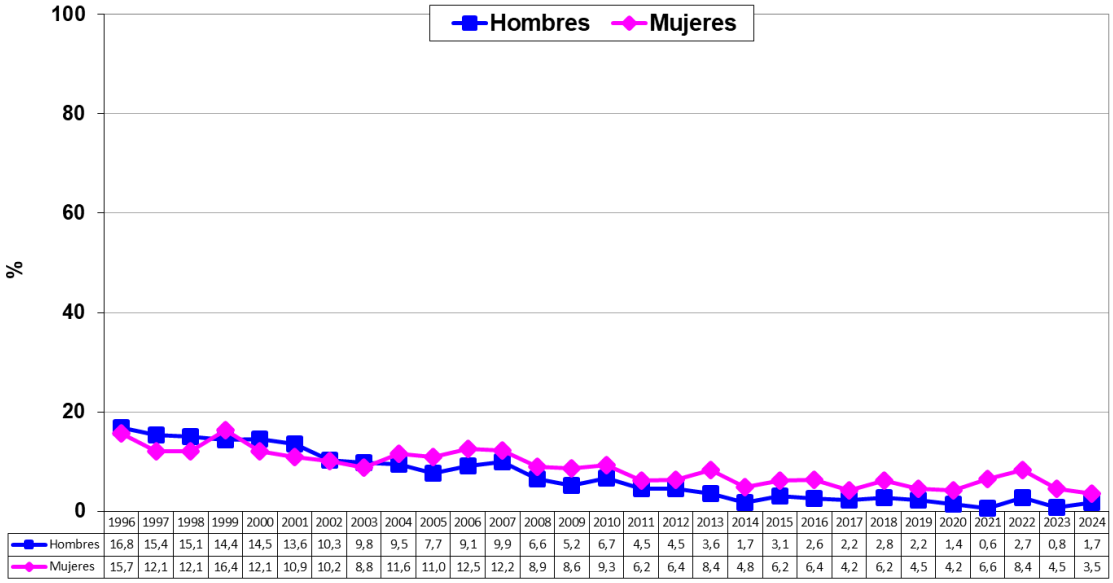
Figura 24. Prevalencia de bebedores/as de riesgo*: total y según sexo y edad. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



*Bebedor/a "de riesgo" (bebedor/a con consumo de "nivel 3"): consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en chicos y ≥30 cc en chicas. La calificación "de riesgo" es la empleada en población adulta, pero hay que subrayar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol** y, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 25. Evolución de la proporción de bebedores/as de riesgo*. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	16,8	15,4	15,1	14,4	14,5	13,6	10,3	9,8	9,5	7,7	9,1	9,9	6,6	5,2	6,7	4,5	4,5	3,6	1,7	3,1	2,6	2,2	2,8	2,2	1,4	0,6	2,7	0,8	1,7
Mujeres	15,7	12,1	12,1	16,4	12,1	10,9	10,2	8,8	11,6	11,0	12,5	12,2	8,9	8,6	9,3	6,2	6,4	8,4	4,8	6,2	6,4	4,2	6,2	4,5	4,2	6,6	8,4	4,5	3,5

*Bebedor/a "de riesgo" (bebedor/a con consumo de "nivel 3"): consumo medio diario de alcohol ≥50 cc en chicos y ≥30 cc en chicas. La calificación "de riesgo" es la empleada en población adulta, pero hay que subrayar que **no existe ningún nivel de consumo seguro de alcohol** y, en particular, en los adolescentes no se puede hablar de consumo responsable o moderado: la única conducta responsable es no beber.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

3.2.6. Relaciones sexuales

Las relaciones sexuales constituyen uno de los aspectos fundamentales en la vida y en la salud de las personas, tanto desde un punto de vista físico (riesgo de enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo), como psicosocial (desarrollo afectivo, por ejemplo). En este apartado se expone la situación relativa a los siguientes tres aspectos: haber mantenido relaciones sexuales con penetración, la utilización del preservativo y la utilización de métodos anticonceptivos.

Relaciones sexuales con penetración, uso del preservativo y uso de métodos anticonceptivos eficaces

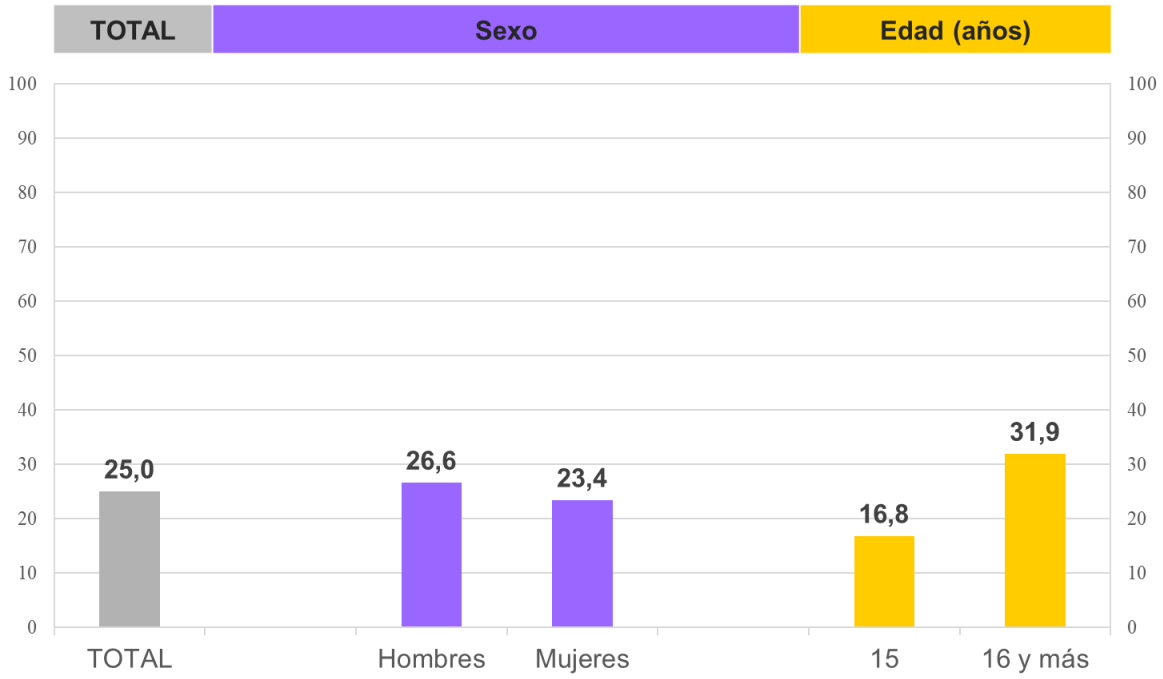
En 2024, el 25,0% de la población estudiada manifestó **haber tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración**. De éstos/as, un 76,1% declaró **haber utilizado preservativo durante la última relación sexual**, mientras el 23,9% no lo utilizó, y el 23,4% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces** durante la última relación sexual (pues no utilizaron ningún método, o utilizaron marcha atrás, el método de Ogino, o no sabían con seguridad que método habían utilizado)[31] (Figuras 26-29).

Un porcentaje mayor de chicos que de chicas declararon **haber tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración** (26,6% de los chicos y 23,4% de las chicas) y se detectó un aumento muy sustancial con la edad: en los/las jóvenes de 16 y más años este porcentaje fue del 31,9% frente al 16,8% en los/as de 15 años (Figura 26).

La **utilización del preservativo durante la última relación sexual** fue menos frecuente en las chicas (73,9%) que en los chicos (78,1%) y al aumentar la edad (78,4% en los/as de 15 años; 75,0% en los/as de 16 y más años) (Figura 27).

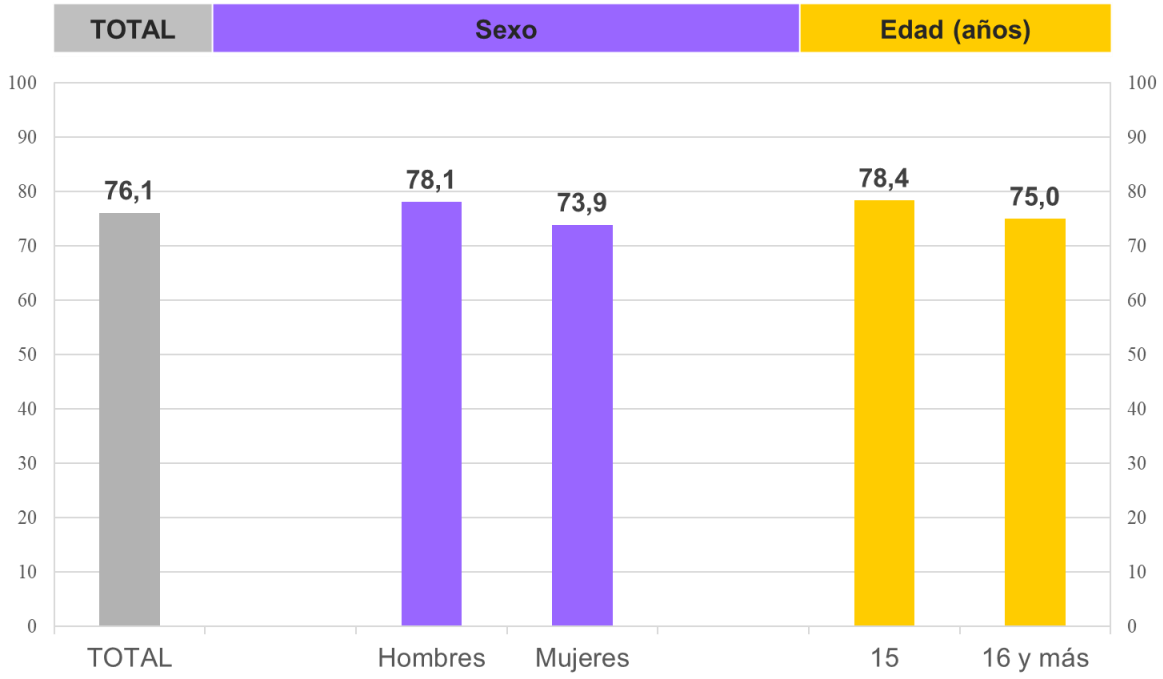
En cuanto a **la no utilización de métodos anticonceptivos eficaces**, esta situación fue algo más frecuente en los chicos (24,4%) que en las chicas (22,3%) y al aumentar la edad (20,4% en los/as de 15 años; 24,7% en los/as de 16 y más años) (Figura 29). En 2024 se registró un 1,1% más de no utilización de métodos anticonceptivos eficaces que la registrada en 2023 (aumento absoluto: 1,1%, aumento relativo: 4,9%) (Figura 30). La no utilización de métodos anticonceptivos eficaces ha venido aumentando paulatinamente en esta población desde 1996 (Figura 30).

Figura 26. Jóvenes que han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



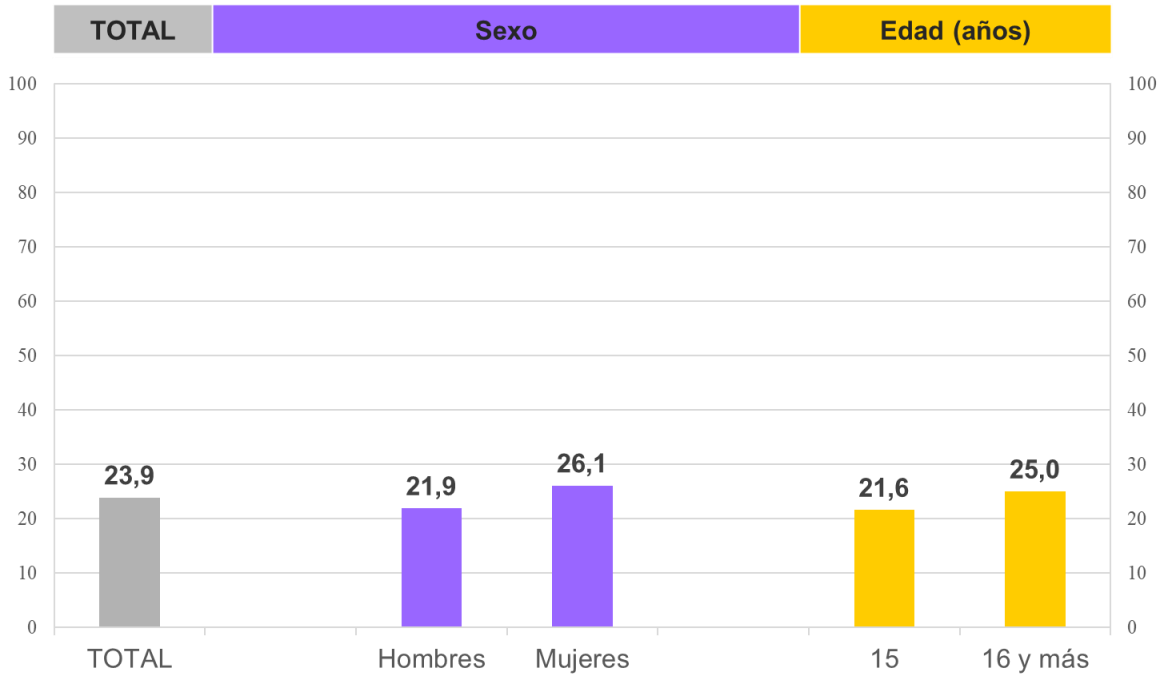
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 27. Jóvenes que utilizaron preservativo durante la última relación sexual: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



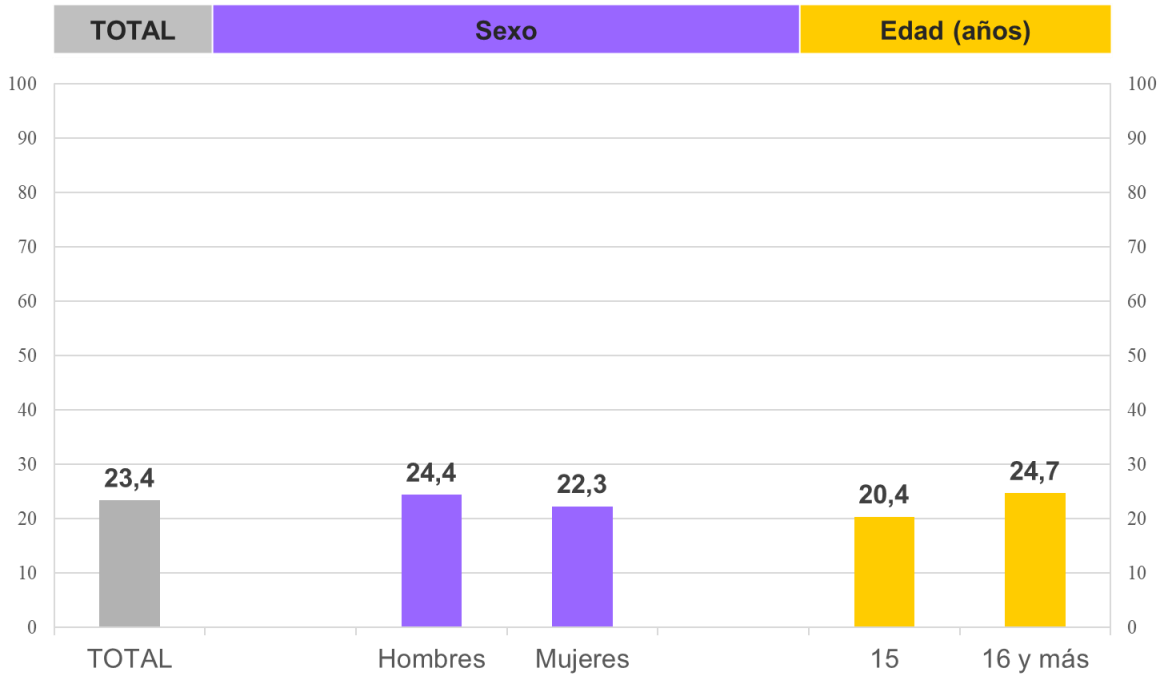
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 28. Jóvenes que no utilizaron preservativo durante la última relación sexual: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



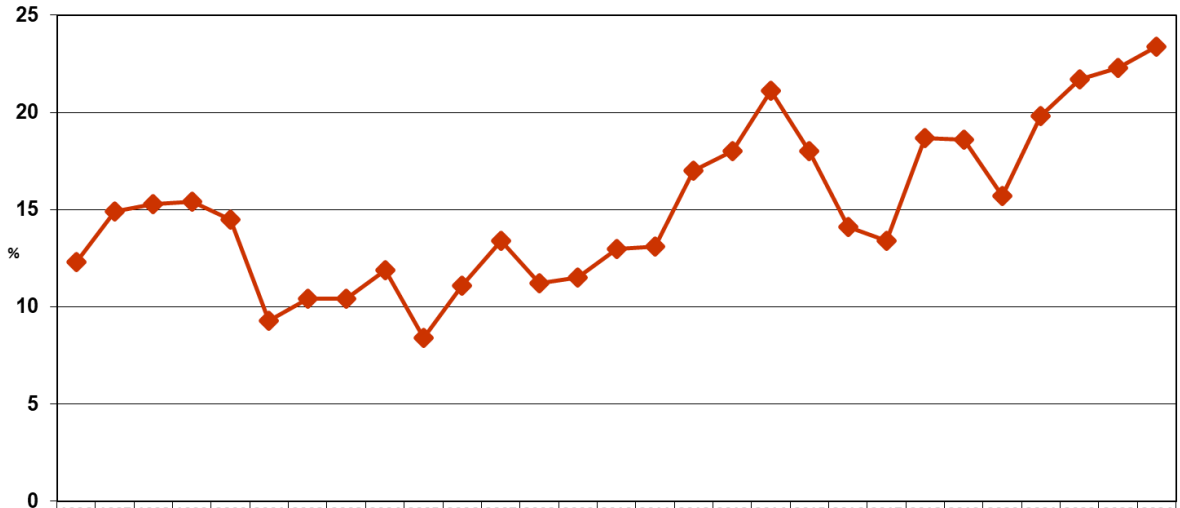
Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 29. Jóvenes que no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 30. Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces en su última relación sexual. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 1996-2024.



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
%	12,3	14,9	15,3	15,4	14,5	9,3	10,4	10,4	11,9	8,4	11,1	13,4	11,2	11,5	13,0	13,1	17,0	18,0	21,1	18,0	14,1	13,4	18,7	18,6	15,7	19,8	21,7	22,3	23,4

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 1996-2024

3.2.7. Violencia

Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja

La violencia en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública[32-35]. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-J, ampliado en 2017, que permite detectar la presencia de diferentes formas de violencia (física, sexual y digital). Se presentan a continuación los resultados relativos a la violencia física y/o sexual.

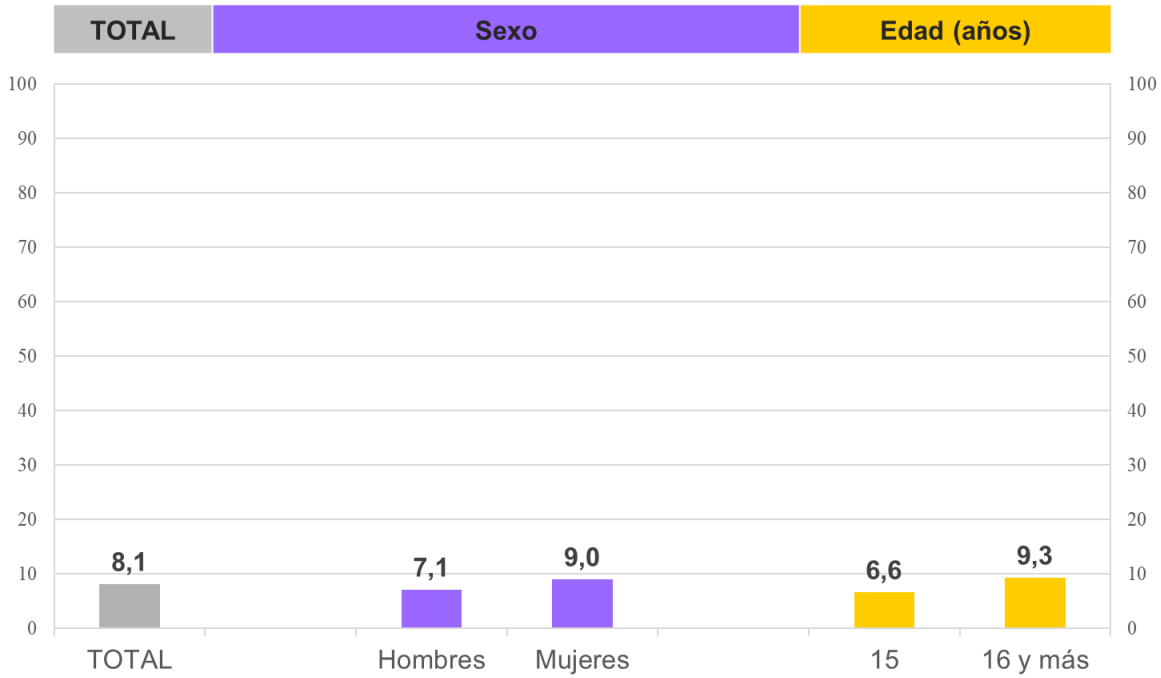
Para detectar la presencia de **violencia física y de violencia sexual** por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

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

En 2024, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 8,1% había sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y/o sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja (Figura 31). Esta situación fue más frecuente entre las chicas (7,1% de los chicos y 9,0% de las chicas) y al aumentar la edad (Figura 31). En 2024 se observó una prevalencia inferior a la registrada en 2023, tanto en chicos como en chicas (disminución absoluta: 2,7% en chicos y 4,9% en chicas; disminución relativa: 27,6% en chicos y 35,3% en

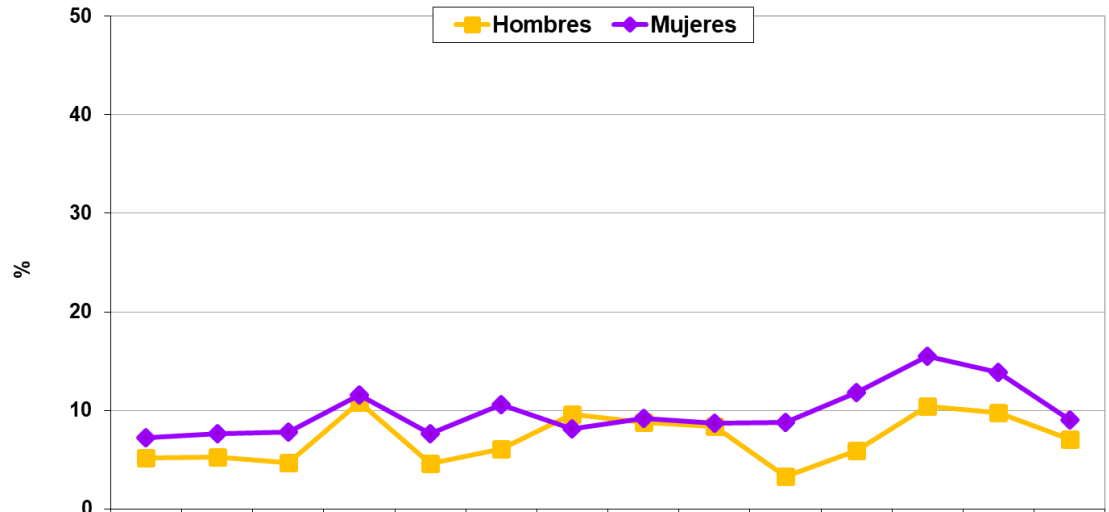
chicas) (Figura 32). A lo largo del tiempo, la violencia física y/o sexual la sufrieron con más frecuencia las chicas que los chicos (Figura 32).

Figura 31. Jóvenes con pareja o expareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 32. Evolución de la proporción de jóvenes con pareja o expareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2011-2024.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	5,2	5,3	4,7	10,8	4,6	6,1	9,6	8,8	8,4	3,3	5,9	10,4	9,8	7,1
Mujeres	7,2	7,6	7,8	11,6	7,6	10,6	8,1	9,2	8,7	8,8	11,8	15,5	13,9	9,0

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2011-2024

Acoso y ciberacoso

El acoso (o su término en inglés, *bullying*, término que es ampliamente utilizado en nuestro medio) y el ciberacoso (*ciberbullying*) en los centros escolares son una forma de violencia que constituye un importante problema de salud pública con graves consecuencias para las personas y la sociedad en su conjunto. Además de los daños físicos a veces padecidos por los niños, niñas y jóvenes, las consecuencias psicológicas pueden ser graves: depresión, abandono escolar, absentismo por miedo a acudir a la escuela, pudiendo llegar hasta el suicidio[36]. El acoso y ciberacoso se ejerce a través de comportamientos repetitivos de hostigamiento, intimidación y exclusión social de la víctima, que implica diversas formas de violencia física, psicológica y/o verbal, y que suelen hacerse en momentos en los que no hay ningún adulto presente[36].

Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2017 un nuevo módulo en el SIVFRENT-J. Para detectar la presencia de acoso y ciberacoso se emplearon las siguientes preguntas, precedidas de una breve descripción o definición de sendas formas de violencia para que el/la encuestado/a identificara si había sido víctima de alguna de ellas en los últimos 12 meses:

Para la detección del acoso escolar

Primero, nos referimos al acoso escolar o comportamiento realizado por un individuo o un grupo, que se repite en el tiempo, para lastimar, acosar, amenazar, asustar o meterse con otra persona con la intención de causarle daño. Es diferente de otras conductas agresivas porque implica un desequilibrio de poder que deja a la víctima indefensa, no se trata de la lucha o discusión entre dos estudiantes con la misma fuerza.

En los últimos 12 meses, ¿has sido acosado en el colegio o instituto?

Con dos posibles respuestas:

- Sí
- No

Para la detección del ciberacoso

Ahora nos referimos al ciberacoso o una forma de acoso que implica el uso repetido de teléfonos móviles (textos, llamadas, vídeos) o internet (email, redes sociales, mensajes, chat, páginas web) u otras tecnologías de la información y comunicación para acosar, insultar, amenazar o intimidar intencionadamente.

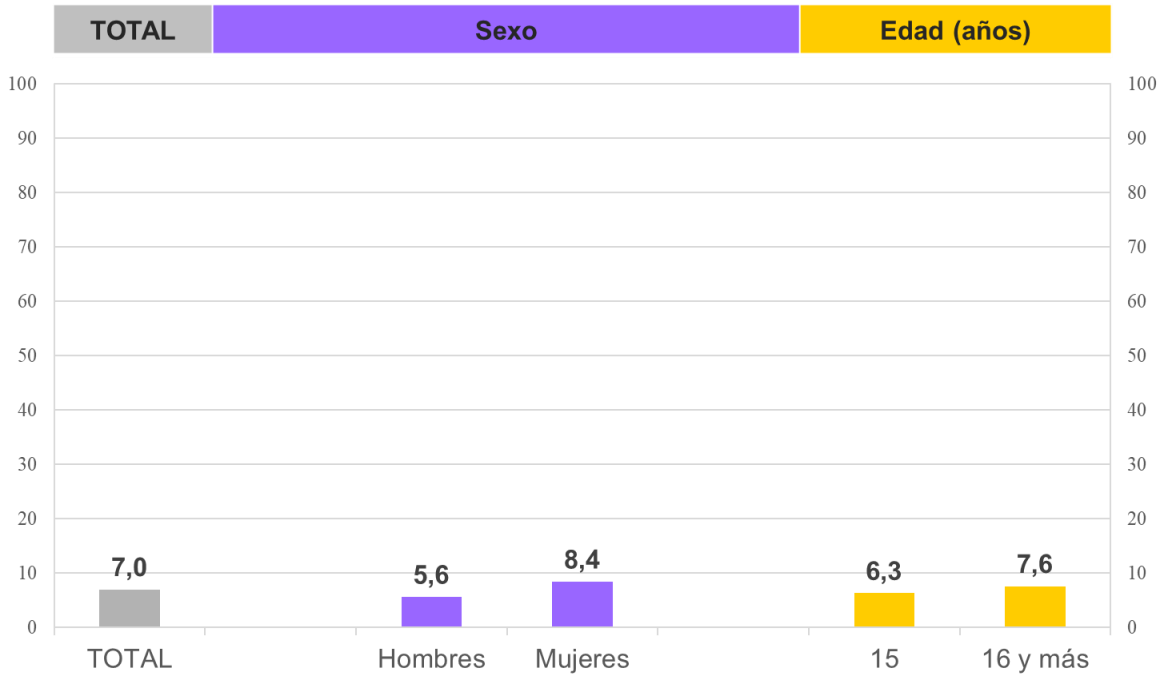
En los últimos 12 meses, ¿has sido acosado por medios electrónicos?

Con dos posibles respuestas:

- Sí
- No

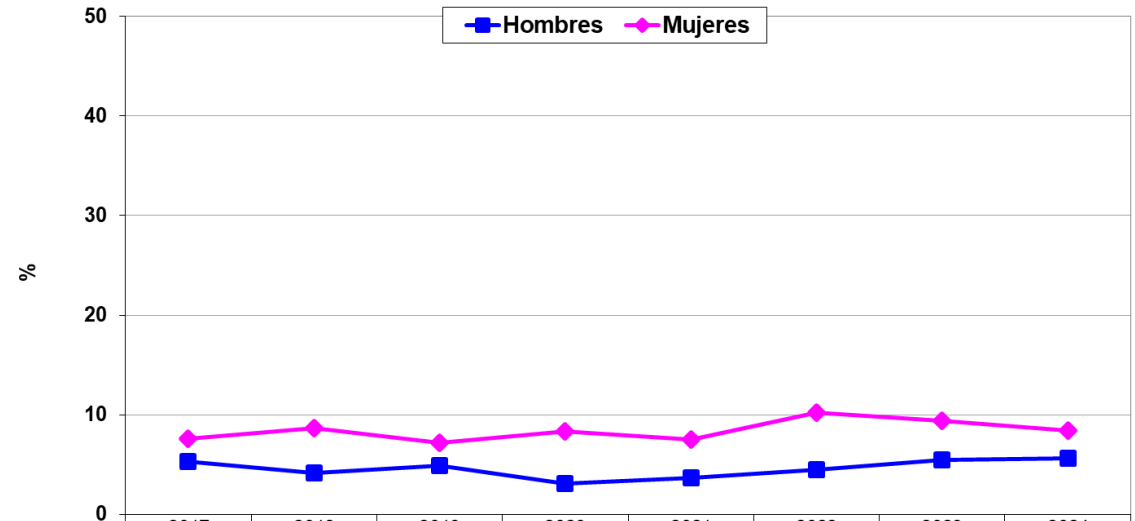
En 2024, en la población juvenil escolarizada en 4º de ESO, un 7,0% de los jóvenes habían sido víctimas de alguna de estas formas de violencia, acoso y/o ciberacoso (es decir, alguno de los dos tipos o ambos) en el ámbito escolar, siendo más frecuente (1,5 veces más frecuente) en las chicas (8,4%) que en los chicos (5,6%), y al aumentar la edad (Figura 33). Respecto a la evolución reciente, en 2024 se observó una prevalencia prácticamente igual a la registrada en 2023 en los chicos e inferior en el caso de las chicas (disminución absoluta: 1,0%; disminución relativa: 10,6%). El acoso y/o ciberacoso lo sufrieron con más frecuencia las chicas que los chicos a lo largo de todo el periodo estudiado (Figura 34).

Figura 33. Jóvenes que sufrieron acoso y/o ciberacoso en los últimos 12 meses: total y según sexo y edad (%). Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2024.



Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2024

Figura 34. Evolución de la proporción de jóvenes que han sufrido acoso y/o ciberacoso en el ámbito escolar en los últimos 12 meses. Población escolarizada en 4º de ESO. Comunidad de Madrid, 2017-2024.



	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres	5,3	4,2	4,9	3,1	3,7	4,5	5,5	5,6
Mujeres	7,6	8,7	7,2	8,3	7,5	10,2	9,4	8,4

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Juvenil
SIVFRENT-J, 2017-2024

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38 (1): 21-37.

2. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. Br Med J 1992; 305 (6846): 160-164.

3. Goldberg, DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.

4. Hewitt CE, Perry AE, Adams B, Gilbody SM. Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. J Affect Disord 2011; 128 (1-2): 72-2. Citado en: Kátia B. Rocha KB, Katherine Pérez, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. Int J Clin Health Psychol 2011; 11 (1): 125-139.

5. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. United Kingdom: NFER-NELSON; 1988.

6. Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de salud general GHQ (General Heath Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones en lengua española validadas. Barcelona: Masson; 1996.

7. Sánchez-López Mdel P, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema 2008; 20 (4): 839-43.

8. Kátia B. Rocha KB, Katherine Pérez, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. Int J Clin Health Psychol 2011; 11 (1): 125-139.

9. Pedrero-Pérez EJ, Mora-Rodríguez C, Rodríguez-Gómez R, Benítez-Robredo MT, Ordoñez-Franco A, González-Robledo Lidio, Méndez-Gago S. GHQ-12 in adolescents: contributions to the controversial factorial validity. Anales de psicología 2020; 36 (2): 247-253.

10. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios. Organización Mundial de la Salud; 2020. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240014886

11. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1-6.

12. Díez-Gañán, L. Vigilancia del consumo de tabaco, de la exposición ambiental al humo de tabaco y de la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Informe 2015. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad#vita-vigilancia-integral-tabaquismo

13. Díez-Gañán, L. Mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid en el año 2005. Sistema de Vigilancia Integral del Tabaquismo (VITa). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad

14. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. European Journal of Public Health 2005; 15: 43-50. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788803/

15. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Volumen 7: número 1. Madrid: Consejería de Sanidad, 2001.

16. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del tabaquismo y morbimortalidad asociada con el consumo de tabaco en España. Perspectiva histórica. En: Tratado de Tabaquismo (Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, ed.). Cuarta Edición. Madrid: Grupo Aula Médica S. L.; 2021. http://tratadodetabaquismo.com

17. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Martínez C, Fu M, García Continente X, Carretero Ares JL, Galán I. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. Arch Bronconeumol 2020; 56 (9): 559-563. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32094025/

18. Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B, González-Enríquez J, Villar-Álvarez F, Martín-Moreno JM, Córdoba-García R, Pérez-Trullén A, Jiménez-Ruiz C. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. Med Clin 2011. 12; 136: 97-102. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20980030/

19. Banegas Banegas JR, Díez-Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica 2005; 124: 769-771. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15927102/

20. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2000. Prevención del Tabaquismo 2003; 5: 53.

21. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1999. Prevención del Tabaquismo 2002; 4: 40.

22. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez- Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692-694. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11730631/

23. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet 2020; 396 (10258):1223-1249. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069327/

24. Díez-Gañán L, Banegas JR. Epidemiología del tabaquismo y morbimortalidad asociada al consumo del tabaco en España. Perspectiva histórica. En: Tratado de Tabaquismo (Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO, ed.). Madrid: Grupo Aula Médica S.L.; 2021.

25. Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. Boletín Oficial del Estado, núm. 138, de 10 de junio de 2017, páginas 48127 a 48158. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-6585

26. Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 3 de abril de 2014, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE. Diario

Oficial de la Unión Europea. L 127, 29.4.2014, pp. 1–38. http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj

27. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/limiteConsumoBajoRiesgo.htm

28. European Code Against Cancer [Internet]. WHO International Agency Res. Cancer. https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/

29. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault M-C, Espina C, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol 2015;39 Suppl 1: S67-74.

30. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre Drogas. Campaña Alcohol y Menores. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023. Disponible en. https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/menoresSinAlcohol/home.htm

31. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 2010.

32. O'Leary KD, Slep AM. Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. Prev Sci 2012; 13(4): 329-39.

33. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. PLoS Med 2013; 10(5): e1001439.

34. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S4, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. J Adolesc Health 2014; 54(1): 3-13.

35. 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.

36. Save The Children. Calmaestra J, Escorial A, Garcia P, del Moral C, Perazzo C, Ubrich T. Yo a eso no juego. Bullying y ciberbullying en la infancia. España: Save The Children; 2016.

Informe elaborado por: Lucía Díez-Gañán. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2024. Avance de Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Comunidad de Madrid. Abril 2025.