



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

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

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

Elaborado por:

Servicio de Epidemiología
Subdirección General de Salud Pública
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Como citar este documento:

del Pino V, Astray J. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2019. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2019. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

Ejecución del trabajo de campo del sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta 2019 (SIVFRENT): DEMOMETRICA ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN, S.L.

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

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

INDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. METODOLOGÍA	7
4. RESULTADOS	10
4.1. Percepción de salud	10
4.2. Actividad física	12
4.3. Alimentación	15
4.4. Dietas	20
4.5. Antropometría	22
4.6. Consumo de tabaco	25
4.7. Consumo de alcohol	29
4.8. Prácticas preventivas	32
4.9. Accidentes	38
4.10. Violencia contra la mujer	39
4.11. Acoso Laboral.....	41
4.12. Salud Mental	44
4.13. Agregación de factores	49
5. BIBLIOGRAFÍA	51

1. RESUMEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región,

al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴.

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

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

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

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

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

3. METODOLOGÍA

Población

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

Diseño muestral

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

Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y

lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo a 1 de enero de 2019, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral (la estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en Cibeles). Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

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

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

Técnica de entrevista

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

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

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

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

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

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

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones:

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

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

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

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

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

En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

4. RESULTADOS

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

Tabla 1. Características de la muestra.

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

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

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

4.1. PERCEPCION DE SALUD

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

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

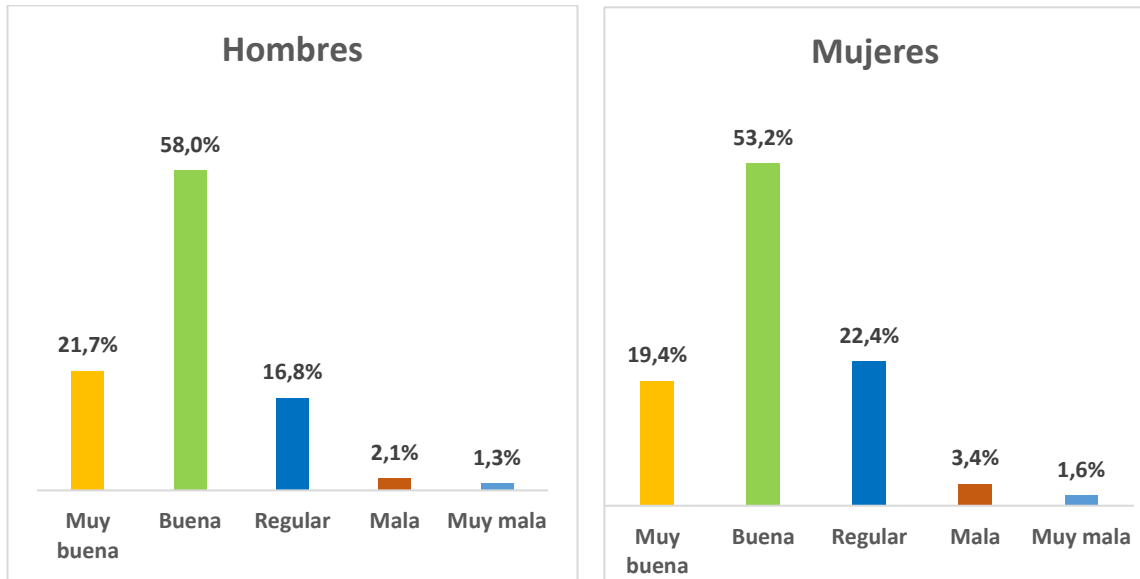
La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena es menor en mujeres, 72,6% (69,8-75,2), que en hombres 79,7% (77,1-82,1). La prevalencia de percepción “regular, mala o muy mala” es ligeramente mayor en mujeres 27,4% frente a 20,3% en los hombres.

De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena), empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, con estar parado/a, y desciende de forma escalonada

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

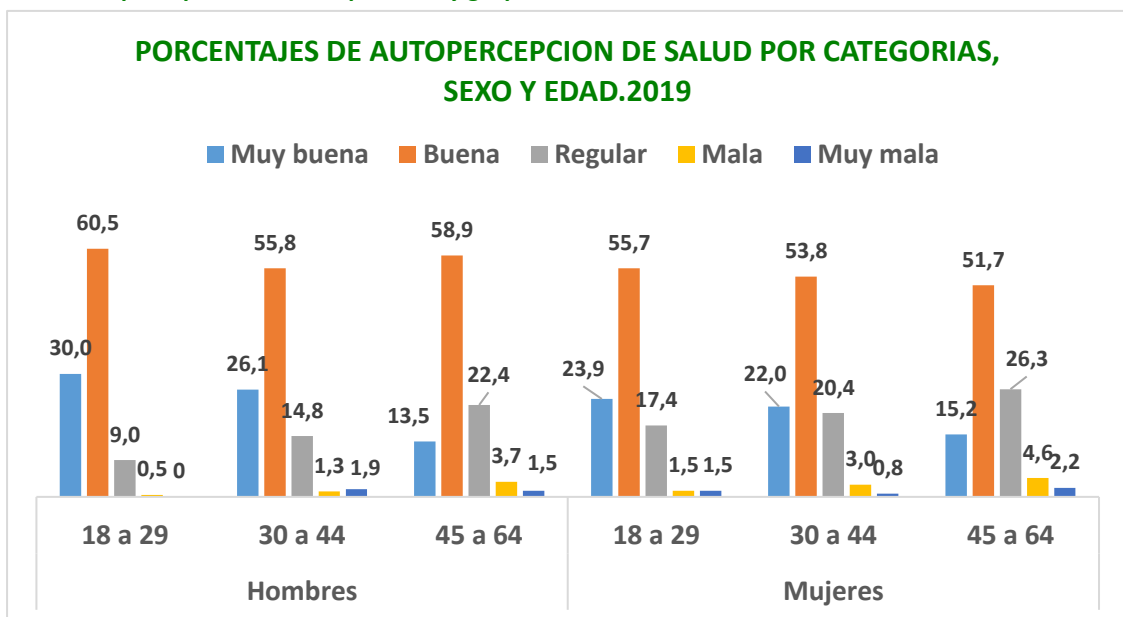
desde la clase social alta a la baja. Es importante señalar las diferencias que existen al estudiar este indicador por país de nacimiento, se observan diferencias importantes al comparar la percepción de salud que tienen los nacidos/as en España, frente a los nacidos/as en otros países (tabla 2).

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



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

Figura 2. Auto percepción de salud por sexo y grupos de edad.



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

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

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

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

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

4.2. ACTIVIDAD FÍSICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

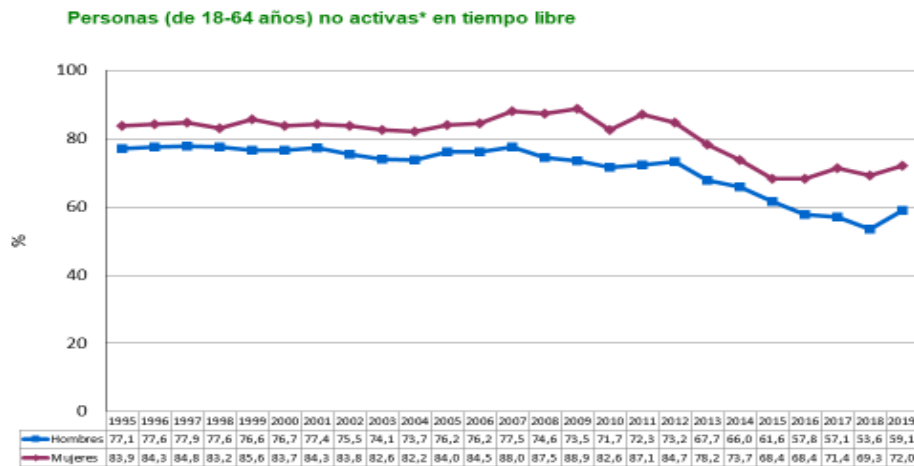
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

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

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

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

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



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

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

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

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

*Ama de casa

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

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

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

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

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

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

*Ama de casa

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

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

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

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

4.3. ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

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

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

La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 45,8% en hombres y un 39% en mujeres (figura 4).

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

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

Fruta y verduras

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

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

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

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

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

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

Carne y derivados

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

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

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

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

Pescado

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

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

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

Dulces y bollería

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

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

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

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

Otros alimentos

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

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

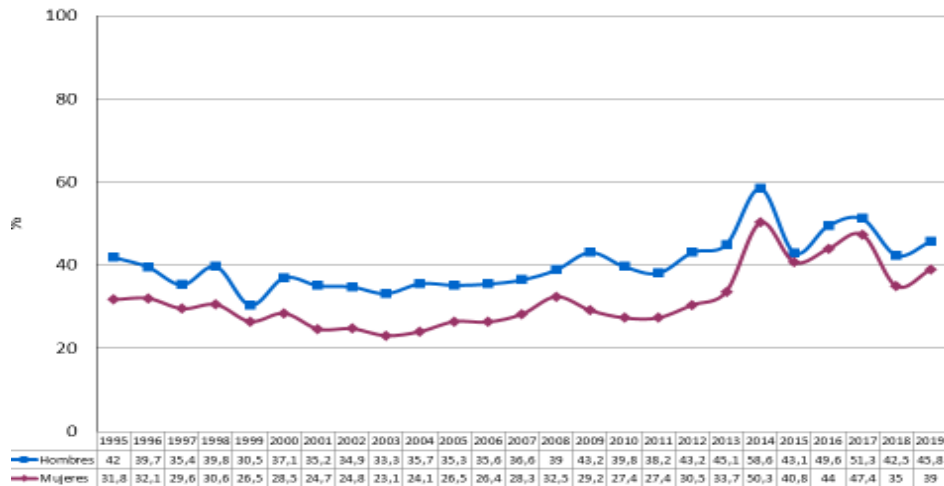


Figura 5. Proporción de personas con consumos de < 3 raciones de fruta y verdura en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

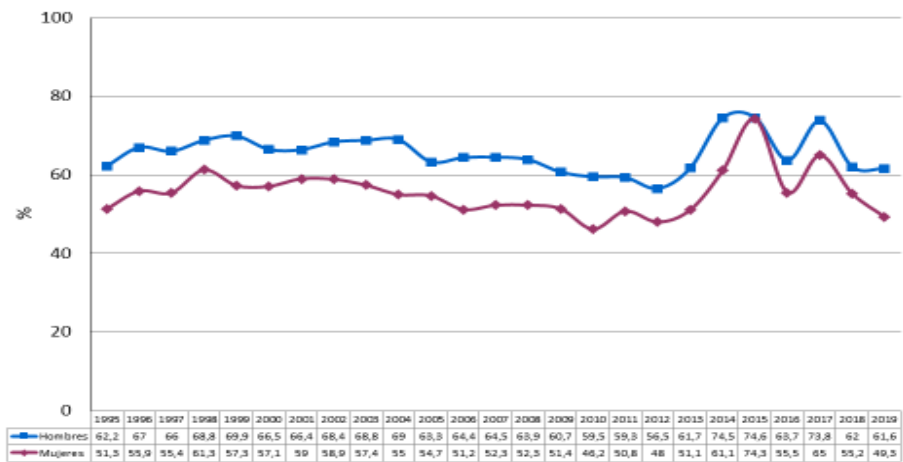


Figura 6. Proporción de personas con consumos de >= a 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

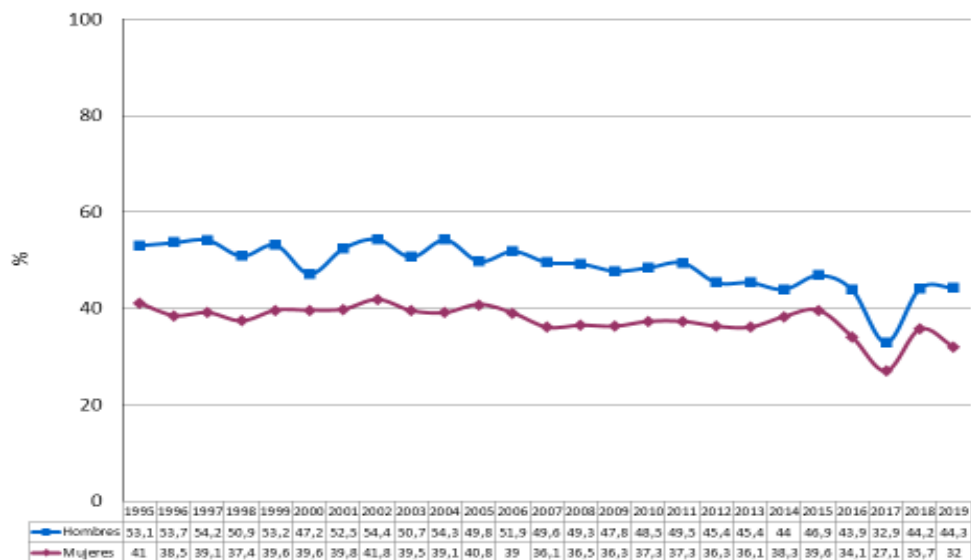
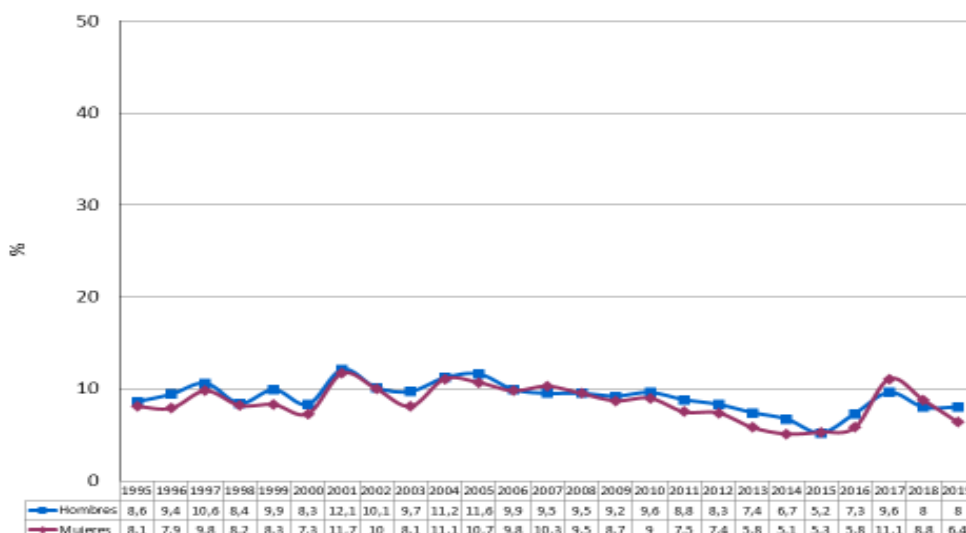


Figura 7. Proporción de personas con consumos de <= 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4. DIETAS

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

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

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

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

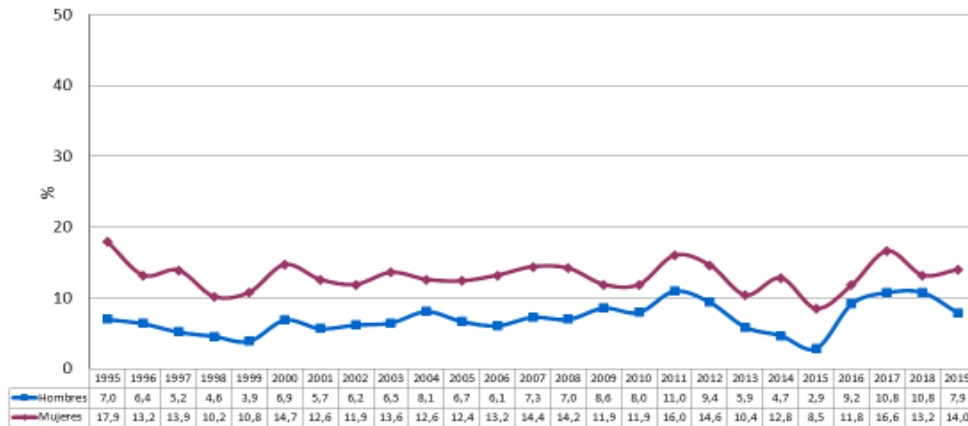
En hombres se producen cambios de tendencia a lo largo del periodo, evidenciándose un aumento de prevalencia de dietas para adelgazar PPCA= +1,6% (NS). Desde 2014 este aumento se hace más evidente e intenso, alcanzando una prevalencia del 19,7% (p<0,05) (figura.8).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5. ANTROPOMETRÍA

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

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

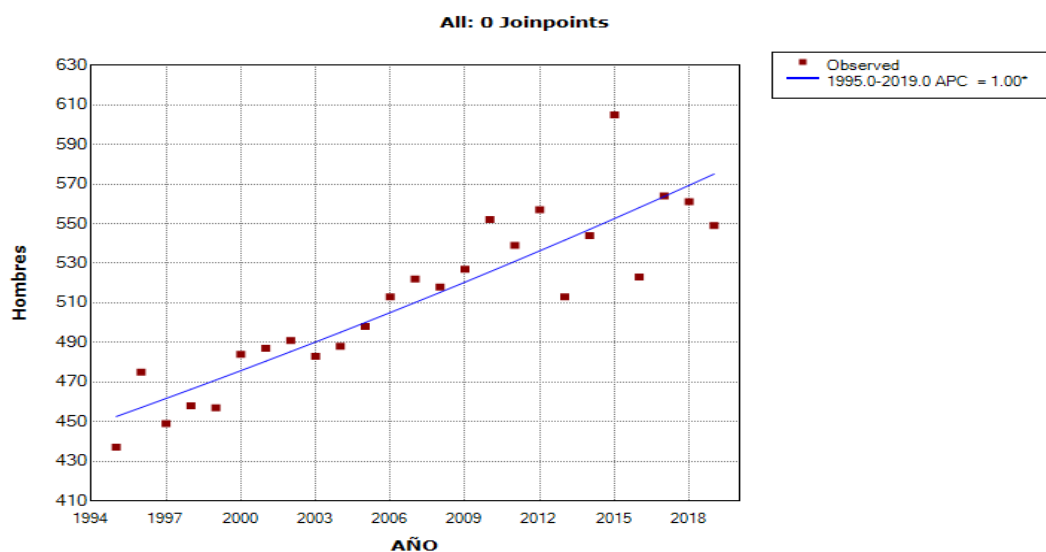
El 45,6% de la población se incluye en el rango de sobrepeso u obesidad. El 14,8% tiene sobrepeso grado I, un 12,3% sobrepeso de grado II, y un 12,3% obesidad (tabla 12). Por sexo la prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en hombres, 54,9% y 36,6 % en mujeres (tabla13). Se produce un aumento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

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

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

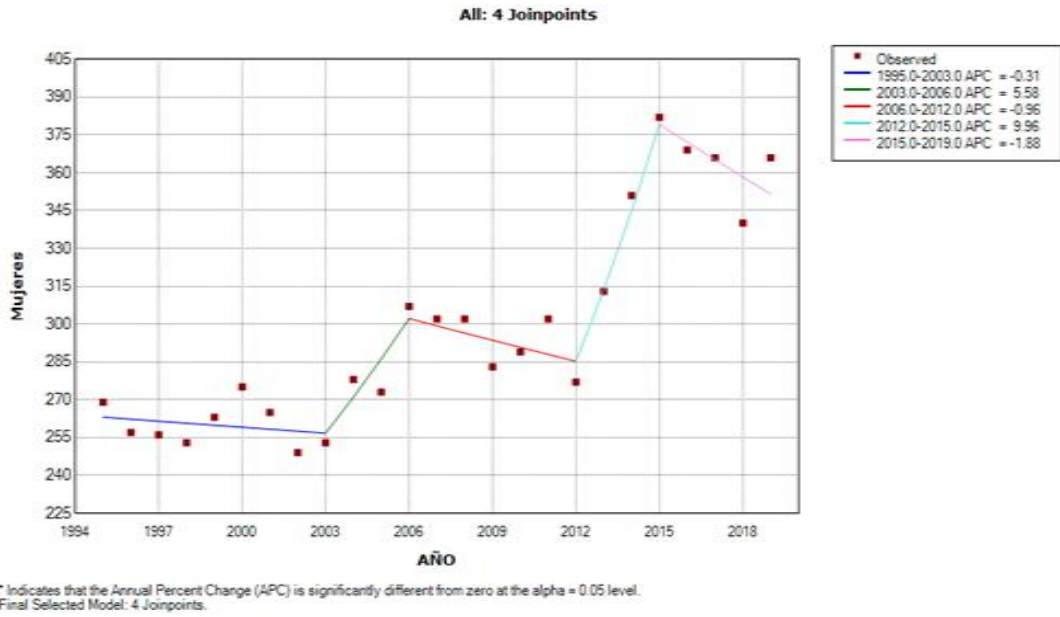
Figura 9. Evolución de la proporción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad referidos en mujeres y hombres⁽¹⁾, Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019. Salida del modelo "jointpoint".

Hombres



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

Mujeres



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

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

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

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

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

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

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

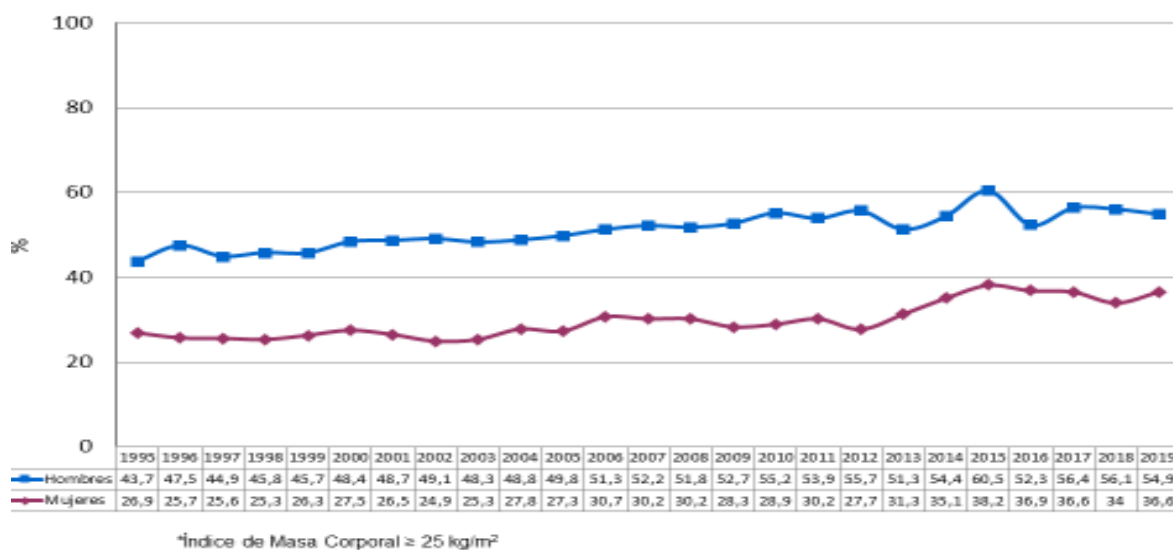
(d) Sobrepeso grado II: $27 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$

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

* Intervalo de confianza al 95%

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

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



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

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

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

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

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

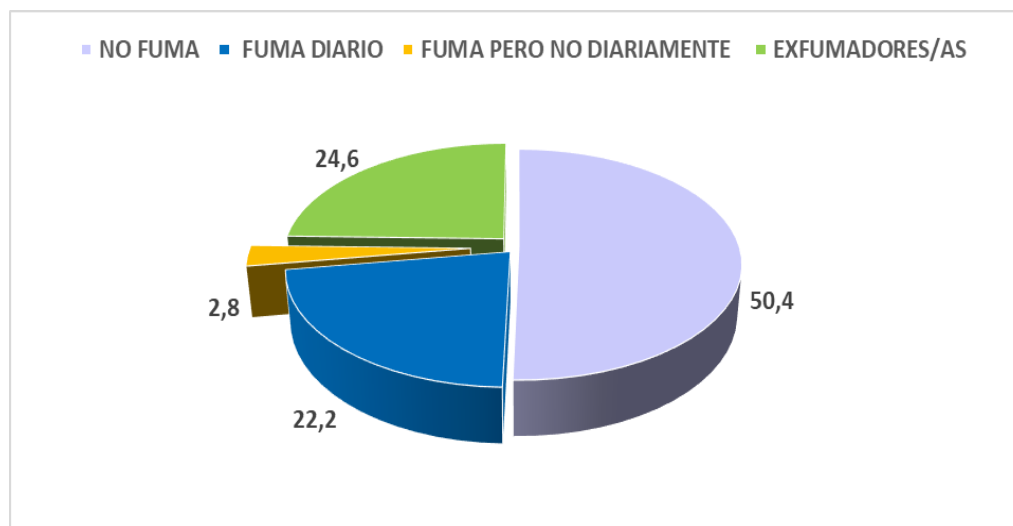
La obesidad/sobrepeso es superior en los hombres vs mujeres (54,9% y 36,6% respectivamente); más elevada en la población nacida en otros países, nivel educativo más bajo y nivel socioeconómico/clase social medio a bajo.

4.6. CONSUMO DE TABACO

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

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

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



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

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

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

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

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

(a) Fumador ocasional o diario.

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

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

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

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

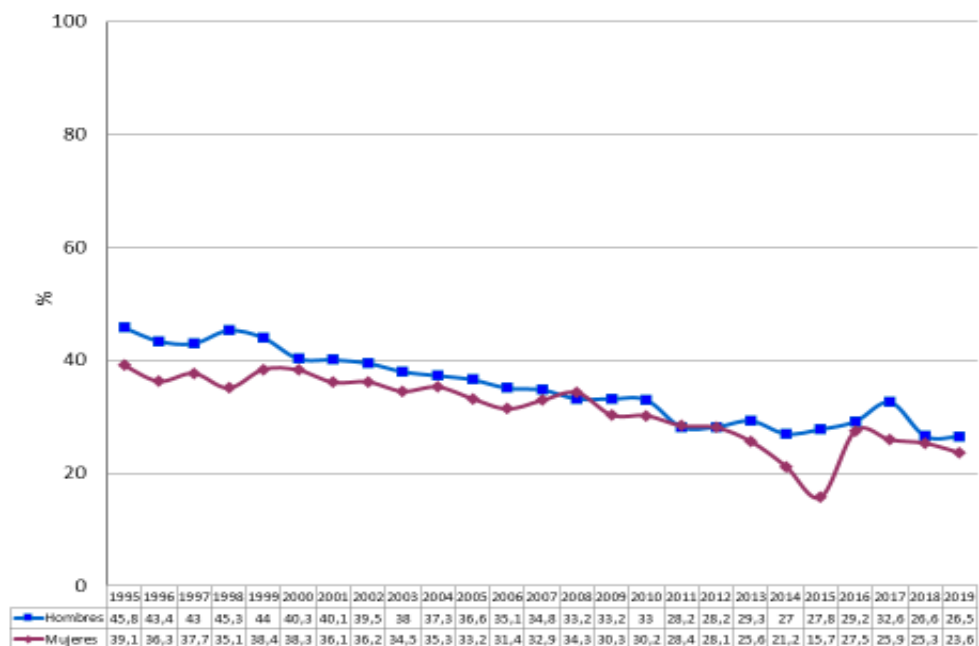
En mujeres se produce un descenso continuado en todo el período 1995-2019 con un PCA de 2,43% ($p < 0,05$).

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

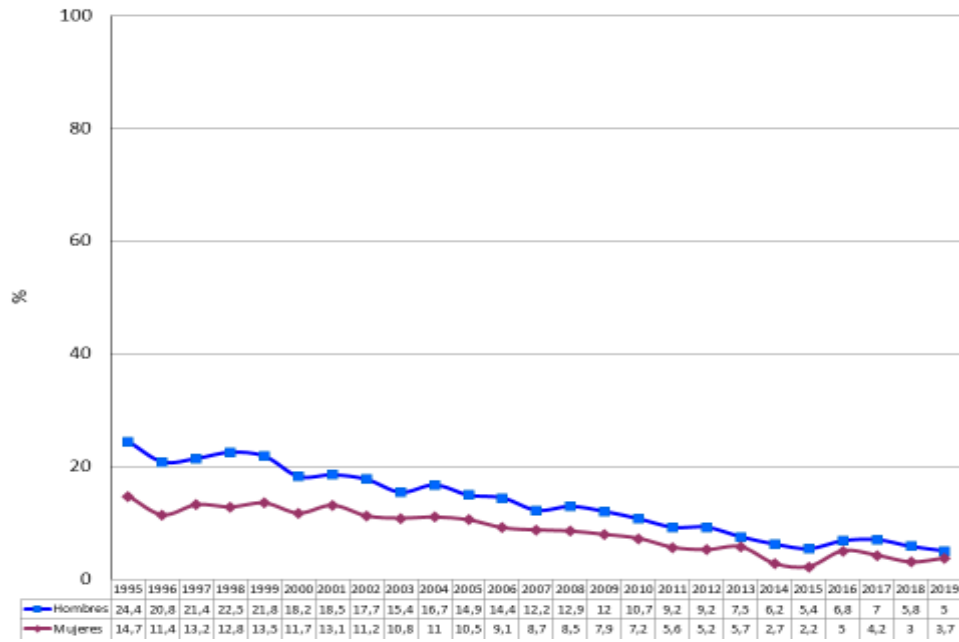
Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en la figura 13, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2018/2019, la proporción de abandono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

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

PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES (fumador ocasional o diario)



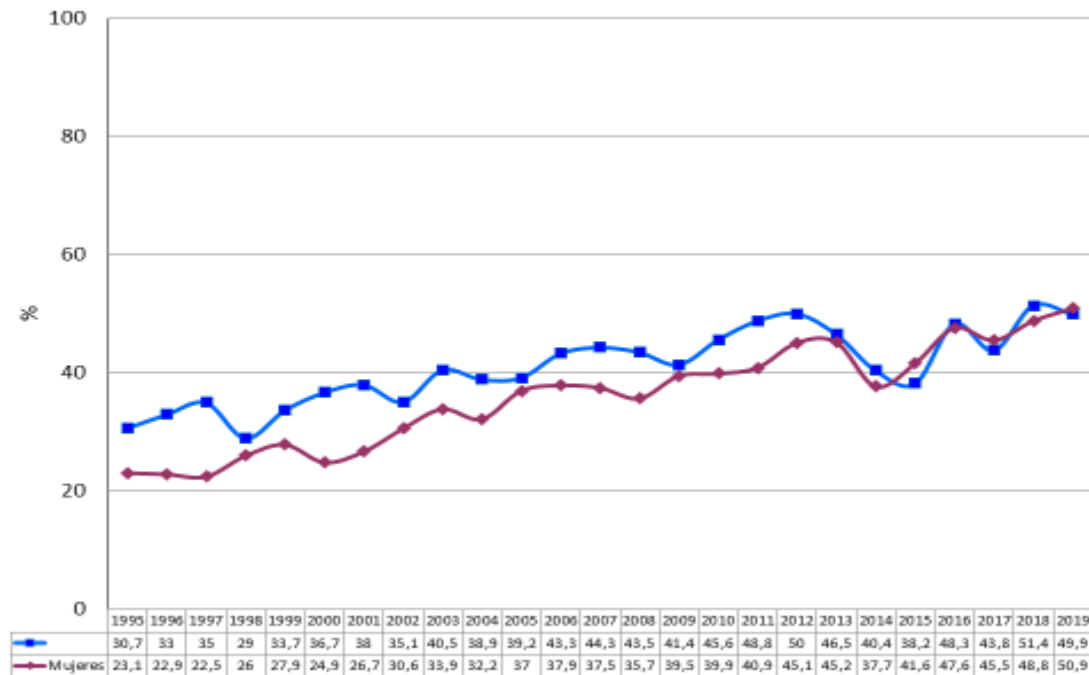
PREVALENCIA DE FUMADORES DE 20 CIGARRILLOS O MÁS AL DÍA



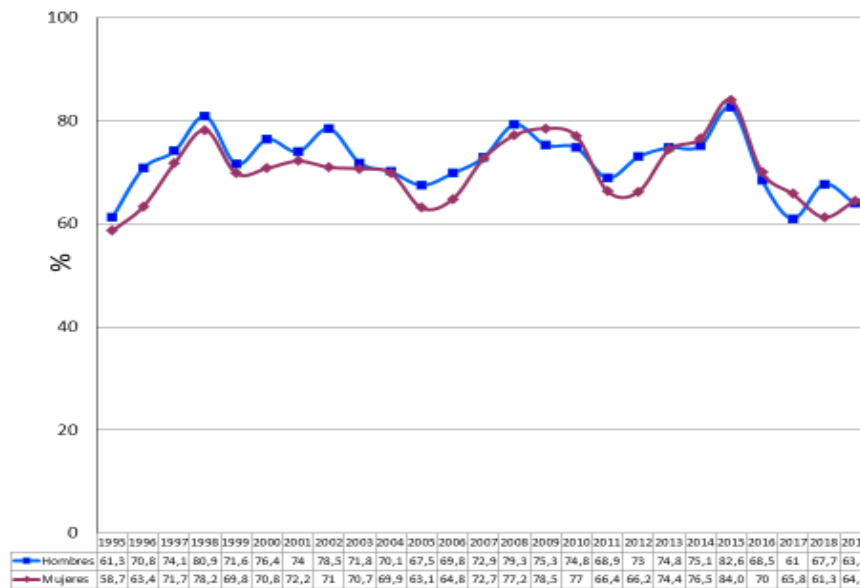
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVRENT-A19).

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

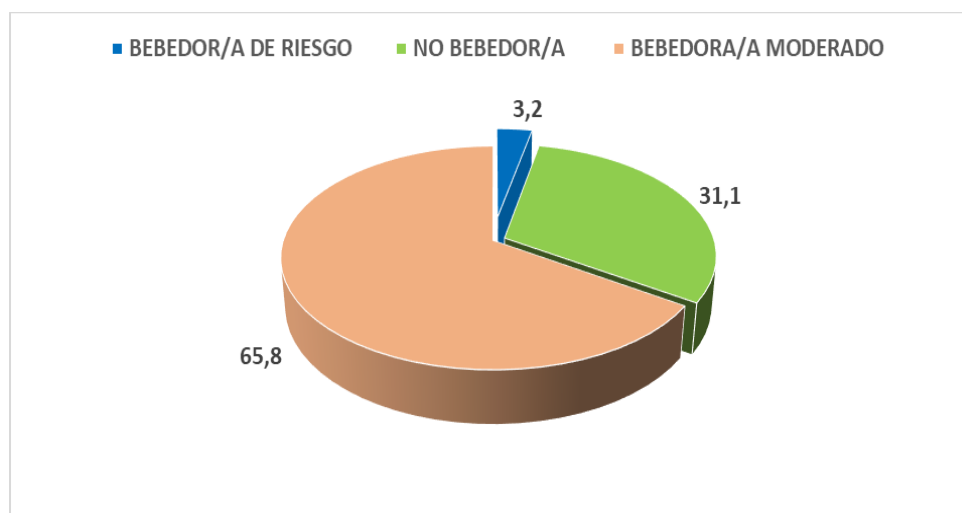
4.7. CONSUMO DE ALCOHOL

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

* Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

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

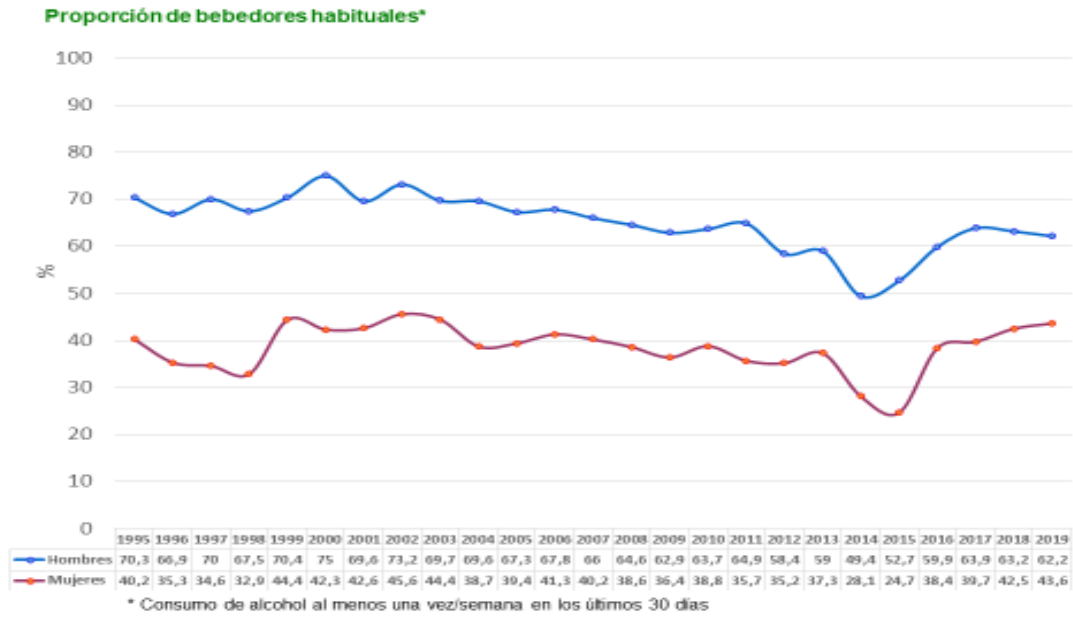
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A19).

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

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

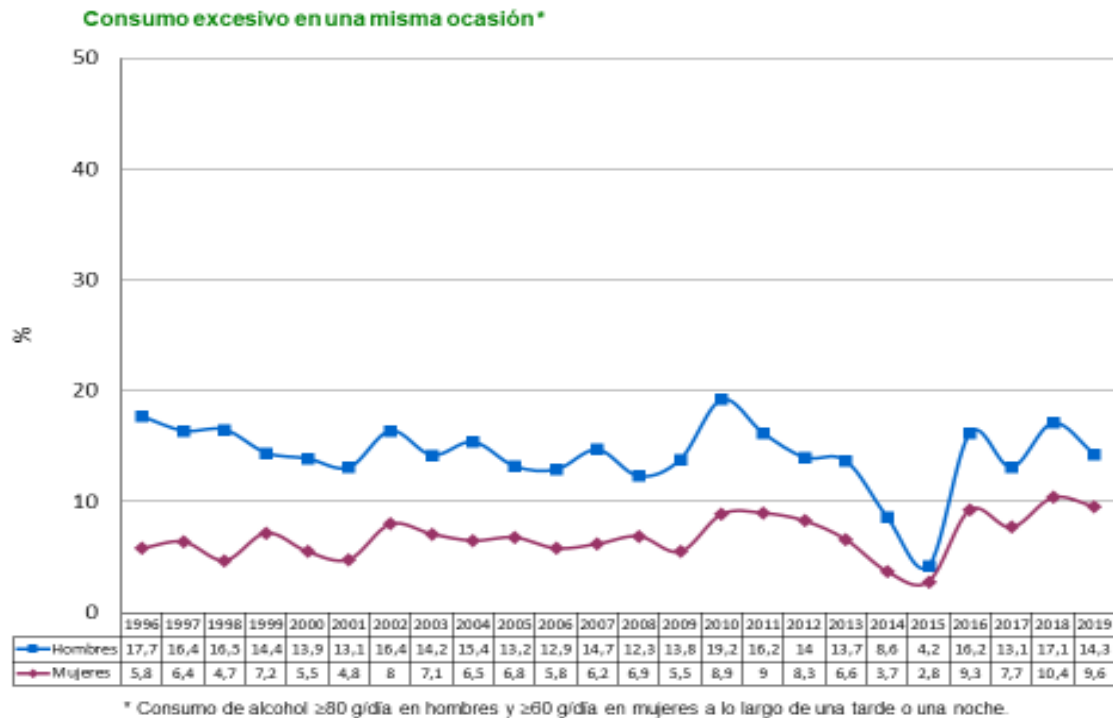
En mujeres se parte de prevalencias de consumo más bajas, entre el 40,2% en 1995 y 35,3% en 1996, alcanzando una prevalencia actual de 43,6%. Durante el período 2015 a 2019 existe un considerable aumento del 10,68 ($p < 0,05$).

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



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





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

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

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

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

4.8. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

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

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

indicadores cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

Edad en grupos		
		% IC(95%)
Medición de tensión arterial <5 años(a)	18-40 años	83,6(81,0-85,9)
Medición de tensión arterial \leq2 años	>40 años	92,5(90,8-93,9)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años	86,7(82,3-90,2)
	Mujeres <46 años	92,7(90,3-94,5)
Medición de colesterol < 5 años(b)	Hombres \geq 35 años	97,5(96,0-98,4)
	Mujeres \geq 46 años	99,3(97,8-99,8)

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

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

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

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

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

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

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

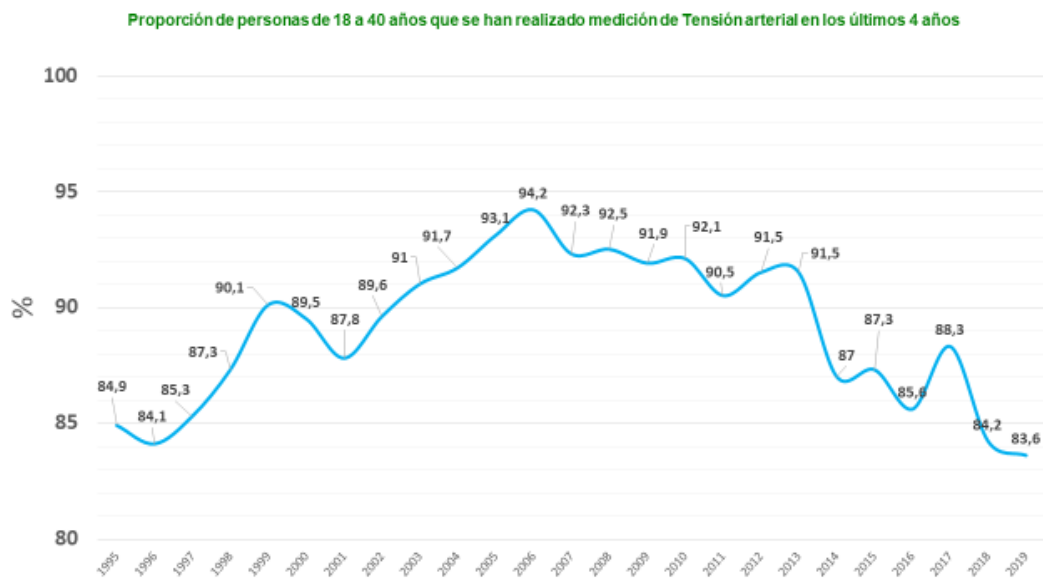
Tabla 19. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2019.

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

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

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

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



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

Proporción de personas mayores de 40 años que se han realizado medición de Tensión arterial en los últimos 2 años

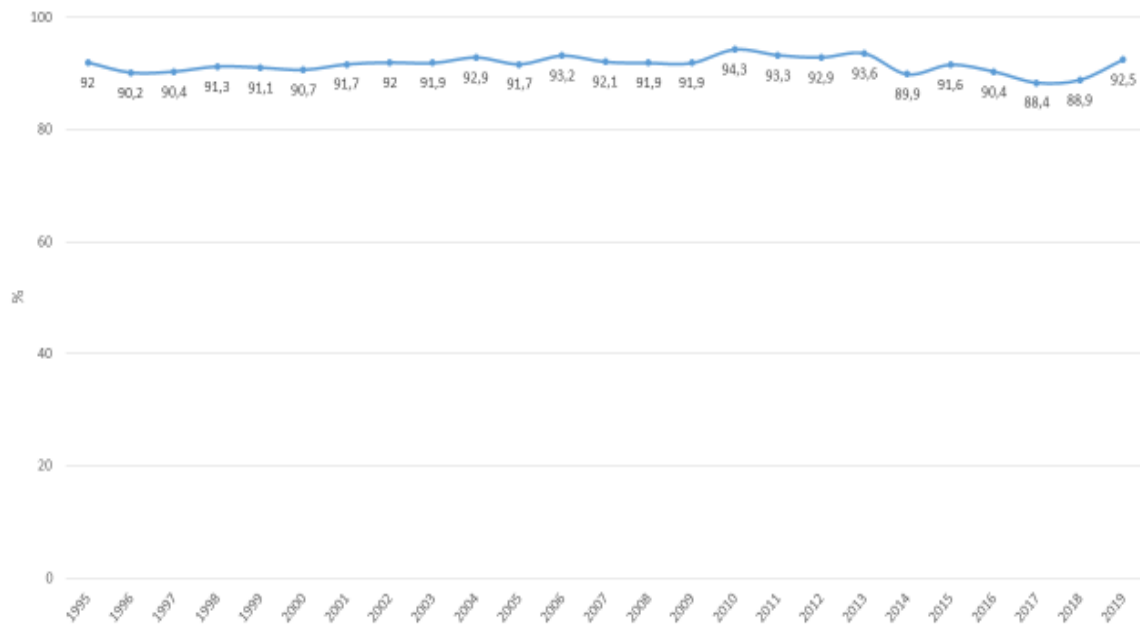
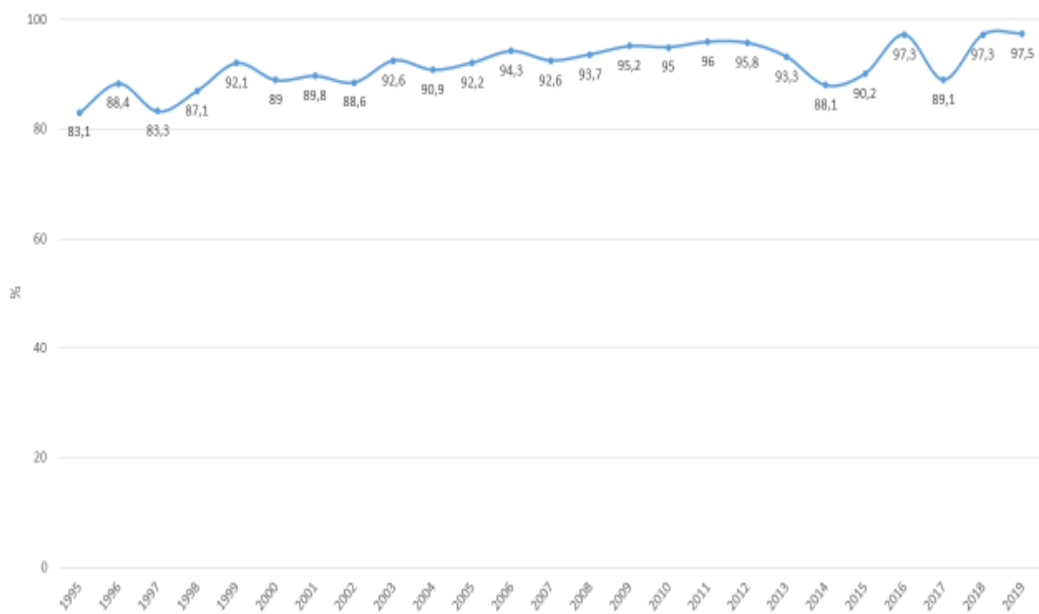


Figura 17. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

Proporción de Hombres >= de 35 años que se han realizado medición de colesterol en los últimos 4 años



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

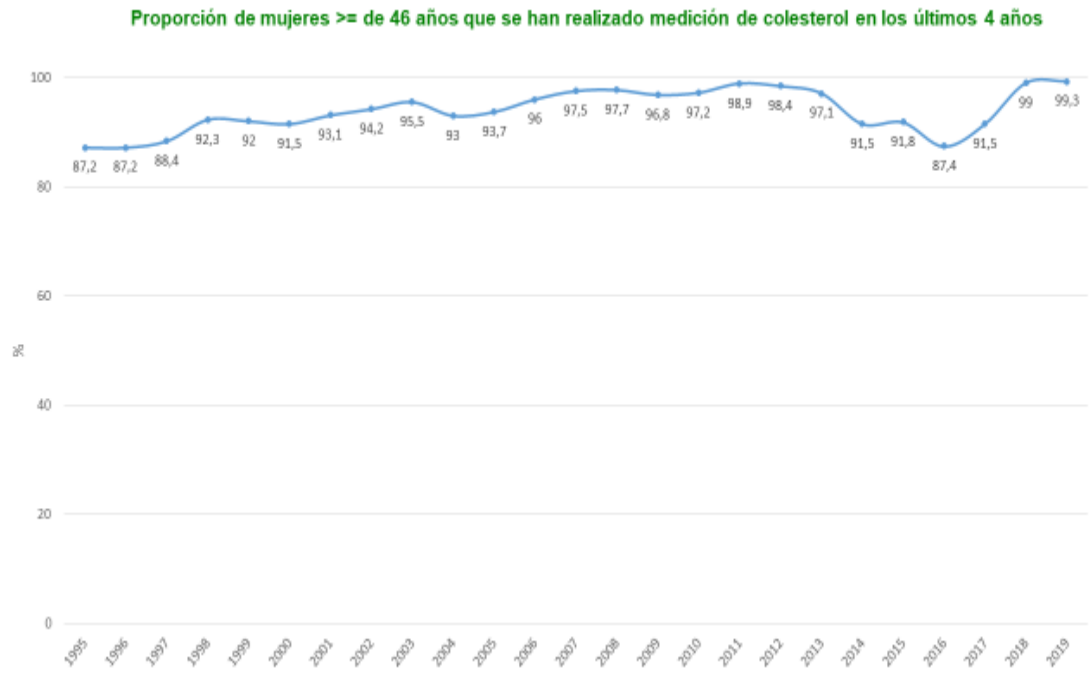
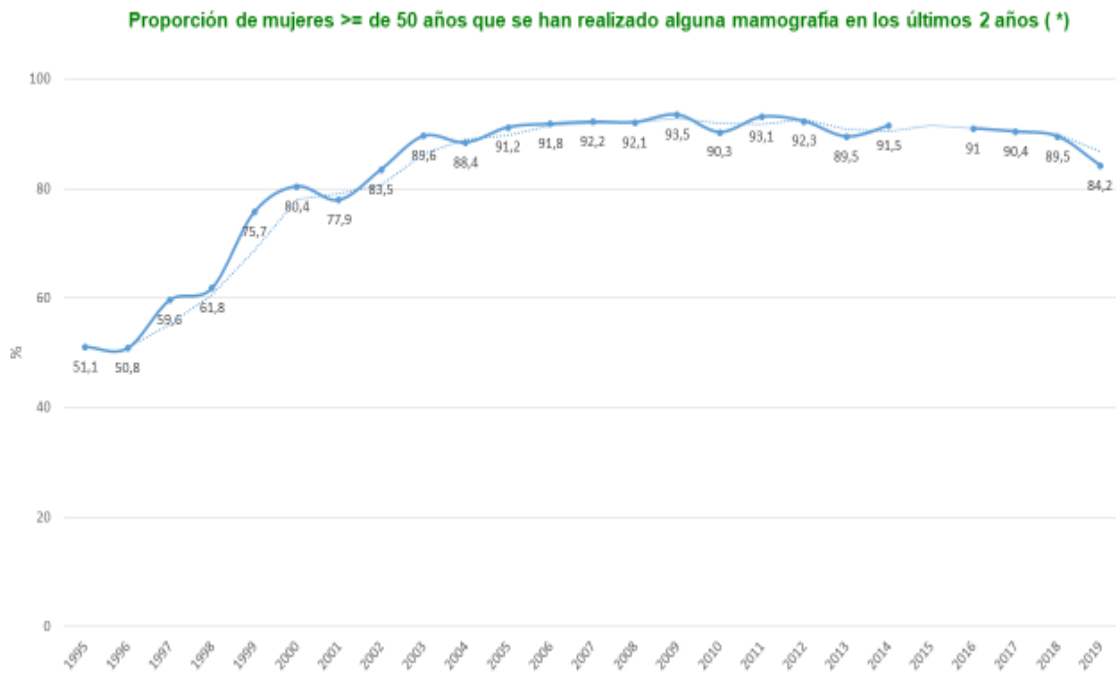


Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2019.





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

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

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

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

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

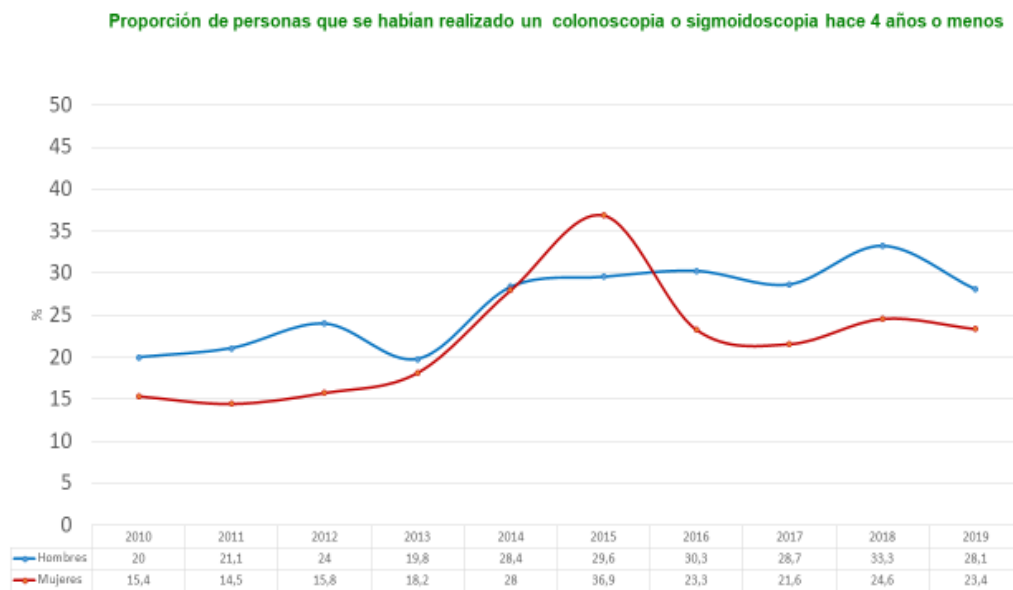
Tabla 20. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

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

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

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

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



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

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

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

4.9. ACCIDENTES

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

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

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

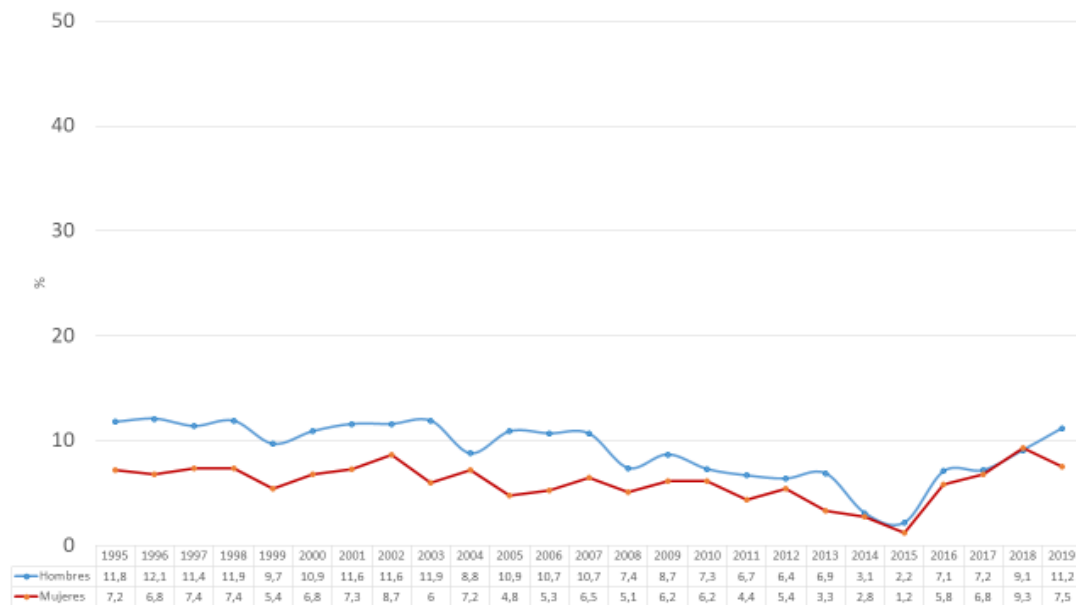
Se observó una reducción del 15% en los hombres y un aumento del 20% en las mujeres en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, en el período 2017-2019 respecto a 1995/1996 (figura 20).

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

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

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

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

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

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

4.10. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR SU PAREJA O EXPAREJA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 21. Proporción de mujeres cuya pareja o expareja ha ejercido contra ellas algún tipo de violencia en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

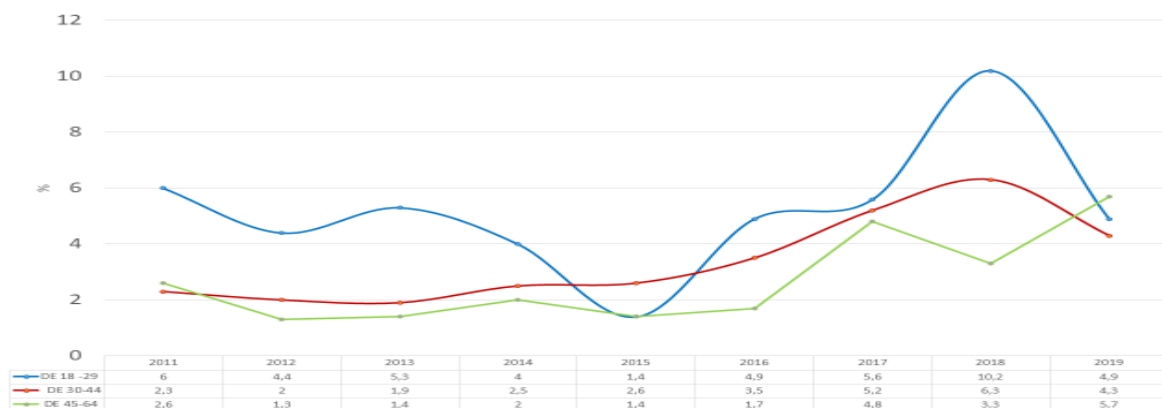


Tabla 24. Violencia⁽¹⁾ contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.

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

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

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

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

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

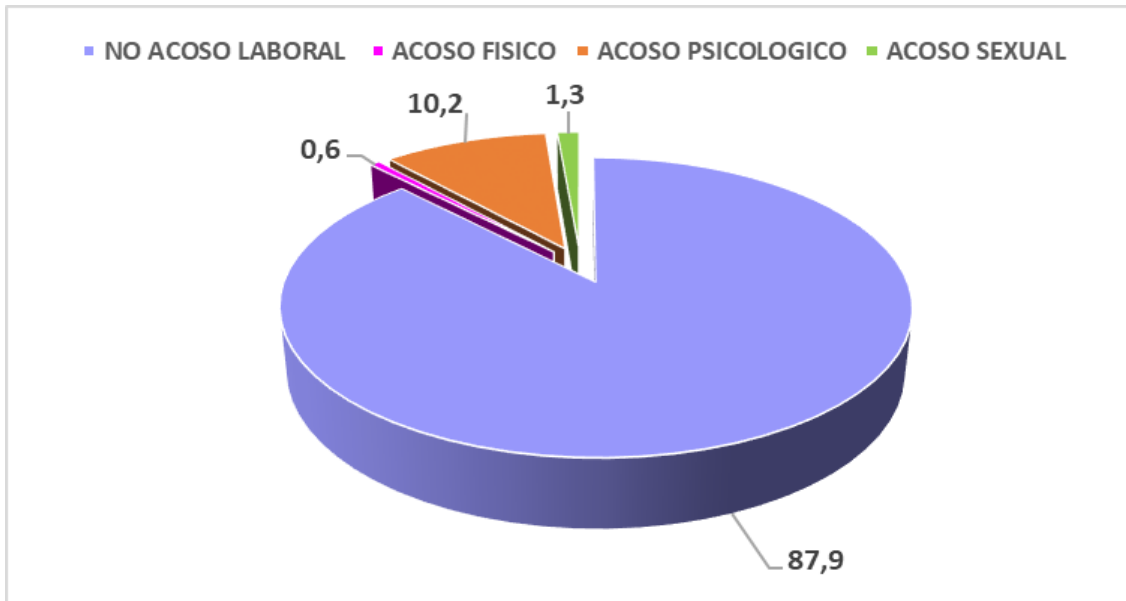
4.11. ACOSO LABORAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.12. SALUD MENTAL

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

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

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

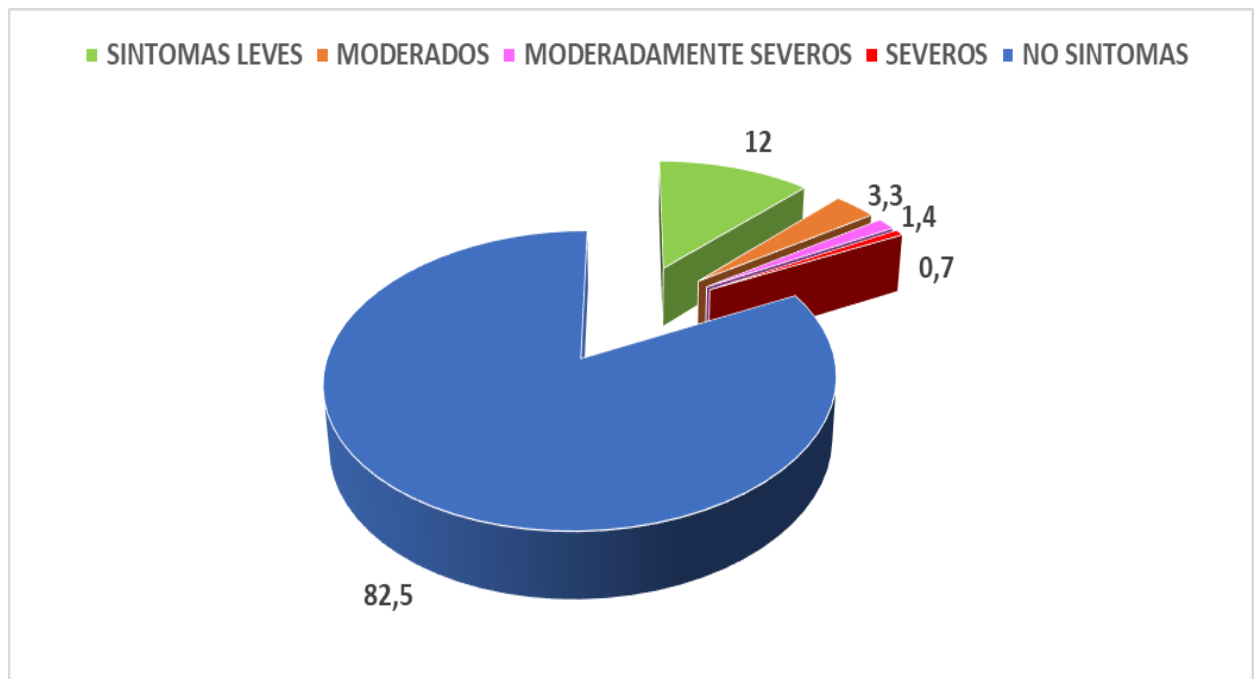
Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

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

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

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

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



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

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

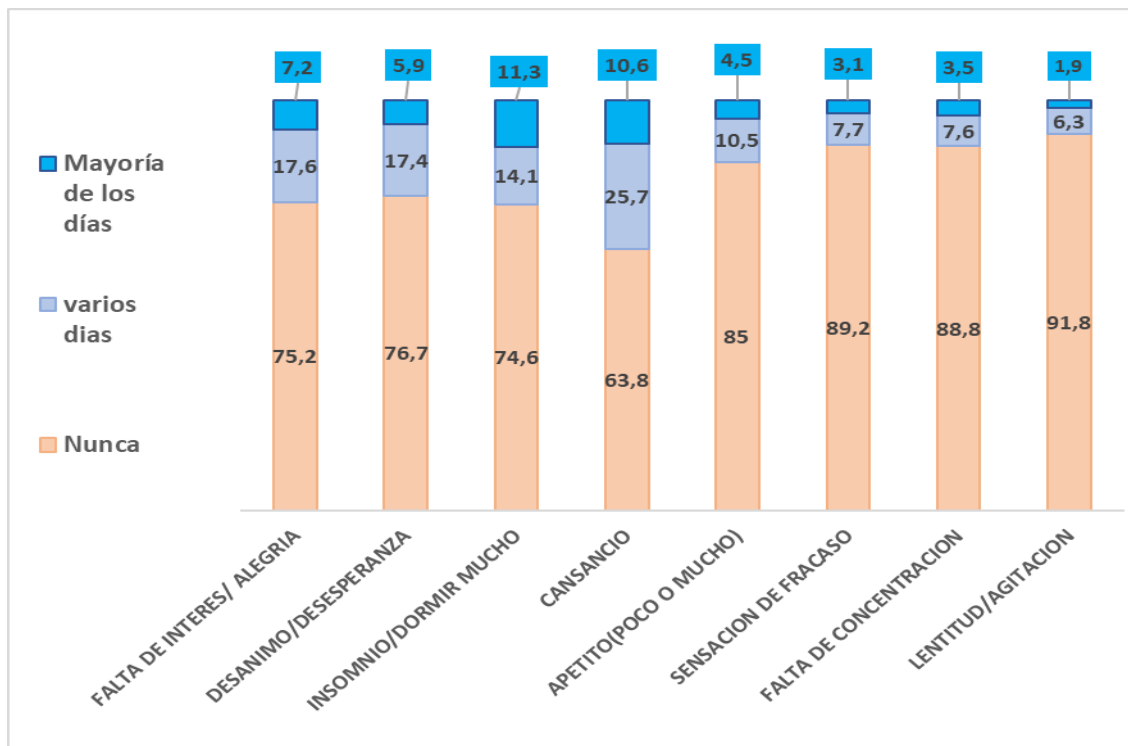
Tabla 28. Porcentaje de sintomatología depresiva según PHQ-8 desde ninguna sintomatología a severa por sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2019.

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

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

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

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

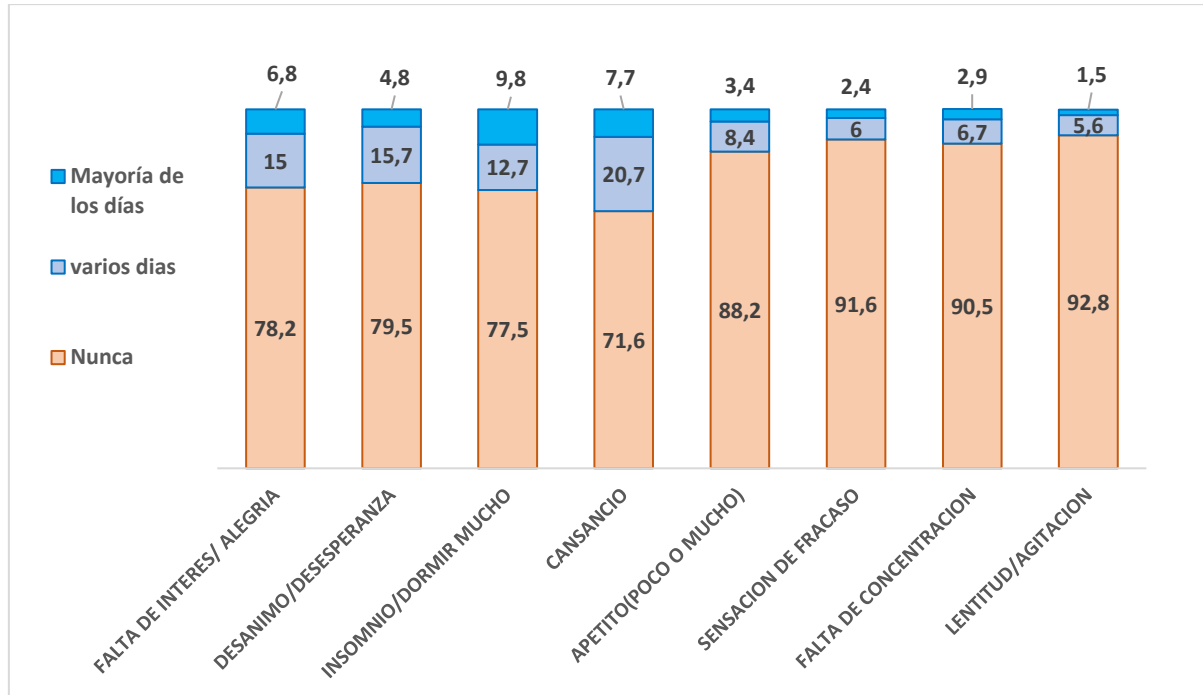


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVRENT-A19).

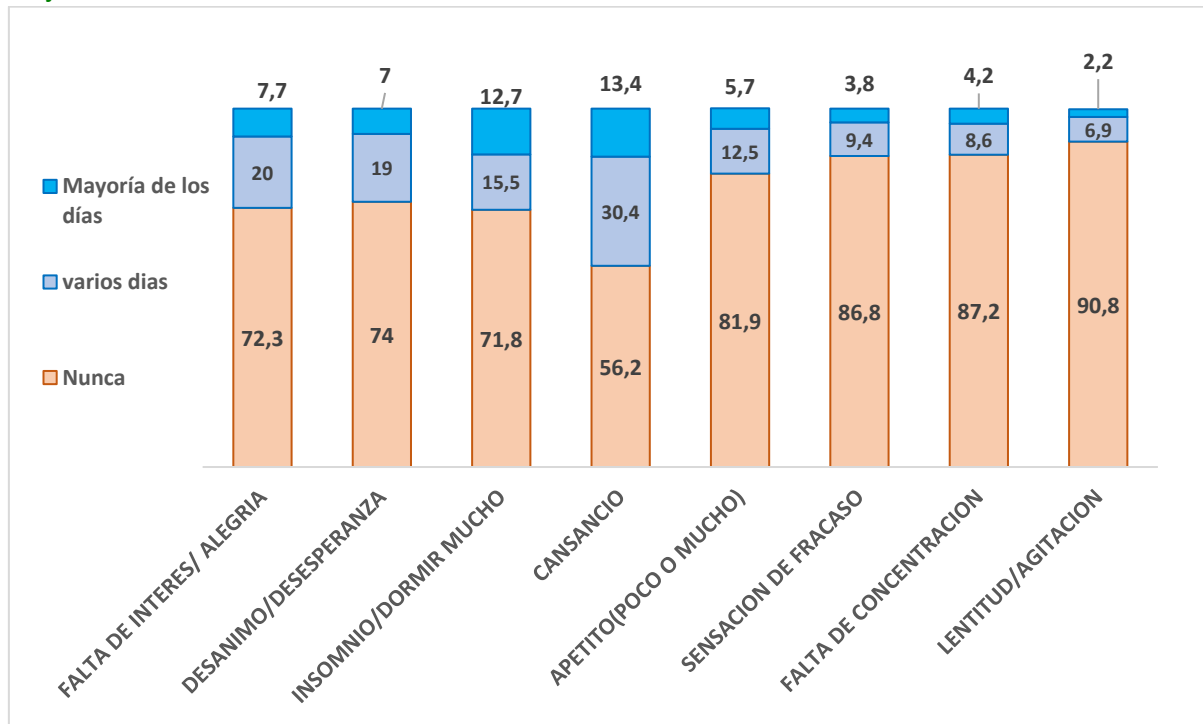
En la Figura 25 los porcentajes por sexo para cualquier ítem del cuestionario de salud mental depresión PHQ-8 son mayores en las mujeres vs hombres, destacando la respuesta afirmativa del ítem “cansancio o falta de energía” que supera en las mujeres por más de 35 puntos porcentuales a los hombres.

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

Hombres



Mujeres



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

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Características de la población con depresión mayor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.13. AGREGACIÓN DE FACTORES

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación.

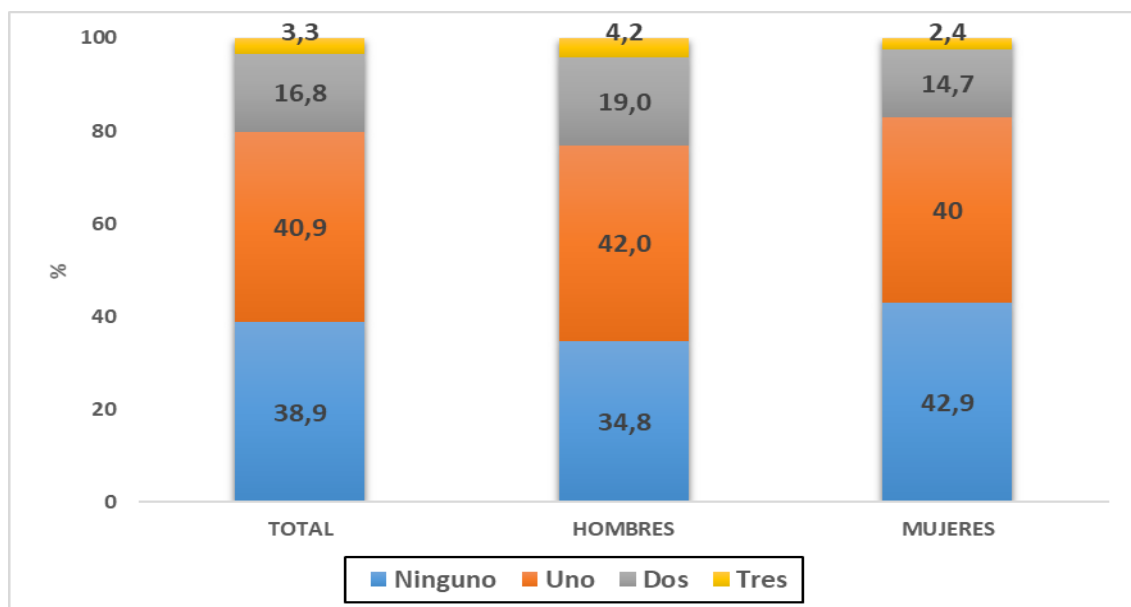
En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METs en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

De acuerdo con los criterios expuestos, el 38,9% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 40,9% tenía uno, el 16,8% dos, el 3,3% tres factores de riesgo (figura 26).

Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por grupos de edad en 2019 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en hombres en todas las edades alcanzando una diferencia de casi 4 puntos en los de mayor edad (figuras 26-28).

Por último, en la figura 28 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo durante 2017/2019 comparado con 1995/1996 es de una disminución del 16,8% en hombres y en las mujeres permanece prácticamente igual con un levísimo aumento del 0,6% en las mujeres.

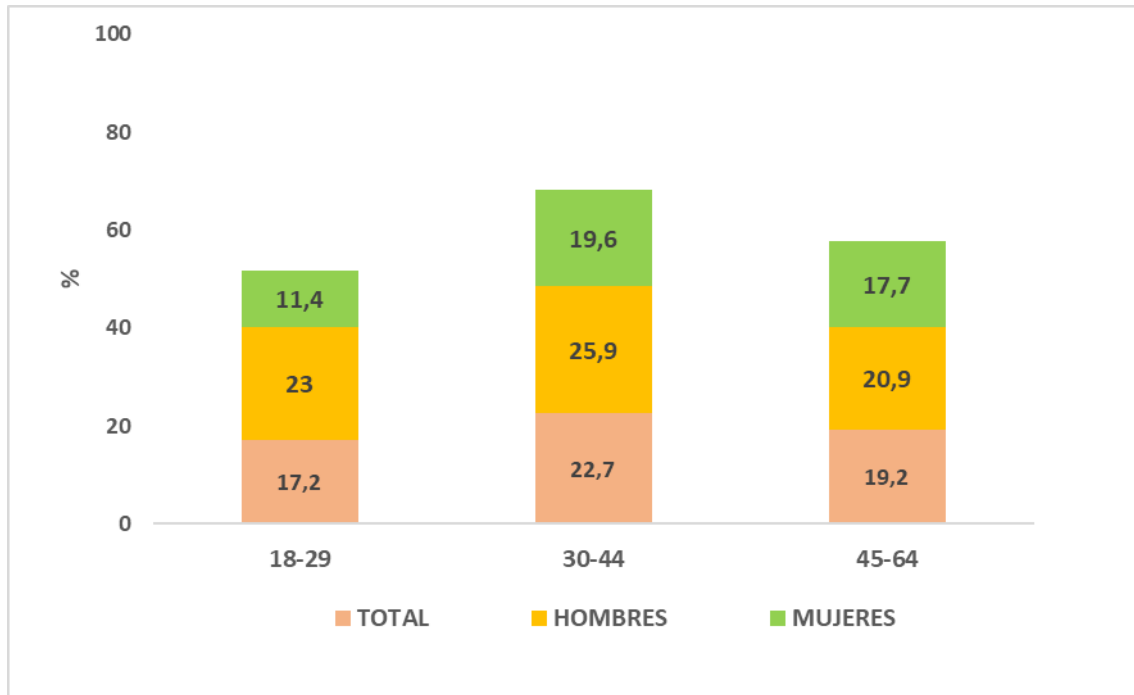
Figura 26. Agregación de factores de riesgo*. Hombres, mujeres y totales Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



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

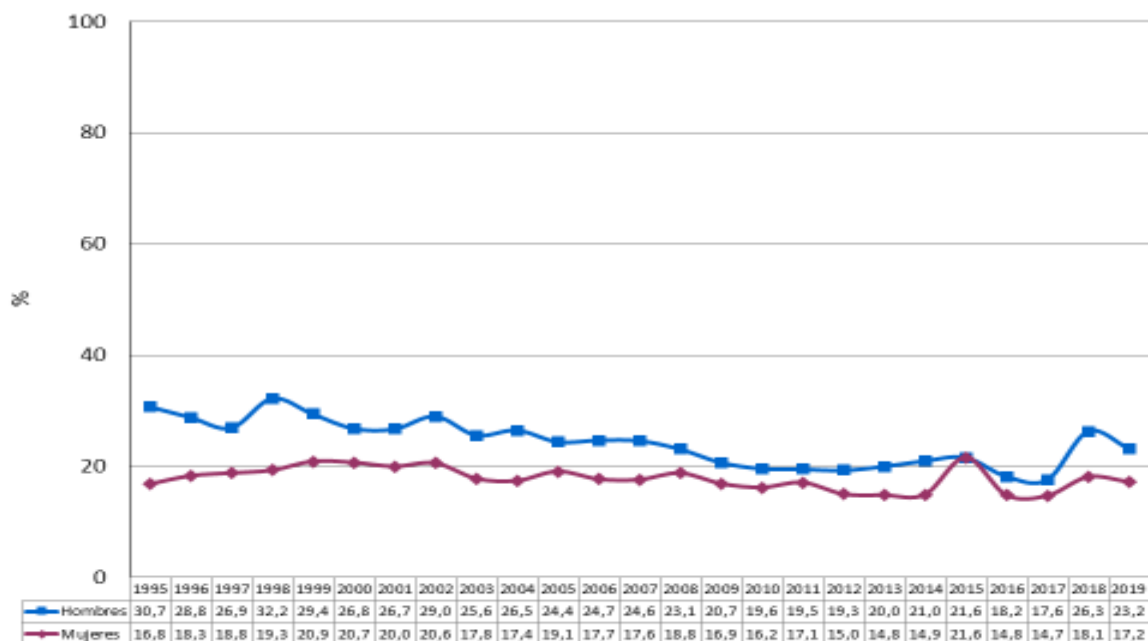
*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual/laboral, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

Figura 27. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2019.



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

Figura 28. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2019.



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

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

5. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
- 2.- WHO | Global burden of disease. WHO.
http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ (accessed 29 May 2017).
- 3.- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 4.- Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles.
<http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx> (accessed 1 Nov 2018).
- 5.- Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
- 6.- Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
- 7.- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.
- 8.- Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2017.
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad> (7 Nov 2018).
- 9.- Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2016, datos internos. Consejería de Sanidad.
- 10.- Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019
- 11.- Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
- 12.- Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
- 13.- Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
- 14.- NIH. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018.
<https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
- 15.- Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" Statistics in Medicine 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).
- 16.-Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. Statistics in Medicine 2009; 28(29): 3670-82.
- 17.- IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

- 18.- Ainsworth BE , Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Aug; 43(8):1575-81.
- 19.- Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev* 1983; 52:697-708.
- 20.- Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:587-597.
- 21.- Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J. Estud. Alcohol.* 1994; 55:471-474.
- 22.- Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc* 1997; 157: 1529-1535.
- 23.- Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav* 2004; 29: 867-878.
- 24.- Maiques A, Brotons C, Villar F, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 3-15.
- 25.- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 24-41.
- 26.- Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science.* 2013; 340:1527-8.