

Madrid

2009

Informe

del Estado de Salud de la Población
de la Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid

Objetivo 11
Una vida más sana

11

Objetivo 11. Una vida más sana

Para el año 2015, todos los grupos de población deberán haber adoptado unos modelos de vida más sanos.

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las políticas públicas en favor de la salud de todos los Estados Miembros se centran en la aplicación de las estrategias y de los principios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, contando con la plena participación de la comunidad;*
- *La prevención y el control de los factores comunes de riesgo de las enfermedades no transmisibles se convierten en parte integrante de la vida comunitaria, y se crea un amplio movimiento de ámbito europeo en favor de los estilos de vida sanos que implique a todos los países y organizaciones internacionales relevantes;*
- *Se cuenta con una gestión global de la enfermedad, que haga hincapié en los resultados sanitarios y en la calidad de la atención, tomando en consideración los derechos y los deseos de los pacientes.*

11.1. Estilos de vida y salud

Desde el punto de vista epidemiológico los estilos de vida relacionados con la salud son contemplados como el patrón de conductas, comportamientos o actitudes desarrollado por las personas, que en ocasiones es saludable y otras veces es nocivo para la salud. La característica fundamental del mismo es que es observable, convirtiéndose finalmente en hábitos, definidos por su persistencia a lo largo del tiempo. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables están relacionados con la génesis de gran número de enfermedades.

Los factores determinantes vinculados a los estilos de vida pueden ser específicos de una determinada etapa de la vida o de una región geográfica concreta, existiendo generalmente una alta vinculación con aspectos culturales y socioeconómicos. Una característica esencial es que estos factores tienden a relacionarse y asociarse entre sí por lo que sus efectos sobre la salud dependen de la interacción que finalmente se establezca entre ellos, por lo cual habitualmente su estudio es complejo.

Algunos de los estilos de vida que influyen más en el estado de salud de las poblaciones están relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol y el tabaco, la práctica de ejercicio físico, la conducta higiénica y alimentaria, la conducción de vehículos, la presencia de estrés o el comportamiento en relación con actividades de ocio y recreativas.

Aunque en los países desarrollados estos estilos de vida representan una elevada carga sanitaria por su influencia perjudicial para la salud, nos encontramos con la paradoja de que el mayor porcentaje de los recursos sanitarios se desvía hacia el campo asistencial en el intento de curar las enfermedades relacionadas con los mismos, en detrimento de la necesaria inversión destinada a los ámbitos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La información reflejada en este capítulo hace referencia al ejercicio físico y a la alimentación, relacionándose ambos con el peso corporal. Corresponde a la explotación de las bases de datos

del SIVFRENT-A de la Dirección General de Atención Primaria, del Panel de Consumo Alimentario (MARM) y del Barómetro de percepción de la alimentación y salud ambiental del Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud, y de los estudios monográficos “Publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas” y “Obesidad” elaborados por la Dirección General de Ordenación e Inspección.

11.2. Ejercicio físico en adultos

En 2007, según el SIVFRENT-A, el 42,8% de los entrevistados afirma estar sentado la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realiza una actividad sedentaria. Los hombres son en términos relativos un 25% más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 51,1% es inactivo (tabla 11.1).

En relación con la actividad física en tiempo libre, desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, se definen personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 82,9% de los entrevistados es considerado como no activo en el tiempo libre. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 88,1% son inactivos. Según este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres (tabla 11.1). En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es el footing, seguido del fútbol y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente es la gimnasia de mantenimiento, seguida de la natación y las pesas/gimnasia con aparatos (tabla 11.2).

Si comparamos los promedios de 2006-2007 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se ha incrementado un 5,4% en hombres y un 15,2% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene muy estable (figura 11.1).

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral *	42,8 (±2,2)***	47,6 (±3,1)	38,1 (±3,0)	51,1 (±4,2)	44,0 (±3,5)	34,9 (±3,5)
No activos en tiempo libre **	82,9 (±1,6)	77,5 (±2,6)	88,0 (±2,0)	72,8 (±3,8)	85,2 (±2,5)	88,1 (±2,4)

* Estar sentado la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

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

*** Intervalo de confianza al 95%

Hombres		%	Mujeres		%
1. Footing		13,8	1. Gimnasia de mantenimiento		9,1
2. Fútbol		13,6	2. Natación		7,6
3. Pesas/Gimnasia con aparatos		10,8	3. Pesas/Gimnasia con aparatos		5,4
4. Bicicleta		10,6	4. Aerobic/Gim Jazz/Danza		4,2
5. Gimnasia de mantenimiento		5,6	5. Footing		3,6

Tabla 11.1. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre, según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

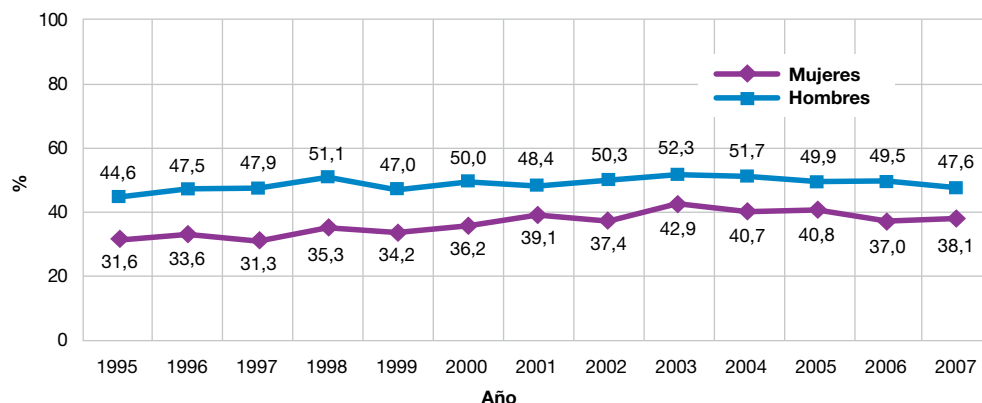
Tabla 11.2. Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Figura 11.1. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

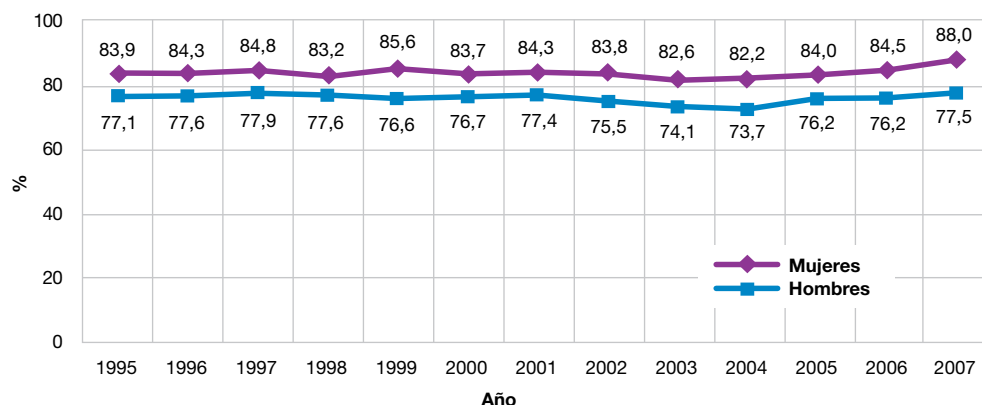
Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Personas no activas* en la actividad habitual/laboral



*Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

Personas no activas* en tiempo libre



*No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas al menos 3 veces/semana y 30 minutos cada vez

En relación con las razones que justifican el bajo nivel de ejercicio físico detectado en la población adulta (figura 11.2), según los resultados aportados por el estudio monográfico sobre obesidad realizado por el Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud, la falta de tiempo es el principal motivo aducido (66,7%). Le siguen la poca afinidad por este tipo de actividades: no les gusta hacer ejercicio (27,4%) o bien les da pereza, vaguería o dejadez (10,9%). Los impedimentos materiales por falta de instalaciones o de recursos económicos aparecen en pequeño porcentaje, lo que indica que es predominantemente una cuestión relacionada con el estilo de vida y la motivación personal. No se observan grandes diferencias por sexo, sin embargo la falta de tiempo va aumentando hasta los 45 años (79,9%) para disminuir posteriormente hasta el 40,5% en los mayores de 60 años. A los más jóvenes y a los mayores son a los que menos les gusta hacer ejercicio (31,1% y 36,9% respectivamente).

¿Por qué cree usted que en general la gente realiza poco ejercicio físico?

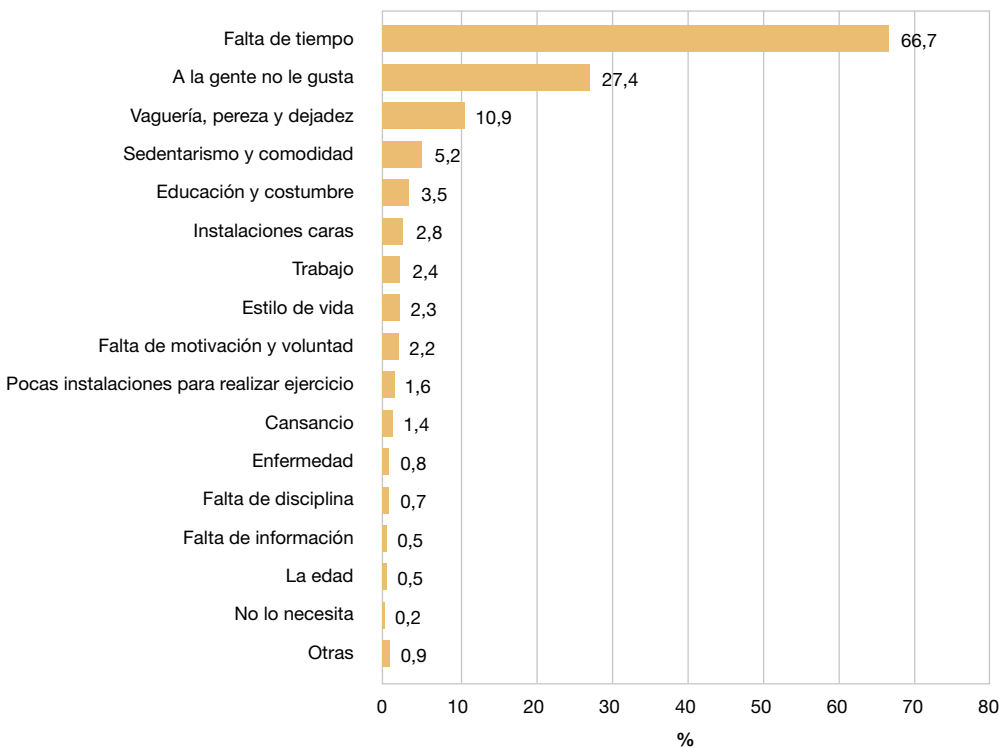


Figura 11.2. Autopercepción de las causas del bajo ejercicio físico en población adulta. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.3. Alimentación

11.3.1. Consumo de alimentos

La información procedente del SIVFRENT-A está basada en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas, desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que se consume el alimento a lo largo del día.

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente de 1,3 raciones/día, aunque el 13,4% no ingiere ninguna cantidad (tabla 11.3). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,1 raciones diarias y sólo el 6,7% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 36,6% en hombres y del 28,3% en mujeres. Desde 1995, año en el que se empiezan a recoger estos datos de forma anual con el SIVFRENT, se observa que la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 11,6% en hombres y un 14,4% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (figura 11.3). Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

La ingesta media de galletas, bollería y productos de pastelería es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 49,6% de las personas entrevistadas (tabla 11.3). El 9,9% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,4 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1,1 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24h el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,5 raciones/día. El 6,5% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta (incluidos zumos), y el 51,6% (57,8% de hombres y el 45,5% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (figura 11.3). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 66,3% no llega a consumir tres raciones al día.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido moderadamente en hombres y mujeres (7,1% y 10,5%), comparando los dos primeros años de la serie respecto a 2006 y 2007 (figura 11.3).

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta una ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 84,8%, han consumido algún alimento de este grupo (tabla 11.3). Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 49,6% de hombres frente al 36,1% de mujeres (figura 11.3). No se observan grandes variaciones en los trece años de estudio.

El 49,7% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad (tabla 11.3).

Tabla 11.3. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	86,6 (±1,5)*	85,6 (±2,2)	87,6 (±2,0)	79,8 (±3,4)	87,9 (±2,3)	90,4 (±2,2)
Leche y derivados	93,3 (±1,1)	92,4 (±1,7)	94,2 (±1,4)	90,4 (±2,5)	93,5 (±1,7)	95,4 (±1,6)
Dulces/ Bollería	49,6 (±2,2)	52,0 (±3,1)	47,2 (±3,1)	47,0 (±4,2)	51,6 (±3,5)	49,4 (±3,7)
Verdura	77,3 (±1,8)	74,0 (±2,7)	80,4 (±2,4)	68,7 (±3,9)	79,8 (±2,8)	81,1 (±2,9)
Legumbres	16,5 (±1,6)	17,6 (±2,4)	15,4 (±2,2)	13,1 (±2,9)	16,1 (±2,6)	19,5 (±2,9)
Arroz	14,9 (±1,6)	14,6 (±2,2)	15,2 (±2,2)	14,4 (±3,0)	16,5 (±2,6)	13,4 (±2,5)
Pasta	16,3 (±1,6)	18,4 (±2,4)	14,4 (±2,2)	23,9 (±3,6)	15,5 (±2,6)	11,4 (±2,4)
Carne	71,4 (±2,0)	76,5 (±2,6)	66,5 (±2,9)	75,2 (±3,6)	71,4 (±3,2)	68,5 (±3,4)
Carne y derivados	84,8 (±1,6)	88,1 (±2,0)	81,5 (±2,4)	87,6 (±2,8)	86,2 (±2,4)	81,0 (±2,9)
Huevos	26,8 (±1,9)	25,6 (±2,7)	27,9 (±2,7)	29,6 (±3,9)	25,4 (±3,1)	26,0 (±3,3)
Pescado	49,7 (±2,2)	47,7 (±3,1)	51,6 (±3,1)	39,8 (±4,1)	50,5 (±3,5)	56,4 (±3,7)
Fruta fresca	72,5 (±2,0)	68,2(±2,9)	76,7 (±2,6)	56,3 (±4,2)	72,4 (±3,2)	85,3 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Consumo de menos de 2 raciones de lácteos

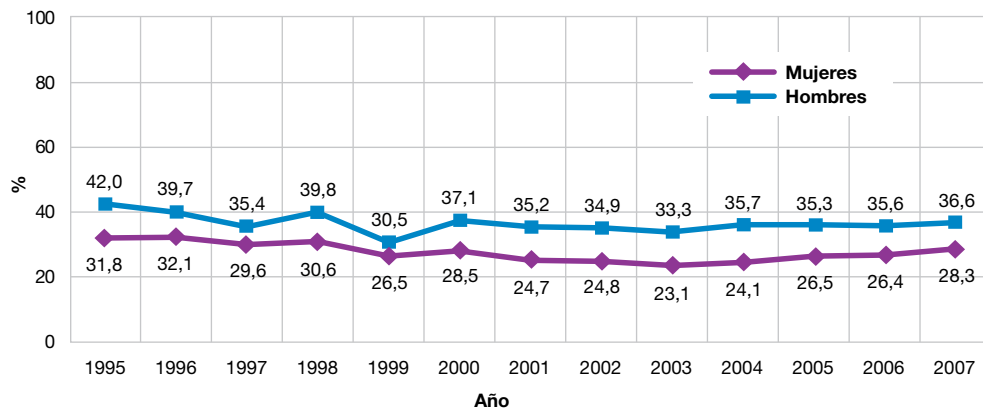
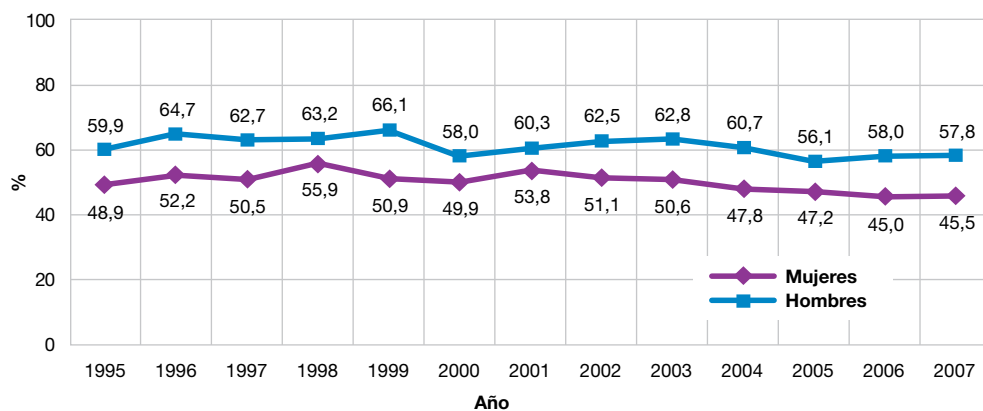


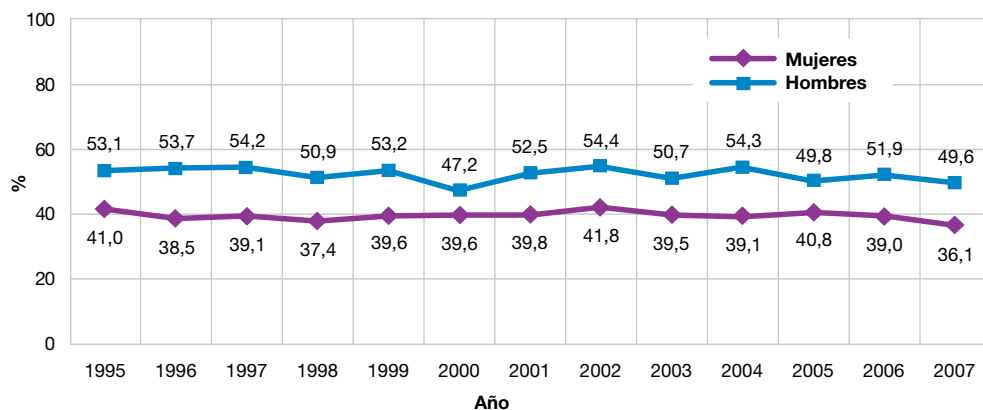
Figura 11.3. Evolución de los hábitos alimentarios (consumo en las últimas 24 horas) en población de 18-64 años, según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Consumo de menos de 3 raciones de fruta y verdura



Consumo de 2 ó más raciones de productos cárnicos



11.3.2. Alimentación fuera del hogar

Uno de los factores que más condiciona hoy en día nuestra alimentación es el cambio reciente en los estilos de vida, que se traduce en falta de tiempo para comprar alimentos, preparar los ingredientes y las recetas tradicionales, cocinar y comer en familia, cambios que se hacen mucho más patentes en las grandes ciudades.

Esta falta de tiempo para dedicarlo a las tareas de preparación de alimentos y comidas en familia hace que se recurra frecuentemente a las comidas fuera del hogar, lo que parece favorecer una alimentación más rica en grasa y menos saludable. Casi el 33% de los madrileños mayores de edad manifiesta en el año 2007 realizar alguna comida fuera del hogar. Además, las personas que se ven obligadas a comer fuera de casa, principalmente por motivos laborales y de estudios, lo hacen muy frecuentemente, una media de 3,3 veces por semana. El perfil típico es el de un hombre entre 18 y 30 años, ya que el porcentaje de hombres que comen frecuentemente fuera de casa es del 39,8% frente al 27,9% de las mujeres. Esta práctica disminuye a medida que aumenta la edad (desde 45,4% en los más jóvenes hasta 11,0% en los mayores de 60 años) y la frecuentación es medio punto superior en los hombres que en las mujeres (3,5 frente 3,0 veces por semana) (tabla 11.4).

Tabla 11.4. Práctica de alimentación fuera del hogar y frecuentación en función del sexo y el grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

	Acumulado 2007	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	18-30	31-45	46-60	Más de 60
Personas que realizan alguna comida fuera del hogar	32,9%	39,8%	27,9%	45,4%	41,9%	31,7%	11,0%
Número de veces que se realiza la comida fuera del hogar	3,3	3,5	3,0	3,2	3,4	3,3	2,3

Fuente: Barómetro de percepción de la alimentación y salud ambiental. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.3.3. Realización de dietas

Según información procedente del SIVFRENT-A un 16,2% de la población madrileña entre 18 y 64 años ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 10,9% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2 veces más frecuente que en hombres (tabla 11.5).

Al comparar los promedios de 2006 y 2007 respecto a 1995 y 1996, se produce un moderado descenso en la realización de dietas para adelgazar en las mujeres (11,3%), mientras que en los hombres no se observan variaciones (figura 11.4).

Tabla 11.5. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,2 (±1,6)*	12,9 (±2,1)	19,4 (±2,4)	15,2 (±3,0)	17,6 (±2,7)	15,5 (±2,7)
Dieta para adelgazar	10,9 (±1,4)	7,3 (±1,6)	14,4 (±2,2)	10,9 (±2,6)	12,5 (±2,3)	9,2 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

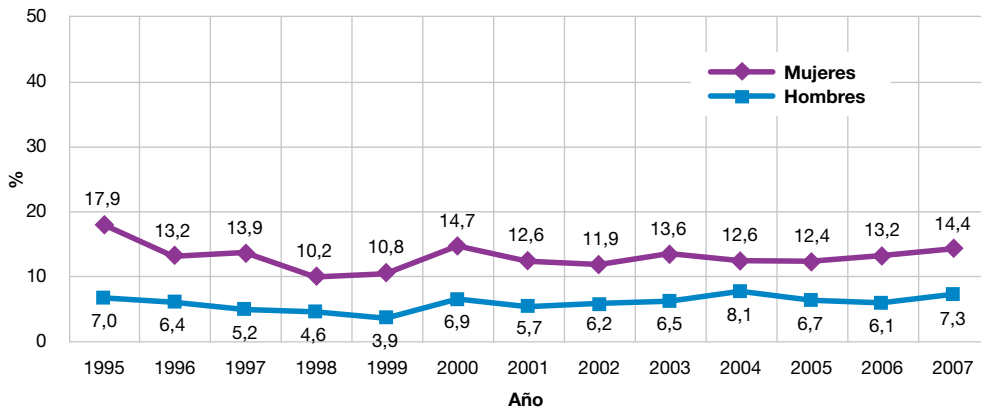


Figura 11.4. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Según el estudio monográfico sobre publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas, un 6% de los madrileños ha realizado en alguna ocasión algún tipo de dieta o ha seguido algún método para adelgazar sin control médico. Hay que considerar que el universo muestral de este estudio es más amplio que el del SIVFRENT-A, al contemplar a las personas mayores de 64 años, lo cual puede influir en la detección de una cifra menor en los resultados, ya que es precisamente la población de mayor edad la que realiza en menor medida estas dietas. También en este estudio se encuentra una mayor utilización por parte de las mujeres respecto a los hombres (6,6% vs 4,8%). Otro factor influyente es el estatus social de las personas, ya que se detecta un crecimiento de esta práctica a medida que aumenta el mismo (desde el 3,7% al 7,2%).

Respecto a los métodos empleados para adelgazar, el principal es beber mucha agua (88%), seguido del incremento de ejercicio (82%) y comer menos de lo habitual (74%) (figura 11.5). En comparación con los hombres las mujeres utilizan en mayor medida métodos que incluyen productos concretos para control del peso (52,9% frente al 37,5%) y especialmente pastillas, parches, etc. (38,2% frente al 6,3%).

¿Podría decirme si la dieta que usted siguió incluía alguno de estos aspectos?

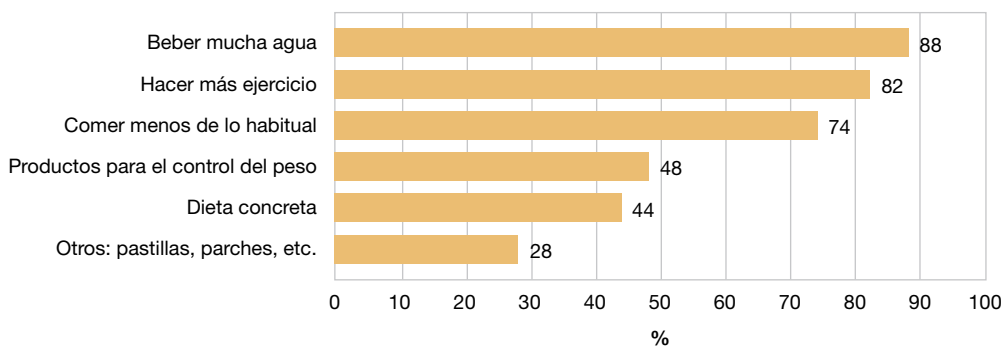


Figura 11.5. Métodos utilizados para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre publicidad alimentaria, publicidad infantil y dietas. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Un dato preocupante que refleja este estudio es la alta credibilidad que tienen los anuncios de dietas y productos adelgazantes en los medios de comunicación, ya que el 80% y el 50% de los madrileños considera mucho o bastante creíble la publicidad aparecida en prensa y revistas, y en radio e Internet, respectivamente. En contraposición con estos datos un 52% de los usuarios de estas dietas las consideran poco o nada eficaces, estando mucho más insatisfechas las mujeres que los hombres (64,7% vs 25%).

11.4. Antropometría

11.4.1. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente entre el peso en kg y la talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, que figura en el pie de la tabla 11.5.

El 2,5% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres con una prevalencia del 4,5%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. Por otro lado, el 41,0% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,7% al sobrepeso de grado I, del 14,9% al sobrepeso de grado II, y del 8,4% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres, y se incrementan rápidamente a medida que aumenta la edad (tabla 11.6).

La tendencia (figura 11.6) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y de la obesidad del 32,7%, comparando los promedios de 2006 y 2007 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 19,1%.

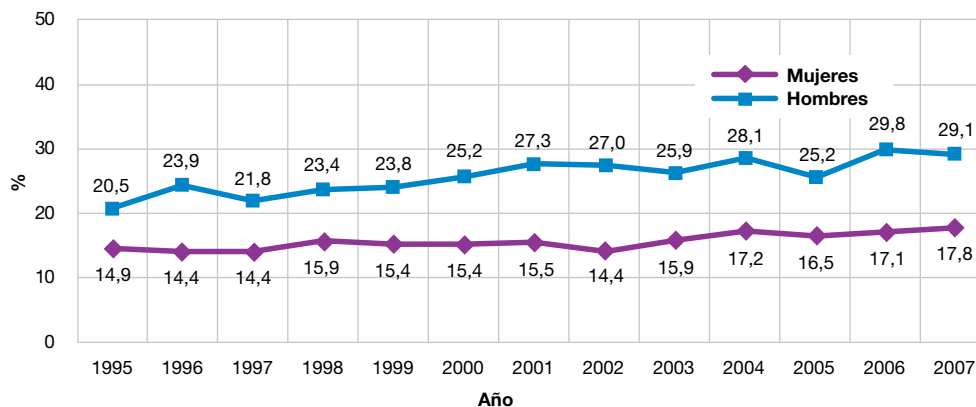
Tabla 11.6. Distribución del Índice de Masa Corporal según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente **	2,5 (±0,7)*	0,5 (±0,4)	4,5 (±1,3)	6,7 (±2,1)	1,3 (±0,8)	0,7 (±0,6)
Sobrepeso grado I ***	17,7 (±1,7)	23,1 (±2,6)	12,5 (±2,1)	12,6 (±2,8)	17,6 (±2,7)	21,7 (±3,1)
Sobrepeso grado II ****	14,9 (±1,6)	19,6 (±2,5)	10,3 (±1,9)	8,6 (±2,4)	14,1 (±2,5)	20,7 (±3,0)
Obesidad *****	8,4 (±1,2)	9,5 (±1,8)	7,5 (±1,6)	3,7 (±1,6)	6,9 (±1,8)	13,8 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%
 ** Índice de Masa Corporal <18,5
 *** Índice de Masa Corporal 25-26,9
 **** Índice de Masa Corporal 27-29,9
 ***** Índice de Masa Corporal ≥30

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Figura 11.6. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso de grado II u obesidad*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.



Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

* Índice de masa corporal ≥ 27

El estudio monográfico sobre obesidad referido anteriormente nos ofrece también una valiosa información antropométrica complementaria a la descrita. El IMC medio obtenido para la población madrileña es de 24,6, dentro del rango de normopeso, aunque cercano al límite inferior del

sobrepeso (25). Según esta fuente el 54,2% de los madrileños se sitúa en el intervalo del normopeso, el 2,1% tienen un peso insuficiente, un 33,8% presenta sobrepeso y un 9,9% obesidad. Estos resultados son muy semejantes a los obtenidos por el SIVFRENT-A, observándose un ligero desplazamiento hacia una mayor obesidad, que puede reflejar la influencia de las personas por encima de los 64 años incluidas en el diseño muestral de este estudio.

Al igual que sucede con los datos del SIVFRENT-A se observan importantes diferencias al realizar un análisis desagregado por sexo. Las mujeres presentan un mayor grado de peso insuficiente, mientras que en los hombres son bastante superiores tanto el sobrepeso como la obesidad. Estos hechos se reflejan también en el IMC medio, dentro del rango de normopeso en las mujeres (23,7) y en el de sobrepeso en los hombres (25,5) (figura 11.7).

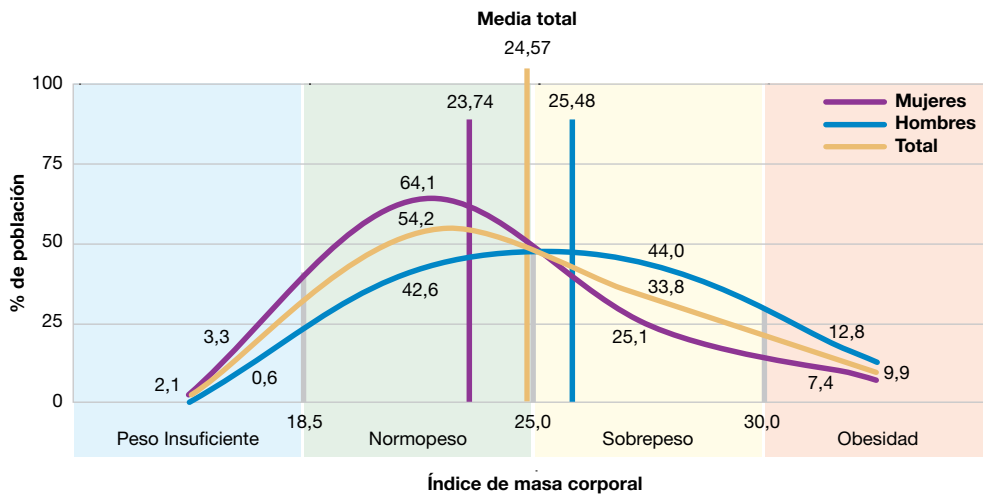


Figura 11.7. Distribución del Índice de Masa Corporal en función del sexo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

También se detectan en este estudio importantes diferencias en función de la edad, incrementándose el sobrepeso y la obesidad a medida que avanza ésta. Por encima de los 60 años más de la mitad de la población madrileña presenta sobrepeso y un 15% obesidad, permaneciendo únicamente un tercio en situación de normopeso. Por el contrario, aproximadamente un 77% de los jóvenes (18-30 años) se encuentra dentro del rango de peso normal y menos de un 20% presenta peso excesivo (figura 11.8).

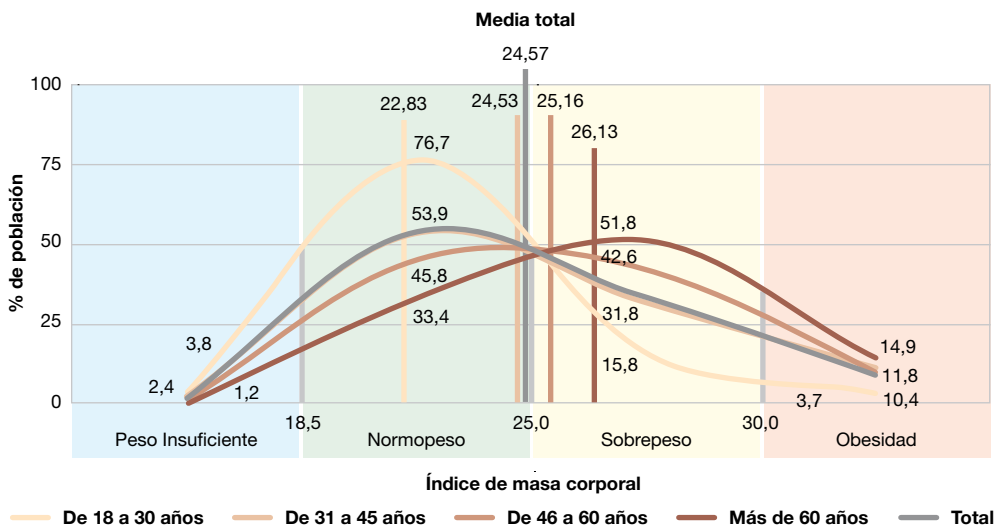


Figura 11.8. Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en función del grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Un análisis por sexo y edad de forma conjunta detecta que el mayor porcentaje de infrapeso se produce en las mujeres entre 18 y 30 años (7,3%) y entre 31 y 45 años (4,6%), mientras el mayor grado de obesidad se encuentra en los hombres entre 31 y 45 años (19,6%), presentando éstos IMC medios de sobrepeso por encima de los 30 años y de obesidad a partir de los 45 años.

11.4.2. Percepción del peso corporal y cuestiones relacionadas

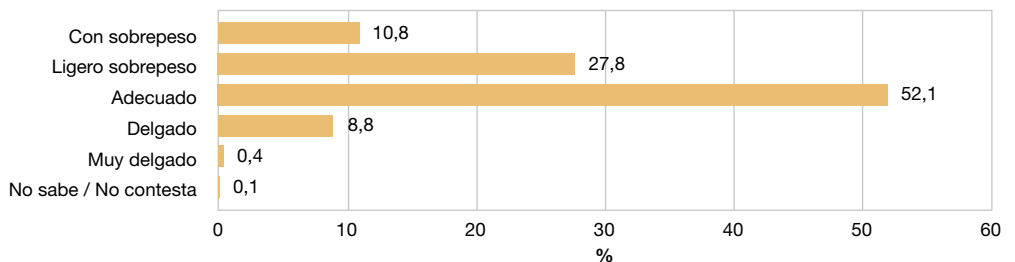
Según los resultados del estudio monográfico sobre obesidad más del 50% de los madrileños considera que su peso es el adecuado, un 27,8% considera que tiene ligero sobrepeso y un 10,8% que tiene sobrepeso (figura 11.9). Los hombres se consideran con mayor sobrepeso que las mujeres y a medida que aumenta la edad se incrementa la percepción de sobrepeso.

Analizando el IMC en función de la propia percepción del peso observamos una clara subestimación del exceso de peso. Así, un 21,6% de los que se considera con un peso adecuado tiene sobrepeso, y un 56,2% de los que cree encontrarse en una situación de sobrepeso presenta realmente obesidad.

Figura 11.9. Autopercepción del peso corporal. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Cómo considera que es su peso?

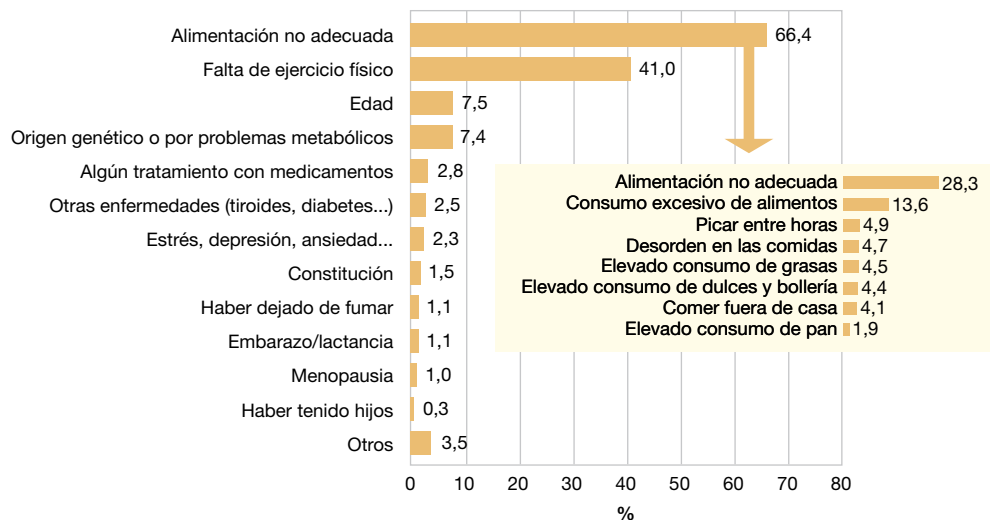


En relación con las posibles causas del sobrepeso, los madrileños apuntan como principal motivo la alimentación inadecuada (66,4%), constituida por el consumo excesivo de alimentos, el picar entre horas, el desorden de comidas, el elevado consumo de grasas, dulces y bollería, etc. y como segundo factor la falta de ejercicio físico (41,0%). El resto de los factores referidos son mucho más minoritarios (edad, alteraciones metabólicas,...) (figura 11.10).

Figura 11.10. Autopercepción de las causas de sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿A qué cree que puede deberse su sobrepeso?



Otro aspecto interesante reflejado en este estudio es que un 37% de la población madrileña desea perder peso, principalmente por razones de salud o indicación médica o por razones estéticas (figura 11.11).

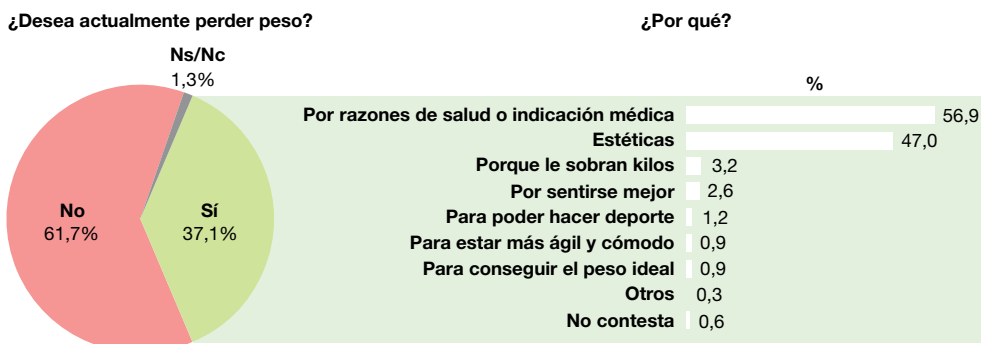


Figura 11.11. Deseos y razones para perder peso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Base: Total Muestra (850 casos)

Base: "Desea actualmente perder peso" (316 casos)

Este deseo de perder peso guarda clara relación con el IMC en lo que se refiere a la cuantía y a las razones. Así, el 88% de los obesos desean perder 13 kg de media, principalmente por razones de salud y fijan su peso ideal en 78 kg, mientras que el 21% de los que presentan peso normal quieren perder 1,5 kg, aunque fundamentalmente por razones estéticas para alcanzar un peso idóneo de 62 kg (tabla 11.7).

IMC	Quiere perder peso (%)	Razón principal (%)	Kilos que desea perder (media)	Percepción de peso idóneo* (media)
Insuficiente	-	-	-	48,87
Normopeso	20,6	Estéticas 69,6	1,5	61,67
Sobrepeso	52,4	Por razones de salud o indicación médica 66,7	6,08	69,75
Obesidad	88,1	Por razones de salud o indicación médica 73,3	13,28	77,62

Tabla 11.7. Porcentaje de población que desea perder peso, razones, cuantía deseada y percepción del peso idóneo en función del Índice de Masa Corporal (IMC). Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

* Percepción de peso idóneo (medio) = (Peso medio real de la muestra - Kilos medios que desea perder)

Entre los principales motivos citados para explicar las dificultades que presenta la población madrileña para perder peso, se encuentra en primer lugar la falta de motivación e interés (37%), aunque este factor disminuye conforme aumenta el IMC, la dificultad para modificar la forma de comer (20%) y la pereza para realizar ejercicio físico (19%).

Una cuestión determinante del comportamiento de los ciudadanos es su conocimiento acerca de los problemas de salud ocasionados por el exceso de peso. Un 76% de los madrileños afirma conocer algún problema de salud derivado de esta situación, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial y niveles elevados de colesterol (figura 11.12). Este conocimiento aumenta en las personas que se desvían del peso normal, tanto por defecto como por exceso, y disminuye en los mayores de 60 años.

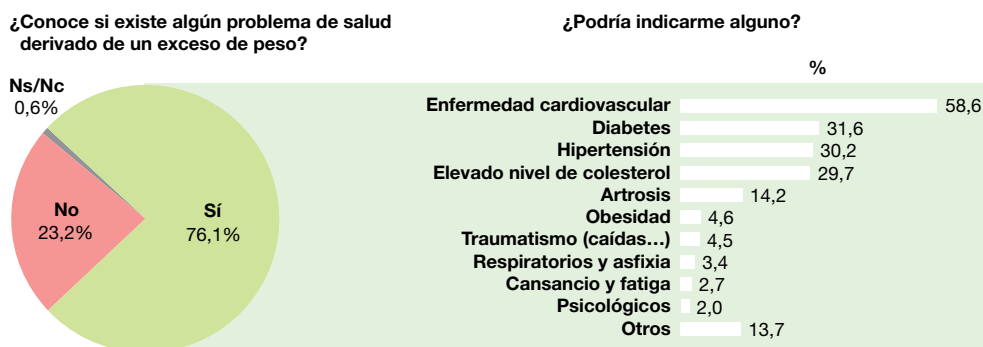


Figura 11.12. Nivel de conocimientos sobre los problemas de salud asociados con el sobrepeso. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

Base: Total Muestra (850 casos)

Base: "Sí conoce si existe algún problema de salud derivado de un exceso de peso" (648 casos)

11.5. Estrés

Un tema relevante de estudio cuando se plantea el objetivo de conseguir un modelo o estilo de vida más sano es la valoración del estrés al que se tienen que enfrentar las personas desde los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Aunque existen diversas definiciones de estrés, quizás una de las más difundidas guarda relación con la reacción fisiológica, psicológica y de comportamiento puesta en marcha por el organismo, mediante varios mecanismos de defensa, cuando se enfrenta a una situación percibida como amenazante o demandante de una atención incrementada. A pesar de que el estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, cuando se sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa para dar respuesta se pueden originar consecuencias importantes para la salud.

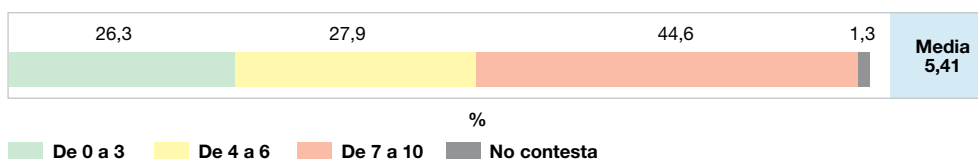
Un 44,6% de los madrileños, según los resultados recogidos en el estudio monográfico de obesidad, valoran su grado de estrés diario entre 7 y 10 en una escala de 0 a 10. La media obtenida es de 5,4 (figura 11.13).

Figura 11.13. Autopercepción del nivel de estrés. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Considera que en su vida diaria tiene estrés?

Valórello en una escala de 0 a 10, donde 0 es mínimo nivel de estrés y 10 máximo nivel de estrés



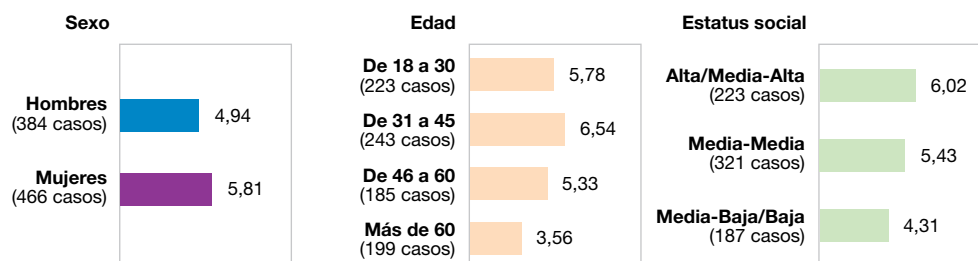
Es importante reflejar como el estrés afecta de forma diferente a la población madrileña, en función del sexo, la edad y el estatus social. Las mujeres presentan un nivel de estrés superior al de los hombres (5,8 vs 4,9), el grupo de edad con un mayor estrés es el de 31 a 45 años y el menor el de mayores de 60 años, y el grado de estrés aumenta a medida que el nivel de estatus de las personas se incrementa (figura 11.14).

Figura 11.14. Autopercepción del nivel de estrés en función del sexo, grupo de edad y estatus social. Valores medios. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

¿Considera que en su vida diaria tiene estrés?

Valórello en una escala de 0 a 10, donde 0 es mínimo nivel de estrés y 10 máximo nivel de estrés



Otro análisis interesante es describir que tipología de estrés es la que más frecuentemente relata la población. En primer lugar nos encontramos con el estrés urbano, debido a factores como el ruido, los humos, la conducción,... que es valorado con una puntuación media de 5,9 sobre 10. A continuación se encuentra el laboral, caracterizado por el horario, el exceso de trabajo, el desempleo,... con 5,4 puntos, y finalmente el familiar (ritmo de vida, labores domésticas, compras,...) con 5,0 puntos. En los dos primeros más de la mitad de los madrileños refiere un grado de estrés superior a los 7 puntos (figura 11.15). La valoración de estas tres tipologías de estrés es siempre superior en las mujeres respecto a los hombres, especialmente la que se

refiere al ámbito familiar (5,6 vs 4,3). La población más joven entre 18 y 45 años se encuentra afectada principalmente por el estrés laboral, entre los 46 y 60 años por el urbano y por encima de esta edad por el familiar.

Dentro de los 3 tipos de estrés que a continuación le voy a señalar, valore del 0 al 10 el nivel de estrés que tiene de cada uno de ellos

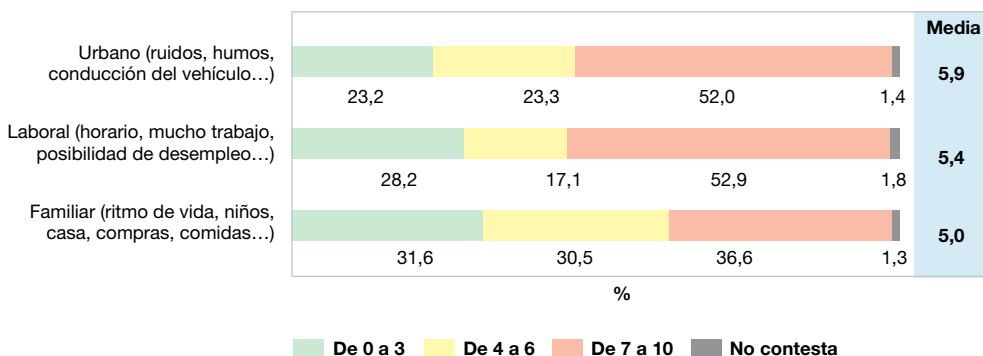


Figura 11.15. Autopercepción del nivel de estrés en función de la tipología del mismo. Comunidad de Madrid, 2007.

Fuente: Estudio monográfico sobre obesidad. Observatorio de Alimentación, Medio Ambiente y Salud.

11.6. Conclusiones y recomendaciones

Cerca de la mitad de la población madrileña es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y el 83% no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Los hombres son más sedentarios en la actividad habitual y las mujeres en el tiempo libre. Comparando con 1995, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cinco años se observa una estabilización), especialmente en las mujeres, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre. La falta de tiempo es el principal motivo aducido para justificar el bajo nivel de ejercicio físico realizado.

El consumo de alimentos sigue dibujando un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos: una de cada cuatro personas (se incrementa al 44% en los jóvenes de 18 a 29 años) no ingiere fruta diariamente, mientras que el 43% consume dos o más raciones de cárnicos y derivados. Aproximadamente un tercio de la población adulta madrileña come frecuentemente fuera del hogar, especialmente los hombres jóvenes, lo que incrementa los riesgos asociados con una alimentación poco saludable. A los factores anteriores se añade que entre el 6 y el 11% de los madrileños, en función de la fuente de información analizada, realiza algún tipo de dieta para perder peso. Es preocupante constatar como esta práctica, más frecuente en mujeres, se realiza habitualmente sin ningún control médico y está basada en una publicidad con notable credibilidad dentro de la población.

La escasa actividad física y la mala alimentación tienen como consecuencia que entre el 41 y el 44% de la población adulta madrileña, según la fuente analizada, tiene sobrepeso u obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo cerca de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Este exceso de peso guarda una clara relación con el aumento de la edad, encontrándose más del 65% de los mayores de 60 años en esta situación. Además la tendencia es desfavorable, aumentando de forma conjunta el sobrepeso de grado II y la obesidad un 32,7% en los hombres y un 19,1% en las mujeres entre 1995 y 2007. Por el contrario, la presencia de un peso insuficiente es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en las más jóvenes.

Mención aparte merece la percepción que tienen los ciudadanos sobre su peso corporal, que infraestima claramente el exceso de peso real detectado, lo que puede conducir a una falsa sensación de normalidad. A pesar de este hecho, los madrileños conocen de forma adecuada cuáles son las causas principales del sobrepeso y de la obesidad (alimentación inadecuada y ausencia de ejercicio físico), y cuáles sus consecuencias (enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión,...). Además, cerca de un 40% expresa el deseo de perder peso, aunque la falta de motivación es el principal obstáculo para conseguirlo.

El nivel de estrés referido por la población adulta madrileña es considerable y se encuentra principalmente relacionado con los ámbitos urbano y laboral, lo que está estrechamente vinculado al estilo de vida predominante en las grandes ciudades.

Toda esta información debe utilizarse para formular y/o readaptar programas/actividades encaminados a que las opciones más saludables resulten más motivadoras.