

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

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a
Enfermedades No Transmisibles en población mayor

SIVFRENT-M, año 2025

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

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Mayor (SIVFRENT-M), 2025

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. METODOLOGÍA	7
3. RESULTADOS	12
3.1. Sedentarismo y actividad física	13
3.2. Sueño y descanso	16
3.3. Alimentación	17
3.4. Antropometría	22
3.5. Consumo de tabaco	24
3.6. Consumo de alcohol	26
3.7. Prácticas preventivas	30
3.8. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	34
4. CONCLUSIONES	35
5. BIBLIOGRAFÍA	37
6. ANEXOS	41

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) de la Comunidad de Madrid mide anualmente desde 1995 la prevalencia y distribución de los principales factores de riesgo conductuales y prácticas preventivas en jóvenes (SIVFRENT-J) y adultos (SIVFRENT-A). Desde 2019, el SIVFRENT-M se enfoca en la población de 65 a 79 años, monitorizando factores de riesgo y aspectos clave para un envejecimiento saludable. Este documento presenta los resultados del SIVFRENT-M para el año 2025, cubriendo hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales, prácticas preventivas y un apartado sobre violencia contra la mujer.

Metodología

El SIVFRENT-M 2025 se basa en una encuesta telefónica realizada a una muestra de personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES). Se empleó un muestreo estratificado por sexo, grupos de edad (65-69, 70-74, 75-79), área geográfica (Madrid capital, corona metropolitana, resto) y día de la semana. La recogida de datos se realizó mediante sistema CATI en once olas mensuales (excluyendo agosto). El cuestionario incluyó un núcleo estable de preguntas sobre actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas y violencia de género. En 2025 se incluyó un bloque de preguntas relacionadas con el sueño y descanso.

Resultados

En 2025 se realizaron 1.008 entrevistas a personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, con una tasa de respuesta del 75,5%. El 54,3% eran mujeres, con una mayor proporción de participantes en el grupo de edad de 65 a 69 años (39,4%). Un 69,4% estaban casados/as o vivían en pareja, mientras que un 15,6% eran viudos/as. Respecto a la situación laboral, el 83,9% estaban jubilados/as o eran pensionistas. Algo más de la mitad residía en Madrid capital (51,3%) y la gran mayoría (91,8%) había nacido en España. En cuanto a la situación económica del hogar, un 47,1% declaraba llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, mientras que un 6,9% lo hacía con alguna o mucha dificultad. Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso fue el de nivel básico o inferior (37,2%), y por clase social según ocupación, predominaron los/las trabajadores/as manuales (Grupo IV-V, 38,6%).

Actividad física: el sedentarismo en la actividad habitual fue del 29,4% (mayor en hombres e incrementándose con la edad). Un 23,6% pasa 6 horas o más sentado al día. El 54,8% cumple las recomendaciones de ejercicio aeróbico (60,5% hombres y 49,9% mujeres), disminuyendo ligeramente con la edad. Según la clasificación IPAQ, un 21,2% presenta un nivel bajo o inactivo de actividad física. Solo el 18,3% realiza ejercicios de fortalecimiento muscular según recomendaciones, siendo más frecuente en hombres (21,3%) que en mujeres (15,7%).

Sueño y descanso: la población duerme una media de 7,1 horas al día. El 31,8% duerme menos de las 7 horas diarias recomendadas, proporción significativamente mayor en las mujeres (37,1%) que en los hombres (25,7%), mientras que el 85,1% considera que descansa lo suficiente. Dormir menos de 7 horas es más frecuente en las personas con menor nivel educativo, de clases sociales más desfavorecidas y con mayores dificultades económicas.

Alimentación: solo el 11,0% consume las 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras recomendadas. El consumo elevado de carne y derivados continúa siendo frecuente (35,3%) y es considerablemente mayor en hombres (42,3%) que en mujeres (29,4%). El consumo insuficiente de lácteos sigue afectando a una proporción importante de la población y, en hombres, mantiene la tendencia ascendente observada en los últimos años.

Antropometría: el exceso de peso (sobrepeso u obesidad) afecta al 60,8% de la población (66,7% hombres y 55,8% mujeres), con un 17,8% de obesidad. Se observan gradientes según nivel educativo y clase social, especialmente marcados en las mujeres.

Consumo de tabaco: el 11,3% fuma actualmente (diaria u ocasionalmente), con una prevalencia ligeramente superior en hombres (12,8%) que en mujeres (10,1%), y disminuye claramente con la edad. El consumo se asocia a una mayor dificultad económica y a las clases sociales más desfavorecidas.

Consumo de alcohol: el 39,5% son bebedores habituales (51,2% hombres y 29,6% mujeres). El consumo de riesgo alto (gramos/día) es del 1,2% (1,5% hombres y 0,9% mujeres), mientras que el 7,9% supera los límites de riesgo bajo. Además, un 5,3% de los bebedores habituales presenta un resultado positivo en el test CAGE. El consumo es más frecuente en hombres y tiende a disminuir con la edad.

Prácticas preventivas: la medición de tensión arterial en el último año alcanza el 83,5% y la de colesterol el 90,7%. Un 51,3% refiere haber sido informado de tensión arterial elevada y un 49,5% de colesterol elevado, aumentando ambos indicadores con la edad. En consonancia con la ampliación de la población diana del programa de cribado de cáncer colorrectal hasta los 74 años, el 52,8% refiere haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces con fines preventivos en los dos años previos. Entre las mujeres de 65-69 años, el 82,4% refiere haberse realizado una mamografía preventiva en ese mismo periodo.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: aproximadamente un 9,1% de las mujeres refiere haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja a lo largo de la vida. Además, el 9,8% obtiene un resultado positivo en el cribado mediante la escala WAST (*Woman Abuse Screening Tool*), una cifra muy similar a la observada en 2024.

Conclusiones

Los resultados de 2025 muestran una evolución favorable en diversos indicadores relacionados con la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo habitual de alcohol y las prácticas preventivas. No obstante, persisten importantes retos para la salud pública, entre los que destacan la elevada prevalencia de exceso de peso, el escaso cumplimiento de las recomendaciones de consumo de frutas y verduras y el bajo seguimiento de las recomendaciones de ejercicio de fuerza. Asimismo, continúan observándose desigualdades relevantes por sexo, edad y nivel socioeconómico en múltiples indicadores de salud. Los resultados sobre violencia contra la mujer ponen de manifiesto la necesidad de mantener la vigilancia y las estrategias de detección precoz también en las edades más avanzadas. En conjunto, los hallazgos refuerzan la importancia de promover estilos de vida saludables y de desarrollar intervenciones dirigidas específicamente a los grupos más vulnerables para favorecer un envejecimiento saludable.

ABSTRACT

Background and objectives

Since 1995, the Non-Communicable Disease Risk-Factor Surveillance System (SIVFRENT) has annually monitored the prevalence and distribution of the main behavioural risk factors and preventive practices among adolescents (SIVFRENT-J) and adults (SIVFRENT-A). Since 2019, SIVFRENT-M has focused on adults aged 65-79 years, monitoring risk factors and key aspects of healthy ageing. This report presents the 2025 SIVFRENT-M results, covering health behaviours, behavioural risk factors, preventive practices, and violence against women.

Methodology

SIVFRENT-M 2025 is based on a telephone survey conducted among a sample of people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, selected from the Individual Health Card registry (CIBELES). A stratified sampling design was used according to sex, age group (65–69, 70–74 and 75–79 years), geographical area (Madrid city, metropolitan area and the rest of the region), and day of the week. Data were collected using a computer-assisted telephone interviewing (CATI) system in eleven monthly waves (excluding August). The questionnaire included a core set of questions on physical activity, diet, anthropometry, tobacco use, alcohol consumption, preventive practices and violence against women. In 2025, a block of questions related to sleep was included.

Results

In 2025, a total of 1,008 interviews were conducted among people aged 65 to 79 years residing in the Madrid Region, with a response rate of 75.5%. Women accounted for 54.3% of the sample, with the largest proportion of participants in the 65–69 years age group (39.4%). Overall, 69.4% were married or living with a partner, while 15.6% were widowed. Regarding employment status, 83.9% were retired or pensioners. Slightly more than half lived in Madrid city (51.3%), and the great majority (91.8%) had been born in Spain. Regarding household economic situation, 47.1% reported making ends meet easily or very easily, whereas 6.9% reported some or great difficulty. Participants with a basic educational level or lower constituted the largest educational group (37.2%), and manual workers (social classes IV–V) represented the largest occupational social class group (38.6%).

Physical activity: sedentary behaviour during usual daily activities was 29.4% (higher in men and increasing with age). A total of 23.6% spent 6 hours or more sitting each day. Overall, 54.8% met the recommendations for aerobic exercise (60.5% of men and 49.9% of women), with a slight decrease with age. According to the IPAQ classification, 21.2% had a low or inactive level of physical activity. Only 18.3% performed muscle-strengthening exercises according to the recommendations, this being more frequent among men (21.3%) than women (15.7%).

Sleep and rest: the population slept an average of 7.1 hours per day. Overall, 31.8% slept less than the recommended 7 hours per day, a significantly higher proportion among women (37.1%) than men (25.7%), while 85.1% considered that they got enough rest. Sleeping fewer than 7 hours was more frequent among people with lower educational attainment, lower social class and greater economic hardship.

Diet: only 11.0% consumed the recommended five or more daily servings of fruit and/or vegetables. High consumption of meat and meat products remained frequent (35.3%) and was considerably higher among men (42.3%) than women (29.4%). Insufficient dairy consumption continued to affect a substantial proportion of the population and, among men, maintained the increasing trend observed in recent years.

Anthropometry: excess weight (overweight or obesity) affected 60.8% of the population (66.7% of men and 55.8% of women), including 17.8% with obesity. Gradients according to educational level and social class were observed, particularly among women.

Tobacco use: 11.3% were current smokers (daily or occasional), with a slightly higher prevalence among men (12.8%) than women (10.1%), and smoking decreased clearly with age. Tobacco use was associated with greater economic hardship and lower social classes.

Alcohol consumption: 39.5% were regular drinkers (51.2% of men and 29.6% of women). High-risk alcohol consumption (grams/day) was 1.2% (1.5% in men and 0.9% in women), while 7.9% exceeded the low-risk drinking limits. In addition, 5.3% of regular drinkers had a positive result on the CAGE questionnaire. Alcohol consumption was more frequent among men and tended to decrease with age.

Preventive practices: blood pressure had been measured during the previous year in 83.5% of the population and cholesterol in 90.7%. Overall, 51.3% reported having been informed that they had high blood pressure and 49.5% high cholesterol, with both indicators increasing with age. In line with the expansion of the target population for the colorectal cancer screening programme to include adults up to 74 years of age, 52.8% reported having undergone a faecal occult blood test for preventive purposes during the previous two years. Among women aged 65-69 years, 82.4% reported having undergone preventive mammography during the same period.

Intimate partner violence against women: approximately 9.1% of women reported having experienced violence by their partner or former partner at some point in their lives. In addition, 9.8% had a positive screening result using the Woman Abuse Screening Tool (WAST), a figure very similar to that observed in 2024.

Conclusions

The 2025 results show a favourable trends in several indicators related to physical activity, tobacco use, regular alcohol consumption and preventive practices. However, important public health challenges remain, including the high prevalence of excess weight, poor adherence to the recommendations for fruit and vegetable consumption, and the low compliance with muscle-strengthening exercise recommendations. Relevant inequalities by sex, age and socioeconomic status continue to be observed across multiple health indicators. The findings on violence against women highlight the need to maintain surveillance and early detection strategies also in older age groups. Overall, these findings reinforce the importance of promoting healthy lifestyles and developing interventions specifically targeted at the most vulnerable population groups in order to promote healthy ageing.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o las enfermedades hepáticas crónicas, continúan representando la principal causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid, al igual que en el conjunto de España y en la mayoría de los países desarrollados^{1,2}.

La mayoría de estas enfermedades comparten factores de riesgo modificables estrechamente relacionados con los estilos de vida, como el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el exceso de peso o la hipertensión arterial. Por ello, la vigilancia continuada de estos factores constituye una herramienta esencial para identificar prioridades en salud pública, orientar el diseño de estrategias preventivas y evaluar su impacto^{3,4}. En este contexto, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye entre sus objetivos la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y la promoción de la salud mental y el bienestar⁵.

Con este propósito, la Comunidad de Madrid puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT). Posteriormente, en 2019, el sistema se amplió con el SIVFRENT-M, dirigido específicamente a la población de 65 a 79 años^{6,7}. El progresivo envejecimiento demográfico, junto con la elevada carga de enfermedad y el impacto que este grupo poblacional tiene sobre las necesidades asistenciales, hacen especialmente relevante el seguimiento de sus indicadores de salud. Además, el SIVFRENT-M se enmarca en el modelo de envejecimiento saludable promovido por la Organización Mundial de la Salud, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar durante la vejez⁸.

El presente informe recoge los resultados del SIVFRENT-M correspondientes a 2025 sobre hábitos de salud, factores de riesgo comportamentales y prácticas preventivas en la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid. Asimismo, da continuidad a la serie de vigilancia iniciada en 2019 y proporciona información útil para monitorizar la evolución de estos indicadores y orientar las actuaciones de promoción y prevención dirigidas a este grupo de población.

2. METODOLOGÍA

Población

El SIVFRENT-M 2025 se basa en una encuesta telefónica anual dirigida a personas de entre 65 y 79 años residentes en la Comunidad de Madrid, seleccionadas a partir del sistema CIBELES, que integra la información poblacional y sanitaria de la Tarjeta Sanitaria Individual. Para 2025 se estableció un tamaño muestral de aproximadamente 1.000 personas, distribuido en once olas mensuales a lo largo del año (exceptuando agosto), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada mediante un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), área geográfica (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios).

La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el padrón continuo más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. 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 65 y 79 años.

La recogida de información de carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), permite tener en cuenta posibles variaciones estacionales en el año natural. Cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado con la excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar un nivel de ausencias importante y dar lugar a sesgos de selección. Se tuvo en cuenta también el día de la semana para valorar el consumo de alimentos, así como el consumo de alcohol en dos grupos (de martes a viernes y de sábado a lunes).

Técnica de la encuesta

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 ordenador⁹.

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. En el caso de negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o que 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 y definición de indicadores

El núcleo central de preguntas para este informe relativo a hábitos de salud incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, factores de riesgo ligados al comportamiento, y la realización de prácticas preventivas.

En 2023 se incorporó al cuestionario un módulo sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, 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.

Respecto a ediciones anteriores, esta edición de 2025 incorpora un nuevo apartado sobre sueño y descanso, adapta la evaluación de la actividad física al cuestionario *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), actualiza los indicadores de alimentación en función del grado de cumplimiento de las recomendaciones nutricionales y revisa los grupos de edad considerados en el análisis de las prácticas preventivas del programa de cribado de cáncer colorrectal mediante detección de sangre oculta en heces.

En la *Tabla 1* se presenta la relación de variables e indicadores organizados según los apartados ya referidos.

Tabla 1. Relación de variables sociodemográficas e indicadores de hábitos de salud. SIVFRENT-M, 2025.

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
SOCIO-DEMOGRÁFICAS	
Sexo	Hombres / Mujeres
Edad en grupos	65-69 / 70-74 / 75-79
Ámbito geográfico	Madrid capital / Corona metropolitana / Resto de municipios
País de nacimiento	España / Otros países
Estado civil	Casado-a o vive en pareja / Soltero-a / Separado-a / Divorciado-a / Viudo-a
Nivel educativo	Básico e inferior / Intermedio / Superior
	Básico e inferior: personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
	Intermedio: personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior)
	Superior: personas que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1ª y 2ª ciclo de educación superior y doctorado)
Situación laboral	Jubilado-Pensionista / Otros (trabajo activo, paro-ERTE, trabajo no remunerado-ama de casa)
Clase social (familiar)	I-II / III / IV-V (basada en la ocupación de la persona de referencia, según la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología SEE)
	Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as)
	Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia)
	Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes	Con facilidad-Mucha facilidad / Con cierta facilidad / Con cierta dificultad / Con dificultad-Mucha dificultad
ACTIVIDAD FÍSICA	
Sedentarismo en la actividad habitual/laboral	Está sentado/a la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral
Pasan sentados ≥ 6 horas al día	Sí / No
Cumplen recomendaciones de ejercicio aeróbico	Sí / No
	Acumular a lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, o bien una combinación equivalente de ambas
IPAQ <i>International Physical Activity Questionnaire</i>	Clasificación del nivel de actividad física basada en frecuencia, duración e intensidad de la actividad física semanal. Se calcularon MET-min/semana utilizando: caminar = 3,3 MET; actividad moderada = 4 MET; actividad vigorosa = 8 MET.
	Bajo o inactivo: no cumple criterios de nivel moderado ni alto.
	Moderado: cumple al menos uno de los siguientes criterios: (1) ≥3 días de actividad vigorosa ≥20 min/día; (2) ≥5 días de actividad moderada y/o caminata ≥30 min/día; (3) ≥5 días de cualquier combinación de actividades alcanzando ≥600 MET-min/semana.
	Alto: cumple al menos uno de los siguientes criterios: (1) ≥3 días de actividad vigorosa acumulando ≥1500 MET-min/semana; (2) ≥7 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥3000 MET-min/semana.
Cumplen recomendaciones de ejercicio de fuerza	Sí / No
	Realizar actividades de fortalecimiento muscular de intensidad moderada o más elevada para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana
SUEÑO Y DESCANSO	
Horas de sueño al día	Promedio semanal, lunes-viernes y fines de semana
Cumple recomendaciones de sueño	Duerme ≥7 horas al día
Descansa lo suficiente	Sí / No
ALIMENTACIÓN	
Frecuencia de consumo de alimentos	Número de raciones de alimento consumidas en las últimas 24 horas (raciones/día)
	Porcentaje de personas que consumieron el alimento en las últimas 24 horas
ANTROPOMETRÍA	
Índice de masa corporal <i>IMC=peso en kg/talla en m²</i>	Peso insuficiente (IMC <18,5 kg/m²)
	Normopeso (18,5 kg/m² a IMC<25 kg/m²)
	Sobrepeso grado I (25 kg/m² a IMC<27 kg/m²)
	Sobrepeso grado II (27 kg/m² a IMC<30 kg/m²)
	Obesidad (IMC ≥30 kg/m²)

VARIABLES E INDICADORES	CATEGORÍAS Y CRITERIOS
TABACO	
Consumo de tabaco	No fumador (no fuma actualmente y ha fumado ≤100 cigarrillos en su vida)
	Exfumadores-as (ha fumado >100 cigarrillos en su vida)
	Fumadores-as actuales
	- Fumadores-as diarios Fumadores-as diarios >20 cigarrillos/día - Fumadores-as ocasionales (no diariamente)
Proporción de abandono	Exfumadores-as / (fumadores-as actuales + exfumadores-as)
ALCOHOL	
Consumo de alcohol	Consumo medio diario por persona en gramos/día
	Bebedores-as habituales (≥1 vez a la semana durante los últimos 30 días)
Niveles de riesgo	No riesgo (no ha bebido alcohol en los últimos 30 días)
	Riesgo bajo (≤20 g/día Hombres; ≤10 g/día Mujeres)
	Riesgo medio (>20 g/día y < de 40 g/día Hombres; >10 g/día y < de 24 g/día Mujeres)
	Riesgo alto (≥40 g/día Hombres; ≥24 g/día Mujeres)
Consumo problemático de alcohol	Test CAGE positivo (≥2 preguntas positivas en bebedores-as habituales)
PRÁCTICAS PREVENTIVAS	
Medición tensión arterial ≤1 año	Sí / No
Comunicación tensión arterial elevada	
Medición colesterol ≤1 año	Sí / No
Comunicación colesterol elevado	
Sangre oculta en heces ≤2 años	Sí / No (<69 años / <74 años)
Mamografía ≤2 años en mujeres	Sí / No (<69 años)
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR SU PAREJA O EXPAREJA	
WAST Woman Abuse Screening Tool	WAST positivo (respuesta positiva a las 2 preguntas)
	Describiría usted su relación con su pareja: con alguna o mucha tensión
	Resuelven sus discusiones de pareja: con alguna o mucha dificultad
Violencia a lo largo de la vida	Sí / No / No está segura-Se niega a contestar
	A lo largo de toda su vida ¿Ha sufrido algún tipo de violencia en alguna de sus relaciones de pareja?

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Muchos de los indicadores se han analizado por determinantes sociales. Los más relevantes se han construido de la siguiente forma:

1. Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías¹⁰:

- Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado).
- Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior).
- Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).

2. Clase social (familiar): Basada en la ocupación de la persona de referencia. En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad

Española de Epidemiología (SEE)¹¹, la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó a las categorías como:

- Grupo I-II (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).
- Grupo III (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
- Grupo IV-V (Trabajadores/as manuales).

3. Dificultades económicas para llegar a fin de mes. Se preguntó: *Con los ingresos de su hogar, ¿cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?* Con mucha dificultad, con dificultad, con cierta/alguna dificultad, con cierta/alguna facilidad, con facilidad, con mucha facilidad'. Agrupado en cuatro categorías, de menor a mayor dificultad económica.

- Con facilidad o mucha facilidad.
- Con alguna facilidad.
- Con alguna dificultad.
- Con dificultad o mucha dificultad.

Se utilizó el software de análisis de datos Stata v.18. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

3. RESULTADOS

Se han realizado un total de 1.008 encuestas en personas de 65 a 79 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la *Tabla 2*.

Tabla 2. Características de la muestra y su distribución por sexo*, SIVFRENT-M 2025.

	Hombre	Mujer	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Número de encuestas (% fila)	461 (45,7%)	547 (54,3%)	1.008 (100,0%)
Tasa de respuesta			75,5%
Edad			
65 a 69	192 (41,6%)	205 (37,5%)	397 (39,4%)
70 a 74	162 (35,1%)	198 (36,2%)	360 (35,7%)
75 a 79	107 (23,2%)	144 (26,3%)	251 (24,9%)
Ámbito geográfico			
Madrid capital	216 (46,9%)	301 (55,0%)	517 (51,3%)
Corona metropolitana	205 (44,5%)	227 (41,5%)	432 (42,9%)
Resto de municipios	40 (8,7%)	19 (3,5%)	59 (5,9%)
País de nacimiento			
España	432 (93,7%)	493 (90,1%)	925 (91,8%)
Otros países	29 (6,3%)	54 (9,9%)	83 (8,2%)
Estado civil/Convivencia			
Casado/a - Vive en pareja	388 (84,2%)	312 (57,0%)	700 (69,4%)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	52 (11,3%)	99 (18,1%)	151 (15,0%)
Viudo/a	21 (4,6%)	136 (24,9%)	157 (15,6%)
Nivel educativo¹			
Superior	181 (39,3%)	144 (26,3%)	325 (32,2%)
Intermedio	134 (29,1%)	174 (31,8%)	308 (30,6%)
Básico e inferior	146 (31,7%)	229 (41,9%)	375 (37,2%)
Situación laboral			
Jubilado/Pensionista	403 (87,4%)	443 (81,0%)	846 (83,9%)
Otros ²	58 (12,6%)	104 (19,0%)	162 (16,1%)
Clase social (familiar)³			
Grupo I-II	193 (42,2%)	156 (30,6%)	349 (36,1%)
Grupo III	90 (19,7%)	155 (30,4%)	245 (25,3%)
Grupo IV-V	174 (38,1%)	199 (39,0%)	373 (38,6%)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes			
Con facilidad/mucha facilidad	237 (52,4%)	226 (42,6%)	463 (47,1%)
Con cierta facilidad	128 (28,3%)	193 (36,3%)	321 (32,7%)
Con cierta dificultad	57 (12,6%)	74 (13,9%)	131 (13,3%)
Con dificultad/mucha dificultad	30 (6,6%)	38 (7,2%)	68 (6,9%)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

* Porcentaje sobre valores válidos.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: grupo I-II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); Grupo III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia; Grupo IV-V (trabajadores/as manuales).

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 distribución por sexo y la evolución desde 2019.

3.1. Sedentarismo y actividad física

La *Tabla 3* muestra los indicadores clave relativos a sedentarismo y actividad física en población mayor expresados en porcentajes de sedentarismo en actividad habitual/laboral, tiempo sentado prolongado y cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico y de fuerza, además del índice derivado del IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*).

Tabla 3. Indicadores de actividad física por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Sedentarismo en actividad habitual/laboral¹	29,4 (26,6-32,2)	32,5 (28,3-36,9)	26,7 (23,2-30,6)	27,6 (23,4-32,2)	29,4 (25,0-34,3)	32,0 (26,5-38,1)
Pasan sentados ≥ 6 horas al día	23,6 (21,1-26,3)	30,8 (26,8-35,1)	17,5 (14,5-21,0)	23,0 (19,1-27,3)	25,0 (20,9-29,6)	22,8 (17,9-28,4)
Ejercicio aeróbico total²	54,8 (51,7-57,8)	60,5 (56,0-64,9)	49,9 (45,7-54,1)	57,9 (53,0-62,7)	53,9 (48,7-59,0)	51,0 (44,9-57,1)
IPAQ³						
Nivel bajo o inactivo	21,2 (18,8-23,9)	18,7 (15,3-22,5)	23,4 (20,0-27,1)	19,6 (16,0-23,9)	22,2 (18,2-26,8)	22,3 (17,6-27,9)
Nivel moderado	45,7 (42,7-48,8)	42,3 (37,9-46,9)	48,6 (44,5-52,8)	44,6 (39,7-49,5)	45,0 (39,9-50,2)	48,6 (42,5-54,8)
Nivel alto	33,0 (30,2-36,0)	39,0 (34,7-43,6)	28,0 (24,4-31,9)	35,8 (31,2-40,6)	32,8 (28,1-37,8)	29,1 (23,9-34,9)
Ejercicio de fuerza⁴	18,3 (16,0-20,8)	21,3 (17,8-25,2)	15,7 (12,9-19,0)	21,7 (17,9-26,0)	15,0 (11,7-19,1)	17,5 (13,3-22,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

² Acumulan lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica intensa, o bien una combinación equivalente de ambas.

³ International Physical Activity Questionnaire. **Alto:** ≥3 días de actividad vigorosa acumulando ≥1.500 MET-min/sem o ≥7 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥3.000 MET-min/sem; **Moderado:** ≥3 días de actividad vigorosa ≥20 min/día, ≥5 días de actividad moderada y/o caminata ≥30 min/día, o ≥5 días de cualquier combinación de actividades acumulando ≥600 MET-min/sem; **Bajo o inactivo:** no cumplir los criterios anteriores.

⁴ Realizan actividades de fortalecimiento muscular para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

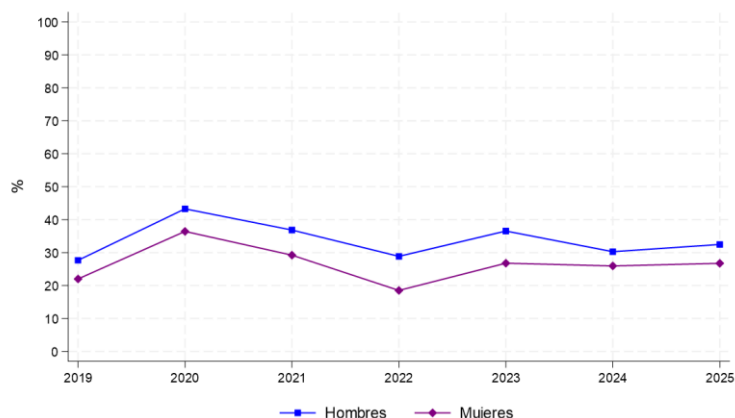
Sedentarismo

El 29,4% de las personas encuestadas afirmaron estar **sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad habitual/laboral**. Este sedentarismo es mayor en hombres que en mujeres (32,5% frente a 26,7%) y alcanza los valores más elevados en el grupo de mayor edad (32,0%). En consonancia con lo anterior, un 23,6% de esta población declara **pasar sentada 6 horas o más al día**. Nuevamente, los hombres afirman pasar más tiempo sentados al día que las mujeres (30,8% y 17,5%, respectivamente) (*Tabla 3*).

Se observa una asociación destacable entre el **sedentarismo en actividad habitual/laboral y diversos factores sociodemográficos**, con prevalencias más elevadas a medida que aumentan las dificultades económicas. Las personas que refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad presentan el porcentaje más alto de sedentarismo (57,4%), frente al 16,5% observado entre quienes indican llegar con alguna facilidad. En relación con el nivel educativo, se observan diferencias según sexo: entre los hombres las prevalencias más elevadas corresponden a estudios superiores (40,0%), mientras que entre las mujeres se registran en el nivel educativo básico o inferior (34,2%) (*Anexo: tabla 1 y figura 1*).

Los hombres han presentado porcentajes más elevados de **sedentarismo en actividad habitual/laboral** que las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras alcanzar los valores máximos en 2020, se observa un descenso progresivo hasta 2022 en ambos sexos, seguido de un aumento moderado en los años posteriores. En 2025 se mantiene un ligero incremento respecto al año anterior, especialmente entre los hombres, sin alcanzar los niveles observados en 2020 (*Figura 1*).

Figura 1. Evolución del sedentarismo en actividad habitual/laboral* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	27,7	43,3	36,8	28,9	36,5	30,3	32,5
Mujeres	22,0	36,4	29,2	18,5	26,8	26,0	26,7

* Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

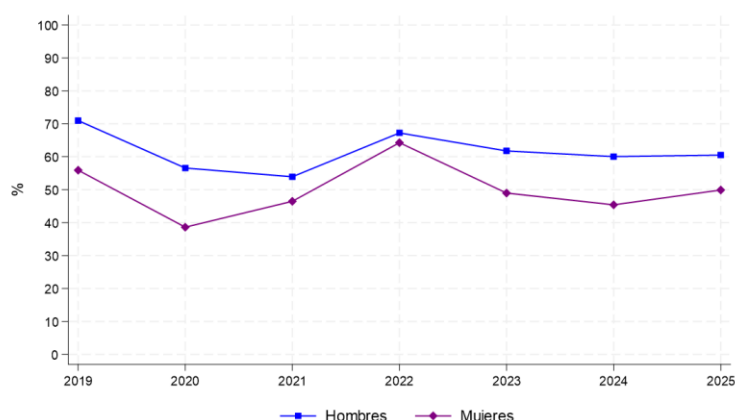
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Actividad física

Respecto a los indicadores relacionados con actividad física, que siguen las recomendaciones oficiales^{12,13}, el 54,8% de las personas encuestadas cumple las **recomendaciones de ejercicio aeróbico total**. El cumplimiento es mayor en hombres que en mujeres (60,5% frente a 49,9%) y muestra una ligera disminución con la edad, pasando del 57,9% en el grupo de 65-69 años al 51,0% entre las personas de 75-79 años (*Tabla 3*).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de cumplimiento de las **recomendaciones de ejercicio aeróbico total** que las mujeres durante todo el **periodo 2019-2025**. No se observa una tendencia temporal clara, registrándose un descenso entre 2019 y 2021, un aumento hasta alcanzar los valores más elevados en 2022 y una posterior estabilización. En 2025 se mantiene una situación similar a la observada en años recientes, con un ligero incremento en las mujeres respecto al año anterior (*Figura 2*).

Figura 2. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio aeróbico por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	71,0	56,6	53,9	67,2	61,8	60,1	60,5
Mujeres	55,9	38,6	46,5	64,3	49,0	45,4	49,9

* Acumulan lo largo de la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos de actividad física aeróbica intensa, o bien una combinación equivalente de ambas.

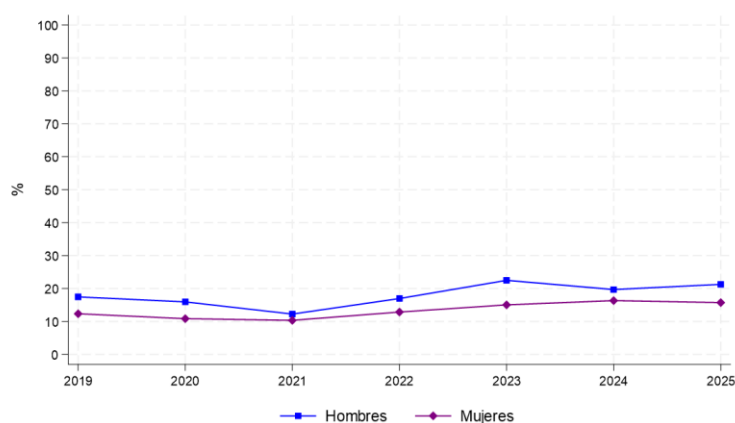
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Según la clasificación del **International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**¹⁴⁻¹⁶, que categoriza el nivel habitual de actividad física según la frecuencia, duración e intensidad de las actividades realizadas, el nivel más frecuente fue el **moderado** (45,7%), seguido del **alto** (33,0%), mientras que un 21,2% de la población presentó un nivel **bajo o inactivo**. Los hombres mostraron una mayor proporción de niveles altos de actividad física en comparación con las mujeres (39,0% frente a 28,0%), mientras que estas presentaron porcentajes más elevados de nivel bajo o inactivo (23,4% frente a 18,7%). Asimismo, se observa una ligera disminución de los niveles altos de actividad física con la edad (*Tabla 3*).

En relación con las **recomendaciones de ejercicio de fuerza**, el 18,3% de las personas encuestadas cumple las recomendaciones establecidas. El cumplimiento es mayor en hombres que en mujeres (21,3% frente a 15,7%). Según la edad, los porcentajes son más elevados en el grupo de 65-69 años (21,7%), disminuyen entre las personas de 70-74 años (15,0%) y muestran un ligero aumento en el grupo de mayor edad (17,5%) (*Tabla 3*).

Los hombres han presentado mayores porcentajes de cumplimiento de las **recomendaciones de ejercicio de fuerza** que las mujeres a lo largo del **periodo 2019-2025**. Tras un descenso observado hasta 2021, los porcentajes aumentaron en ambos sexos hasta 2023, manteniéndose posteriormente relativamente estables. En 2025 se observa un ligero incremento respecto al año anterior en hombres, mientras que en mujeres los valores permanecen prácticamente estables (*Figura 3*).

Figura 3. Evolución del cumplimiento de recomendaciones de ejercicio de fuerza por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	17,5	15,9	12,3	17,0	22,5	19,7	21,3
Mujeres	12,3	10,9	10,3	12,9	15,0	16,3	15,7

* Realizan actividades de fortalecimiento muscular para trabajar todos los grandes grupos musculares dos o más días a la semana.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.2. Sueño y descanso

El sueño desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud y el adecuado funcionamiento del organismo. En los últimos años se ha acumulado una sólida evidencia que relaciona una duración insuficiente o un descanso de mala calidad con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares y metabólicas, así como con un peor estado funcional y de salud en las personas mayores. Por el contrario, dormir un número adecuado de horas y mantener un patrón regular de sueño se asocia con un mejor bienestar físico y mental^{17,18}. En este contexto, tanto la Sociedad Española del Sueño como la *National Sleep Foundation* recomiendan que la población mayor duerma al menos 7 horas al día^{19,20}.

La población mayor duerme habitualmente una media de 7,1 horas al día, sin diferencias significativas entre los días laborables y los fines de semana. La duración media del sueño fue mayor en los hombres (7,3 horas/día) que en las mujeres (6,9 horas/día), mientras que no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el grupo de edad. El 31,8% de la población **duerme menos de 7 horas al día**, porcentaje significativamente más elevado en las mujeres (37,1%) que en los hombres (25,7%). En consecuencia, el 85,1% considera que **descansa lo suficiente**, con una percepción más favorable entre los hombres (90,2%) que entre las mujeres (80,7%). No se observaron diferencias significativas en ninguno de los dos indicadores según el grupo de edad (*Tabla 4*).

Tabla 4. Duerme <7 horas/día y descanso por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Dormir <7 horas/día	31,8 (29,0-34,8)	25,7 (21,9-29,9)	37,1 (33,1-41,2)	30,9 (26,5-35,6)	33,1 (28,5-38,2)	31,5 (26,0-37,5)
Descansa lo suficiente	85,1 (82,7-87,1)	90,2 (87,1-92,6)	80,7 (77,1-83,8)	85,9 (82,1-88,9)	85,2 (81,0-88,5)	83,7 (78,6-87,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Al analizar la población que **duerme menos de 7 horas al día por variables sociodemográficas**, se observa un gradiente inverso según el nivel educativo, pasando del 26,5% entre quienes tienen estudios superiores al 35,6% entre las personas con estudios básicos o inferiores. Asimismo, se observa un gradiente según la clase social y, especialmente, según la situación económica, alcanzando el 47,8% entre quienes refieren dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes, frente al 26,6% entre quienes llegan con facilidad (*Anexo: tabla 2 y figura 2*).

3.3. Alimentación

La *Tabla 5* presenta información sobre los hábitos alimentarios recientes en la población mayor, específicamente el consumo de alimentos durante las últimas 24 horas. Se detallan los porcentajes de consumo para diversos grupos de alimentos, abarcando desde verdura y fruta, continuando con alimentos que son fuentes importantes de proteínas como carne, pescado, huevos, legumbres y lácteos, y siguiendo con aquellos ricos en hidratos de carbono como el pan, el arroz y la pasta, finalizando con dulces y bollería.

Tabla 5. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Verdura	82,6 (80,2-84,9)	81,1 (77,3-84,5)	83,9 (80,6-86,8)	82,9 (78,8-86,3)	82,5 (78,2-86,1)	82,5 (77,2-86,7)
Fruta fresca	86,5 (84,3-88,5)	85,0 (81,5-88,0)	87,8 (84,7-90,3)	84,4 (80,5-87,6)	88,6 (84,9-91,5)	86,9 (82,0-90,5)
Carne	60,6 (57,6-63,6)	66,8 (62,4-71,0)	55,4 (51,2-59,5)	63,7 (58,9-68,3)	58,3 (53,2-63,3)	59,0 (52,7-64,9)
Carne y derivados	78,0 (75,3-80,4)	81,8 (78,0-85,1)	74,8 (70,9-78,3)	78,8 (74,6-82,6)	77,8 (73,2-81,8)	76,9 (71,2-81,7)
Pescado, moluscos y conservas	46,2 (43,2-49,3)	43,4 (38,9-48,0)	48,6 (44,4-52,8)	43,8 (39,0-48,8)	49,4 (44,3-54,6)	45,4 (39,3-51,7)
Huevos	35,1 (32,2-38,1)	35,6 (31,3-40,1)	34,7 (30,9-38,8)	33,8 (29,3-38,5)	35,6 (30,8-40,6)	36,7 (30,9-42,8)
Legumbres	19,5 (17,2-22,1)	19,1 (15,8-22,9)	19,9 (16,8-23,5)	17,1 (13,7-21,2)	22,8 (18,7-27,4)	18,7 (14,3-24,1)
Leche	81,0 (78,4-83,3)	80,9 (77,1-84,2)	81,0 (77,5-84,1)	78,3 (74,0-82,1)	79,7 (75,2-83,6)	86,9 (82,1-90,5)
Leche y derivados	93,5 (91,7-94,8)	92,8 (90,1-94,9)	94,0 (91,6-95,7)	92,7 (89,7-94,9)	92,8 (89,6-95,1)	95,6 (92,2-97,6)
Pan	86,0 (83,7-88,0)	87,4 (84,0-90,2)	84,8 (81,6-87,6)	85,1 (81,3-88,3)	85,6 (81,5-88,8)	88,0 (83,4-91,5)
Arroz	13,2 (11,2-15,4)	13,2 (10,4-16,6)	13,2 (10,6-16,3)	14,6 (11,5-18,5)	13,6 (10,4-17,6)	10,4 (7,2-14,8)
Pasta	11,2 (9,4-13,3)	11,5 (8,9-14,8)	11,0 (8,6-13,9)	12,6 (9,7-16,3)	9,7 (7,1-13,2)	11,2 (7,8-15,7)
Dulces y bollería	40,0 (37,0-43,0)	41,4 (37,0-46,0)	38,8 (34,7-42,9)	38,0 (33,4-42,9)	39,7 (34,8-44,9)	43,4 (37,4-49,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

A continuación, se presenta el análisis detallado por grupo de alimentos. Algunos de los indicadores incluidos toman como referencia recomendaciones oficiales sobre alimentación saludable, como la ingesta mínima de frutas y verduras o el consumo moderado de carnes procesadas y productos azucarados, entre otros²¹.

Verdura y fruta fresca

El **consumo de verdura** en las últimas 24 horas es elevado, reportado por un 82,6% de los participantes. Al estratificar por sexo se observan diferencias, con una prevalencia superior en mujeres (83,9%) en comparación con los hombres (81,1%). El análisis por grupos de edad

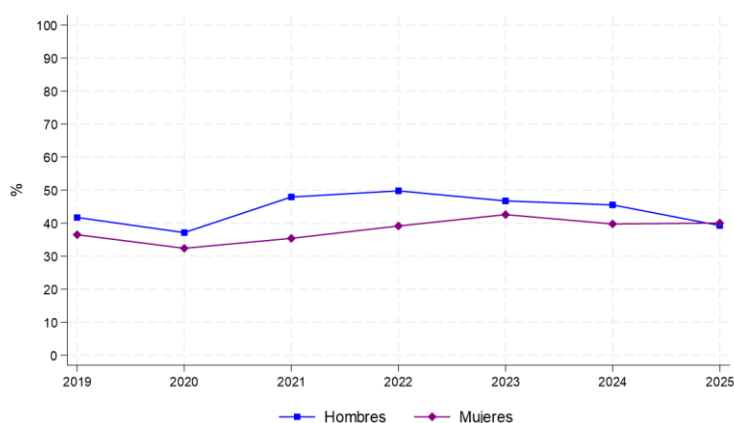
muestra un consumo de verdura relativamente estable y alto en todos los tramos, en torno al 82%. (Tabla 5).

El **consumo de fruta** fresca en las últimas 24 horas presenta una prevalencia general aún mayor que la de verdura, alcanzando al 86,5% de la población estudiada. En cuanto a las diferencias por sexo, el consumo de fruta fresca es más prevalente en mujeres (87,8%) que en hombres (85,0%). El patrón de consumo de fruta fresca por edad no sigue una tendencia evidente. Se observa el porcentaje más bajo en el grupo de 65-69 años (84,4%), seguido de un máximo en el grupo de 70-74 años (88,6%), y un ligero descenso posterior en el grupo de 75-79 años (86,9%) (Tabla 5).

La ingesta media de fruta fresca fue de 1,6 raciones/día y de verduras 1,3 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,9 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 o verduras al día**. A este respecto, se observa una prevalencia general baja (11,0%) del cumplimiento de la recomendación de 5 o más raciones diarias. Al analizar el consumo de **5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras según variables sociodemográficas**, se observa una prevalencia más elevada en las personas con nivel educativo básico o inferior (13,1%) en comparación con aquellas con estudios intermedios (10,4%) o superiores (9,2%). Asimismo, entre las mujeres se aprecian porcentajes algo más altos en quienes presentan dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes (13,2%). En cualquier caso, la adherencia a esta recomendación nutricional es baja en todos los grupos analizados, situándose por debajo del 15% (Anexo: tabla 3 y figura 3).

La prevalencia de personas que consumen **menos de 3 raciones de frutas o verduras al día** muestra una tendencia general ascendente entre 2020 y 2022, especialmente entre los hombres, seguida de un descenso progresivo en los años posteriores. Como consecuencia, las diferencias observadas entre sexos al inicio de la serie se han ido reduciendo hasta prácticamente desaparecer en 2025 (Figura 4).

Figura 4. Evolución del consumo <3 raciones de frutas o verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	41,7	37,1	47,9	49,8	46,7	45,5	39,3
Mujeres	36,5	32,4	35,4	39,1	42,6	39,7	40,0

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Carne y derivados

El **consumo de carne (excluyendo derivados)** en las últimas 24 horas se sitúa en un 60,6%. Al diferenciar por sexo, la ingesta es muy superior en hombres (66,8%) frente a mujeres (55,4%).

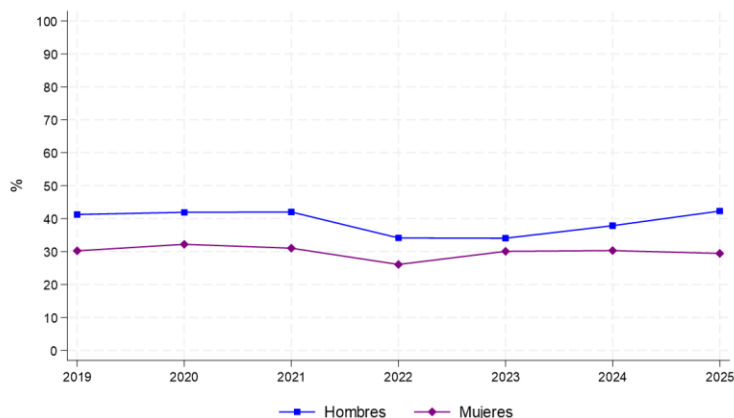
El análisis por grupos de edad revela consumos superiores en el grupo de 65-69 años (63,7%) respecto a los grupos de 70-74 años (58,3%) y 75-79 años (59,0%) (Tabla 5).

Considerando la categoría más amplia de **consumo de carne y derivados**, el consumo en las últimas 24 horas es considerablemente mayor, reportado por un 78,0% de los participantes. En este caso, la estratificación por sexo muestra de nuevo una diferencia considerable, con un consumo superior en hombres (81,8%) frente a las mujeres (74,8%). Por edad, se observa una tendencia descendente: 78,8% en el grupo de 65-69 años, 77,8% en el de 70-74 años y 76,9% en el grupo de 75-79 años (Tabla 5).

La ingesta media de carne fue de 0,8 raciones/día y 1,2 raciones/día si incluimos derivados cárnicos. Al analizar el consumo de **carne y derivados (≥ 2 raciones al día) según variables sociodemográficas**, se observa una prevalencia ligeramente superior en las personas con nivel educativo básico o inferior (37,1%) en comparación con aquellas con estudios superiores (34,2%) o intermedios (34,4%). Asimismo, se aprecian diferencias según la clase social que varían por sexo: mientras que en los hombres la prevalencia disminuye desde el 46,1% en las clases I-II hasta el 39,7% en las clases IV-V, en las mujeres sigue el patrón contrario, aumentando desde el 25,6% hasta el 34,7%, respectivamente (Anexo: tabla 4 y figura 4).

La prevalencia de consumo de **2 o más raciones de carne y derivados al día** ha sido sistemáticamente superior en los hombres que en las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. Tras un descenso en ambos sexos en 2022, la prevalencia aumentó progresivamente entre los hombres hasta alcanzar en 2025 el valor más elevado de la serie (42,3%), mientras que entre las mujeres se ha mantenido relativamente estable en torno al 30% durante los últimos años. Como consecuencia, las diferencias entre sexos se han ampliado nuevamente al final del periodo analizado (Figura 5).

Figura 5. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	41,3	41,9	42,0	34,1	34,1	37,9	42,3
Mujeres	30,2	32,2	31,0	26,1	30,1	30,3	29,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Pescado

El **consumo de pescado** en las últimas 24 horas (**incluyendo moluscos y conservas de pescado**) se sitúa en un 46,2%. Al estratificar por sexo, se observa una ligera diferencia, con un consumo algo mayor en las mujeres (48,6%) respecto a los hombres (43,4%). El análisis por grupos de edad muestra niveles de consumo similares en los tramos de 65-69 años (43,8%) y 75-79 años

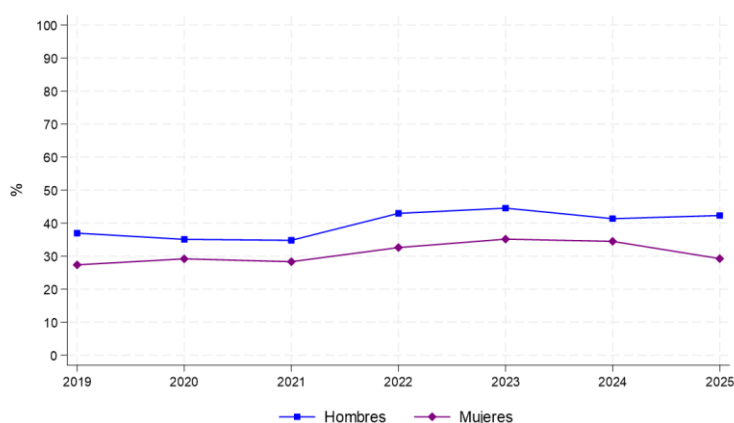
(45,4%). Señalar que el consumo de pescado es más alto en el grupo de edad intermedio (70-74 años), donde alcanza el 49,4% (Tabla 5). La ingesta media per cápita es de 0,6 raciones/día.

Leche y derivados

El **consumo productos lácteos** en las últimas 24 horas es marcadamente alto, siendo reportado por un 93,5%. Al diferenciar por sexo, se aprecia un consumo ligeramente mayor en las mujeres (94,0%) que en los hombres (92,8%). En cuanto a los grupos de edad, el consumo es elevado en todos los tramos, observándose la prevalencia más alta en el grupo de 75-79 años (95,6%). Los grupos de 70-74 años (92,8%) y 65-69 años (92,7%) muestran porcentajes muy similares entre sí (Tabla 5).

El consumo medio per cápita de leche fue de 1,0 raciones/día y asciende a 2,0 raciones/día si incluimos derivados lácteos. Al analizar la evolución **entre 2019 y 2025** de la proporción de **consumo bajo de lácteos (menos de 2 raciones/día)** se manifiesta una diferencia constante entre sexos, con un porcentaje persistentemente mayor de hombres (indicando menor consumo) en comparación con las mujeres. La tendencia general para ambos grupos muestra un incremento en la prevalencia de consumo insuficiente a lo largo del periodo estudiado, aunque en mujeres desciende en este último año (Figura 6).

Figura 6. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	37,0	35,1	34,8	43,0	44,5	41,4	42,3
Mujeres	27,4	29,2	28,3	32,6	35,1	34,5	29,3

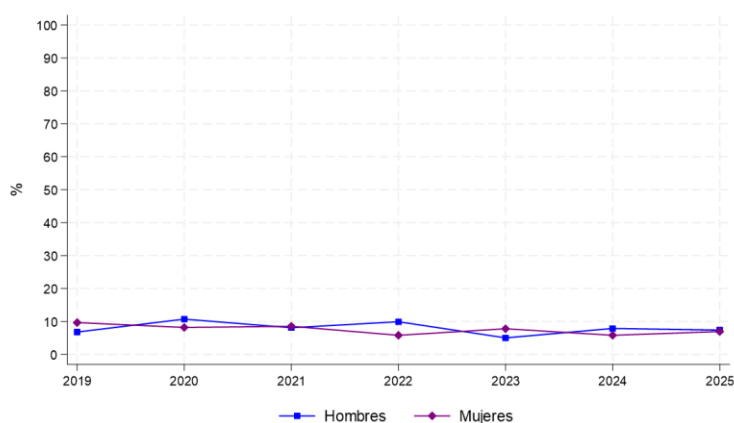
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Dulce y bollería

El **consumo de estos productos** en las últimas 24 horas fue reportado por un 40,0%. Al analizar por sexo, se observa una prevalencia mayor en los hombres (41,4%) en comparación con las mujeres (38,8%). El análisis por grupos de edad muestra una clara tendencia ascendente: el consumo es más bajo en el grupo de 65-69 años (38,0%), aumenta en el de 70-74 años (39,7%) y alcanza la prevalencia más alta en el grupo de 75-79 años (43,4%) (Tabla 5).

El consumo medio per cápita de dulce y bollería fue de 0,5 raciones/día. En relación a la evolución porcentual del **consumo elevado (2 o más raciones diarias)** en el **periodo 2019-2025**, la prevalencia de este hábito es relativamente baja y sin diferencias destacables por sexo, situándose siempre por debajo del 11% en ambos (Figura 7).

Figura 7. Evolución del consumo ≥ 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Cumplimiento de las recomendaciones de consumo de raciones de alimentos

Se calculó el consumo medio diario de raciones para los distintos alimentos o grupos de alimentos y, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)²², se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones de consumo en 2025. Además, se calculó la media anual de raciones diarias del periodo 2021-2025 (media de las medias anuales) y el porcentaje de cambio del consumo en 2025 respecto a dicha media. Los resultados se presentan de forma estratificada por sexo. En comparación con la media de los últimos cinco años, el patrón de consumo diario muestra pocas variaciones. En ambos sexos aumenta el consumo de verduras, huevos, carne roja y frutos secos, mientras que disminuye el de cereales, lácteos y azúcares. Como principales diferencias por sexo, el consumo de carne blanca aumenta en los hombres y disminuye en las mujeres, mientras que el de pescado disminuye en los hombres y aumenta en las mujeres. En relación con las recomendaciones de la SENC, únicamente se alcanza el consumo recomendado de pescados y mariscos en ambos sexos y de lácteos en las mujeres, persistiendo un consumo insuficiente de frutas, verduras, legumbres y frutos secos, así como un consumo excesivo de carnes procesadas, carne roja y productos azucarados (Tabla 6).

Tabla 6. Raciones de alimentos diarios consumidos, media de raciones consumidas en los últimos 5 años, % de cambio y cumplimiento de las recomendaciones por sexo. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2021-2025.

Hombres

Grupo de alimentos	Media raciones diarias 2025	Media raciones diarias últimos 5 años	% cambio últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas SENC*	Cumplimiento recomendaciones 2025
Cereales y otros**	2,31	2,46	-6,09	≥4 x día	No cumple
Fruta	1,60	1,55	3,09	≥3 x día	No cumple
Verdura	1,26	1,16	8,40	≥2 x día	No cumple
Lácteos	1,85	1,86	-0,57	≥2 x día	No cumple
Pescados y mariscos	0,51	0,55	-6,40	≥0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,32	0,28	12,86	≥0,4 x día	No cumple
Carne roja	0,43	0,40	6,51	≤0,3 por día	No cumple
Carne procesada	0,59	0,57	2,56	≤0,1 por día	No cumple
Huevos	0,38	0,34	11,82	≥0,4 x día	No cumple
Legumbres	0,20	0,23	-16,70	≥0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,15	0,12	19,64	≥0,4 x día	No cumple
Azúcares	0,75	0,79	-4,83	≤0,1 por día	No cumple

Mujeres

Grupo de alimentos	Media raciones diarias 2025	Media raciones diarias últimos 5 años	% cambio últimos 5 años	Recomendaciones adaptadas SENC*	Cumplimiento recomendaciones 2025
Cereales y otros**	2,09	2,26	-7,67	≥4 x día	No cumple
Fruta	1,59	1,69	-5,84	≥3 x día	No cumple
Verdura	1,29	1,22	5,22	≥2 x día	No cumple
Lácteos	2,07	2,08	-0,80	≥2 x día	Cumple
Pescados y mariscos	0,60	0,56	6,46	≥0,4 x día	Cumple
Carne blanca	0,27	0,29	-8,94	≥0,4 x día	No cumple
Carne roja	0,32	0,31	5,16	≤0,3 por día	No cumple
Carne procesada	0,51	0,48	5,97	≤0,1 por día	No cumple
Huevos	0,38	0,35	9,19	≥0,4 x día	No cumple
Legumbres	0,20	0,20	1,59	≥0,3 x día	No cumple
Frutos secos	0,16	0,13	19,33	≥0,4 x día	No cumple
Azúcares	0,63	0,67	-5,57	≤0,1 por día	No cumple

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

* Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

** Cereales y otros: incluye cereales, patata, pan, arroz y pasta.

3.4. Antropometría

Como medida de la adiposidad corporal se utiliza comúnmente el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual relaciona el peso expresado en kilogramos con la estatura en metros elevada al cuadrado (kg/m^2)²³. Para el presente informe, la estimación de dicho índice proviene de los datos de peso y talla que las personas encuestadas han referido. La definición de los umbrales para clasificar a los individuos en las diferentes categorías de peso (insuficiente, normal, sobrepeso, obesidad) adopta los criterios recomendados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁴.

Siguiendo esta clasificación, un 1,1% de esta población presenta un **peso insuficiente**, una condición más prevalente en mujeres (1,5%) que en hombres (0,7%). En cuanto al exceso de peso, el 19,4% se clasifica con **sobrepeso grado I**, un 23,6% con **sobrepeso grado II** y un 17,8% presenta **obesidad**. La prevalencia combinada de sobrepeso (ambos grados) y obesidad alcanza el 60,8%, siendo esta cifra superior en hombres (66,7%) en comparación con las mujeres (55,8%); al analizar por grupos de edad se observa una prevalencia del 58,4% en el grupo de 65-69 años, del 64,9% en el de 70-74 años y del 58,9% en el de 75-79 años (*Tabla 7*).

Tabla 7. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Peso insuficiente¹	1,1	0,7	1,5	1,3	1,1	0,8
	(0,6-2,0)	(0,2-2,0)	(0,8-3,0)	(0,5-3,0)	(0,4-3,0)	(0,2-3,3)
Normopeso²	38,1	32,7	42,7	40,4	34,0	40,2
	(35,1-41,1)	(28,5-37,1)	(38,5-46,9)	(35,7-45,3)	(29,3-39,0)	(34,2-46,6)
Sobrepeso grado I³	19,4	20,4	18,6	15,9	23,0	19,9
	(17,1-22,0)	(16,9-24,3)	(15,5-22,2)	(12,6-19,8)	(18,9-27,7)	(15,3-25,5)
Sobrepeso grado II⁴	23,6	24,6	22,7	23,3	23,6	24,1
	(21,0-26,3)	(20,8-28,8)	(19,4-26,5)	(19,3-27,7)	(19,5-28,3)	(19,0-29,9)
Obesidad⁵	17,8	21,7	14,5	19,2	18,3	14,9
	(15,6-20,3)	(18,2-25,7)	(11,7-17,8)	(15,6-23,4)	(14,6-22,6)	(10,9-20,1)

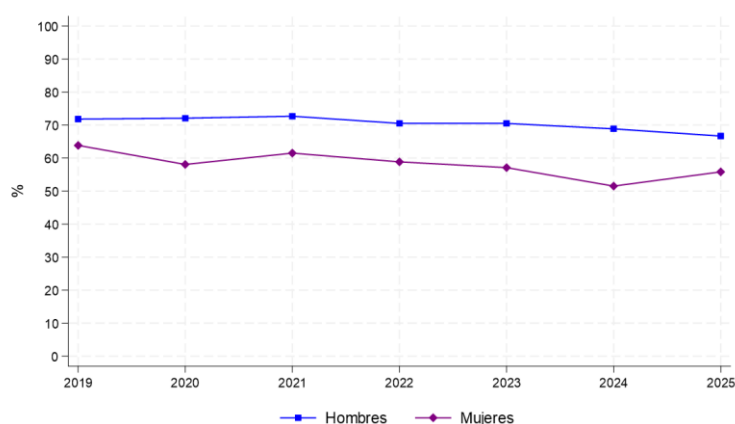
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Peso insuficiente: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$; ² Normopeso: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$; ³ Sobrepeso grado I: $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 27 \text{ kg/m}^2$; ⁴ Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$; ⁵ Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Se observa una asociación destacable entre el **sobrepeso u obesidad y diversos factores sociodemográficos**, especialmente el nivel educativo y la clase social. La prevalencia aumenta a medida que disminuye el nivel educativo, alcanzando el 70,8% en las personas con estudios básicos o inferiores, frente al 51,1% en aquellas con estudios superiores. Asimismo, se aprecia un gradiente social, con prevalencias más elevadas en las clases sociales IV-V (67,5%) que en las clases I-II (55,8%). Estas diferencias son particularmente marcadas entre las mujeres, en quienes el sobrepeso u obesidad alcanza el 68,5% en el nivel educativo básico o inferior y el 62,6% en las clases sociales IV-V. Por el contrario, no se observa una asociación consistente con la facilidad para llegar a fin de mes (*Anexo: tabla 5 y figura 5*).

La prevalencia de **sobrepeso u obesidad** se ha mantenido elevada durante todo el **periodo 2019-2025**, situándose sistemáticamente por encima del 65% en los hombres y entre el 50% y el 65% en las mujeres. En los hombres se observa una ligera tendencia descendente desde el máximo registrado en 2021 (72,7%) hasta el 66,7% en 2025. Entre las mujeres la evolución ha sido más variable, con una disminución progresiva entre 2021 y 2024, seguida de una recuperación parcial en 2025 (55,8%) (*Figura 8*).

Figura 8. Evolución del sobrepeso u obesidad* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

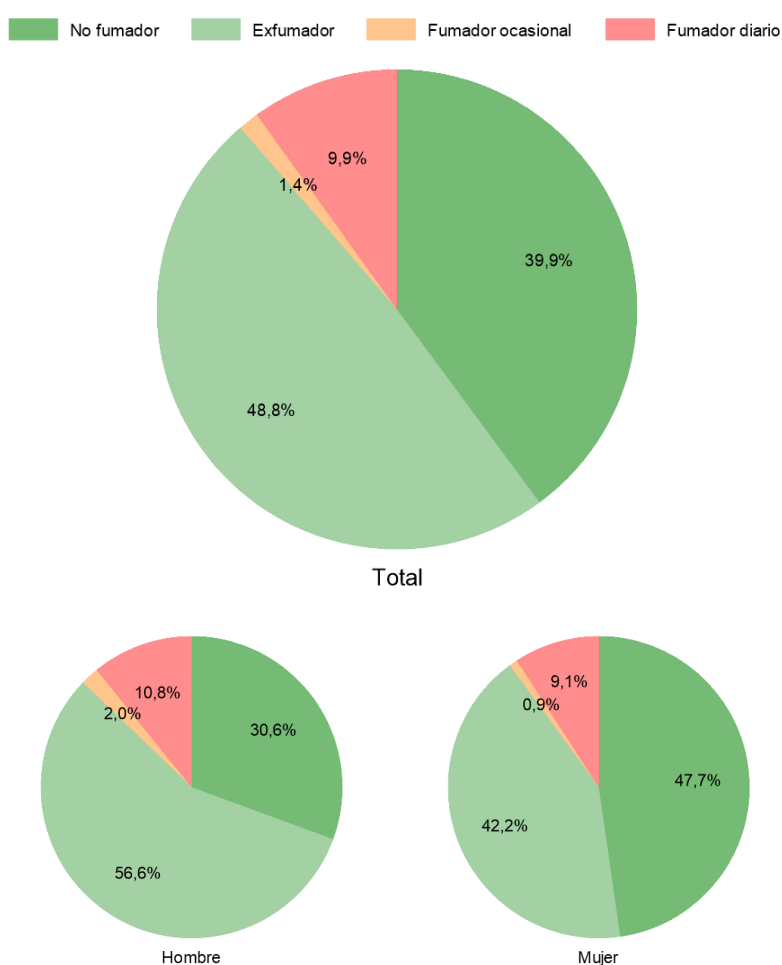
* Sobrepeso u obesidad $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.5. Consumo de tabaco

En el conjunto de la población, el grupo más numeroso es el de **exfumadores** (48,8%), seguido del de **no fumadores** (39,9%), mientras que los **fumadores diarios** representan un 9,9% y los **ocasionales** un 1,4%. Al desagregar por sexo, se observan diferencias notables: entre los hombres predominan los exfumadores (56,6%) frente a un 30,6% de no fumadores, lo que sugiere una elevada prevalencia histórica de consumo con abandono posterior. En cambio, en las mujeres destaca la proporción de no fumadoras (47,7%), muy superior a la observada en varones, y un 42,2% se identifican como exfumadoras. La proporción de fumadores diarios es ligeramente superior en los hombres (10,8%) que en las mujeres (9,1%). Los fumadores ocasionales son minoritarios en ambos sexos, aunque algo más frecuentes en hombres (2,0%) que en mujeres (0,9%) (*Figura 9*).

Figura 9. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

El 60,1% de la población de 65 a 79 años declara haber **fumado al menos 100 cigarrillos a lo largo de su vida**, porcentaje considerablemente más elevado en hombres (69,4%) que en mujeres (52,3%), reflejando una mayor exposición histórica al tabaquismo entre los varones. En cuanto al **consumo actual**, el 11,3% de la población se declara fumadora. La prevalencia de consumo muestra un claro descenso con la edad, pasando del 16,9% en el grupo de 65-69 años al 9,4% en el de 70-74 años y al 5,2% en el de 75-79 años. Este mismo patrón se observa para el **consumo diario**, que disminuye desde el 14,9% en el grupo más joven hasta el 4,0% en el de

mayor edad. El **consumo de 20 o más cigarrillos al día** afecta al 1,7% de la población, siendo algo más frecuente en hombres que en mujeres y mostrando también una tendencia descendente con la edad (*Tabla 8*).

Tabla 8. Consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	60,1 (57,2-63,0)	69,4 (65,0-73,5)	52,3 (48,3-56,3)	69,0 (64,3-73,4)	61,7 (56,6-66,5)	43,8 (38,1-49,7)
Fumadores/as actuales ¹	11,3 (9,5-13,4)	12,8 (10,1-16,2)	10,1 (7,8-12,9)	16,9 (13,5-20,9)	9,4 (6,8-13,0)	5,2 (3,0-8,8)
Fumadores/as diarios	9,9 (8,2-11,9)	10,8 (8,3-14,0)	9,1 (7,0-11,8)	14,9 (11,7-18,7)	8,6 (6,1-12,0)	4,0 (2,1-7,3)
Consumo ≥20 cigarrillos	1,7 (1,0-2,7)	2,0 (1,0-3,7)	1,5 (0,7-2,9)	2,5 (1,4-4,6)	1,1 (0,4-2,9)	1,2 (0,4-3,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

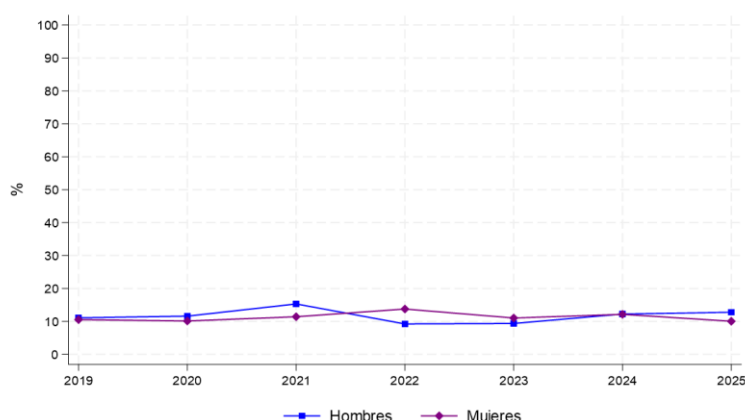
¹ Fumador/a ocasional o diario.

² Exfumadores-as/(Fumadores-as actuales + exfumadores-as).

Se observa una asociación entre el **consumo actual de tabaco y algunos factores socioeconómicos**, especialmente la clase social y la dificultad para llegar a fin de mes. En los hombres se aprecia un incremento del consumo a medida que disminuye la clase social, alcanzando el 14,4% en las clases IV-V. Asimismo, las prevalencias más elevadas se registran entre quienes refieren llegar a fin de mes con dificultad o mucha dificultad, tanto en hombres (20,0%) como en mujeres (15,8%). Por el contrario, no se observa una asociación consistente con el nivel educativo (*Anexo: tabla 6 y figura 6*).

La prevalencia de **fumadores/as actuales** durante el **periodo 2019-2025** se ha mantenido relativamente estable, con oscilaciones moderadas en ambos sexos. En los hombres se observa una mayor variabilidad, alcanzándose el valor máximo en 2021 (15,3%), seguido de un descenso y un incremento posterior hasta el 12,8% en 2025. Entre las mujeres, las prevalencias se mantienen más estables a lo largo de la serie, situándose en torno al 10-14% y alcanzando el 10,1% en 2025. Aunque las diferencias por sexo han sido reducidas en la mayor parte del periodo, en 2025 la prevalencia de fumadores/as actuales vuelve a ser superior en los hombres que en las mujeres (*Figura 10*).

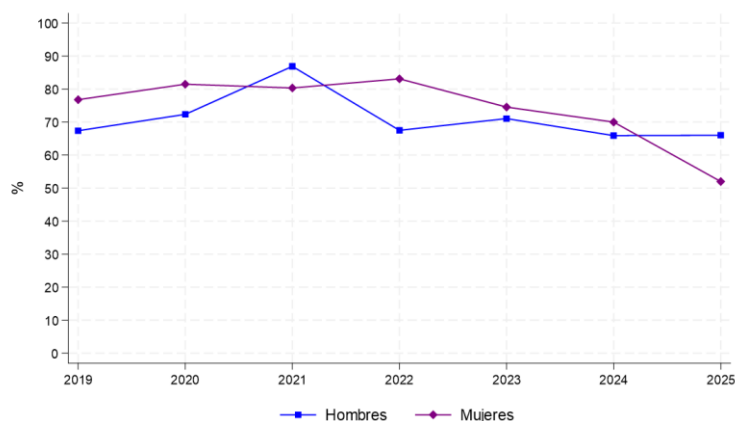
Figura 10. Evolución de los fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

La proporción de **fumadores/as que no han realizado ningún intento serio para dejar de fumar en el último año** se ha mantenido elevada durante todo el **periodo 2019-2025**. Hasta 2024, las mujeres presentaban generalmente porcentajes superiores a los hombres. Sin embargo, en 2025 se observa un descenso notable en mujeres (52,0%), mientras que en los hombres la prevalencia se mantiene prácticamente estable (66,0%), invirtiéndose la diferencia observada en años anteriores (*Figura 11*).

Figura 11. Evolución de los fumadores/as que no han realizado ningún intento serio para dejar de fumar en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

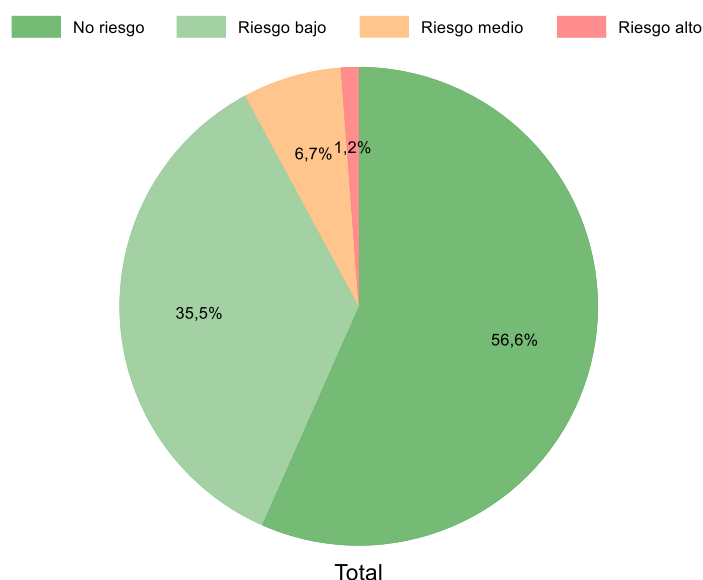
3.6. Consumo de alcohol

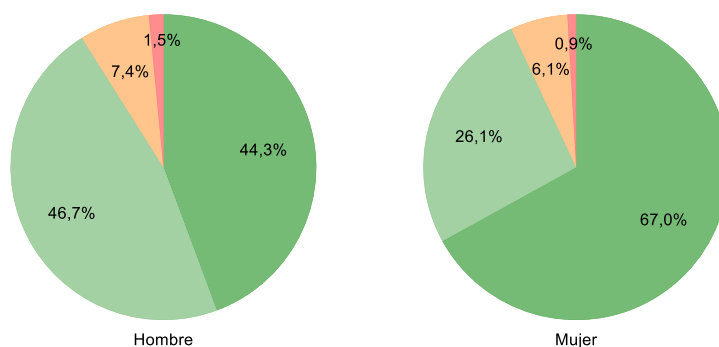
El **consumo medio semanal per cápita** de alcohol fue 32,0 gramos, 49,4 gramos/semana en hombres y 17,3 gramos/semana en mujeres. A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedoras habituales como a bebedoras ocasionales,

aquellas que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE), utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España²⁵. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4 el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7. Según categorías del consumo medio diario de alcohol, se consideró bebedor/a de riesgo bajo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres²⁶. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona cuyo consumo diario fue de >20 g/día y <40 g/día en hombres y >10 g/día y <24 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo alto a los hombres y mujeres con consumos >40 g/día y >24 g/día, respectivamente. A continuación, se resumen los hallazgos más relevantes derivados de estos criterios:

En relación con el **consumo medio diario de alcohol**, el 56,6% de la población se sitúa en la categoría de **no riesgo**, mientras que un 35,5% presenta un consumo de **riesgo bajo**. Las categorías de mayor riesgo son menos frecuentes, alcanzando el 6,7% para el **riesgo medio** y el 1,2% para el **riesgo alto**. Se observan diferencias importantes por sexo: las mujeres presentan con mayor frecuencia patrones de no riesgo (67,0% frente a 44,3% en hombres), mientras que los hombres registran porcentajes más elevados en todas las categorías de consumo de riesgo. Por grupos de edad, se aprecia una tendencia hacia patrones de consumo de menor riesgo conforme aumenta la edad. El porcentaje de personas en la categoría de no riesgo pasa del 53,9% en el grupo de 65-69 años al 63,2% en el de 75-79 años, mientras que las categorías de riesgo tienden a disminuir, especialmente en el grupo de mayor edad (*Figura 12 y Tabla 9*).

Figura 12. Consumo medio diario de alcohol según categorías de riesgo* por sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.





*No riesgo: no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. Riesgo bajo: Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres. Riesgo medio: Consumo de alcohol de >20 g/día y < 40 g/día en hombres y >10 g/día y < 24 g/día en mujeres. Riesgo alto: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

El 39,5% de la población declara **consumir alcohol de forma habitual**. Esta práctica es considerablemente más frecuente en los hombres (51,2%) que en las mujeres (29,6%). En cuanto a la edad, se observa una tendencia descendente, pasando del 42,3% en el grupo de 65-69 años al 33,9% en el de 75-79 años. Estos resultados sugieren que el consumo habitual de alcohol continúa siendo una conducta relativamente frecuente en este grupo de edad, especialmente entre los varones. Entre los bebedores habituales, un 5,3% presenta un **resultado positivo en el test de CAGE**²⁷⁻²⁹, indicador de posible consumo problemático de alcohol. La prevalencia es notablemente superior en hombres (7,2%) que en mujeres (2,5%). Por grupos de edad no se observa una tendencia clara, aunque el porcentaje más elevado se registra en el grupo de 65-69 años (7,7%), mientras que el más bajo corresponde al grupo de 70-74 años (2,8%) (Tabla 9).

Tabla 9. Indicadores de consumo de alcohol por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
	% (IC95%)	Hombres % (IC95%)	Mujeres % (IC95%)	65-69 % (IC95%)	70-74 % (IC95%)	75-79 % (IC95%)
Consumo medio diario de alcohol¹						
No riesgo	56,6 (53,6-59,6)	44,3 (39,8-48,9)	67,0 (62,9-70,8)	53,9 (49,1-58,8)	55,0 (50,0-59,9)	63,2 (57,1-68,9)
Riesgo bajo	35,5 (32,7-38,4)	46,7 (42,2-51,3)	26,1 (22,5-29,9)	38,2 (33,5-43,0)	35,0 (30,4-39,9)	32,0 (26,6-37,9)
Riesgo medio	6,7 (5,3-8,4)	7,4 (5,4-10,2)	6,1 (4,3-8,4)	6,4 (4,3-9,2)	8,6 (6,1-12,0)	4,4 (2,4-7,8)
Riesgo alto	1,2 (0,7-2,1)	1,5 (0,7-3,2)	0,9 (0,4-2,2)	1,5 (0,7-3,4)	1,4 (0,6-3,3)	0,4 (0,1-2,8)
Bebedores habituales²						
	39,5 (36,6-42,5)	51,2 (46,6-55,8)	29,6 (25,9-33,6)	42,3 (37,6-47,2)	40,3 (35,5-45,2)	33,9 (28,3-39,9)
Test CAGE positivo en bebedores habituales³						
	5,3 (3,5-7,9)	7,2 (4,5-11,3)	2,5 (0,9-6,5)	7,7 (4,6-12,9)	2,8 (1,0-7,2)	4,7 (1,7-12,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ **No riesgo** : no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. **Riesgo bajo**: Consumo de alcohol ≤ 20 g/día en hombres y ≤ 10 g/día en mujeres. **Riesgo medio**: Consumo de alcohol de >20 g/día y < 40 g/día en hombres y >10 g/día y < 24 g/día en mujeres. **Riesgo alto**: Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres.

² Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

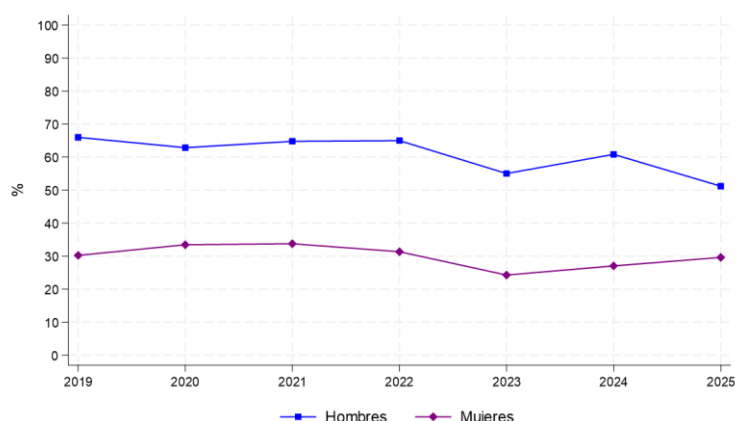
³ Test CAGE positivo: ≥ 2 respuestas positivas.

Al analizar el **consumo por encima de los límites de riesgo bajo según variables sociodemográficas** no se observan gradientes claros según el nivel educativo ni la clase social. Sin embargo, entre las mujeres se registran porcentajes más elevados en los niveles educativos

superiores e intermedios (10,4% y 8,1%, respectivamente) que en el nivel básico o inferior (3,9%). Asimismo, en ambos sexos las prevalencias más altas tienden a concentrarse en las personas que refieren llegar a fin de mes con facilidad o mucha facilidad, especialmente entre los hombres (11,0%) (Anexo: tabla 7 y figura 7).

La prevalencia de **bebedores/as habituales** ha sido sistemáticamente más elevada en los hombres que en las mujeres a lo largo de todo el **periodo 2019-2025**. En los hombres se observa una tendencia descendente durante los últimos años de la serie, aunque con algunas fluctuaciones intermedias. En las mujeres, por el contrario, la evolución es más estable, con un descenso hasta 2023 seguido de una recuperación parcial en los dos últimos años (Figura 13).

Figura 13. Evolución de los bebedores/as habituales (ocasionales o diarios)* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



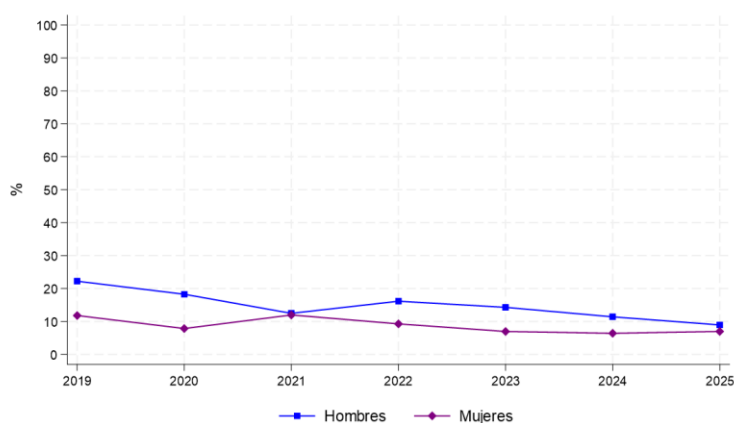
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	66,0	62,9	64,8	65,0	55,0	60,8	51,2
Mujeres	30,2	33,5	33,8	31,3	24,3	27,0	29,6

*Consumo de al menos una vez/semana en los últimos 30 días.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

La prevalencia de **bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo** ha disminuido en ambos sexos durante el **periodo 2019-2025**, especialmente entre los hombres. Como resultado, las diferencias por sexo observadas al inicio de la serie se han reducido progresivamente, alcanzándose valores muy similares en los últimos años (Figura 14).

Figura 14. Evolución de los bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	22,2	18,3	12,5	16,2	14,3	11,4	9,0
Mujeres	11,8	7,9	12,0	9,3	7,0	6,4	7,0

* Consumo de alcohol >20 gramos/día en hombres y >10 gramos/día en mujeres.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.7. Prácticas preventivas

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas preventivas incluidas en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)³⁰⁻³⁴ relacionados con el cribado de cáncer: mamografías y test de sangre oculta en heces, o bien indicadores con base en las recomendaciones que Atención Primaria señala a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{35,36}: la medición de la tensión arterial o del colesterol en sangre.

La *Tabla 10* muestra los indicadores sobre prácticas preventivas relativos a **tensión arterial y colesterol** en la población de 65 a 79 años. Posteriormente se abordan los indicadores relativos a otras prácticas preventivas dirigidas a la población de 65 a 69 años, concretamente **sangre oculta en heces y mamografía**.

Tabla 10. Control y diagnóstico de tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Medición tensión arterial ≤1 año¹	83,5 (81,0-85,6)	84,6 (81,0-87,7)	82,5 (79,0-85,5)	79,0 (74,6-82,8)	85,1 (80,9-88,4)	88,2 (83,5-91,7)
Comunicación tensión arterial elevada	51,3 (48,2-54,3)	52,4 (47,8-57,0)	50,3 (46,1-54,4)	44,0 (39,1-49,0)	53,1 (47,9-58,2)	60,2 (53,9-66,1)
Medición colesterol ≤1 año¹	90,7 (88,7-92,3)	91,3 (88,3-93,6)	90,1 (87,3-92,4)	88,6 (85,0-91,5)	91,7 (88,3-94,2)	92,3 (88,2-95,1)
Comunicación colesterol elevado	49,5 (46,4-52,6)	48,9 (44,3-53,5)	50,0 (45,8-54,2)	44,5 (39,6-49,5)	52,0 (46,7-57,2)	53,8 (47,5-60,0)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

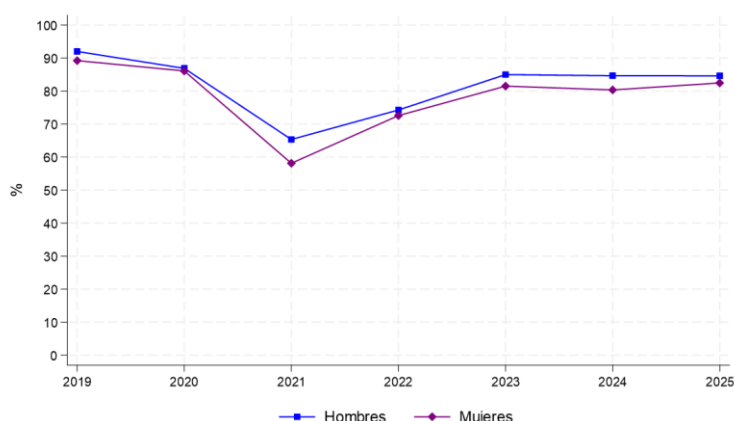
¹ Se recomienda medir la tensión arterial y el colesterol al menos una vez al año en personas mayores de 65 años. En caso de presencia de factores de riesgo, hipertensión o hipercolesterolemia diagnosticadas las mediciones deben ser más frecuentes siguiendo las indicaciones del profesional sanitario.

Tensión arterial

Los datos relativos al control y diagnóstico de factores de riesgo cardiovascular muestran que el 83,5% de los individuos refiere haberse realizado una **medición de tensión arterial en el último año**, cumpliendo así con las recomendaciones establecidas para este grupo etario. Respecto a la **comunicación de tensión arterial elevada**, el 51,3% declara haber sido informado por un profesional sanitario sobre valores elevados de presión arterial, lo que sugiere una considerable prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en esta población. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que los hombres presentan porcentajes más elevados tanto en la medición de tensión arterial en el último año (84,6% frente a 82,5% en mujeres) como en la comunicación de tensión arterial elevada (52,4% frente a 50,3% en mujeres). Respecto a los grupos de edad, se aprecia una tendencia ligeramente ascendente en la proporción de individuos que se han realizado una medición de tensión arterial en el último año, incrementándose del 79,0% en el grupo de 65-69 años al 88,2% en el de 75-79 años. Esta tendencia se acentúa considerablemente en la comunicación de tensión arterial elevada, que aumenta de manera progresiva desde el 44,0% en el grupo más joven hasta el 60,2% en el de mayor edad (Tabla 10).

La proporción de personas que se han **medido la tensión arterial en el último año** se mantuvo en valores muy elevados al inicio de la **serie 2019-2025**, registrándose un descenso acusado en 2021 tanto en hombres como en mujeres. A partir de ese momento se observa una recuperación progresiva del indicador, alcanzando posteriormente niveles próximos a los observados antes de la caída. Durante todo el periodo analizado, las mujeres presentan porcentajes ligeramente inferiores a los de los hombres (Figura 15).

Figura 15. Evolución de la medición de la tensión arterial en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	92,0	86,9	65,3	74,3	85,0	84,7	84,6
Mujeres	89,2	86,1	58,1	72,6	81,5	80,3	82,5

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

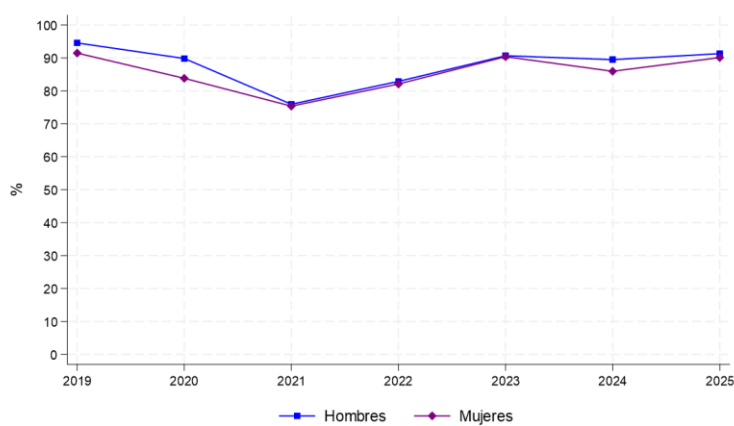
Colesterol

El 90,7% de la población estudiada refiere haberse realizado una **medición de colesterol en el último año**, porcentaje superior al observado para la tensión arterial, lo que indica un elevado cumplimiento de las recomendaciones preventivas. La **comunicación de niveles elevados de colesterol** alcanza al 49,5% de los participantes. Las diferencias por sexo en el control del colesterol muestran un patrón similar al observado para la tensión arterial, con mayor porcentaje de medición en hombres (91,3% frente a 90,1% en mujeres). Respecto a la comunicación de colesterol elevado, tampoco se observan diferencias marcadas entre hombres

(48,9%) y mujeres (50,0%). En cuanto a los grupos de edad, se aprecia un ligero incremento en el porcentaje de medición de colesterol con la edad, desde el 88,6% en el grupo de 65-69 años hasta el 92,3% en el de 75-79 años. De manera similar, la comunicación de colesterol elevado muestra una tendencia ascendente con la edad, aumentando del 44,5% en el grupo más joven al 53,8% en el de mayor edad (*Tabla 10*).

La proporción de personas que se han realizado una **medición del colesterol en el último año** se mantiene en niveles muy elevados durante todo el **periodo 2019-2025**. Tras el descenso observado en 2021, tanto en hombres como en mujeres, se aprecia una recuperación progresiva en los años posteriores, alcanzándose nuevamente valores cercanos a los registrados al inicio de la serie. Las diferencias por sexo son reducidas a lo largo de todo el periodo, con porcentajes muy similares en hombres y mujeres (*Figura 16*).

Figura 16. Evolución de la medición de colesterol en el último año por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



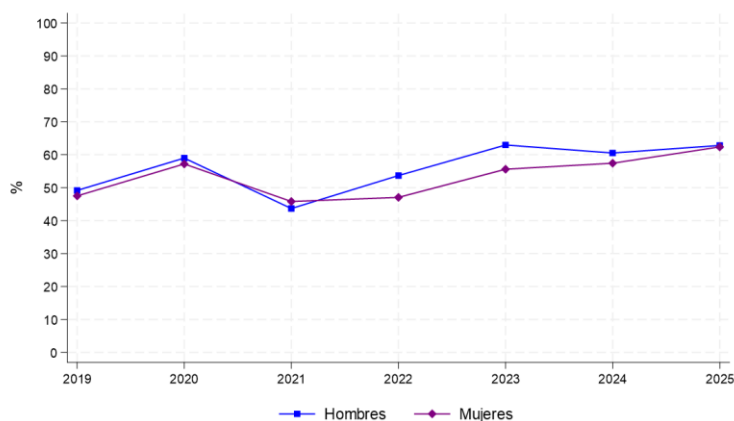
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	94,5	89,8	75,9	82,9	90,7	89,5	91,3
Mujeres	91,5	83,8	75,4	82,1	90,4	86,0	90,1

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

Sangre oculta en heces

Partiendo de las recomendaciones hasta 2025, el análisis del **periodo 2019-2025** revela una fluctuación en el porcentaje de **población de 65 a 69 años** que se ha realizado un test de sangre oculta en heces **en los últimos dos años y con fines preventivos**. Tras una disminución observada en 2021, el indicador experimenta un aumento sostenido en ambos sexos, alcanzando en los últimos años los valores más elevados de la serie. Aunque los hombres presentan porcentajes ligeramente superiores durante gran parte del periodo, las diferencias por sexo son reducidas y tienden a desaparecer al final de la serie (*Figura 17*).

Figura 17. Evolución de la realización de test de sangre oculta en heces ≤ 2 años por sexo y año (%). Población de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.



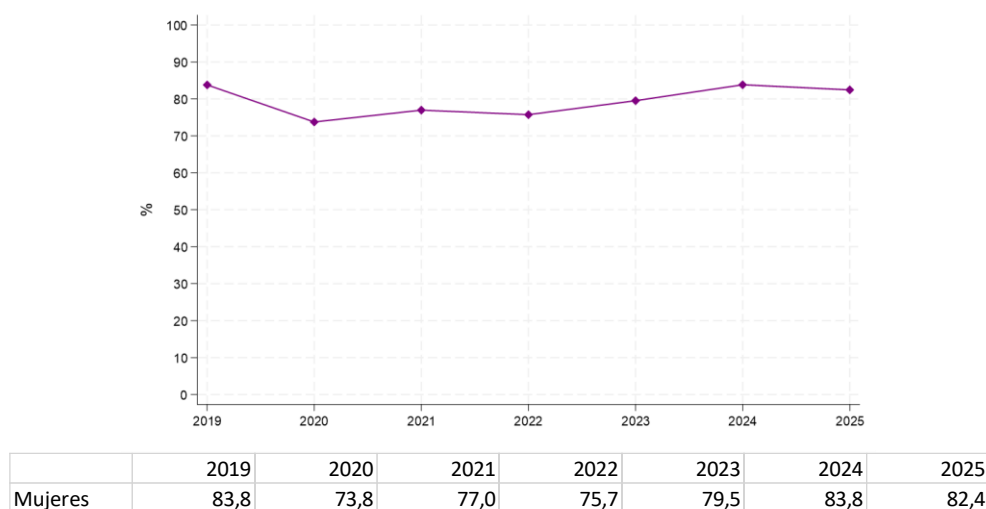
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Hombres	49,2	59,0	43,7	53,7	63,0	60,5	62,8
Mujeres	47,5	57,2	45,8	47,1	55,6	57,4	62,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

La actualización de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 2026³⁷, amplía la población diana de este programa de cribado, **elevando el límite superior de edad de los 69 a los 74 años**. Aunque esta modificación es posterior al periodo analizado, se incorporan los resultados correspondientes a este grupo de población obtenidos en 2025, con el objetivo de proporcionar un punto de partida que facilite el seguimiento de la implantación en la Comunidad de Madrid de esta modificación. En este grupo de edad, el 52,8% de las personas refiere haberse realizado una prueba de sangre oculta en heces con fines preventivos en los dos últimos años, sin diferencias entre hombres (52,9%) y mujeres (52,8%). Esta cobertura se sitúa por debajo del objetivo del 60% establecido para los programas poblacionales de cribado, lo que pone de manifiesto el margen existente para continuar incrementando la participación en este grupo de población.

Mamografía

Teniendo en cuenta las recomendaciones actuales, la evolución del porcentaje de **mujeres de 65 a 69 años** que se han realizado una mamografía **con fines preventivos en los últimos dos años** durante el **periodo 2019-2025** muestra una caída inicial con recuperación en los últimos años. Tras el descenso observado en 2020, el indicador recupera progresivamente los valores previos y se mantiene durante los dos últimos años por encima del 80%. Aunque se aprecian pequeñas fluctuaciones interanuales, la evolución global refleja una elevada cobertura de esta práctica preventiva (*Figura 18*).

Figura 18. Evolución de mamografía ≤ 2 años por sexo y año (%). Mujeres de 65 a 69 años. Comunidad de Madrid, 2019-2025.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25)

3.8. Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública³⁸. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2023 un nuevo módulo en el SIVFRENT-M. El 9,1% de las mujeres refieren haber sufrido este tipo de violencia a lo largo de la vida. Esta prevalencia en población mayor de 65-79 años es un hallazgo muy relevante, considerando que probablemente exista un infradiagnóstico por normalización de conductas en estas generaciones o resistencia a revelar experiencias de violencia.

Como cuestionario de detección de violencia de pareja, se utilizó la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)^{39,40}. Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert: «En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: Con mucha tensión/Alguna tensión/Sin tensión» y «Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: Mucha dificultad/Alguna dificultad/Sin dificultad». La puntuación es del tipo 1-1-0 en cada pregunta y se considera test positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (muchas o algunas tensiones y muchas o algunas dificultades). Los resultados de 2025 indican que el 9,8% de las mujeres dan positivo en este cribado, una cifra muy similar a la observada en 2024 (9,0%), lo que sugiere una notable estabilidad del indicador. Estos resultados ponen de manifiesto, de nuevo, que aproximadamente una de cada diez mujeres de 65 a 79 años presenta indicios de haber experimentado situaciones compatibles con violencia de pareja. El instrumento WAST parece ser una herramienta útil para la detección de estos casos, con un bajo nivel de no respuesta (1,6%).

4. CONCLUSIONES

Sedentarismo y actividad física: el sedentarismo en la actividad habitual continúa afectando a una proporción importante de la población mayor y sigue siendo más frecuente en los hombres. Aunque más de la mitad de la población cumple las recomendaciones de ejercicio aeróbico, la adherencia a las recomendaciones de fortalecimiento muscular continúa siendo baja. Persisten las desigualdades por sexo, con menores niveles de actividad física en las mujeres, y se observa una disminución de la práctica de actividad física con la edad. Asimismo, el sedentarismo muestra una asociación con la situación económica y con determinados perfiles sociodemográficos. Resulta necesario continuar promoviendo la actividad física, especialmente el ejercicio de fuerza, mediante estrategias adaptadas a las características de la población mayor.

Sueño: casi una tercera parte de la población no alcanza las 7 horas diarias de sueño recomendadas, a pesar de que la duración media del sueño es la adecuada. La falta de sueño es más frecuente en las mujeres y en las personas con menor nivel socioeconómico, lo que evidencia la persistencia de desigualdades sociales también en este determinante de la salud.

Alimentación: el patrón alimentario continúa alejándose de las recomendaciones nutricionales. El consumo de frutas y verduras sigue siendo insuficiente y el consumo elevado de carne y derivados es frecuente, especialmente entre los hombres. El consumo insuficiente de lácteos continúa siendo habitual y mantiene la tendencia observada en los últimos años. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de promoción de una alimentación saludable.

Antropometría: la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) continúa siendo muy elevada, afectando especialmente a los hombres. Se mantienen además importantes desigualdades sociales, con prevalencias más elevadas en las personas con menor nivel educativo y en las clases sociales más desfavorecidas, particularmente entre las mujeres. Estos resultados subrayan la importancia de abordar los determinantes sociales asociados al exceso de peso.

Tabaco: el consumo actual de tabaco continúa disminuyendo con la edad. Se mantienen diferencias socioeconómicas relevantes, con prevalencias más elevadas entre las personas con mayores dificultades económicas y en las clases sociales más desfavorecidas. A pesar de la ligera reducción observada respecto al año anterior, el tabaquismo continúa representando un importante problema de salud pública.

Alcohol: aunque la prevalencia de bebedores habituales disminuye respecto al año anterior, el consumo de alcohol sigue siendo frecuente, especialmente entre los hombres. Una proporción relevante de la población supera los límites de riesgo bajo y una parte de los bebedores habituales presenta un cribado positivo en el test CAGE, indicando un posible consumo problemático. El consumo disminuye con la edad y no muestra gradientes socioeconómicos consistentes, aunque se observan algunas diferencias según nivel educativo y situación económica. Los resultados indican un amplio margen de mejora en este ámbito.

Prácticas preventivas: la realización de mediciones de tensión arterial y colesterol en el último año se mantiene en niveles elevados. Más de la mitad de la población refiere hipertensión arterial y aproximadamente la mitad colesterol elevado, aumentando ambos indicadores con la edad. En consonancia con la ampliación de la población diana del programa de cribado de cáncer colorrectal hasta los 74 años, la cobertura de la prueba de sangre oculta en heces pone de manifiesto un margen de mejora para alcanzar el objetivo establecido para los programas poblacionales de cribado, mientras que la cobertura de mamografía se mantiene en niveles elevados.

Violencia contra la mujer por su pareja o expareja: los resultados confirman la relevancia de este problema también en las edades más avanzadas. La prevalencia de violencia referida a lo largo de la vida y la estabilidad del cribado positivo mediante la escala WAST respecto al año anterior refuerzan la necesidad de mantener estrategias de detección y atención adaptadas a las mujeres mayores.

Nivel socioeconómico: los resultados de 2025 confirman la persistencia de desigualdades sociales en salud en la población mayor. Se observan gradientes socioeconómicos especialmente claros en indicadores como el exceso de peso, el tabaquismo y el déficit de sueño. Estas desigualdades ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones que actúen sobre los determinantes sociales de la salud y contribuyan a reducir las brechas observadas.

Consideraciones finales: los datos del SIVFRENT-M 2025 muestran algunos avances favorables en ámbitos como la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo habitual de alcohol. Sin embargo, persisten importantes retos relacionados con la alimentación, el exceso de peso y las desigualdades sociales en salud. La vigilancia continuada de estos indicadores y el desarrollo de intervenciones adaptadas a las características y necesidades de la población mayor siguen siendo fundamentales para promover un envejecimiento saludable en la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por:

Antonio González Herrera y Ana Gandarillas. 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 mayor de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M), 2025. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 31. Julio 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe del Estado de Salud de la Población 2025 | Comunidad de Madrid [Internet]. 2023 [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/salud/informe-estado-salud-poblacion-2025>
2. Naghavi M, Kyu HH, A B, Aalipour MA, Aalruz H, Ababneh HS, et al. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 18 de octubre de 2025;406(10513):1811-72. doi:10.1016/S0140-6736(25)01917-8 PubMed PMID: 41092928.
3. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st century. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):145-51. PubMed PMID: 10029510.
4. Morabia A. From disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. mayo de 1996;86(5):625-7. doi:10.2105/ajph.86.5.625 PubMed PMID: 8629708; PubMed Central PMCID: PMC1380465.
5. Naciones Unidas. Desarrollo Sostenible. 2023. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
6. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>.
7. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Epidemiología. Hábitos de salud en la población mayor. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 2. Volumen 27. Marzo - Abril 2022. [Internet]. 2026 [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50691>
8. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. 2020. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?utm_source=chatgpt.com.
9. 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.
10. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
11. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–72.
12. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios. 2021.
13. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. <https://iris.who.int/handle/10665/272722>.

14. Sjostrom M, Ainsworth B, Bauman A, Bull F, Hamilton-Craig C, Sallis J. Guidelines for data processing analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short and long forms. En. 2005 [citado 15 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Guidelines-for-data-processing-analysis-of-the-and-Sjostrom-Ainsworth/efb9575f5c957b73c640f00950982e618e31a7be>
15. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* agosto de 2003;35(8):1381-95. doi:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB PubMed PMID: 12900694.
16. Román Viñas B, Ribas Barba L, Ngo J, Serra Majem L. Validación en población catalana del cuestionario internacional de actividad física. *Gaceta Sanitaria.* junio de 2013;27(3):254-7. doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.013
17. Li J, Cao D, Huang Y, Chen Z, Wang R, Dong Q, et al. Sleep duration and health outcomes: an umbrella review. *Sleep Breath.* septiembre de 2022;26(3):1479-501. doi:10.1007/s11325-021-02458-1 PubMed PMID: 34435311.
18. Zhao X, Li Y, Wang T. Effects of Sleep Patterns on Cardiovascular Health. *Cardiovascular Innovations and Applications.* 10 de octubre de 2025;10:959. doi:10.15212/CVIA.2025.0022
19. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* marzo de 2015;1(1):40-3. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010 PubMed PMID: 29073412.
20. Merino Andréu M, Álvarez Ruiz De Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MÁ, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, et al. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *RevNeurol.* 2016;63(S02):1. doi:10.33588/rn.63S02.2016397
21. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles complementadas con recomendaciones de actividad física para la población española. 2022. <https://www.dsca.gob.es/es/servicios/publicaciones-programa-editorial/programa-editorial/recomendaciones-dieteticas-saludables-sostenibles-complementadas-recomendaciones>.
22. Sociedad Española De Nutrición Comunitaria [Internet]. [citado 13 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap>
23. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev.* 1983; 52:697-708.
24. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc).* 2000; 115:587-97.
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.

26. 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; 2020.
27. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J Estud Alcohol*. 1994; 55:471-4.
28. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *CMAJ*. 1 de diciembre de 1997;157(11):1529-35. PubMed PMID: 9400407; PubMed Central PMCID: PMC1228563.
29. 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. *Addictive Behaviors*. 1 de julio de 2004;29(5):867-78. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.057
30. BOE-A-2006-16212 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [Internet]. [citado 23 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Sec. 1, Orden SSI/2065/2014. 6 de noviembre de 2014. p. 91369-82. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065>
32. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Sec. 1, Orden SCB/480/2019. 27 de abril de 2019. p. 43018-28. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2019/04/26/scb480>
33. Ministerio de Sanidad. Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética, y por la que se modifican los anexos I, II, III, VI y VII del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Sec. 1, Orden SND/606/2024. 18 de junio de 2024. p. 70588-609. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/06/13/snd606>
34. Ministerio de Sanidad. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética [Internet]. Sec. 1, Orden SND/356/2026. 20 de abril de 2026. p. 54856-70. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2026/04/13/snd356>

35. Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillen VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, et al. Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024. Aten Primaria. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-vasculares-actualizacion-papps-S0212656724002658>.
36. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria. 2024. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-prevencion-del-cancer-actualizacion-S0212656724002701>.
37. Ministerio de Sanidad. Orden SND/356/2026, de 13 de abril, por la que se modifican, en relación con la información y vigilancia en salud pública, cribados prenatales, neonatales y de cáncer colorrectal, los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y por la que se modifica la Orden SND/606/2024, de 13 de junio, por la que se crea el Comité Asesor para la Cartera Común de Servicios en el Área de Genética [Internet]. Sec. 1, Orden SND/356/2026. 20 de abril de 2026. p. 54856-70. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2026/04/13/snd356>
38. 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.
39. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2008;22(5):415-20. doi:10.1157/13126922
40. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande A, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano L, Ordobás Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. Gac Sanit. 1 de noviembre de 2020;34(6):595-600. doi:10.1016/j.gaceta.2019.04.006

6. ANEXOS

Anexo tabla 1. Sedentarismo en actividad habitual/laboral* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	58	30,5(24,4-37,5)	51	24,9(19,4-31,2)	109	27,6(23,4-32,2)
70-74	57	35,2(28,2-42,8)	49	24,7(19,2-31,3)	106	29,4(25,0-34,3)
75-79	34	31,8(23,6-41,3)	46	32,2(25,1-40,2)	80	32,0(26,5-38,0)
País de nacimiento						
España	134	31,2(26,9-35,7)	128	26,0(22,3-30,1)	262	28,4(25,6-31,4)
Otros países	15	51,7(34,0-69,0)	18	33,3(22,1-46,9)	33	39,8(29,8-50,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	119	30,7(26,3-35,6)	72	23,1(18,7-28,1)	191	27,3(24,1-30,8)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	23	45,1(32,1-58,8)	27	27,3(19,4-36,9)	50	33,3(26,3-41,2)
Viudo/a	7	33,3(16,8-55,4)	47	34,8(27,2-43,3)	54	34,6(27,5-42,4)
Nivel educativo¹						
Superior	72	40,0(33,1-47,3)	32	22,2(16,2-29,7)	104	32,1(27,3-37,3)
Intermedio	38	28,6(21,5-36,9)	36	20,7(15,3-27,4)	74	24,1(19,6-29,2)
Básico e inferior	39	26,7(20,1-34,5)	78	34,2(28,3-40,6)	117	31,3(26,8-36,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	122	30,4(26,1-35,1)	112	25,3(21,5-29,6)	234	27,8(24,8-30,9)
Otras ²	27	46,6(34,1-59,4)	34	32,7(24,4-42,2)	61	37,7(30,5-45,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	69	35,9(29,4-43,0)	29	18,6(13,3-25,4)	98	28,2(23,7-33,1)
III	29	32,2(23,3-42,6)	49	31,6(24,8-39,4)	78	31,8(26,3-38,0)
IV - V	50	28,9(22,6-36,1)	46	23,2(17,9-29,6)	96	25,9(21,7-30,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	86	36,3(30,4-42,6)	59	26,2(20,9-32,3)	145	31,4(27,3-35,8)
Con alguna facilidad	20	15,6(10,3-23,0)	33	17,1(12,4-23,1)	53	16,5(12,8-21,0)
Con alguna dificultad	21	37,5(26,0-50,7)	27	36,5(26,4-47,9)	48	36,9(29,1-45,5)
Con dificultad o mucha dificultad	19	63,3(45,1-78,4)	20	52,6(37,0-67,8)	39	57,4(45,4-68,5)
Totales	149	32,5(28,3-36,9)	146	26,7(23,2-30,6)	295	29,4(26,6-32,2)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Personas que pasan sentadas la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

Anexo tabla 2. Duerme <7 horas/día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
Edad						
65-69	45	23,6(18,0-30,1)	77	37,7(31,3-44,7)	122	30,9(26,5-35,6)
70-74	43	26,5(20,3-33,9)	76	38,6(32,0-45,6)	119	33,1(28,5-38,2)
75-79	30	28,0(20,4-37,2)	49	34,0(26,7-42,2)	79	31,5(26,0-37,5)
País de nacimiento						
España	108	25,1(21,2-29,4)	179	36,5(32,3-40,8)	287	31,1(28,2-34,2)
Otros países	10	34,5(19,7-53,1)	23	42,6(30,2-56,0)	33	39,8(29,9-50,6)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	91	23,5(19,5-28,0)	112	36,1(30,9-41,7)	203	29,1(25,9-32,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	21	40,4(27,9-54,2)	33	33,3(24,8-43,2)	54	35,8(28,5-43,7)
Viudo/a	6	28,6(13,4-50,9)	57	41,9(33,9-50,4)	63	40,1(32,7-48,0)
Nivel educativo¹						
Superior	40	22,2(16,7-28,9)	46	31,9(24,8-40,0)	86	26,5(22,0-31,6)
Intermedio	37	27,6(20,7-35,8)	64	37,0(30,1-44,5)	101	32,9(27,9-38,4)
Básico e inferior	41	28,1(21,4-35,9)	92	40,4(34,2-46,9)	133	35,6(30,9-40,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	100	24,9(20,9-29,4)	152	34,5(30,2-39,0)	252	29,9(26,9-33,1)
Otras ²	18	31,0(20,5-44,0)	50	48,1(38,6-57,7)	68	42,0(34,6-49,7)
Clase social (familiar)³						
I - II	47	24,5(18,9-31,1)	47	30,1(23,4-37,8)	94	27,0(22,6-31,9)
III	19	21,1(13,8-30,8)	53	34,2(27,2-42,0)	72	29,4(24,0-35,4)
IV - V	49	28,2(22,0-35,3)	83	42,1(35,4-49,2)	132	35,6(30,9-40,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	55	23,2(18,2-29,0)	68	30,2(24,6-36,5)	123	26,6(22,8-30,8)
Con alguna facilidad	36	28,1(21,0-36,5)	74	38,3(31,7-45,4)	110	34,3(29,3-39,6)
Con alguna dificultad	11	19,3(11,0-31,7)	34	45,9(35,0-57,3)	45	34,4(26,8-42,8)
Con dificultad o mucha dificultad	13	43,3(27,0-61,3)	19	51,4(35,6-66,9)	32	47,8(36,1-59,7)
Totales	118	25,7(21,9-29,9)	202	37,1(33,1-41,2)	320	31,8(29,0-34,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 3. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	16	8,3(5,2-13,1)	22	10,7(7,2-15,8)	38	9,6(7,1-12,9)
70-74	16	9,9(6,1-15,6)	27	13,6(9,5-19,1)	43	11,9(9,0-15,7)
75-79	15	14,0(8,6-22,1)	15	10,4(6,4-16,6)	30	12,0(8,5-16,6)
País de nacimiento						
España	44	10,2(7,7-13,4)	58	11,8(9,2-14,9)	102	11,0(9,2-13,2)
Otros países	3	10,3(3,4-27,6)	6	11,1(5,1-22,6)	9	10,8(5,7-19,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	40	10,3(7,7-13,8)	44	14,1(10,7-18,4)	84	12,0(9,8-14,6)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,7)	9	9,1(4,8-16,6)	13	8,6(5,1-14,3)
Viudo/a	3	14,3(4,7-36,1)	11	8,1(4,5-14,1)	14	8,9(5,3-14,5)
Nivel educativo¹						
Superior	12	6,6(3,8-11,3)	18	12,5(8,0-19,0)	30	9,2(6,5-12,9)
Intermedio	16	11,9(7,4-18,6)	16	9,2(5,7-14,5)	32	10,4(7,4-14,3)
Básico e inferior	19	13,0(8,4-19,5)	30	13,1(9,3-18,1)	49	13,1(10,0-16,9)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	45	11,2(8,4-14,6)	51	11,5(8,9-14,8)	96	11,3(9,4-13,7)
Otras ²	2	3,4(0,9-12,8)	13	12,5(7,4-20,4)	15	9,3(5,7-14,8)
Clase social (familiar)³						
I - II	17	8,8(5,6-13,7)	18	11,5(7,4-17,6)	35	10,0(7,3-13,6)
III	8	8,9(4,5-16,9)	13	8,4(4,9-13,9)	21	8,6(5,6-12,8)
IV - V	20	11,5(7,5-17,2)	27	13,6(9,5-19,1)	47	12,6(9,6-16,4)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	25	10,5(7,2-15,2)	28	12,4(8,7-17,4)	53	11,4(8,8-14,7)
Con alguna facilidad	15	11,7(7,2-18,6)	21	10,9(7,2-16,1)	36	11,2(8,2-15,1)
Con alguna dificultad	2	3,5(0,9-13,0)	7	9,5(4,6-18,6)	9	6,9(3,6-12,7)
Con dificultad o mucha dificultad	3	10,0(3,3-26,9)	5	13,2(5,6-28,1)	8	11,8(6,0-21,8)
Totales	47	10,2(7,7-13,3)	64	11,7(9,3-14,7)	111	11,0(9,2-13,1)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 4. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	86	44,8(37,8-52,0)	59	28,8(23,0-35,4)	145	36,5(32,0-41,3)
70-74	71	43,8(36,3-51,6)	61	30,8(24,7-37,6)	132	36,7(31,8-41,8)
75-79	38	35,5(27,0-45,1)	41	28,5(21,7-36,4)	79	31,5(26,0-37,5)
País de nacimiento						
España	181	41,9(37,3-46,7)	147	29,8(25,9-34,0)	328	35,5(32,4-38,6)
Otros países	14	48,3(31,0-65,9)	14	25,9(16,0-39,2)	28	33,7(24,4-44,5)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	159	41,0(36,2-46,0)	98	31,4(26,5-36,8)	257	36,7(33,2-40,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	23	44,2(31,4-57,9)	28	28,3(20,3-38,0)	51	33,8(26,7-41,7)
Viudo/a	13	61,9(40,1-79,8)	35	25,7(19,0-33,8)	48	30,6(23,9-38,2)
Nivel educativo¹						
Superior	74	40,9(33,9-48,2)	37	25,7(19,2-33,5)	111	34,2(29,2-39,5)
Intermedio	59	44,0(35,8-52,6)	47	27,0(21,0-34,1)	106	34,4(29,3-39,9)
Básico e inferior	62	42,5(34,7-50,7)	77	33,6(27,8-40,0)	139	37,1(32,3-42,1)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	167	41,4(36,7-46,4)	132	29,8(25,7-34,2)	299	35,3(32,2-38,6)
Otras ²	28	48,3(35,7-61,1)	29	27,9(20,1-37,3)	57	35,2(28,2-42,9)
Clase social (familiar)³						
I - II	89	46,1(39,2-53,2)	40	25,6(19,4-33,1)	129	37,0(32,1-42,1)
III	36	40,0(30,4-50,5)	40	25,8(19,5-33,3)	76	31,0(25,5-37,1)
IV - V	69	39,7(32,7-47,1)	69	34,7(28,4-41,6)	138	37,0(32,3-42,0)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	102	43,0(36,8-49,5)	63	27,9(22,4-34,1)	165	35,6(31,4-40,1)
Con alguna facilidad	54	42,2(33,9-50,9)	60	31,1(24,9-38,0)	114	35,5(30,5-40,9)
Con alguna dificultad	24	42,1(30,0-55,2)	25	33,8(24,0-45,2)	49	37,4(29,6-46,0)
Con dificultad o mucha dificultad	13	43,3(27,0-61,2)	6	15,8(7,3-31,0)	19	27,9(18,6-39,7)
Totales	195	42,3(37,8-46,9)	161	29,4(25,7-33,4)	356	35,3(32,4-38,3)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 5. Sobrepeso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	121	63,7(56,6-70,2)	107	53,2(46,4-59,9)	228	58,3(53,4-63,0)
70-74	118	73,3(65,9-79,6)	113	57,9(50,9-64,7)	231	64,9(59,8-69,6)
75-79	65	61,9(52,2-70,8)	77	56,6(48,1-64,8)	142	58,9(52,5-65,0)
País de nacimiento						
España	289	67,7(63,1-71,9)	261	54,4(49,9-58,8)	550	60,6(57,4-63,7)
Otros países	15	51,7(34,0-69,0)	36	69,2(55,5-80,2)	51	63,0(52,0-72,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	262	68,4(63,6-72,9)	169	55,2(49,6-60,7)	431	62,6(58,9-66,1)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	31	59,6(45,8-72,1)	53	55,8(45,6-65,5)	84	57,1(49,0-64,9)
Viudo/a	11	52,4(31,7-72,3)	75	57,3(48,6-65,5)	86	56,6(48,5-64,3)
Nivel educativo¹						
Superior	102	57,0(49,6-64,1)	63	43,8(35,9-51,9)	165	51,1(45,7-56,5)
Intermedio	95	71,4(63,2-78,4)	84	49,7(42,2-57,2)	179	59,3(53,7-64,6)
Básico e inferior	107	74,3(66,5-80,8)	150	68,5(62,0-74,3)	257	70,8(65,9-75,3)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	266	66,8(62,1-71,3)	245	57,0(52,3-61,6)	511	61,7(58,4-64,9)
Otras ²	38	65,5(52,5-76,6)	52	51,0(41,3-60,6)	90	56,3(48,5-63,7)
Clase social (familiar)³						
I - II	118	62,1(55,0-68,7)	74	48,1(40,3-55,9)	192	55,8(50,6-60,9)
III	57	64,0(53,5-73,4)	80	52,6(44,7-60,4)	137	56,8(50,5-63,0)
IV - V	126	72,8(65,7-79,0)	119	62,6(55,5-69,2)	245	67,5(62,5-72,1)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	152	64,4(58,1-70,2)	117	52,9(46,3-59,4)	269	58,9(54,3-63,3)
Con alguna facilidad	87	69,6(60,9-77,1)	108	57,8(50,5-64,7)	195	62,5(57,0-67,7)
Con alguna dificultad	41	71,9(58,9-82,1)	36	50,0(38,6-61,4)	77	59,7(51,0-67,8)
Con dificultad o mucha dificultad	19	63,3(45,1-78,4)	23	63,9(47,1-77,8)	42	63,6(51,4-74,3)
Totales	304	66,7(62,2-70,8)	297	55,8(51,6-60,0)	601	60,8(57,8-63,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).* Sobrepeso IMC $\geq$ 25kg/m² y obesidad IMC $\geq$ 30kg/m².

Anexo tabla 6. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	35	18,2(13,3-24,4)	32	15,6(11,2-21,3)	67	16,9(13,5-20,9)
70-74	19	11,7(7,6-17,7)	15	7,6(4,6-12,2)	34	9,4(6,8-13,0)
75-79	5	4,7(1,9-10,8)	8	5,6(2,8-10,8)	13	5,2(3,0-8,7)
País de nacimiento						
España	59	13,7(10,7-17,2)	50	10,1(7,8-13,1)	109	11,8(9,9-14,0)
Otros países	0	0,0(0,0-0,0)	5	9,3(3,9-20,4)	5	6,0(2,5-13,7)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	46	11,9(9,0-15,5)	30	9,6(6,8-13,4)	76	10,9(8,8-13,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	8	15,4(7,8-28,0)	10	10,1(5,5-17,8)	18	11,9(7,6-18,1)
Viudo/a	5	23,8(10,2-46,1)	15	11,0(6,8-17,5)	20	12,7(8,4-18,9)
Nivel educativo¹						
Superior	20	11,0(7,2-16,5)	15	10,4(6,4-16,6)	35	10,8(7,8-14,6)
Intermedio	20	14,9(9,8-22,0)	19	10,9(7,1-16,4)	39	12,7(9,4-16,8)
Básico e inferior	19	13,0(8,5-19,5)	21	9,2(6,0-13,7)	40	10,7(7,9-14,2)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	54	13,4(10,4-17,1)	41	9,3(6,9-12,3)	95	11,2(9,3-13,5)
Otras ²	5	8,6(3,6-19,2)	14	13,5(8,1-21,4)	19	11,7(7,6-17,6)
Clase social (familiar)³						
I - II	22	11,4(7,6-16,7)	15	9,6(5,9-15,4)	37	10,6(7,8-14,3)
III	12	13,3(7,7-22,0)	12	7,7(4,4-13,2)	24	9,8(6,6-14,2)
IV - V	25	14,4(9,9-20,4)	23	11,6(7,8-16,7)	48	12,9(9,9-16,6)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	29	12,2(8,6-17,1)	25	11,1(7,6-15,9)	54	11,7(9,0-14,9)
Con alguna facilidad	17	13,3(8,4-20,3)	17	8,8(5,5-13,7)	34	10,6(7,7-14,5)
Con alguna dificultad	7	12,3(6,0-23,6)	5	6,8(2,8-15,2)	12	9,2(5,3-15,4)
Con dificultad o mucha dificultad	6	20,0(9,3-38,0)	6	15,8(7,3-31,0)	12	17,6(10,3-28,6)
Totales	59	12,8(10,1-16,2)	55	10,1(7,8-12,9)	114	11,3(9,5-13,4)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Anexo tabla 7. Bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Edad						
65-69	20	10,5(6,9-15,8)	11	5,4(3,0-9,6)	31	7,9(5,6-11,0)
70-74	17	10,5(6,6-16,2)	19	9,6(6,2-14,6)	36	10,0(7,3-13,5)
75-79	4	3,8(1,4-9,7)	8	5,6(2,8-10,8)	12	4,8(2,7-8,3)
País de nacimiento						
España	40	9,3(6,9-12,4)	35	7,1(5,1-9,8)	75	8,1(6,5-10,1)
Otros países	1	3,4(0,5-20,9)	3	5,7(1,8-16,2)	4	4,9(1,8-12,3)
Estado civil/Convivencia						
Casado/a - Vive en pareja	37	9,6(7,1-13,0)	26	8,3(5,7-12,0)	63	9,0(7,1-11,4)
Soltero/a - Separado/a - Divorciado/a	4	7,7(2,9-18,8)	7	7,1(3,4-14,3)	11	7,3(4,1-12,8)
Viudo/a	0	0,0(0,0-0,0)	5	3,7(1,5-8,6)	5	3,2(1,3-7,5)
Nivel educativo¹						
Superior	12	6,7(3,8-11,4)	15	10,4(6,4-16,5)	27	8,3(5,8-11,9)
Intermedio	17	12,7(8,0-19,5)	14	8,1(4,9-13,3)	31	10,1(7,2-14,1)
Básico e inferior	12	8,3(4,8-14,1)	9	3,9(2,1-7,4)	21	5,6(3,7-8,5)
Situación laboral						
Jubilado/a - Pensionista	37	9,2(6,8-12,5)	32	7,2(5,1-10,1)	69	8,2(6,5-10,2)
Otras ²	4	7,0(2,6-17,3)	6	5,9(2,7-12,5)	10	6,3(3,4-11,3)
Clase social (familiar)³						
I - II	18	9,4(6,0-14,4)	10	6,5(3,5-11,6)	28	8,1(5,6-11,4)
III	10	11,1(6,1-19,5)	16	10,3(6,4-16,2)	26	10,6(7,3-15,2)
IV - V	13	7,5(4,4-12,5)	9	4,5(2,4-8,6)	22	5,9(3,9-8,8)
Con los ingresos del hogar, llega a fin de mes						
Con facilidad o mucha facilidad	26	11,0(7,6-15,7)	18	8,0(5,1-12,4)	44	9,5(7,2-12,6)
Con alguna facilidad	8	6,3(3,2-12,2)	13	6,7(3,9-11,3)	21	6,6(4,3-9,9)
Con alguna dificultad	4	7,0(2,7-17,3)	3	4,1(1,3-11,9)	7	5,3(2,6-10,8)
Con dificultad o mucha dificultad	2	6,7(1,7-23,2)	3	8,1(2,6-22,4)	5	7,5(3,1-16,7)
Totales	41	9,0(6,7-11,9)	38	7,0(5,1-9,4)	79	7,9(6,4-9,7)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

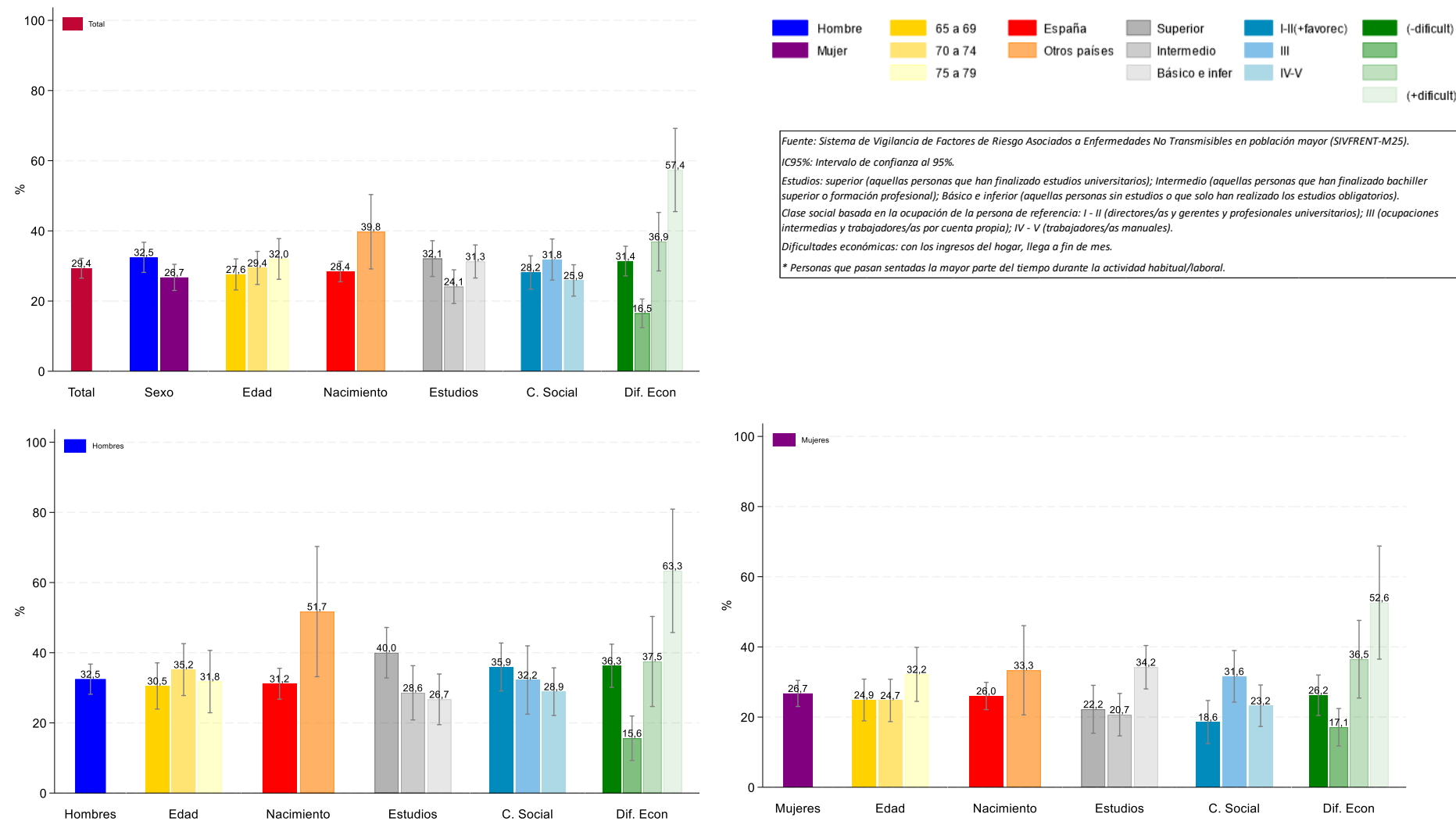
¹ Nivel educativo: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

² Incluye Trabajo activo, Paro/ERTE, Trabajo no remunerado (amas de casa).

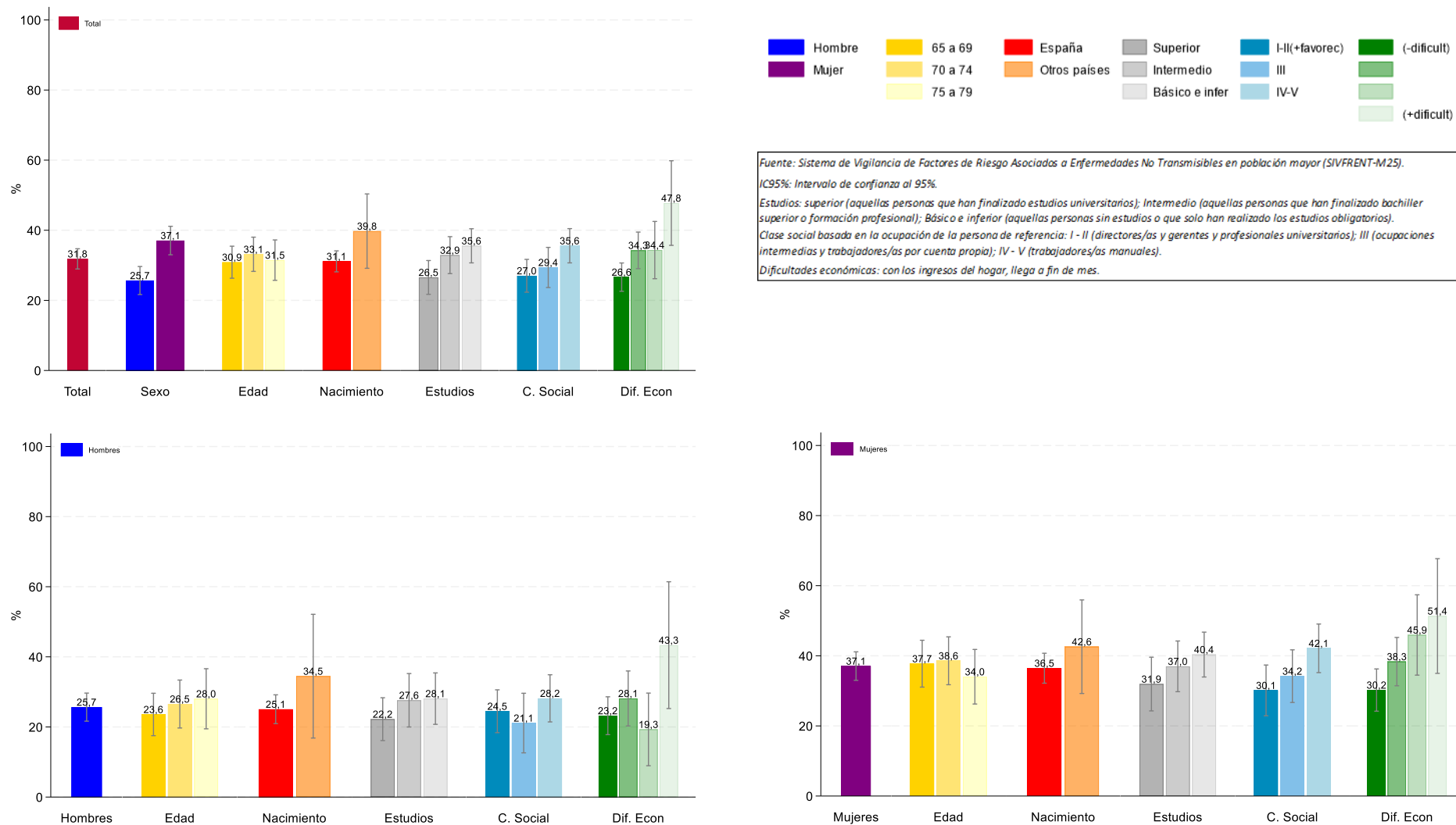
³ Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

* Consumo de alcohol >20 gramos/día en hombres y >10 gramos/día en mujeres.

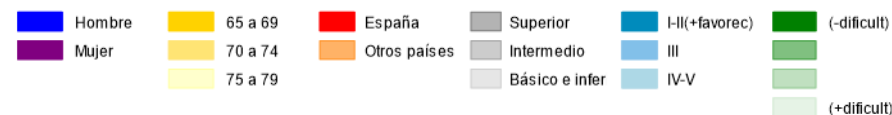
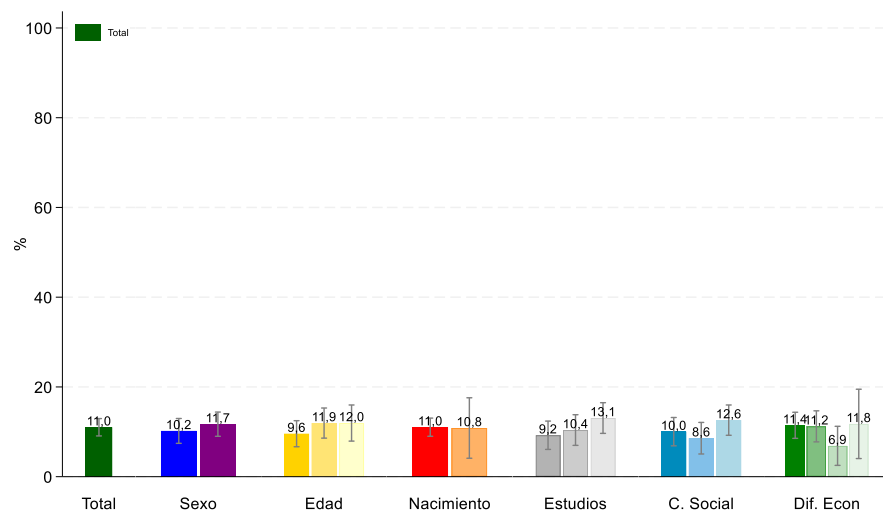
Anexo figura 1. Sedentarismo en actividad habitual/laboral* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Anexo figura 2. Duerme <7 horas/día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Anexo figura 3. Consumo de frutas y/o verduras ≥ 5 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años.



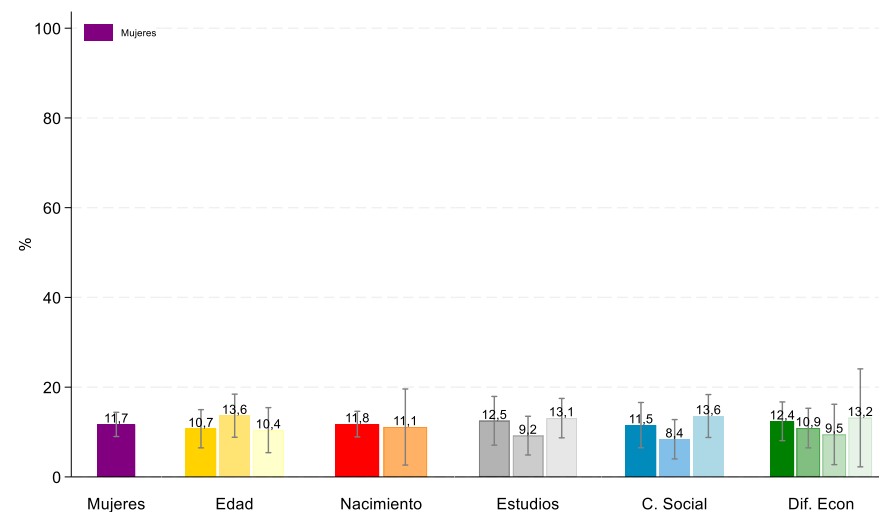
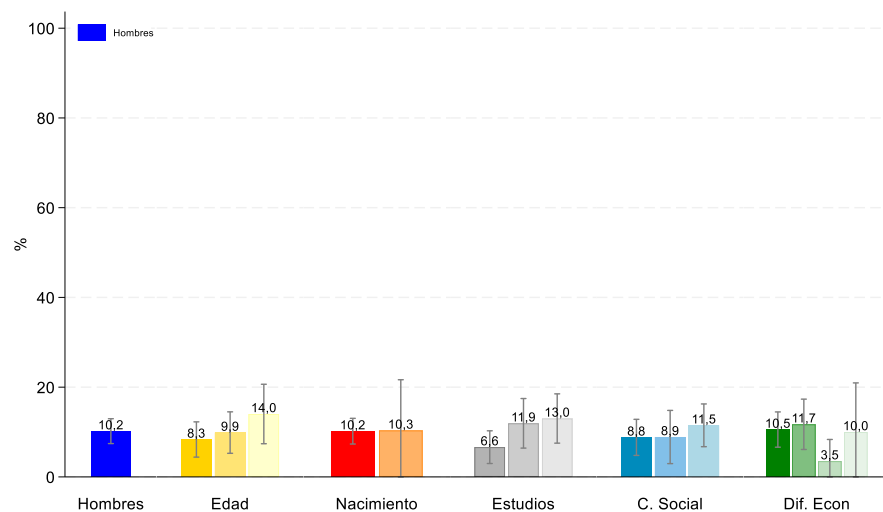
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

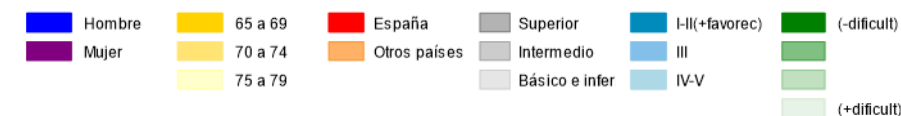
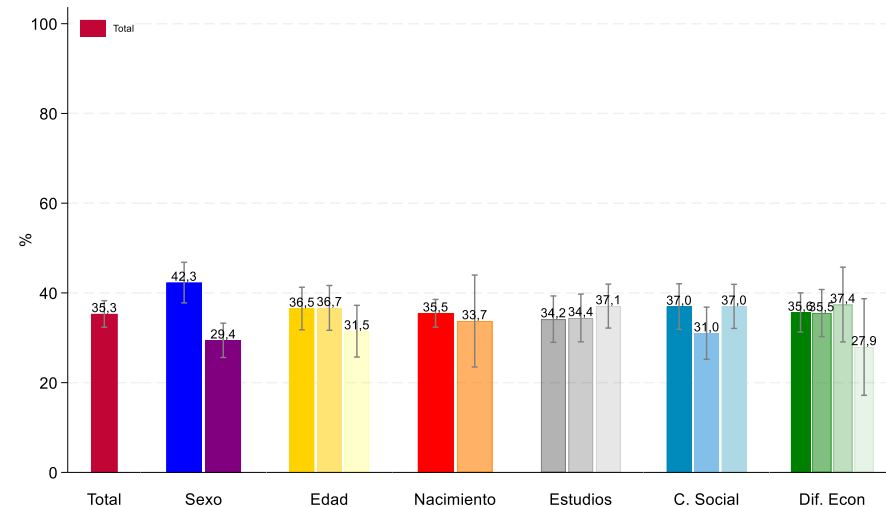
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



Anexo figura 4. Consumo de carne y derivados ≥ 2 raciones al día por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



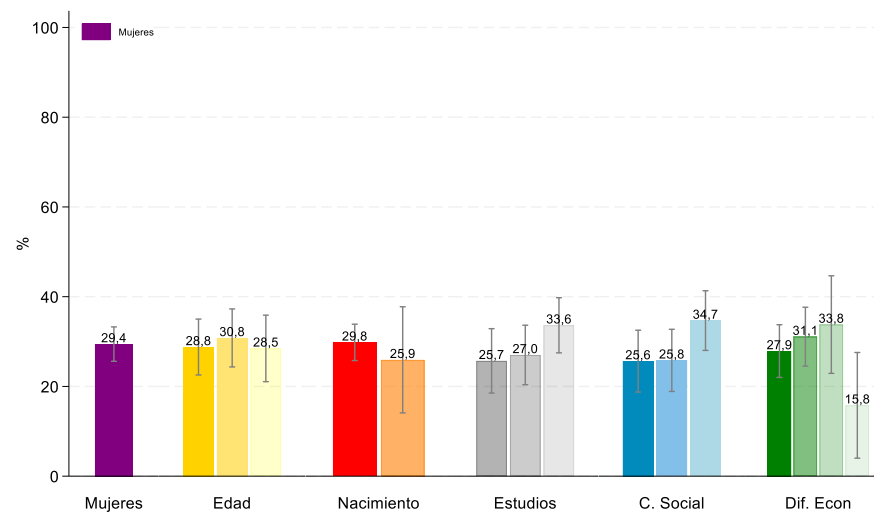
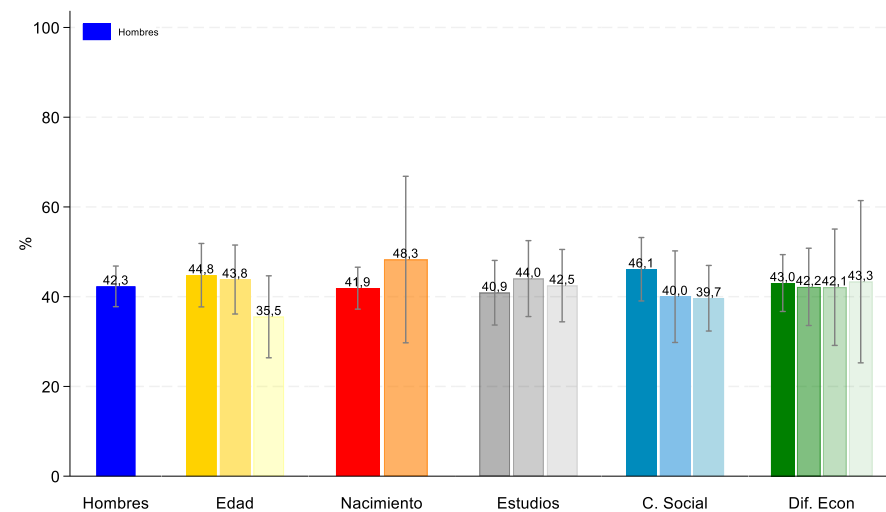
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

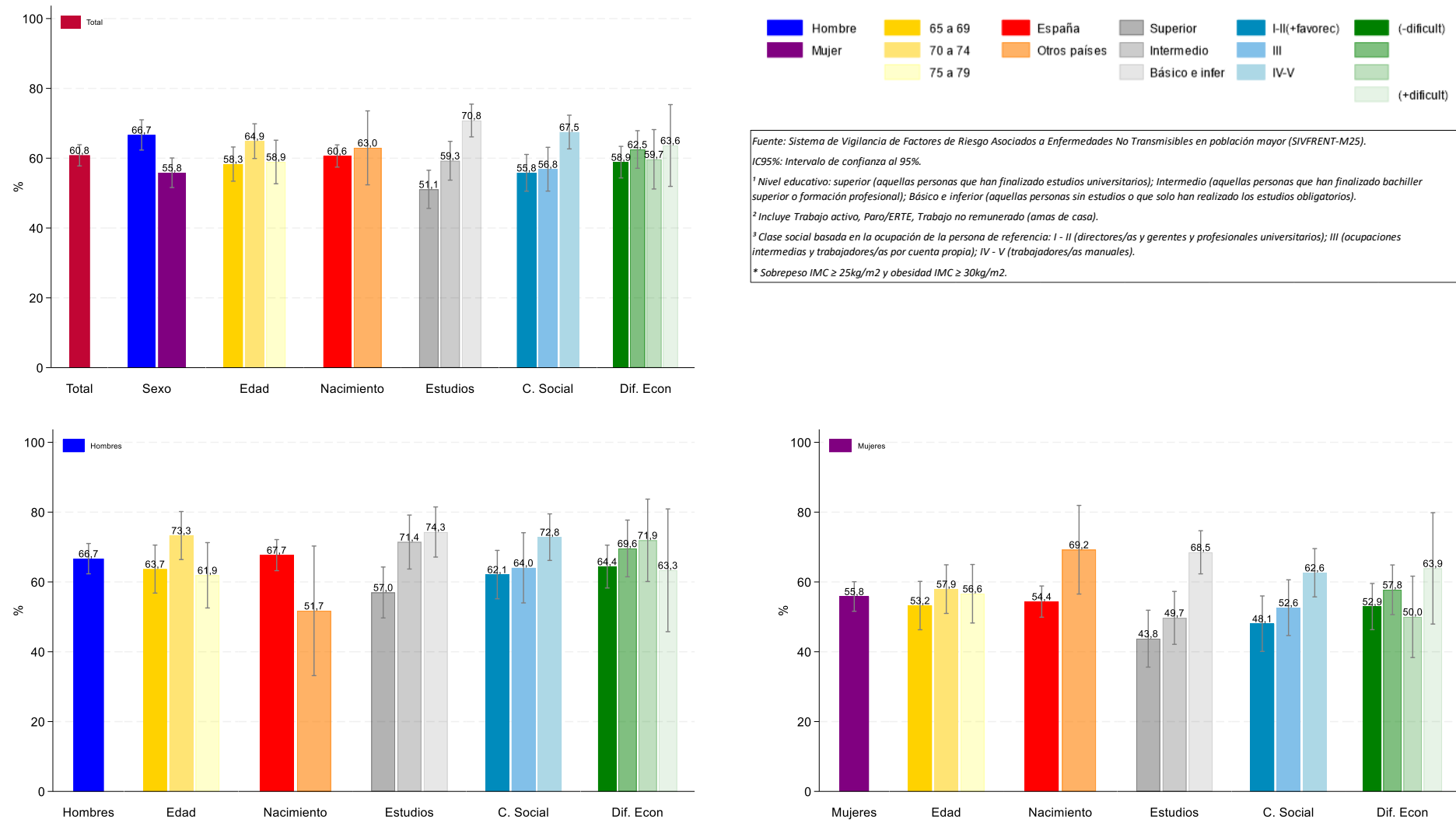
Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedio (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).

Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).

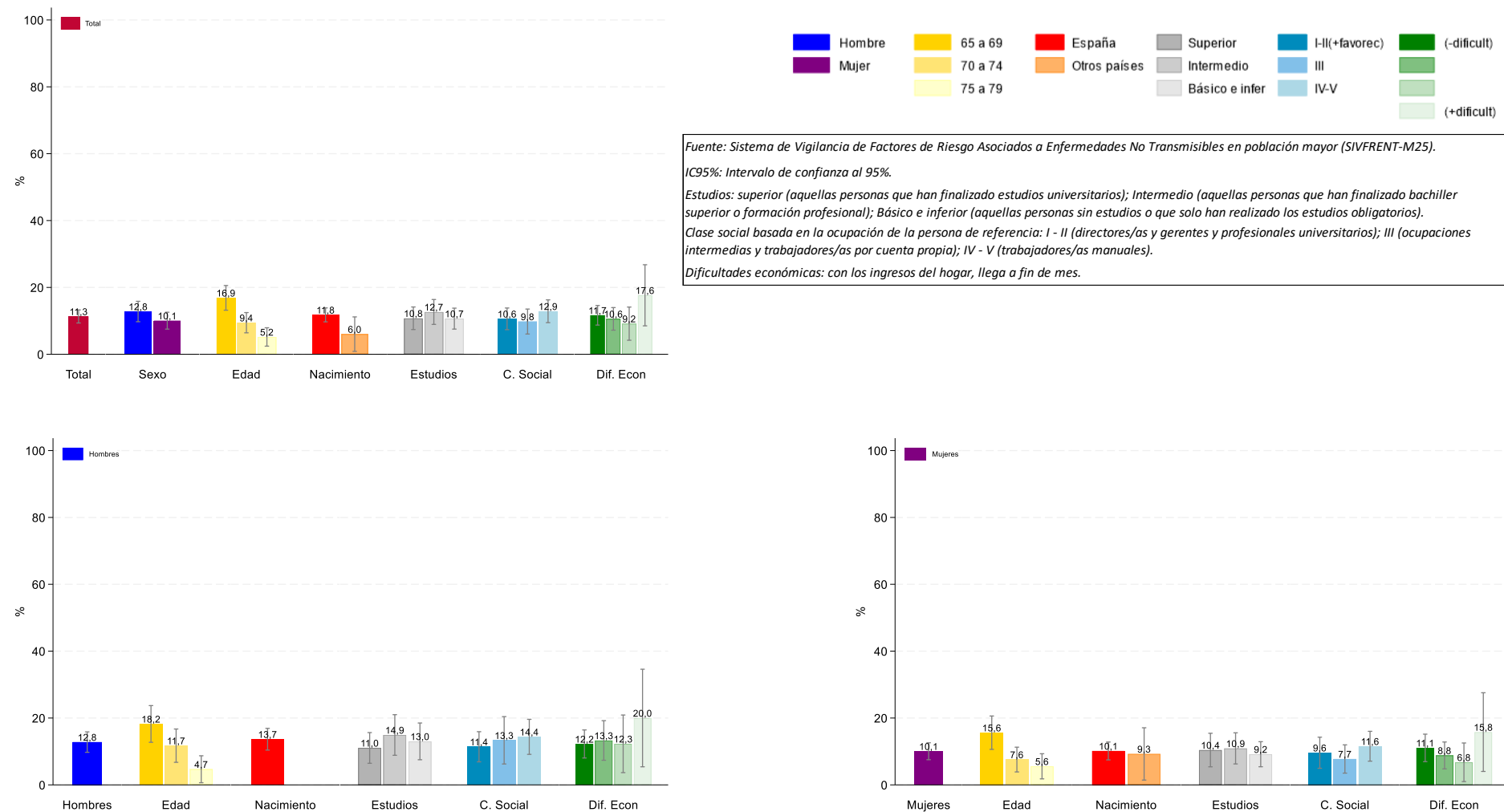
Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.



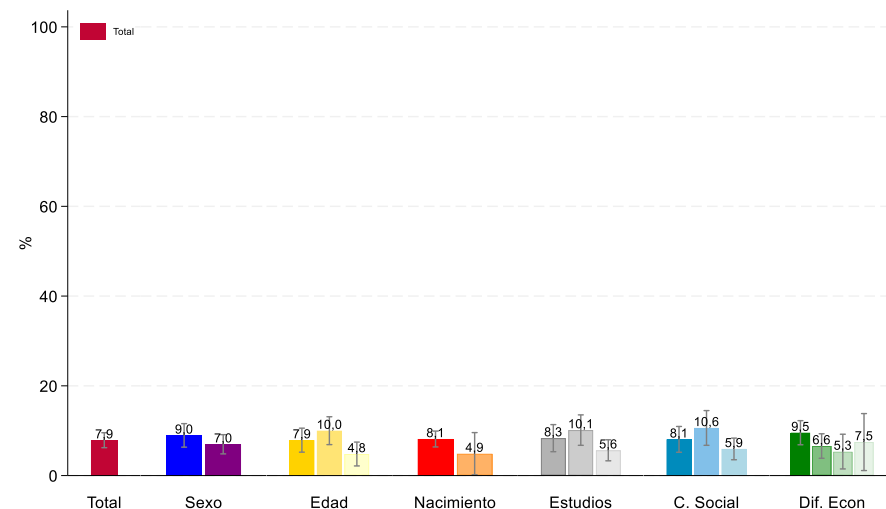
Anexo figura 5. Sobre peso u obesidad* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Anexo figura 6. Fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Anexo figura 7. Bebedores/as por encima de los límites de riesgo bajo* por variables sociodemográficas según sexo (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2025.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M25).
 IC95%: Intervalo de confianza al 95%.
 Estudios: superior (aquellas personas que han finalizado estudios universitarios); Intermedia (aquellas personas que han finalizado bachiller superior o formación profesional); Básico e inferior (aquellas personas sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios).
 Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I - II (directores/as y gerentes y profesionales universitarios); III (ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); IV - V (trabajadores/as manuales).
 Dificultades económicas: con los ingresos del hogar, llega a fin de mes.
 * Consumo de alcohol >20 gramos/día en hombres y >10 gramos/día en mujeres.

