

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

12.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, año 2004.**
- **La violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud.**



Dirección General de Salud Pública,
Alimentación y Consumo
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Comunidad de Madrid






BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

12

Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2004.	3
	- EDO. Semanas 49 a 52 (del 4 de diciembre de 2004 al 1 de enero de 2005)	39
	- Brotes Epidémicos. Semanas 49 a 52, 2004.	42
	- Red de Médicos Centinela, semanas 49 a 52.	44
	- Artículo de colaboración: La violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud.	48



INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2004.

RESULTADOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN JUVENIL (SIVFRENT-J) 2004

Índice:

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	6
4.1. Ejercicio físico.....	7
4.2. Alimentación.....	9
4.3. Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario.....	14
4.4. Consumo de tabaco.....	16
4.5. Consumo de alcohol.....	19
4.6. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	23
4.7. Relaciones sexuales.....	27
4.8. Accidentes.....	28
4.9. Seguridad vial.....	29
4.10. Información sobre temas de salud.....	31
4.11. Agregación de factores.....	34
4.12. Evolución de los indicadores.....	34
5. Bibliografía.....	37

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) dirigido a población juvenil, mide desde 1996 la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Metodología: Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2000 individuos escolarizados en 4º de la ESO 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, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. En este informe analizamos los indicadores agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentabilidad y seguridad vial.

Resultados: El 46,6% de las chicas y el 12,3% de los chicos no realizan al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos describe un patrón con escaso consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 54% no consume al menos dos raciones de fruta al día y un 32,2% no consume al menos una de verdura; el 71,7% consumen dos o más raciones diarias de productos cárnicos, y casi el 30% dos o más de galletas o productos de bollería. El 21% fuma diariamente, siendo este hábito más frecuente en las mujeres, 23%, que en los hombres, 18,9%. El 10,6% de los jóvenes son clasificados en función de la cantidad de alcohol ingerida como bebedores de riesgo. Este consumo se realiza casi exclusivamente en fines de semana, lo que da lugar con frecuencia a ingestas agudas: el 39,4% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 30% se ha emborrachado durante este período. En general la distribución de los indicadores de consumo de alcohol son bastante parecidos en hombres y mujeres. La droga de comercio ilegal más frecuentemente consumida es el hachís, con un 26,9% en los últimos 12 meses, siguiéndole en frecuencia la cocaína, 2,9%. El 87,1% de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales con penetración (26,8%) han utilizado preservativo durante la última relación, y el 11,9% no han utilizado métodos de prevención del embarazo eficaces. Un 16,8% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses y la utilización del casco en moto es muy baja, ya que el 38,9% de los jóvenes que utilizan este vehículo no emplea habitualmente protección.

Las tendencias globales desde 1996 muestran una mejora en numerosos indicadores, siendo especialmente importante la disminución del consumo de tabaco, de alcohol y de drogas de comercio ilegal. También es favorable la utilización del casco en moto. Por el contrario empeoran los indicadores relacionados con el balance energético: más sedentarismo, menor consumo de fruta y verdura y mayor realización de dietas para adelgazar.

Conclusiones: El SIVFRENT dirigido a población juvenil pone de manifiesto en el 2004, que la frecuencia de numerosos factores asociados con el comportamiento sigue siendo muy elevada en la Comunidad de Madrid. Se han realizado importantes progresos en algunos indicadores clásicos que evolucionan positivamente hacia la consecución de los objetivos de salud pública, aunque también se aprecia que otros lo hacen negativamente. Esta información debe facilitar la toma de decisiones en la planificación de las actividades de prevención y promoción que permitan mejorar el control de estos factores.

2.- INTRODUCCIÓN

A pesar de que tradicionalmente la adolescencia y juventud se considera una etapa de la vida saludable, entre los 15 y 29 años se produce el 1,3% de la mortalidad total y el 12,6% de los ingresos hospitalarios de nuestra región. Por otro lado, uno de cada tres adolescentes tienen algún problema de salud crónico y un 6,5% algún tipo de incapacidad, principalmente relacionadas con problemas de salud mental o de tipo respiratorio ¹.

Algunos problemas de salud como los embarazos no deseados, los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad, cobran especial importancia y frecuencia en la edad juvenil. También en esta época se adquieren determinados comportamientos ², que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias a medio plazo como ocurre con las enfermedades cardiovasculares o degenerativas si estos factores no se modifican ³⁻⁶.

Durante el año 2004 se ha realizado la novena encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) ⁷⁻¹⁵, cuyo objetivo es el de conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada, permite comparar los diferentes indicadores durante estos nueve años de estudio.

El trabajo de campo de esta encuesta ha sido realizado colaborativamente como en años anteriores con la Dirección General de Centros Docentes de la Consejería de Educación.

3.- METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población escolarizada en 4º de ESO de la Comunidad de Madrid.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La **muestra** es de conglomerados bietápica con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares, y las de segunda, por las aulas. Los **criterios de estratificación** han sido: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios), la titularidad de los centros escolares (públicos y privados).

La **asignación muestral** ha sido proporcional en cada estrato al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados.

La **selección** de las unidades de primera etapa se ha realizado con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados. La selección de las unidades de segunda etapa ha sido constante, muestreando dos aulas por centro escolar. Como **fuentes de datos** para la selección muestral se ha utilizado el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación.

El **tamaño muestral** ha sido de 2039 entrevistas distribuidas en 92 aulas de 46 centros escolares. A este tamaño muestral le corresponde un error de muestreo absoluto de un 2,2%, bajo el

supuesto de muestreo aleatorio simple, para una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%.

La **técnica de entrevista** es la de cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación es de 35 minutos.

El **período de realización** de las entrevistas se ha desarrollado durante abril de 2004.

3.3. CUESTIONARIO

Se ha utilizado el mismo cuestionario que en los años precedentes, estructurado en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentes, seguridad vial e información sobre temas de salud.

Además de estos apartados, en el cuestionario de este año se han mantenido las variables relacionadas con la medición de los trastornos del comportamiento alimentario que se incluyeron en la encuesta de 1999.

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

El error estándar del estimador se ha calculado teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo de conglomerados, mediante el programa STATA versión 6.0¹⁶.

4.- RESULTADOS

En la tabla 1 se exponen las características de la muestra así como la tasa de respuesta.

3 centros decidieron no colaborar en el estudio (todos de titularidad privada), lo que supone una tasa de participación de centros escolares del 93,9%. Un 11,3% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta y 10 cuestionarios se descartaron durante el control de inconsistencias. La **tasa de respuesta global** fue del 82,9%.

En el análisis de resultados referidos a los totales y género se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar únicamente los jóvenes de 15 y 16 años, no exponiendo información estratificada para los que tienen 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 o más años no son representativos del conjunto de jóvenes de estas edades escolarizados en la Comunidad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que por diferentes circunstancias han repetido uno o más cursos, y presentan probablemente unos indicadores con prevalencias mucho más elevadas que el conjunto de jóvenes de 17 o más años.

TABLA 1.- Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2003

Tamaño muestral:	
Nº estudiantes	2039
Nº Colegios	46
Nº aulas	92
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	93,9
Estudiantes	88,3
Global	82,9
Género (%)	
Hombres	47,7
Mujeres	52,3
Edad (%)	
15	41,3
16	33,9
17 y más	19,7
Titularidad (%)	
Pública	51,0
Privada	49,0

4.1 EJERCICIO FÍSICO (tablas 2-3 y gráficos 1-2)

Una gran parte de los jóvenes, un 73,8%, realizan alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,8% de los chicos y un 16% de las chicas no llegan a realizar algún tipo de actividad de forma regular al menos 3 veces a la semana.

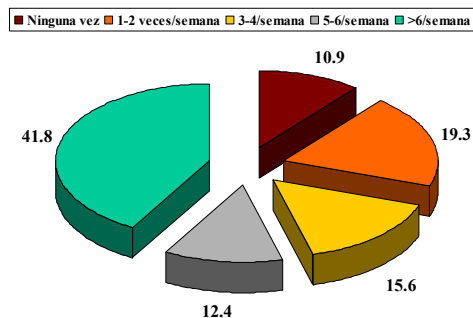
Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practican este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana es del 30,3%, destacando que un 10,9% no realizan ninguna vez estas actividades (gráfico 1). Se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,3% de los chicos no realizan al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 46,6% de las chicas.

En la tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente es el fútbol, dado que un 75,8% lo practica alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el baloncesto. En las chicas, el baile/ballet es la actividad preferida, seguido de forma muy homogénea por el baloncesto, footing y aeróbic.

Comparando la estimación promedio del 2003-2004 con la de 1996-1997, de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (gráfico 2), se observa un incremento porcentual del 16,7% en las chicas mientras que en los chicos permanece estable.

Gráfico 1

FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO VIGOROSO O INTENSO* DE FORMA SEMANAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID



Fuente: SIVFRENT-J 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

TABLA 2.- Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	11,1 (±2,4)*	5,8 (±1,7)	16,0 (±3,6)	11,2 (±3,3)	10,5 (±2,8)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	30,3 (±4,1)	12,3 (±2,8)	46,6 (±5,1)	30,2 (±5,9)	28,3 (±4,3)

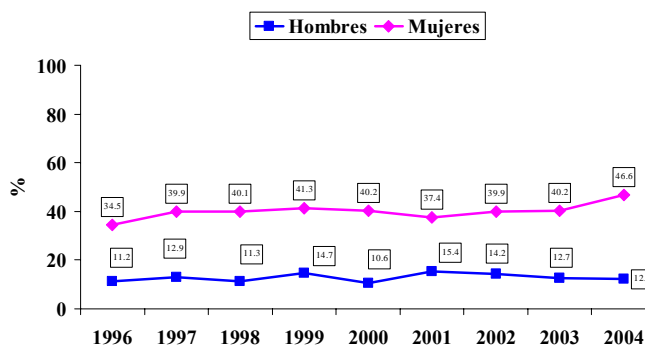
* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 3.- Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRES		MUJERES	
1. Fútbol	75,8%	1. Baile/ballet	29,0%
2. Baloncesto	39,6%	2. Baloncesto	20,9%
3. Footing	32,0%	3. Footing	20,9%
4. Pesas/Gimnasia con aparatos	30,7%	4. Aerobic	20,8%
5. Bicicleta	28,4%	5. Fútbol	19,8%

Gráfico 2

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO REALIZAN EJERCICIO FÍSICO INTENSO* 3 O MAS DÍAS A LA SEMANA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* Ejercicio físico intenso: realización de actividades físicas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo.

4.2 ALIMENTACIÓN (tabla 4 y gráficos 3-7)

Para recoger la información de este apartado se utiliza un cuestionario de frecuencia de consumo no cuantitativo, diferenciado para cada una de las cinco comidas diarias. El cuestionario no incluye una lista exhaustiva de alimentos sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos. Posteriormente, estas frecuencias se acumulan para valorar su consumo diario, expresando la ingesta en número de veces/día que equiparamos a raciones/día.

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de este grupo de alimentos es de 3,6 raciones diarias, correspondiendo aproximadamente la mitad al consumo de leche y la otra a los derivados lácteos (yogur y queso).

El 13,4% de los jóvenes no llegan a consumir una ración de leche al día, y un 57,2% no alcanza las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche descremada o parcialmente descremada es muy frecuente: un 47,7% de las chicas y un 33,1% de los chicos que toman este producto, lo consumen de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Con el aporte de derivados lácteos el consumo de este grupo de alimentos tiende a incrementarse, aunque todavía un 41,7% de los jóvenes consumen menos de tres raciones diarias.

En la actualidad el consumo de leche y derivados lácteos en las chicas ha mejorado respecto a 1996. Sin embargo, este incremento se produce a costa de la mejora efectuada hasta 2001, ya que a partir de este año el consumo se ha estabilizado. En los chicos la evolución es muy estable durante todos los años de la serie (gráfico 3).

FRUTA Y/O ZUMOS

El consumo medio de frutas es de 1,7 raciones diarias, que se ve incrementado a 3 si incluimos el consumo de zumos. Un 28,6% de los jóvenes no llegan a consumir una ración diaria de fruta, y un 54% no ingiere las dos recomendadas. Tanto el consumo medio como la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones de fruta al día, es sensiblemente superior en las chicas que en los chicos.

Si comparamos el promedio 2003-2004 frente a 1996-1997, se observa un aumento de la proporción de jóvenes que no consumen al menos 2 raciones de fruta al día, del 15,3% en los chicos y 14,1% en las chicas (gráfico 4). Sin embargo, este incremento se produce por el cambio de 1996 a 1999, ya que a partir de este año el consumo se ha estabilizado, incluso mejora ligeramente en los chicos.

VERDURA Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) es de 1,3 raciones diarias. Un 32,2% de los jóvenes consumen menos de una ración diaria. Su consumo es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumen menos de una ración al día.

La evolución de este indicador muestra un incremento del 6,3% y 11,2% en los chicos y chicas respectivamente (gráfico 5).

Valorando conjuntamente el consumo de frutas y verduras, grupo de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que alrededor de 1 de cada 2 jóvenes no alcanza a consumir 3 raciones/día (el 55,4% de los chicos y el 40,9% de las chicas).

CARNE Y DERIVADOS

El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas), es de 3,1 raciones diarias. El consumo de embutidos es de 1,1 raciones diarias.

La frecuencia de consumo es superior en los chicos que en las chicas, tanto de forma media como en la proporción de jóvenes que consumen dos o más raciones diarias.

Aun siendo todavía muy elevada, la proporción de jóvenes que consumen 2 o más raciones diarias de productos cárnicos ha descendido ligeramente, un 7,9% en los chicos y un 6,8% en las chicas (gráfico 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos es de 1,3 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que lo consumen dos o más veces al día es de un 29,4%, observándose una mayor

frecuencia en los chicos (31,4%) que en las chicas (27,6%). No se encuentran diferencias según la edad.

En los chicos se observa una disminución del 11,3% en los dos últimos años de la serie respecto a 1996-1997, mientras que en las chicas permanece estable (gráfico 7).

OTROS ALIMENTOS

El consumo de **pan** es de dos raciones diarias, con un mayor consumo por parte de los chicos. El consumo acumulado de **arroz y pasta** es de casi 6 raciones a la semana, y el de **legumbres** de 3. Por otro lado, la ingesta de **huevos** o tortilla es de 5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de **pescado** es de tres a cuatro días a la semana, siendo superior el consumo de este alimento en las mujeres que en los hombres.

No hay grandes variaciones del consumo de estos alimentos respecto a años anteriores.

CHUCHERÍAS SALADAS (patatas fritas, gusanitos, cortezas...)

El consumo de estos productos continúa muy extendido en la población adolescente. El 18,8% de los chicos y el 19,5% de las chicas consumen chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Sin duda, la oferta en el propio centro escolar influye en la frecuencia de su consumo, dado que en los centros en que disponen de cafetería el 21,5% toman 4 días o más a la semana estos productos, frente al 16,4% en aquellos que no tienen este servicio.

Como en años anteriores, se mantiene un patrón de consumo alimentario con un exceso del consumo de productos cárnicos y de bollería, un defecto de ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje importante de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas.

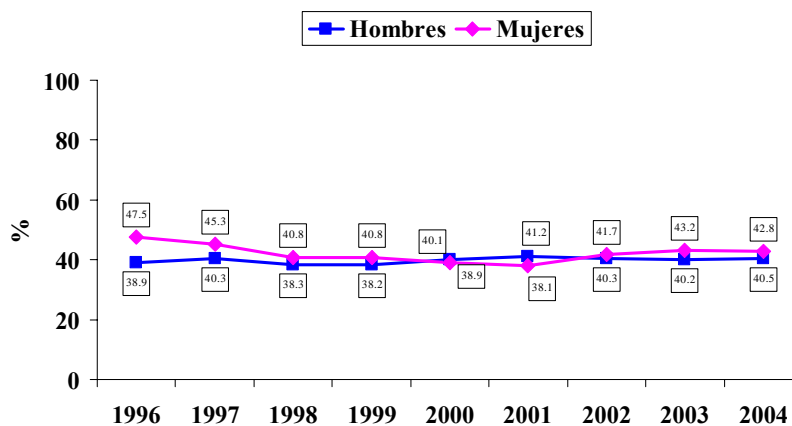
TABLA 4.- Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	13,4 (±1,6)*	11,0 (±1,9)	15,6 (±2,6)	12,5 (±2,6)	12,6 (±2,6)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	41,7 (±2,4)	40,5 (±2,9)	42,8 (±3,7)	41,9 (±4,6)	42,0 (±3,8)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	54,0 (±3,1)	59,5 (±3,3)	49,0 (±4,3)	48,9 (±4,5)	55,1 (±4,2)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	32,2 (±2,5)	39,2 (±3,4)	25,8 (±2,6)	30,3 (±3,6)	32,0 (±3,7)
% Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	71,7 (±2,9)	77,1 (±3,2)	66,8 (±3,9)	70,0 (±4,1)	70,9 (±3,5)
% Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	29,4 (±2,0)	31,4 (±3,1)	27,6 (±2,5)	28,9 (±2,6)	28,2 (±3,3)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 3

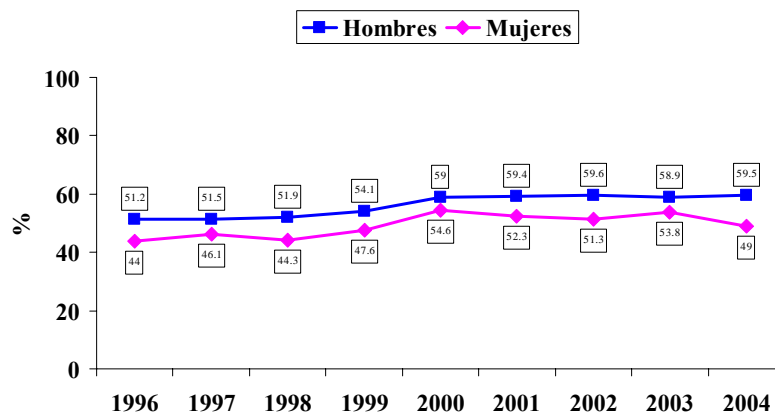
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <3 RACIONES DE LECHE Y DERIVADOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 4

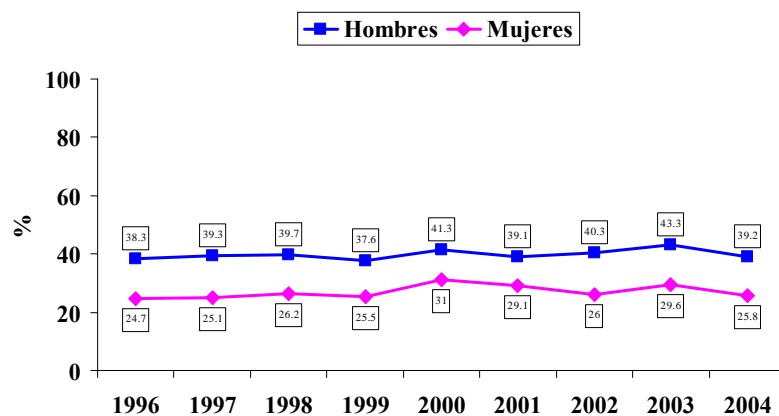
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <2 RACIONES DE FRUTA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 5

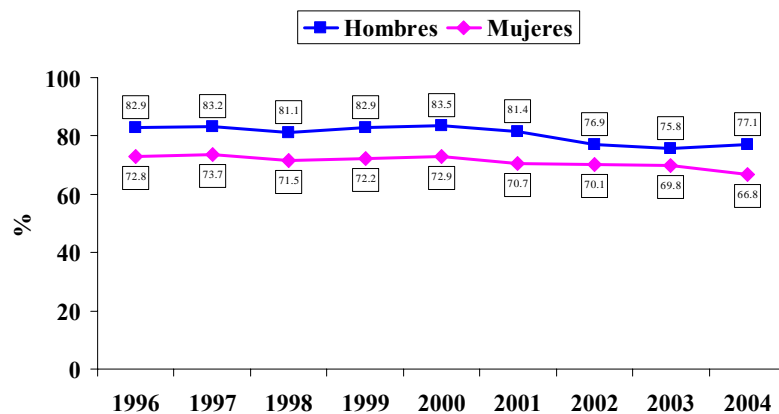
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE <1 RACIÓN DE VERDURA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 6

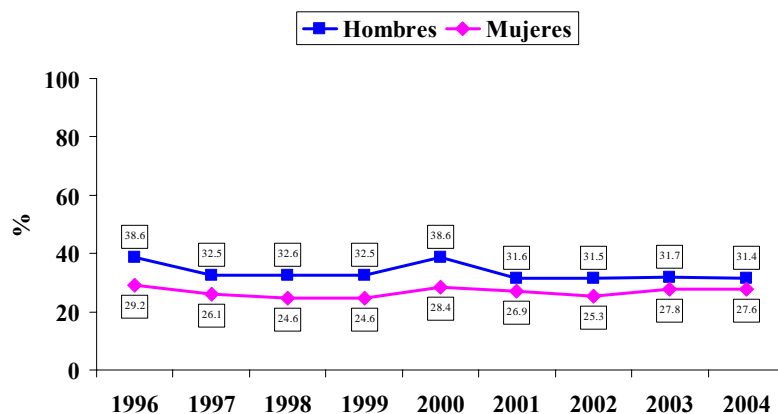
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE >=2 RACIONES DE PRODUCTOS CÁRNICOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 7

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE
 >=2 RACIONES DE BOLLERÍA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
 COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.3 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, REALIZACIÓN DE DIETAS PARA ADELGAZAR, Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (tabla 5 y gráfico 8)

El 16,7% de los chicos y el 37% de las chicas consideran que tienen exceso de peso o que están obesos.

El 29,4% de los jóvenes afirma haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 22,1% han llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizan 4,9 veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 35,5%.

En los años 2003-2004 comparando con el promedio de 1996-1997, la proporción de chicos que realizan dietas para adelgazar se ha incrementado un 23,9%. En las chicas este incremento es del 15,1% (gráfico 8).

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas encaminadas a evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses.

El 4,4% de los chicos y el 19,6% de las chicas responde afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 6,6% del total de mujeres responde a dos y el 1,3% a los tres). Concretamente, durante el último año el 11,2% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 11% se han provocado vómitos para perder peso, y un 6,8% han utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

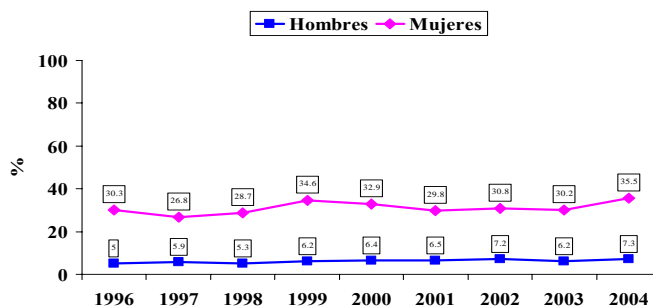
TABLA 5.- Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	27,3 (±2,4)*	16,7 (±2,4)	37,0 (±3,1)	27,5 (±3,4)	27,1 (±3,4)
% Realización de dietas en los últimos 12 meses	29,4 (±2,7)	14,4 (±2,8)	43,1 (±3,0)	28,9 (±3,3)	28,6 (±4,1)
% Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	22,1 (±2,7)	7,3 (±1,9)	35,5 (±3,1)	22,5 (±3,5)	20,9 (±3,7)
% No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	7,6 (±1,2)	3,6 (±1,3)	11,2 (±1,8)	6,9 (±1,9)	7,3 (±1,7)
% Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	6,1 (±1,2)	0,7 (±0,6)	11,0 (±1,6)	6,5 (±1,9)	5,9 (±1,8)
% Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	3,8 (±1,1)	0,6 (±0,5)	6,8 (±1,8)	4,0 (±1,7)	3,2 (±1,5)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 8

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.4 CONSUMO DE TABACO (tabla 6 y gráficos 9-11)

En el gráfico 9 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 36,6% fuma con mayor o menor asiduidad, un 49,6% no fuman, y el 13,9% son exfumadores. Del total de jóvenes, el 21% fuma diariamente, y el 8,3% fuma alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 29,3% de fumadores habituales.

La proporción de jóvenes que **fuma diariamente** es superior en las mujeres (23%) que en los hombres (18,9%), y la prevalencia se incrementa rápidamente con la edad: el 21% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente frente al 12% en los que tienen 15 años.

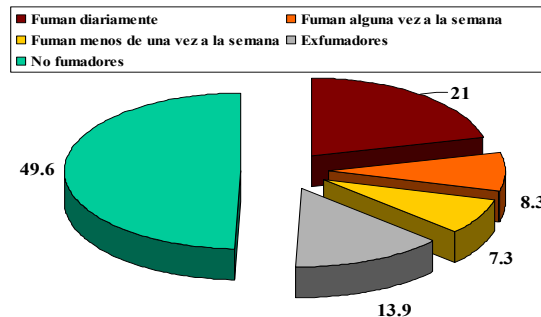
La prevalencia del **consumo excesivo** de tabaco, definido como un consumo superior a 10 cigarrillos al día, es del 4,6% en hombres y 4,3% en mujeres.

El 12,9% del total de entrevistados tienen **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 33% en aquellos jóvenes que fuman diariamente. Aunque los chicos fuman en menor proporción que las chicas, tienen más frecuentemente permiso para fumar. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar es mayor en el caso de que los padres fumen. Cuando no fuma ninguno tienen permiso el 10,3%, cuando fuma uno el 15,1%, y cuando fuman los dos el 19,5%.

Si comparamos el promedio de los dos últimos años frente a los dos primeros se observa una disminución porcentual del 30% en los chicos y del 27,3% en las chicas, aunque comparando con los datos del 2003, la prevalencia no ha variado (gráfico 10). La permisividad de los padres respecto al consumo de tabaco de los hijos continua descendiendo, especialmente en las chicas (gráfico 11).

Gráfico 9

CONSUMO DE TABACO. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID



Fuente: SIVFRENT-J 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

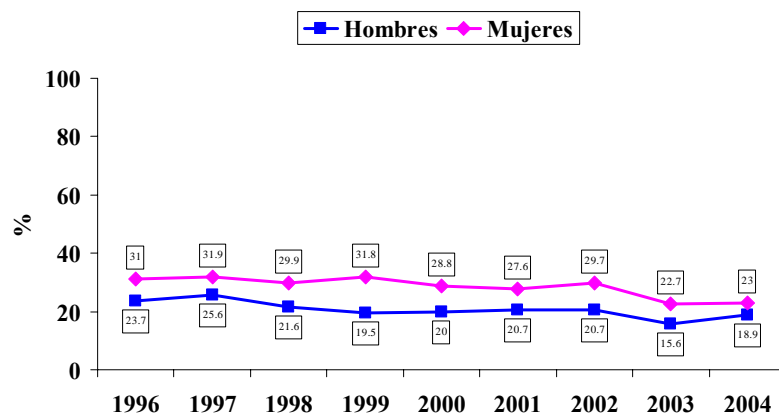
TABLA 6.- Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	21,0 (±3,3)*	18,9 (±3,8)	23,0 (±3,8)	12,0 (±2,9)	21,0 (±3,4)
Fumadores >10 cigarrillos	4,4 (±1,5)	4,6 (±2,1)	4,3 (±1,4)	1,5 (±0,9)	4,4 (±2,1)
Permiso de los padres para fumar	12,9 (±2,2)	15,6 (±3,3)	10,5 (±1,9)	7,2 (±2,1)	11,3 (±1,9)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 10

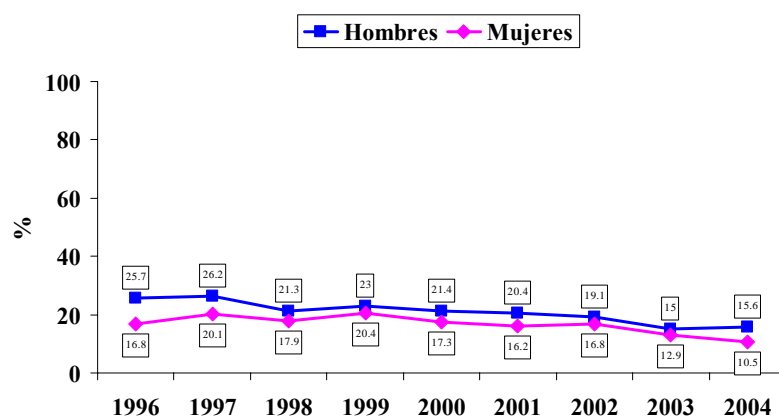
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 11

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON PERMISO DE LOS PADRES PARA FUMAR. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.5 CONSUMO DE ALCOHOL (tabla 7 y gráficos 12-16)

El 65,2% de los jóvenes ha consumido algún tipo de bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la entrevista, y el 19% (22,6% de los chicos y 15,7% de las chicas) ha ingerido alcohol 6 o más días.

El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supone una ingesta de 106 cc. de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 120 cc., tienen un consumo superior al de las chicas (92 cc.). Asimismo, se observa un incremento del consumo, 98 cc. frente a 77 cc., en los chicos de 16 años respecto a los de 15.

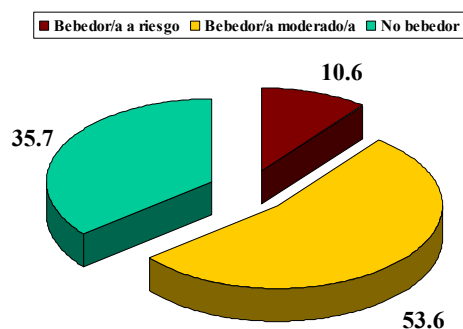
La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, es el combinado o cubata.

Como en años anteriores, para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol se ha considerado como bebedores/as moderados/as aquellos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc. en hombres y de 1-29 cc. en mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc. o más y de 30 cc. o más respectivamente.

Globalmente, el 10,6% de los jóvenes son clasificados como **bebedores a riesgo**, el 53,6% como bebedores moderados, y el 35,7% como no bebedores (gráfico 12). La proporción de bebedores a riesgo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, y en jóvenes de 16 años (7,7%) frente a los de 15 (6,3%).

Gráfico 12

CLASIFICACION SEGUN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO*.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID



Fuente: SIVFRENT-J 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

*Bebedor moderado: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de 1-49 cc. en chicos y de 1-29 cc. en chicas.

Bebedor a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (traducción del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc. puros de alcohol

(por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 39,4% de los entrevistados afirma haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en los hombres que en las mujeres (40,8% frente al 38,1%), y en los jóvenes de 16 años (39%) respecto a los de 15 (30,8%).

El 50,6% afirma haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses, y el 30% en los últimos 30 días, con una frecuencia ligeramente superior en las chicas.

Por último, el 21,1% de los jóvenes ha **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

Durante el 2004 han continuado descendiendo una gran parte de los indicadores de consumo de alcohol, descenso que se viene observando desde principio de la presente década, y que es superior en los chicos que en las chicas (gráficos 13-16). Comparando los promedios 2003-2004 con los dos primeros años de la serie, el descenso relativo más importante corresponde al consumo de riesgo, con una reducción del 40,1% en chicos y del 26,6% en chicas. Sin embargo, y aunque comparativamente con los primeros años de la serie el consumo es considerablemente inferior, se observa de forma consistente como durante este último año, todos los indicadores de consumo de alcohol se han incrementado ligeramente respecto al anterior, lo que puede marcar una inflexión en la tendencia descendente observada a lo largo de la serie.

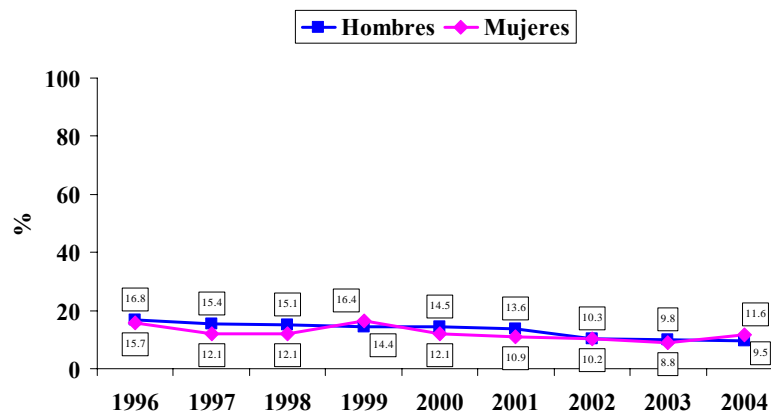
TABLA 7.- Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	10,6 (±2,0)*	9,5 (±2,9)	11,6 (±2,2)	6,3 (±1,7)	7,7 (±1,9)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	39,4 (±3,0)	40,8 (±4,3)	38,1 (±3,7)	30,8 (±2,7)	39,0 (±4,7)
Borrachera en los últimos doce meses	50,6 (±3,1)	47,7 (±4,4)	53,3 (±3,6)	42,8 (±3,8)	50,6 (±4,3)
Borrachera en los últimos 30 días	30,0 (±3,2)	28,3 (±4,5)	31,6 (±3,5)	21,8 (±3,7)	31,1 (±4,7)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	21,1 (±2,9)	22,2 (±4,3)	20,1 (±2,9)	15,0 (±2,9)	20,7 (±2,8)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 13

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004

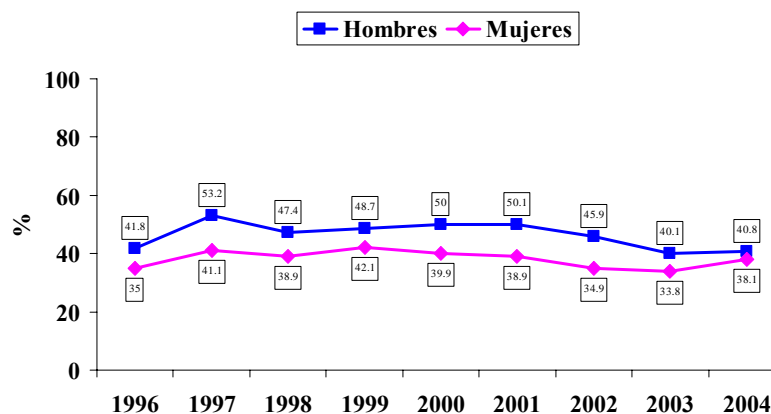


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

*Bebedores a riesgo: jóvenes cuyo consumo diario de alcohol es de ≥ 50 cc. en los chicos y ≥ 30 cc. en las chicas.

Gráfico 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO EXCESIVO* EN UNA MISMA OCASIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004

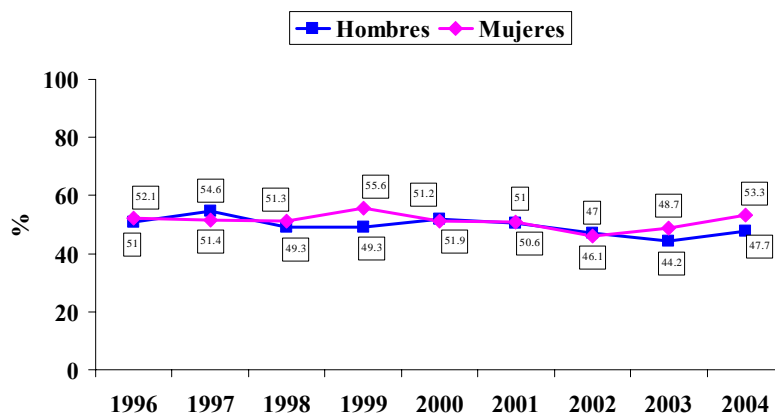


Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* Consumo excesivo: consumo de ≥ 60 cc. de alcohol en una misma ocasión

Gráfico 15

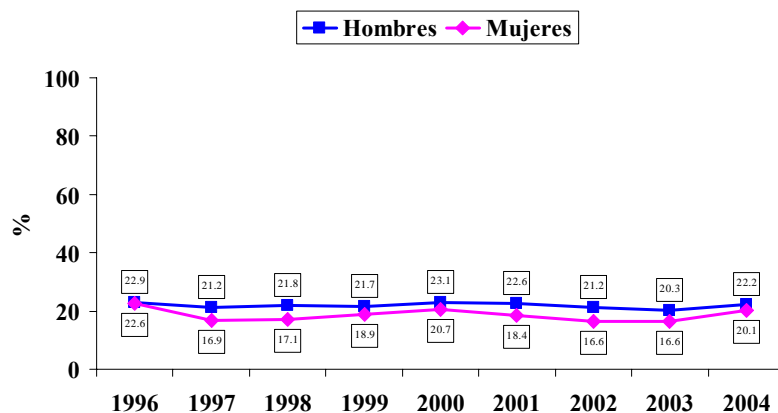
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

Gráfico 16

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN VIAJADO EN UN VEHÍCULO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.6 CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL (tablas 8-9 y gráfico 17)

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continúa siendo el hachís, dado que un 26,9% de los jóvenes la ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,3% en los últimos 30 días. La segunda sustancia es la cocaína, con un consumo en los últimos 12 meses del 2,9%. La droga menos consumida es la heroína, con una frecuencia del 0,2%.

De forma agregada, el 28,2% de los jóvenes ha realizado en los doce últimos meses algún consumo de estas sustancias y un 20,1% en los últimos 30 días.

Al 29,9% de los jóvenes les han **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 14,8% en los últimos 30 días.

Los datos de consumo de estas sustancias son muy similares a los observados en el 2003, con una tendencia globalmente favorable en el consumo de tranquilizantes, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y sustancias volátiles. Sólo el consumo de hachís y cocaína presenta un incremento respecto a los primeros años de la serie, aunque con una estabilización de la tendencia (gráfico 17).

TABLA 8.- Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,0 (±0,7)*	1,2 (±0,7)	2,6 (±1,2)	2,2 (±1,1)	1,9 (±1,2)
Hachís	26,9 (±3,3)	25,5 (±3,8)	28,1 (±4,1)	21,6 (±4,3)	26,2 (±3,9)
Cocaína	2,9 (±1,0)	3,3 (±1,5)	2,6 (±1,0)	0,6 (±0,5)	2,4 (±1,1)
Heroína	0,2 (±0,2)	0,4 (±0,4)	0,1 (±0,2)	0,1 (±0,2)	0,1 (±0,3)
Speed o anfetaminas	0,6 (±0,3)	0,4 (±0,4)	0,8 (±0,6)	0,1 (±0,2)	0,5 (±0,4)
Extasis u otras drogas de diseño	1,1 (±0,5)	1,1 (±0,7)	1,1 (±0,8)	0,4 (±0,4)	1,0 (±0,6)
Alucinógenos	1,0 (±0,5)	1,1 (±0,7)	0,9 (±0,7)	0,2 (±0,3)	1,0 (±0,7)
Sustancias volátiles	0,5 (±0,3)	0,5 (±0,4)	0,5 (±0,4)	0,2 (±0,3)	0,6 (±0,5)

* Intervalo de confianza al 95%

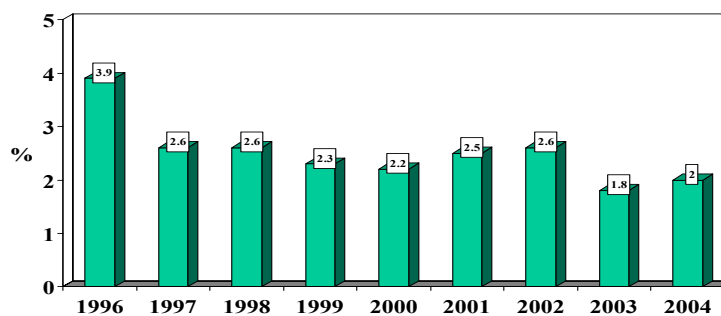
TABLA 9.- Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	29,9 (±2,2)*	32,8 (±3,5)	27,2 (±2,8)	28,9 (±2,8)	29,0 (±3,2)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	14,8 (±1,8)	17,1 (±2,7)	12,7 (±2,5)	13,9 (±2,6)	14,8 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

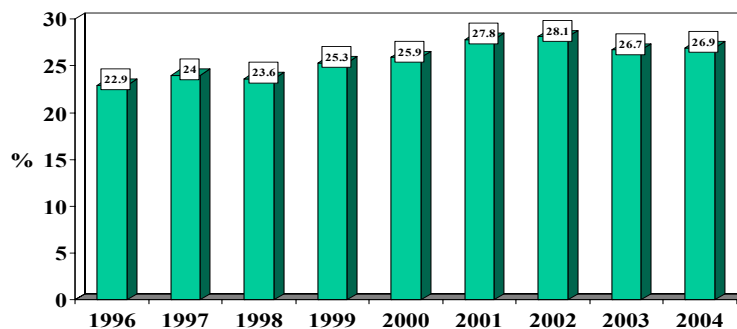
Gráfico 17 Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2004.

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN



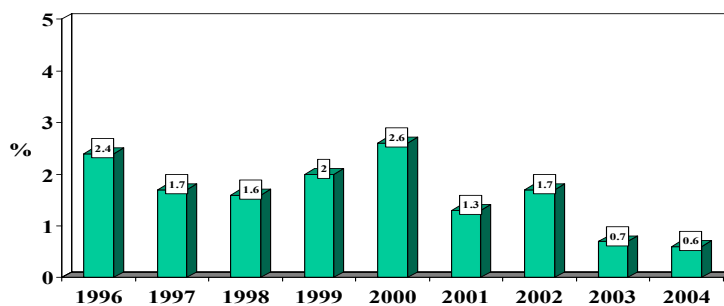
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

HACHÍS



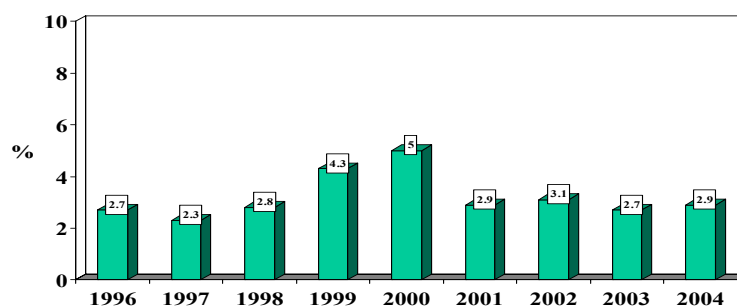
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS



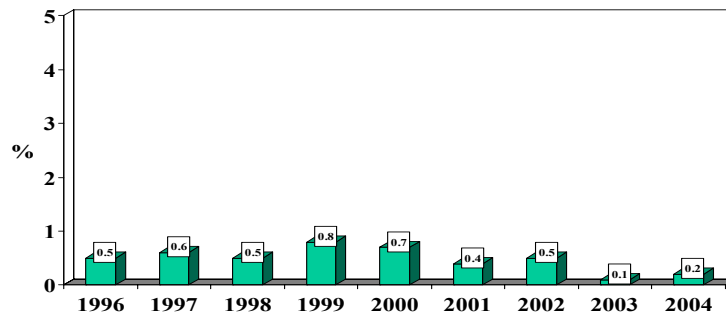
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

COCAÍNA



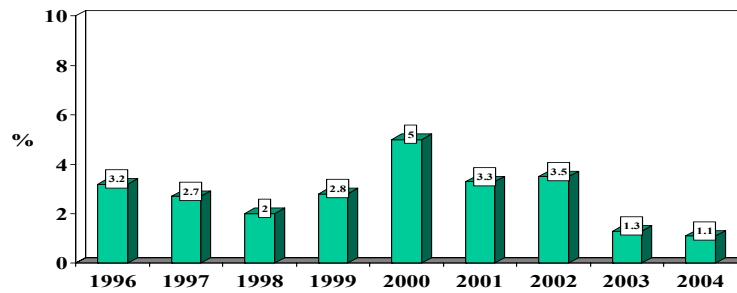
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

HEROÍNA



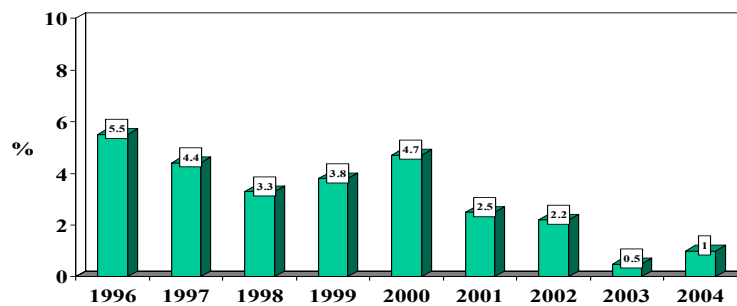
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE DISEÑO



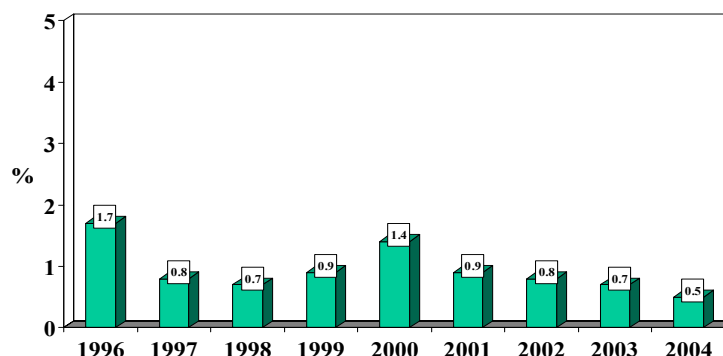
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ALUCINÓGENOS



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

SUSTANCIAS VOLÁTILES



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.7 RELACIONES SEXUALES (tabla 10 y gráfico 18)

El 26,8% de los jóvenes ha tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción es superior en los chicos (28,3%) que en las chicas (25,4%), así como en los jóvenes de 16 años (25,4%) frente a los de 15 (13,4%).

Un 87,1% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual.

Un 11,9% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (ningún método, marcha atrás, o no sabe con seguridad). La estimación de este indicador en el año 2004 es ligeramente superior al de los últimos años, aunque inferior a los de la primera parte de la serie (gráfico 18).

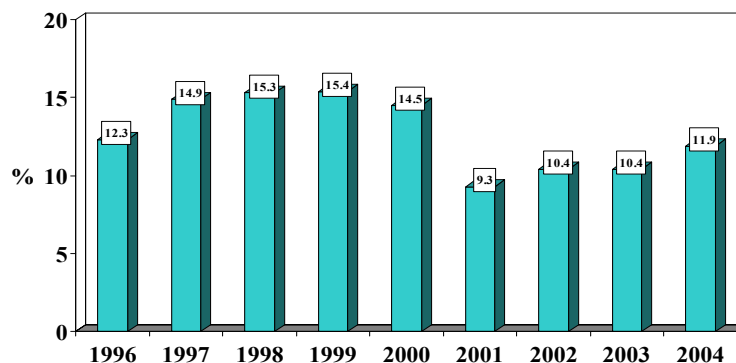
TABLA 10.- Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	26,8 (±4,0)*	28,3 (±5,4)	25,4 (±4,2)	13,4 (±2,7)	25,4 (±4,3)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	87,1 (±2,4)*	89,2 (±3,8)	85,1 (±4,7)	85,7 (±6,4)	86,7 (±5,0)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	11,9 (±2,5)	11,9 (±3,8)	11,9 (±3,7)	15,2 (±6,8)	11,8 (±4,7)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 18

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES* EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
 * Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.8 ACCIDENTES (tabla 11 y gráfico 19)

El 16,8% de los jóvenes entrevistados ha tenido en los últimos 12 meses algún accidente que ha requerido tratamiento médico, siendo 1,6 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (20,8% frente a 13,2%).

Respecto a la descripción del espacio o situación donde se produce el último accidente, en los chicos casi uno de cada dos accidentes tienen relación con la práctica deportiva o con ir en moto (un 25,9% y 18,9% respectivamente). En las mujeres se originan fundamentalmente en el hogar (20%) seguido de los accidentes de moto (17,9%).

Se observa un patrón relativamente uniforme de la frecuencia de accidentes a lo largo de la serie (gráfico 19).

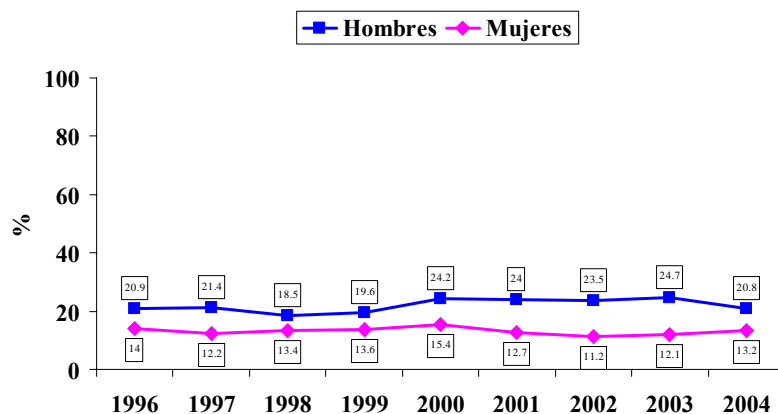
TABLA 11.- Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	16,8 (±2,0)*	20,8 (±2,9)	13,2 (±2,2)	16,5 (±3,3)	14,8 (±2,2)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 19

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

4.9 SEGURIDAD VIAL (tabla 12 y gráficos 20-22)

El 15% de los jóvenes entrevistados no utiliza habitualmente el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje es del 8,2% en la circulación por carretera.

La no utilización del **casco en moto** es muy alta, dado que el 38,9% no se lo pone habitualmente.

La utilización del **casco en bicicleta** continua siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 94% de los jóvenes no lo utiliza habitualmente.

El 2004 ha sido el año en que globalmente la prevalencia de la no utilización del cinturón de seguridad por ciudad y carretera, ha sido más baja (gráficos 20-21). Desciende de forma importante en ambos sexos la no utilización del casco en moto (gráfico 22).

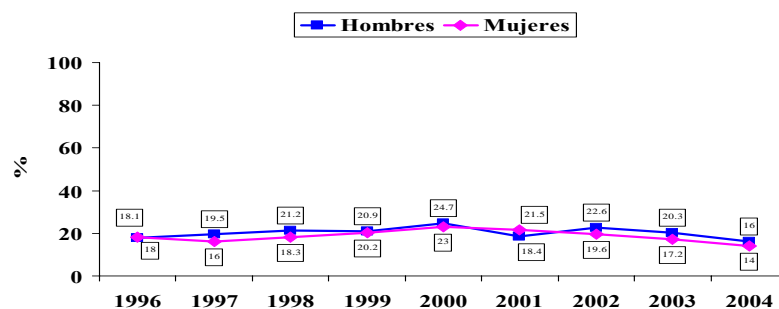
TABLA 12.- Proporción de jóvenes que no utilizan cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según género y edad

	TOTAL	Género		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	15,0 (±2,2)*	16,0 (±3,3)	14,0 (±3,6)	13,0 (±3,8)	14,8 (±3,7)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	8,2 (±1,6)	8,9 (±2,2)	7,6 (±1,7)	6,3 (±2,1)	7,9 (±2,5)
No utilización del casco en moto	38,9 (±6,0)	36,0 (±6,9)	42,3 (±6,9)	38,2 (±7,0)	38,4 (±7,1)
No utilización del casco en bicicleta	94,0 (±1,2)	92,9 (±1,7)	95,5 (±1,5)	94,9 (±1,6)	93,0 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

Gráfico 20

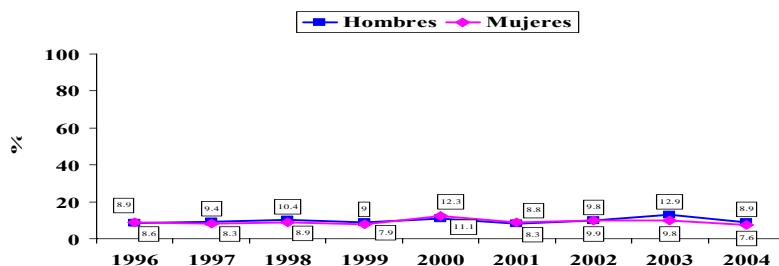
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
 * No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

Gráfico 21

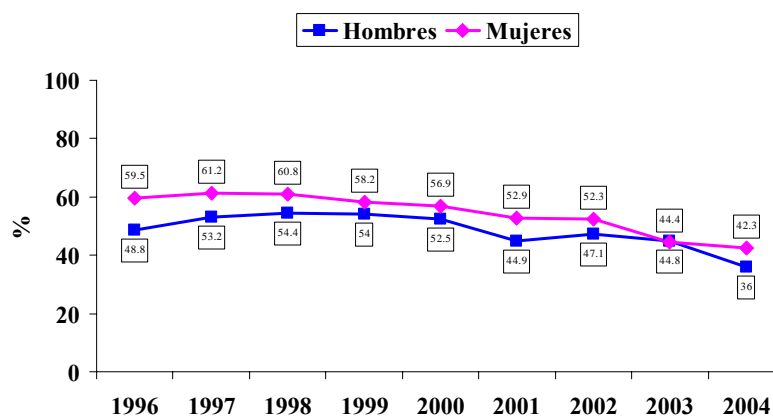
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
 * No utilización del cinturón de seguridad: "nunca" o "algunas veces"

Gráfico 22

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN* EL CASCO EN MOTO DE FORMA HABITUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2004



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

* No utilización del casco: "nunca" o "algunas veces"

4.10 INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD (tabla 13 y gráfico 23)

La proporción de jóvenes que no ha recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, oscila desde el 54,7% en el caso de los accidentes hasta el 23,7% sobre los métodos anticonceptivos.

Desde 1996 ha mejorado la información sobre la salud que reciben los jóvenes en los centros escolares, siendo particularmente importante en el consumo de tabaco, alcohol, drogas de comercio ilegal y métodos anticonceptivos (gráfico 23).

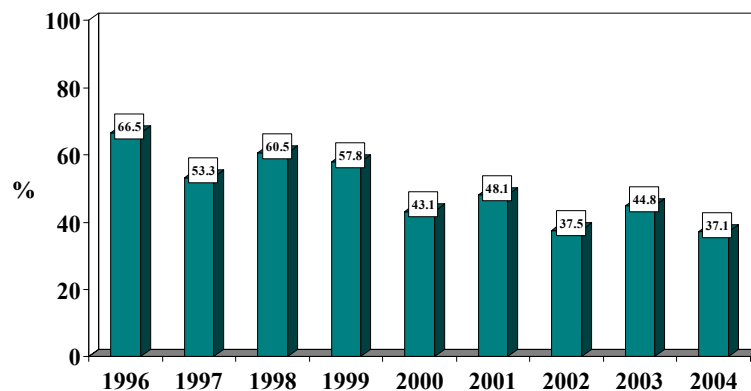
○ **TABLA 13.- Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares**

Tabaco	37,1 (±5,5)*
Alcohol	29,2 (±6,3)
Drogas de comercio ilegal	31,6 (±6,0)
Métodos anticonceptivos	23,7 (±5,7)
SIDA	36,6 (±6,4)
Enfermedades de transmisión sexual	27,2 (±6,4)
Accidentes	54,7 (±5,7)

* Intervalo de confianza al 95%

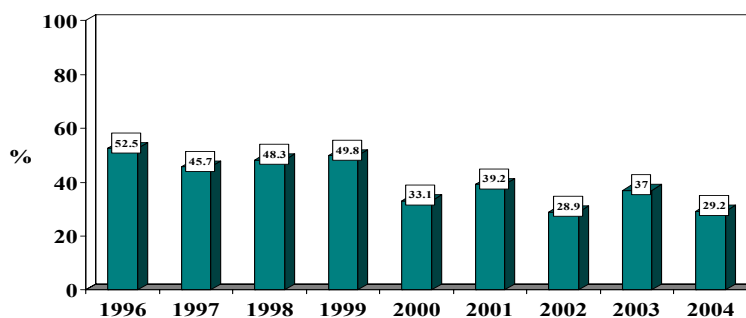
Gráfico 23 Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid 1996-2004.

TABACO



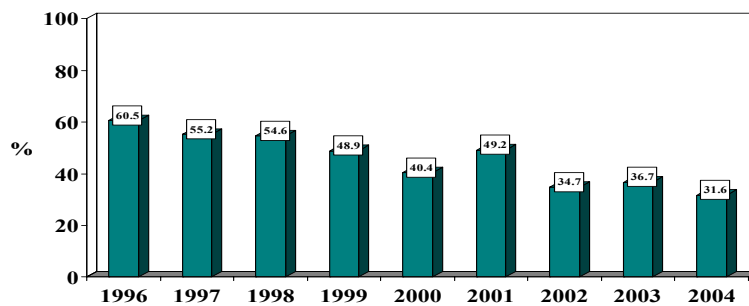
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ALCOHOL



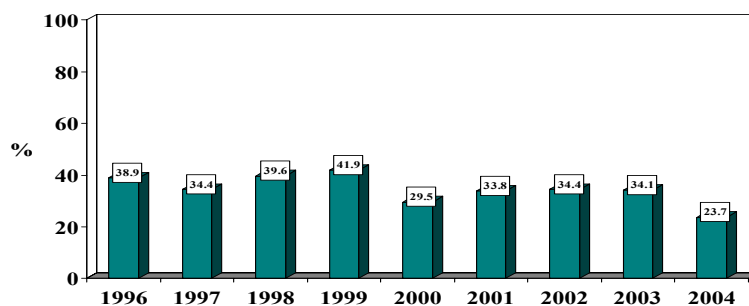
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

DROGAS



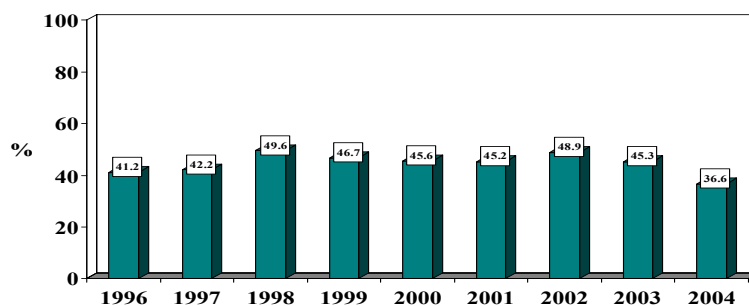
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



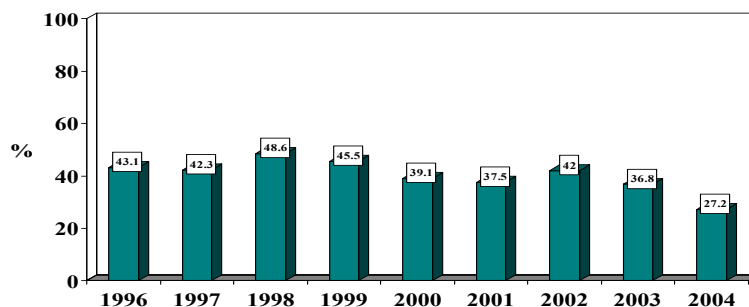
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

SIDA



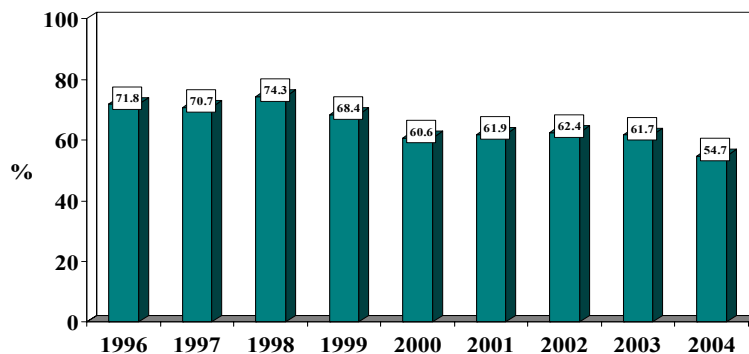
Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

ACCIDENTES



Fuente: SIVFRENT-J. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid

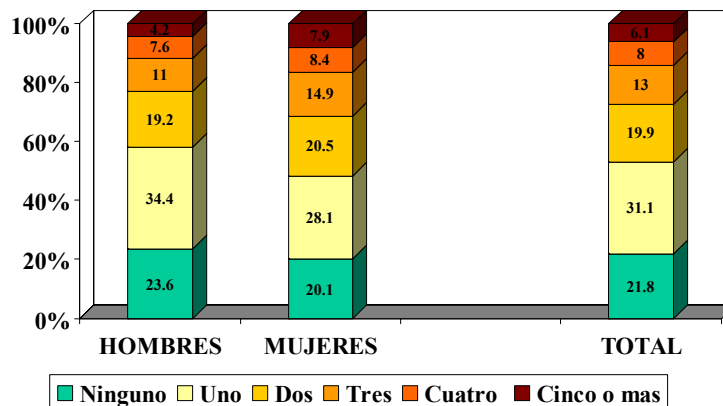
4.11 AGREGACIÓN DE FACTORES

Con objeto de conocer el grado de agrupación de factores se han considerado siete indicadores que representan el conjunto de temas que conforman el cuestionario: no realizar tres días o más a la semana ejercicio físico intenso; consumir menos de tres veces al día fruta o verdura junto a dos o más de productos cárnicos; consumir tabaco al menos con una frecuencia semanal; consumo de alcohol de riesgo (promedio diario de 50 cc. o más de alcohol en los chicos y de 30 cc. o más en las chicas); realizar algún consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto de forma habitual.

El 78,2% del total de jóvenes tienen algún factor de riesgo. El 19,9% de ellos tienen dos, el 13% tres, el 8% cuatro, y el 6,1% cinco o más. La agregación de estos comportamientos es más frecuente en las chicas que en los chicos (gráfico 24).

Gráfico 24

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID



Fuente: SIVFRENT-J 2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid
 * Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

4.12 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, expresando el cambio porcentual de la razón de prevalencias del período 2003-2004 respecto al de 1996-1997. Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico solo posibilita el análisis de forma conjunta. En las tablas 14-19 se describen los incrementos y disminuciones porcentuales superiores e inferiores a un 10%. El resto de indicadores (no tabulados) fluctúan entre estos dos valores.

Por ejemplo, el incremento del 23,9% del primer indicador de la tabla 14, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de dividir la prevalencia promedio de este indicador del año 2003-2004 entre la prevalencia promedio de 1996-1997 y expresado en porcentaje.

Tabla 14. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+23,9
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	+21,1
Consumo < 2 raciones de fruta/día	+15,3

Tabla 15. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Ejercicio intenso <4 días a la semana	+16,7
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+15,1
Consumo de < 2 raciones de fruta al día	+14,1
Consumo de <1 ración de verdura al día	+11,2

Tabla 16. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alcohol de riesgo	-40,1
Permiso de los padres para fumar	- 37
Consumo de tabaco de forma diaria	-30
No utilización del casco en moto	-20,8
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión	-14,8
Borracheras en los últimos 12 meses	-13,0
Consumo de ≥ 2 raciones de bollería/día	-11,3

Tabla 17. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Permiso de los padres para fumar	- 30,9
No utilización del casco en moto	-28,2
Consumo de tabaco de forma diaria	-27,3
Consumo de alcohol de riesgo	-26,6

Tabla 18. Indicadores que incrementan por encima de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	+14,3
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	+12,0

Tabla 19. Indicadores que disminuyen por debajo de un 10% la razón de prevalencias entre el período 2003-2004 respecto a 1996-1997. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	- 84,8
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-72,7
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-68,3
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-59,3
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-52
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-41,5
No utilización de métodos anticonceptivos eficaces en la última relación sexual	-18

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Sawyer SM, Bowes G. Adolescence on the health agenda. *Lancet* 1999; 354 (suppl 2):3134.
2. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Díaz de Santos. Madrid 1995.
3. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. *JAMA* 1999; 281: 727-735.
4. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. *Int J Sports Med* 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
5. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482.
6. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 1212-1218.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1999, 6 (6):3-31.
8. 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.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996, 4 (22):3-16.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1997, 5 (8):3-17.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1998, 5 (20):3-21.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2000, 6 (12):3-32.
13. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2001, 7 (11):3-40.
14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2002. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 2002, 8 (11):3-42.

15. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2003, 9 (10):35-74.
16. StataCorp. 1999. Stata Statistical Software: Release 6.0 College Station, TX: Stata Corporation.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2004, semanas 49 a 52
(del 4 de diciembre de 2004 al 1 de enero de 2005)**

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

OTRAS HEPATITIS VÍRICAS (HEPATITIS C, DELTA Y E)

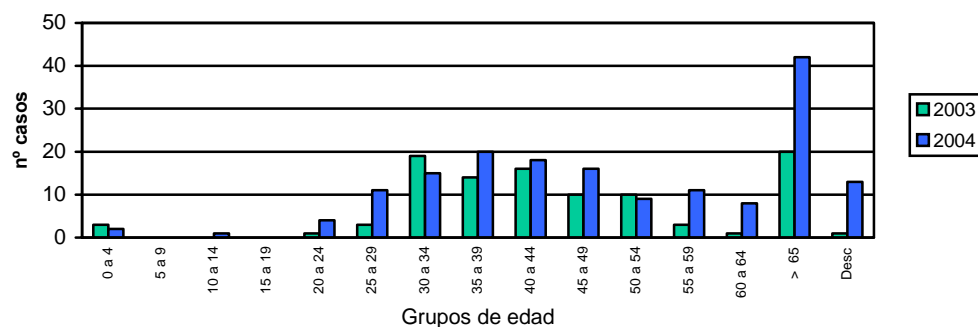
Durante el año 2004 se han notificado 170 casos de otras hepatitis víricas, lo que supone una incidencia acumulada de 3,0 casos por 100.000 habitantes, 69 casos más que los notificados durante ese mismo período del año 2003 (incidencia de 1,8 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semana 10 (11 casos). Las áreas sanitarias con mayor incidencia han sido la 11, 10 y 9, con 6,9, 5,8 y 3,4 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el mapa nº 1 se presentan incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se ha observado, en el distrito de Villaverde (área 11) con 8,3 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Usera (área 11) con 8,1 casos por 100.000 habitantes, y del distrito Arganzuela (área 11) con 7,0 casos por 100.000 habitantes.

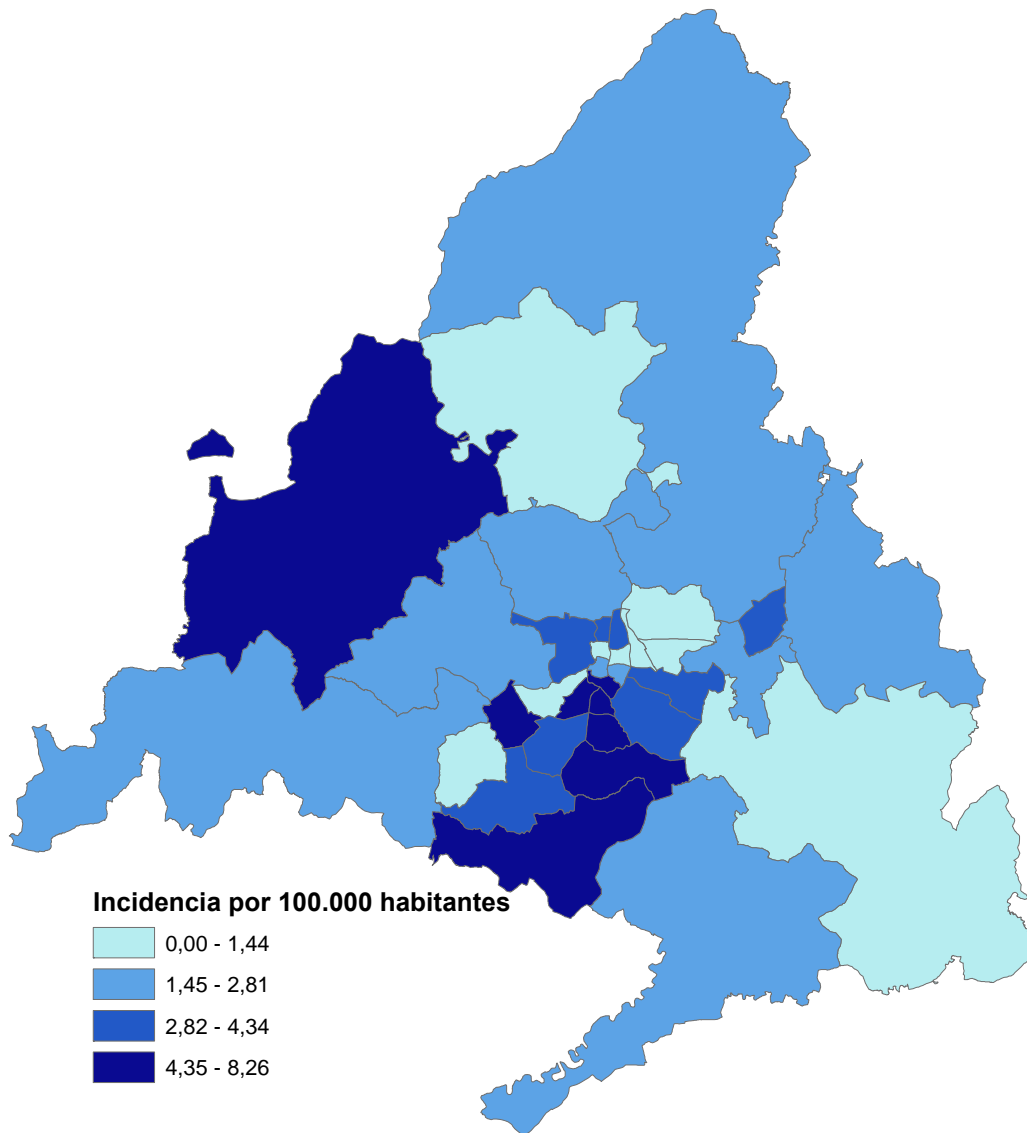
Teniendo en cuenta el género, el 50,6% de los casos se observó en mujeres. El 40,6% de los casos se presentó en el grupo de edad de 30 a 49 años (gráfico 1).

En el 98,0% de los casos notificados confirmados, la hepatitis fue de tipo C, en el 1,3% de tipo E y en el 0,7% tipo D. Se dispone de información sobre antecedentes de riesgo en las hepatitis C, así en 11 casos se ha recogido el antecedente de consumo de drogas por vía parenteral, 10 se asocian a transmisión sexual, 8 casos se asociaron a dos brotes nosocomiales y en dos está documentada la transmisión vertical madre-hijo.

Gráfico 1.- Otras hepatitis víricas. Casos notificados en las semanas 1 a 52. Distribución por grupos de edad. Años 2004 y 2003. Comunidad de Madrid.



**Mapa 1.- Otras Hepatitis Víricas. Incidencia Acumulada por distritos sanitarios.
Semana 1- 52. Año 2004. Comunidad de Madrid.**



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2004, semanas 49 a 52 (del 4/12 al 1/1 de 2005)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	13	3	10	0	5	1	9	2	7	1	15	1	13	1	16	0	4	1	5	1	12	11	109	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	5	
Meningitis bacterianas, otras	0	3	0	3	0	7	1	12	0	8	0	8	0	8	0	15	0	12	0	3	0	20	1	100	
Meningitis víricas	0	4	0	15	0	28	0	14	1	18	0	8	0	7	2	21	0	39	0	7	4	46	7	208	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	15	1	13	1	4	0	13	0	13	0	14	2	51	2	18	0	12	1	7	0	55	7	216	
Hepatitis B	1	11	0	6	0	8	0	7	1	12	0	21	0	7	1	7	0	7	1	23	2	29	6	138	
Hepatitis víricas, otras	0	19	0	9	0	8	0	0	0	15	0	18	0	6	0	13	2	13	0	17	2	52	4	170	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	1	0	14	0	3	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0	4	0	31	
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	2	0	9	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	1	1	0	3	0	2	0	0	0	1	1	27	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	2740	5359	2528	5935	1590	2921	2268	5931	4960	13878	3120	7952	4016	14801	4643	11114	2806	5808	1496	2597	3893	13055	34060	89446	
Legionelosis	0	7	0	2	0	4	0	7	0	3	0	1	0	11	0	5	0	3	0	3	2	8	2	57	
Varicela	167	4295	106	4024	37	3318	67	4309	83	5803	144	4435	59	3617	135	5670	49	4252	71	2403	178	5829	1096	47955	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	7	2	9	0	1	1	6	2	7	0	6	0	7	0	4	0	4	0	1	0	9	5	62	
Sífilis	0	11	2	12	0	5	0	12	0	14	0	13	1	20	2	6	0	7	1	9	1	55	7	165	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	3	0	2	1	3	0	2	0	7	0	3	0	0	0	5	0	1	0	3	0	4	1	33	
Leishmaniasis	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	0	4	1	4	0	2	0	0	1	8	2	26	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parotiditis	1	26	0	31	1	25	2	20	3	50	0	40	0	6	0	12	0	14	1	16	2	47	10	288	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rubéola	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	1	0	1	0	4	1	14	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tos ferina	0	8	2	16	3	22	1	25	0	12	0	17	0	10	0	6	0	10	0	9	1	49	7	184	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	7	0	1	0	18	0	3	0	1	0	1	0	10	0	28	5	33	0	10	2	12	7	124	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T.H.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	2	1	6	
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	10	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poblaciones **	704.030		436.986		321.576		561.912		701.564		573.249		551.242		438.715		380.230		294.236		755.202		5.718.942		
Coertura de Médicos	75.65%		82.24%		86.61%		51.94%		71.47%		80.60%		52.45%		72.61%		57.53%		43.48%		51.97%		64.02%		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2003 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Area no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 49 a 52 (del 4 de diciembre de 2004 al 1 de enero de 2005)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Brotes de origen alimentario. Año 2004. Semanas 49-52

Area	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Vallecas)	Residencia PPMM	330	36	Carne	<i>Desconocido</i>
5	Madrid (Fuencarral)	Familiar	8	7	Tortilla	<i>Desconocido</i>
6	Madrid (Moncloa)	Restaurante	29	10	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	3	3	Carne	<i>Desconocido</i>
7	Madrid (Chamberí)	Restaurante	3	2	Desconocido	<i>Desconocido</i>
11	Madrid (Arganzuela)	Familiar	2	2	Tortilla y pollo	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2004. Semanas 49-52

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
3	GEA	Meco	Residencia PPMM	110	12	<i>Rotavirus</i>
5	Parotiditis	Tres Cantos	Laboral	100	2	<i>Virus parotiditis</i>
6	GEA	San Lorenzo de El Escorial	Colegio	531	71	<i>Virus*</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

En el periodo cuatrisesemanal 49-52 (del 5 de diciembre de 2004 al 1 de enero de 2005) se han notificado 6 brotes de origen alimentario. El mayor brote ha ocurrido en una Residencia de Ancianos del distrito de Vallecas, relacionado con el consumo de cocido con carne. No se produjeron ingresos hospitalarios y no se pudo identificar el agente causal al no disponer de muestras clínicas de los enfermos. El resto de brotes han ocurrido en domicilios particulares (2 brotes) y en establecimientos de restauración (3 brotes).

En ese mismo periodo se han notificado 3 brotes de origen no alimentario. De éstos, 2 han sido gastroenteritis aguda víricas en colectivos (uno de ellos con confirmación microbiológica de rotavirus) y un brote de parotiditis en un centro de trabajo.

Durante el **año 2004** un total de 247 brotes epidémicos, con 4252 personas afectadas. Los *brotes de origen alimentario* han sido 158, correspondiendo el 43,7% de ellos a los de ámbito familiar, el 27,2% a establecimientos de restauración y el 14,6% a centros escolares. De los 94 brotes alimentarios con agente causal confirmado, 74 (78,7%) fueron producidos

por *Salmonella*, 4 (4,3%) por *Campylobacter* y otros tantos por Norovirus, y 2 brotes por *C. perfringens*, por *S. aureus* y por histamina.

N° de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.

Año 2004. Semanas 49-52 y datos acumulados hasta la semana 52.

Brotes de origen alimentario	N° brotes		N° casos	
	Sem 49-52	Acum.	Sem 49-52	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Colegios y guarderías	0	23	0	947
Bares, restaurantes y similares	3	43	15	374
Domicilio	2	69	9	353
Comedores de empresa	0	2	0	19
Residencias de ancianos	1	5	36	137
Otras residencias	0	1	0	8
Instituciones sanitarias	0	1	0	10
Otros	0	13	0	195
Desconocido	0	1	0	2
Total	6	158	60	2045
Brotes de origen no alimentario	Sem 49-52	Acum.	Sem 49-52	Acum.
Gastroenteritis aguda	2	39	83	1828
Hepatitis A	0	11	0	50
Tos ferina	0	4	0	29
Fiebre Q	0	1	0	25
Escarlatina	0	5	0	24
Escabiosis	0	7	0	23
Parotiditis	1	8	2	28
Infección respiratoria por adenovirus	0	1	0	12
Infección respiratoria por bacterias	0	1	0	5
Eritema infeccioso	0	1	0	11
Hepatitis C	0	2	0	11
Legionelosis	0	1	0	2
Molusco contagioso	0	2	0	9
Dermatofitosis	0	1	0	5
Meningitis vírica	0	1	0	2
Brucelosis	0	1	0	2
Giardiasis	0	1	0	14
Disentería	0	2	0	127
Total	3	89	85	2207
TOTAL BROTES NOTIFICADOS	9	247	148	4252

Se han confirmado también un brote (2 casos) por *B. melitensis* tras consumo de queso fresco adquirido en un mercado ambulante, un brote de triquinosis (27 enfermos) relacionado con carne de jabalí infectada por *T. britovi* procedente de una cacería en el distrito de Alcobendas, y un caso de botulismo por consumo de una conserva vegetal de elaboración casera. Los colectivos con mayor número de casos relacionados con brotes de origen alimentario son los centros escolares (46,3%), seguidos por restaurantes y bares (18,3%) y brotes familiares (17,3%).

Los brotes de origen no alimentario han sido 89 (36% de todos los brotes). Los más numerosos han sido las gastroenteritis aguda (39 brotes), 18 de ellos producidos por norovirus y 3 por rotavirus. Se sospechó etiología vírica en otros 14 brotes. La mayoría de estos brotes se ha producido en Residencias de Personas Mayores (25 brotes) y en centros escolares (6 brotes), por lo que es importante la prevención y el rápido control de este tipo de brotes dadas las características específicas de la población afectada y el gran número de casos asociados (1681 en el año 2004).



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2004, semanas 49 a 52
(Del 4 de diciembre de 2004 al 1 de enero de 2005)

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 46 médicos generales y 36 pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: “Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2003” (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2004, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Agosto2004.pdf>). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/gripe04.pdf>

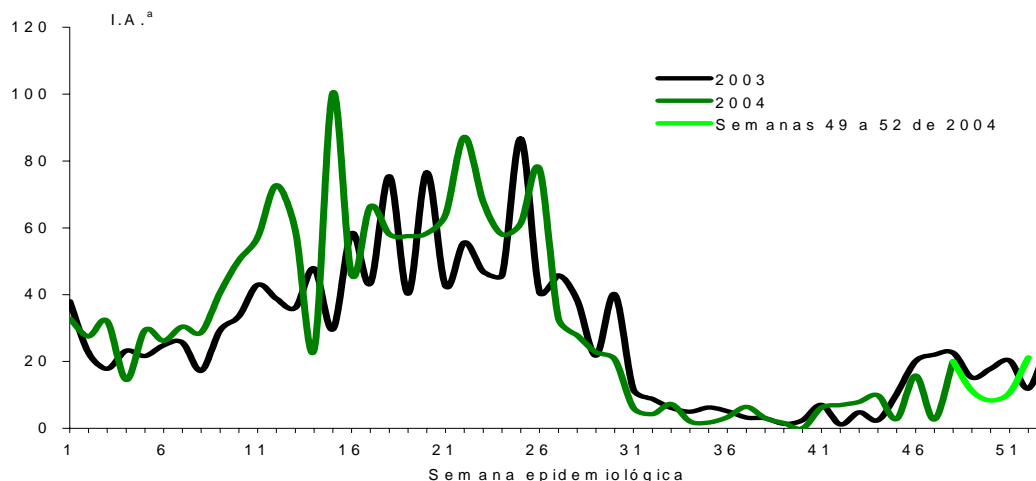
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 59,2 %, mientras que la cobertura durante todo el año 2004 alcanza el 63,2 %. Para la gripe, la cobertura alcanzada en este período ha sido del 75 %.

VARICELA

Durante las semanas 49 a 52 del año 2004 han sido declarados 32 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 48,5 casos por 100.000 personas. En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado, el año 2003 y el año 2004.

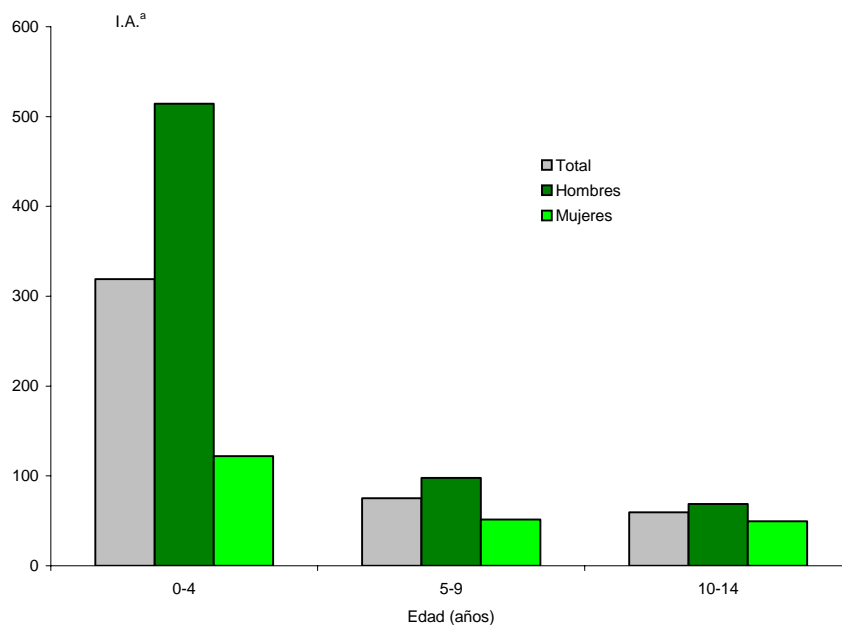
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 75 % de los casos se produjo en hombres y el 25 %, en mujeres. Las incidencias acumuladas para hombres y mujeres son de 75,3 y 23,5 por 100.000, respectivamente. Todos los casos se produjeron en menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2004.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

21 casos (65,6 %) tuvieron como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela y un solo caso (3,1 %) adquirió la enfermedad tras el contacto con un caso de herpes zóster; 3 casos (9,4 %) se dieron en el seno de un brote, y en el otro 21,9 % (7 casos) se desconocía la fuente; en el 46,9 % de los casos el lugar de exposición fueron la guardería o el colegio, en el 31,3 % fue el hogar, y en el 21,9 % el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 del año

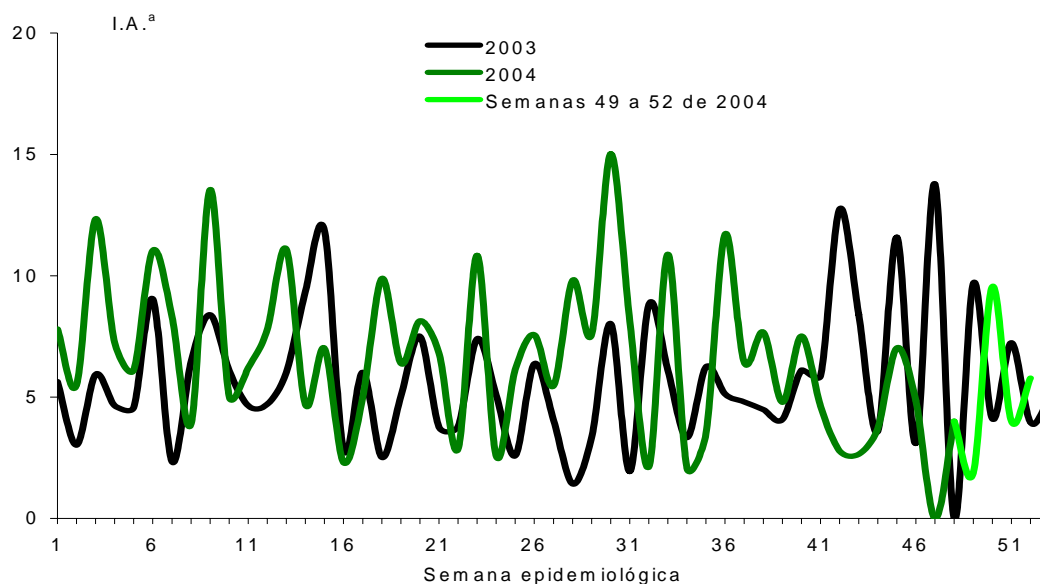
	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	21	(65.6)
Caso de herpes zóster	1	(3.1)
Brote de varicela	3	(9.4)
Desconocido	7	(21.9)
Total	32	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	7	(21.9)
Colegio	8	(25.0)
Hogar	10	(31.3)
Trabajo	0	(0.0)
Desconocido	7	(21.9)
Total	32	(100)

Durante este período no se registraron complicaciones, y ningún caso necesitó de Atención Especializada.

HERPES ZÓSTER

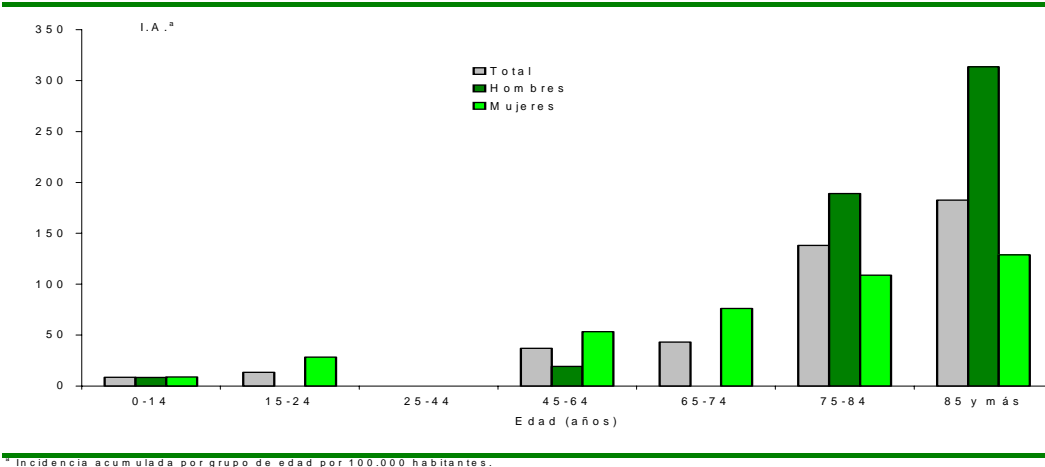
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 15 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 49 a 52, lo que representa una incidencia acumulada de 22,8 por 100.000 habitantes. El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2003 y 2004. 10 de los casos se dieron en mujeres, y 5 en hombres. La edad mediana fue de 59,4 años, y sólo se notificaron 3 casos en personas menores de 50 años, un niño de 9, una niña de 2 y una mujer de 19 años; el caso con más edad tenía 91 años. La incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad (Gráfico 4).

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.



ª Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2004.



CRISIS ASMÁTICAS

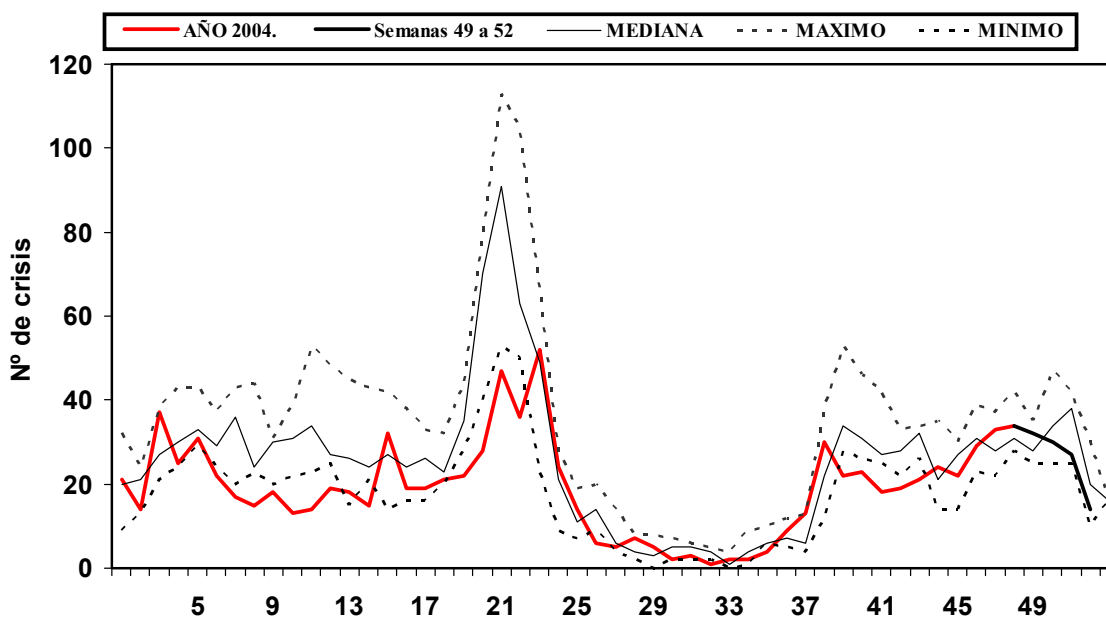


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 49 a 52 de 2004.

	Semanas 49 a 52	Año 2004
Gripe ^a	154	221
Varicela	32	1.168
Herpes zoster	15	237
Crisis asmáticas	93	942

^a Desde la semana 40.



ARTÍCULO DE COLABORACIÓN:

La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Informe ejecutivo del estudio cualitativo

Diseño y supervisión de la Investigación.

**Servicio de Promoción de la Salud
del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.**

Luis Seoane. Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores Socioculturales asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.

Marisa Pires y Luisa Laceras. Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres.

Realización.

**Luis Seoane
Ana Gálvez.**

Fecha del Informe Final:

Julio de 2004

ÍNDICE

0. RESUMEN.....	50
1. INTRODUCCIÓN.....	51
2. LA FUNCIÓN PREVIA DEL SISTEMA SANITARIO.....	53
3. EL TRATAMIENTO. LA ATENCIÓN A LA CONFIDENCIA DE LA MUJER.....	54
3.1. La sensibilidad del profesional.....	55
3.2. El saber del profesional.....	55
3.3. Los recursos del profesional.....	58
4. LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO.....	59
5. FICHA TÉCNICA.....	61
5.1. Mujeres maltratadas.....	61
5.2. Profesionales sanitarios.....	62
5.3. Profesionales no sanitarios.....	64
6. BIBLIOGRAFÍA.....	65

RESUMEN:**Introducción**

Estudio realizado entre 2002 y 2004 a demanda del Programa de Promoción de la Salud del las Mujeres del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de identificar **condicionantes sociales** que intervienen en el proceso de atención sanitaria las víctimas.

Estudio cualitativo a dos bandas:

- a) Relación de las maltratadas los servicios de salud (12 entrevistas abiertas con maltratadas y 2 grupos de discusión con informantes)
- b) Relación de los sanitarios con las víctimas (12 grupos de discusión con profesionales sanitarios)

Resultados

El maltrato no es actualmente **un motivo consciente y explícito de consulta**. Al sistema sanitario se les confieren normalmente funciones subsidiarias de la acción judicial: la **prueba** de lesiones y eventual **alerta**. En ambas es normal que se actúe contraviniendo el deseo de la mujer. la alerta puede realizarse sin su consentimiento y el parte de lesiones es poco útil como prueba. Se observa cierta propensión de la víctima a entrar en confianza con el profesional sanitario, que conlleva respuestas diversas, pero que no suele ser **ni favorecida ni correspondida**. La respuesta del sanitario se efectúa en función de **su sensibilidad, su saber y los recursos con los que cuenta**. Traduce: **déficit de empatía** (dificultad para entender por qué la mujer llega a esa situación y se mantiene en ella), **presunción de incompetencia** frente al tipo de acciones a realizar y propensión asociada a derivar el caso; y desmotivación por la **indiferencia supuesta de la Institución**.

Discusión

La sensibilización “empática” sería el primer objetivo a cubrir al respecto de una mayor implicación de los profesionales sanitarios. Supondría una revisión de los propios presupuestos ideológicos de género y un acercamiento directo y en profundidad a los dramas.

Es necesario, también, valorizar la confianza y sanitizarla, en el sentido de asumirla como una intervención necesaria sobre la salud de la mujer. Negarse a la confianza debería concebirse como una denegación de auxilio sanitario. También es importante que la confianza sea directamente promovida para avanzar en el terreno de la prevención secundaria.

Habría que indicar que para la detección también son precisos saberes, que habría que incorporar al proceso formativo:

- Saberes sobre los síntomas (psíquicos y físicos) que hacen sospechar la presencia del maltrato.
- Saberes acerca de las estrategias para conseguir que la mujer decida entrar en confianza con el sanitario y, por tanto, instaurar un proceso terapéutico.

INTRODUCCIÓN

El objeto que justifica la presente investigación, realizada a demanda del Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres¹, podía resumirse en la obtención de aquella información sociológica cualitativa relevante que pudiera permitir **informar, orientar y optimizar la actuación del Sistema Sanitario² frente a la problemática de la violencia de pareja contra las mujeres.**

El estudio, por tanto, tenía, desde su diseño, una orientación estratégica precisa: identificar en las poblaciones más directamente concernidas (fundamentalmente, mujeres maltratadas y profesionales sanitarios) los **condicionantes sociales** que intervienen en el proceso de atención (o, eventualmente, desatención) a las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Por “condicionantes sociales” se entendió desde el principio el **campo motivacional presente en la relación** que se establece entre la mujer víctima y el profesional sanitario³. Con palabras más llanas, lo que se pretendía era saber y comprender **qué es lo que sucede** cuando el profesional sanitario se encuentra con una mujer maltratada. Sólo sabiendo y entendiendo qué es lo que sucede en esa relación se pueden arbitrar medidas para optimizar eso que sucede en la dirección favorable pretendida. Y al respecto no había la más mínima duda acerca de la intención previa a la demanda del estudio: lo que se pretendía era realizar acciones⁴ que permitieran optimizar a máximo la respuesta del Sistema Sanitario⁵ a las necesidades de las mujeres.

¹ Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública, Alimentación y Consumo, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

² Concibiendo el Sistema Sanitario en su sentido más amplio, es decir, integrando tanto la dimensión asistencial como la dimensión de Salud Pública.

³ Fundamentalmente por ello se escogió la **metodología cualitativa** como la base del estudio. Aunque haya muchas interpretaciones acerca de para lo que la metodología cualitativa sirve, creemos que la más adecuada es la que la presenta como un instrumento privilegiado de puesta en evidencia (empírica) de la naturaleza y del sentido de las relaciones concretas entre agentes sociales.

⁴ En un principio, lo que justificó el inicio de las investigaciones fue la implementación de acciones de formación a los profesionales sanitarios. Conforme avanzó el proceso de sinergia entre la investigación y la acción, la demanda

El estudio de una relación se realiza, en el contexto de la investigación cualitativa, a partir del discurso que de esa misma relación efectúan⁶ los distintos agentes implicados; de ahí que se propusiera un estudio (fundamentalmente⁷) **a dos bandas**:

- c) Discurso de las mujeres maltratadas **acerca de su relación con el Sistema Sanitario y con los profesionales sanitarios**⁸.
- d) Discurso de los profesionales sanitarios **acerca de su relación con las mujeres maltratadas**⁹.

En el presente resumen se expondrán sucintamente las principales conclusiones derivadas del cruce analítico de ambas líneas de investigación.

fue ampliándose a otro tipo de acciones posibles del Sistema, como pudiera ser el auxilio a la elaboración de protocolos de actuación, la implementación de campañas comunicativas, etc.

⁵ Ciertamente, entendiéndose que no es la única institución pública implicada en dar soluciones. La investigación también debería de ofrecer claves acerca de cómo definir ese campo de competencia el Sistema Sanitario.

⁶ En una situación experimental controlada.

⁷ En la investigación también se consultó inicialmente a representantes de instituciones u organizaciones “especializadas” en maltrato. El discurso de tales representantes tuvo de cara al estudio fundamentalmente el valor de la opinión del informante cualificado intermediario, alguien que ofrece información de segunda mano de lo que las mujeres piden al sistema sanitario y de lo que obtienen de él.

⁸ Extraído de **12 entrevistas abiertas** realizadas con mujeres maltratadas que hubieran roto con la relación de maltrato recientemente (no más de dos años), y contrastado con **2 grupos de discusión** con profesionales de organizaciones especializadas en maltrato de primera y segunda línea (ver Ficha Técnica).

⁹ Extraído de **12 grupos de discusión con profesionales sanitarios**: médicos de atención primaria, enfermeras, matronas, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, ginecólogos y médicos residentes de urgencias (ver Ficha Técnica).

LA FUNCIÓN PREVIA DEL SISTEMA SANITARIO.

No puede decirse por el momento que el maltrato sea en sí mismo **un motivo consciente y explícito de consulta** por parte de las mujeres que sufren maltrato. Quiere ello decir que no se establece normalmente con el Sistema Sanitario, como podría presumirse en la relación con otras instituciones (p. ej.: policía, servicios sociales, etc.), una demanda construida específica y una, consecuente, transmisión de responsabilidad en algún tipo de actuación sustantiva relativa al maltrato, aparte de la implicada concretamente en la curación de la enfermedad¹⁰.

- Únicamente cuando la mujer está puesta en la posición, ante una actuación judicial, de **buscar pruebas** para justificar la existencia de maltrato, el Sistema Sanitario cobra una función instrumental precisa: la de **dar fe** de la existencia de lesiones ocasionadas por el agresor.
- Antes de que la mujer se embarque en el proceso de denuncia el Sistema Sanitario es, en la órbita del maltrato, una institución las más de las veces irrelevante, o que, a lo sumo, puede actuar como un elemento **insidioso**, en la medida en que siempre existe el riesgo de que denuncie una situación que se prefiere mantener en secreto o, por lo menos, ocultar a la acción de la justicia¹¹, muchas veces por puro instinto de autodefensa.

Después de decidir iniciar el proceso de ruptura, el Sistema Sanitario es, para la mujer maltratada, una institución de prueba; **antes de** decidir separarse, un posible chivato que puede complicar sin permiso una situación ya de por sí bastante complicada. Función **positiva** en el primer caso; función **negativa** o, a lo sumo, **indiferente** en el segundo. En ambas situaciones, de todas formas, el Sistema Sanitario opera como **subordinado** al Sistema Judicial; no posee con relación al maltrato una función propia, sino una función ajena sobrevenida por las circunstancias y por la ley.

En ambas posibles intervenciones circunstanciales lo normal es que desde el Sistema Sanitario **se actúe inadecuadamente**; entendiéndose por actuar inadecuadamente en este caso el que la acción consecuente contravenga la necesidad y la demanda de la mujer. Como es obvio, el parte de lesiones no consentido es una defraudación de la demanda, en los casos frecuentes en que la mujer demanda explícitamente que no se haga. Pero en el otro caso también suele darse cierta defraudación, puesto que en muchas de las situaciones el parte de lesiones o la propia historia clínica efectivamente realizados no suelen estar elaborados adecuadamente **en relación al fin** para los que son pedidos y utilizados; es decir, no actúan eficazmente, por la forma en que han sido cumplimentados, como elemento de prueba de la existencia de maltrato¹².

- En ambas acciones, en cualquier caso, no es claro que sea el Sistema Sanitario el directamente comprometido: es más concretamente **el profesional** el concernido, puesto que se enfrenta a esas obligaciones **personalmente**, no como alguien inserto en una institución que le exige, le ampara y le avala al efectuarlas. El facultativo hace necesariamente las cosas no del todo bien porque el parte de lesiones le compromete

¹⁰ Que es indiferente, en principio, en lo que al acto sanitario se refiere, que sea o no resultado del maltrato mismo.

¹¹ Si la mujer no quisiera ocultarla a la acción de la justicia estaría en el otro lugar, en el lugar de iniciar un proceso de separación.

¹² En lo que falla normalmente el parte de lesiones es en la indicación de la sospecha por parte del facultativo de que la lesión es producto maltrato y en la insuficiente evaluación de la gravedad de la lesión.

personalmente y se relaciona, por tanto, con él como una acción que le conlleva un **riesgo personal**. Riesgo de no hacerlo cuando debería de haberlo hecho (de ahí que la demanda contraria de la mujer no valga para mucho); riesgo de hacerlo de modo que le comprometa (al poder aparecer como testigo en un juicio de una agresión que él no ha podido exactamente verificar).

Desde el punto de vista de las relaciones, por tanto, el parte de lesiones está inscrito en el marco de la relación del profesional con el sistema judicial, **pero no en el marco de la relación del profesional con la paciente maltratada**. Ésta no tiene nada que decir, y todo se juega en seguir la estrategia racional de autodefensa denominada comúnmente como “*medicina defensiva*”¹³.

EL TRATAMIENTO. LA ATENCIÓN A LA CONFIDENCIA DE LA MUJER.

La relación habitual de la mujer maltratada con el Sistema Sanitario es fundamentalmente ésta; una relación, como se ha visto, circunstancial y marcada normalmente por el **desencuentro**. ¿Podría haber o favorecerse otro tipo de relación? ¿El compromiso del Sistema Sanitario al respecto podría extenderse más allá de esa exigua y a veces contraproducente intervención?

En la investigación se ha observado en las mujeres cierta propensión a **entrar en confianza** sobre su situación de maltrato con las y los profesionales sanitarios¹⁴. Es natural esa propensión, considerando el usual aislamiento social en que se encuentra la mujer maltratada, la fácil conexión entre la patología concreta que es objeto de consulta y la situación vital que la precede, y el status simbólico del sanitario como figura cercana y familiar de autoridad. La elección por parte de la mujer del sanitario como confidente se verifica no sólo en los casos extremos de acceso al sistema sanitario por lesión física más o menos grave, sino también en circunstancias de acceso al sistema más cotidianas y desde formas de violencia más silentes (violencia psicológica)

La propensión a la confianza y al desahogo en la figura del profesional sanitario¹⁵ existe y es notoria¹⁶, pero en la mayoría de los casos **ni es favorecida** (se hace poco o nada para inducir a la mujer a la confianza ante la eventual sospecha de que pueda estar sucediéndole algo de esta naturaleza), **ni es correspondida** (la respuesta del sanitario no se corresponde en muchos de los casos con la intención implícita en la demanda de la mujer).

En cualquier caso, la confianza, por el momento, no es una demanda al Sistema Sanitario, sino una demanda **a la persona** concreta que es el/la profesional concreto/a. Como persona -más que como profesional y más que como representante de una Institución- se le implica al sanitario en una situación que, de algún modo, **le compromete**.

- La confianza de la mujer puede ser de distintos tipos, dependiendo fundamentalmente del “momento” de la relación, que implican también de distinto modo a aquél que ha elegido como confidente. Si la mujer está en las primeras fases del maltrato, posiblemente

¹³ En el marco de la cual, inevitablemente, la mujer maltratada, por activa o por pasiva, es alguien frente al cual hay que defenderse.

¹⁴ Observación que se confirma por el otro lado, desde la experiencia los propios profesionales sanitarios.

¹⁵ No nos atrevemos a descartar a ningún profesional al respecto: sea médico –de cualquier especialidad- o no lo sea; sea de cualquier nivel -atención primaria o especializada-; esté inscrito en cualquier institución sanitaria -el hospital, las urgencias, el ambulatorio...

¹⁶ No existe posiblemente ninguna otra institución social –salvo quizá Servicios Sociales, aunque con menor extensión a todos los segmentos sociales- en que se dé la confianza por maltrato con tanta asiduidad. Objetivamente, el Sistema Sanitario es un lugar social donde la violencia de pareja se hace, al menos potencialmente, muy visible.

sólo esté demandando con la confianza alguien que la escuche; en fases más cercanas a la crisis, lo normal es que tras la confianza se presente también una demanda explícita de protección y de auxilio. En Atención Primaria posiblemente se de con frecuencia el primer tipo de confianza y en Urgencias (más típicamente hospitalarias, pero también de Atención Primaria) el segundo. Es claro que los protocolos de actuación deben ser distintos en un caso o en otro.

Como consecuencia, la respuesta del sanitario es también una respuesta “personal”: decide o no decide hacerse cargo de la confianza de la mujer en función, por una parte, de **su sensibilidad**; en función, por otra parte, de **su saber**; y en función, por último, de **los recursos con los que cuenta**.

La sensibilidad del profesional.

La sensibilidad es un dato muy importante a tener en cuenta, que suele pasar desapercibido. Las respuestas profesionales son muy diversas porque en su construcción intervienen una variada gama de prejuicios ideológicos asociados a la representación de las relaciones de género, en general, y de las relaciones de pareja, en particular.

En principio, el maltrato a todos escandaliza, pero la respuesta que se da a la confianza de la mujer depende mucho de la capacidad personal para “empatizar”, de la posibilidad de vivenciar y comprender el sufrimiento de la mujer.

La incompreensión es posiblemente el mayor escollo a salvar desde este punto de vista: la dificultad para entender por qué la mujer llega a esa situación y se mantiene en ella. La generalización de respuestas “insensibles” (que irían desde la simple inacción, pasando por el error bienintencionado¹⁷, hasta la acción que fuerza la denuncia inmediata) debe de hacernos reconsiderar la verdad de la tan reiterada afirmación de que *“ahora estamos más sensibilizados con la violencia de género”*. El escándalo actual no asegura en modo alguno¹⁸ que se sepa entender lo que la mujer maltratada vive y siente, y que se pueda, por tanto, adecuar la respuesta a sus auténticas necesidades. A veces parecería que el profesional se coloca en la situación de solucionar un problema social más que un problema personal de la víctima concreta, siendo en esa tesitura la actitud de la mujer maltratada el principal escollo que habría que salvar¹⁹.

La sensibilización “empática” sería, por tanto, el primer objetivo a cubrir al respecto de una posible implicación de las y los profesionales sanitarios en este tema, sensibilización que implicaría, por una parte, una revisión de los propios presupuestos ideológicos de género²⁰ y, por otra, un acercamiento directo y en profundidad a los casos, a los dramas.

El saber del profesional.

El saber acerca de lo que conviene hacer es otro capítulo fundamental a tener en cuenta. Lo normal es que el sanitario no sepa qué hacer. No sabe, en principio, porque no entiende la situación, porque el maltrato le resulta en sí mismo incomprensible, tanto si lo mira del lado del

¹⁷ Típicos errores bienintencionados son el intento de implicar al maltratador en la “solución” del problema o la desafortunada recomendación de realizar terapias de pareja.

¹⁸ Es más, en muchos casos es justo la garantía de lo contrario.

¹⁹ Sería un fenómeno similar, pero sin imperativo legal de por medio, al de la denuncia forzada por el parte de lesiones no consentido: el profesional decide por la mujer. Algo así como un despotismo ilustrado: *“todo por la mujer, pero sin la mujer”*.

²⁰ Ni que decir tiene que el sexo del profesional determina en gran medida el grado de empatía hacia el tema: basta con constatar la débil respuesta que se obtiene del sexo masculino en cualquier actividad formativa relacionada con la violencia de género.

maltratador, como si lo mira del lado de la víctima. Habría que saber por qué se producen estas situaciones (para determinar el “tratamiento”), y parecería como si estas anomalías del comportamiento sólo pudiera “diagnosticarlas” un psicólogo o un psiquiatra. El diagnóstico y el tratamiento estarían del lado de otra disciplina, que no es la médica. El sanitario o la sanitaria, por tanto, serían incompetentes.

Junto a esta “psicologización” o, incluso, “psiquiatrización” del saber necesario –que implicaría, en muchos de los casos, la derivación del caso a Salud Mental- se presenta también una “asistencialización”, que implicaría la derivación al trabajador social sanitario, o directamente a Servicios Sociales.

La propensión a derivar el caso es típica, y tiene sentido como búsqueda de alguien competente, puesto que el sanitario siente que no sabe y que, por tanto, no puede hacer nada útil²¹. Lo cierto es que las más de las veces es la propia mujer la que no acepta la derivación, porque la confianza no suele conllevar en todos los casos una demanda inmediata de “solución”²²: la mujer cuenta porque necesita contar y encontrar a alguien que la escuche y que la entienda. Por el momento no necesita convertirse en “caso” de nadie.

En la medida en que lo que la mujer necesita es una persona, no puede decirse que el sanitario sea incompetente. A lo que obliga la confianza en un primer momento es a escuchar y a empatizar, y esto cualquiera puede hacerlo, si quiere. Es cierto que tras la confianza hay una demanda implícita o inconsciente de ayuda, pero mientras esa demanda no se haga explícita y consciente nada obliga a derivar el caso. El tiempo que media entre la demanda implícita y la explícita es el tiempo de la confianza, un tiempo de reflexión en el cual el sanitario puede (y, posiblemente, debe) actuar como catalizador de un proceso de toma de conciencia por parte de la mujer.

Ese es el saber que el sanitario realmente necesita, el conocimiento de cómo instaurar y acelerar en el marco de la confianza una reflexión fecunda y productiva que permita a la mujer tomar conciencia de la insostenibilidad de la situación de violencia. No es un saber simple, pero tampoco es un saber que tenga claramente nadie por formación; es un saber que, en cualquier caso, se le impone al confidente, puesto que no es él quien elige serlo: lo elige la mujer. La posición de confidente, por su propia naturaleza, no puede ser derivada.

Es necesario (re)valorizar la confianza²³, y sanitizarla, en el sentido de asumirla y representarla como una intervención “técnica” necesaria sobre la salud de la mujer. Negarse a asumir la posición de confidente debería representarse, por tanto, como una denegación de auxilio sanitario y, por tanto, como una actitud incompatible con el propio ejercicio de la profesión médica.

- Sanitarizar la confianza implica, efectivamente, cambiar su naturaleza y proporcionarle, cabría decir, un **enquadre sanitario**. El móvil de la mujer, posiblemente, no sea otro que el del desahogo, y es claro que los y las profesionales sanitarios no pueden implicarse sin más en demandas de este tipo, que son usuales en la consulta no sólo por este tema, sino también por otros muchos²⁴.

²¹ Tiene también un sentido un tanto más prosaico, el de la posibilidad de desembarazarse de un compromiso que resulta incómodo.

²² Ya dijimos anteriormente que la confianza asociada a la demanda de protección es más frecuente en urgencias que en el marco de una consulta normal.

²³ Es muy usual encontrar en la investigación sanitarios denostando la confianza como si fuera una acción absurda, sin la más mínima eficacia práctica o terapéutica.

²⁴ Especialmente en Atención Primaria, es muy típica esa reconversión de la figura del médico en cabría, decir, autoridad moral; a quien se consulta muchas veces por cuestiones aparentemente muy alejadas de su competencia.

- La confidencia en este caso es, efectivamente, un **síntoma** de una situación a la que cabe asociar una **variada gama de patologías**²⁵. La confidencia, cabría decir, introduce indudablemente la **sospecha** de que dichas patologías asociadas pudieran estar deteriorando la salud de la mujer. Es obligado, por tanto, a partir de la confidencia, **evaluar el estado de salud de esa mujer**; esto sí que es, sin lugar a dudas, una intervención sanitaria.
- Desde esa evaluación del estado de salud habría que decidir un **tratamiento**. Podríamos conformarnos con un tratamiento meramente sintomático²⁶; pero, conociendo las causas a partir de la confidencia, no sería del todo ético plantear las cosas de ese modo. Toda intervención parcial debe de ir subordinada a la intervención principal, que consistiría en eliminar las causas que provocan ese deterioro en salud. En este contexto, una acción consistente en convencer a la mujer de que se juega su salud en seguir en su actual situación de vida es, sin lugar a dudas, también una intervención sanitaria. El sanitario nunca deja de ser sanitario en todas estas acciones.

Es necesaria, por tanto, una formación que excede con mucho la simple información de los cauces de derivación²⁷. Una formación en lo que podríamos llamar “confidencia activa”²⁸, en la cual está implicado un saber en gran parte por elaborar. Es decir, no hay posiblemente nadie que sepa mucho de esto, pero posiblemente sí que haya muchos que saben algo de esto, en la medida en que se han visto implicados con más o menos frecuencia en situaciones de confidencia en las que han decidido actuaciones cuyo resultado ha sido más o menos satisfactorio. El poner en común toda esa experiencia acumulada, el crear con ella un corpus transmisible de prescripciones y proscripciones, de protocolos y de recursos es, a todas luces, una tarea urgente a realizar²⁹.

Se dijo anteriormente que el “modo” y el “tiempo” de la confidencia pueden ser muy distintos dependiendo del lugar y de la circunstancia de acceso a los servicios, lo cual afecta también al saber necesario.

- La entrevista a arbitrar en el ámbito y en un contexto de urgencia es necesariamente puntual y breve. No se trata sólo, que también, de que no haya tiempo y de que se esté ante un recurso fundamentalmente paliativo donde no es posible que se de una relación de continuidad; también se está ante una mujer que está subjetivamente más cerca de tomar la decisión de poner en crisis su relación de pareja. Tras una pequeña entrevista empática³⁰ es relativamente fácil que la mujer acepte ser derivada a un recurso

²⁵ Esas patologías están descritas en múltiples estudios; no es competencia de un estudio de este tipo el ponerlas en evidencia. Hay que indicar desde aquí, en cualquier caso, que existe un elevado vacío de saber al respecto, que habría que llenar desde la formación.

²⁶ De hecho, posiblemente el tratamiento sintomático sea el más usual actualmente en el marco de la relación de confidencia. Habría que alertar al respecto acerca del posiblemente abusivo uso de psicofármacos en estas situaciones.

²⁷ Derivación que sólo tiene sentido, desde nuestro punto de vista, en el momento en que la mujer expresa ya una demanda de auxilio para instaurar un proceso de separación. Entonces creemos que el Sistema Sanitario tiene toda la legitimidad para derivar el caso a otras instancias competentes; a pesar de todo, las secuelas en salud nunca podrán derivarse.

²⁸ Para diferenciarla de la pasiva, de la que se enquistaba eternamente en la queja.

²⁹ Una excelente esfuerzo al respecto puede encontrarse en el presente texto: Lasheras Lozano, M^a Luisa; Pires Alcalde, Marisa [et al.] “La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública” Documentos Técnicos de Salud Pública, n° 86. Instituto de Salud Pública, 2003, disponible también en versión electrónica en la siguiente dirección: <http://www.publicaciones-isp.org/>

³⁰ En la cual se permita a la mujer contar su problema (es más fácil que lo cuente tras una agresión) y al sanitario recomendar la necesidad de poner en crisis su relación (es más fácil que la mujer se convenza en este contexto).

específico (externo o interno) que le asesore y le apoye en las acciones que podría llevar a cabo. Esa pequeña entrevista empática es, en cualquier caso, fundamental y tiene un elevado valor de prevención de situaciones de un riesgo prácticamente cierto³¹.

- Cuando la confidencia se produce en situaciones menos perentorias y en el contexto de una consulta normal, el tiempo de entrevista debe de ser más largo e implicar una relación continuada. El modo debe de ser también distinto, porque el objeto tiene que ser instaurar un proceso con la mujer como producto del cual ella consiga por sí misma ver su relación de otra manera, y, finalmente, reconsiderarla.

Los recursos del profesional.

En primer lugar, habría que hablar del recurso menos evidente pero, sin lugar a dudas, más importante: el de la legitimidad.

La confidencia de la mujer obliga personalmente; pero lo que habría que conseguir es que obligue profesionalmente. No se debería pensar que sólo desde la sensibilización y desde la formación es posible abordar adecuadamente la situación. Mientras todo se resuelva en el ámbito de la conciencia personal del sanitario o de la sanitaria, en su decisión individual de apoyar o no a la mujer, difícilmente se podrá modificar el *statu quo*. Es más, el proceso cursando de esta manera es fácil concebirlo como entrópico: el esfuerzo invertido en las sucesivas actuaciones y las frustraciones concomitantes terminarán inevitablemente por “quemar” profesionalmente, por desmovilizar y por insensibilizar. Cada vez se detectarán menos casos, porque siempre se tendrá a mano el recurso de no ver lo que no se quiere ver.

Lo que se precisa, por tanto, es un pronunciamiento expreso de la Institución acerca del deber sanitario frente al maltrato de los y las profesionales inscritos en ella. Deber, por tanto, de entrar en confidencia y de favorecer y tutelar el proceso de toma de conciencia de la mujer. Y semejante pronunciamiento no debe de ser sólo nominal, debe de reflejarse claramente en los objetivos. El profesional debe tener claro que la institución le obliga, le supervisa y le evalúa en su acción al respecto; que no está en su potestad el actuar o no actuar, y el hacerlo o no de una determinada manera.

Naturalmente que no basta con exigir, también los medios deben de estar en consonancia con la naturaleza del trabajo a desarrollar. Si la institución no pone los medios, difícilmente el sanitario se va a sentir preocupado por todo ello.

- La tarea debe de estar clara: qué es lo que hay que hacer (lo que es obligado hacer) cuando se presenta un caso. Por ejemplo, cuándo y por qué circunstancias derivar; cuándo y por qué circunstancias hay que quedarse con el caso y actuar de una determinada manera. De cualquier forma, debe quedar clara la idea, antes mencionada, de que la tarea no es en muchos de los casos subsidiaria de otras instituciones, sino propia de la Institución Sanitaria, y también la de que no hay ni debe de haber en el seno del sistema “especialistas en maltrato”³² aptos para derivar el caso y, por tanto, para desembarazarse de él.
- Los recursos que se definan como necesarios deben de estar puestos a disposición del profesional. Si se decide, por ejemplo, que a estas mujeres hay que dedicarles un tiempo equis de entrevista, ese tiempo tiene que estar a disposición del profesional,

³¹ Las palizas no suelen nunca venir solas; quien pega una vez es fácil que pegue otra vez más fuerte.

³² Sea de psicología, sea de psiquiatría, sea de trabajado social.

que debe de ser liberado de otras tareas por ello. Si se decide, por ejemplo, que sería adecuado que estas mujeres entraran en grupos de tales y tales características³³, tales grupos deben de existir y deberían de existir también profesionales capacitados para realizarlos; etc., etc.

En el caso particular de las urgencias sí que se advierte como necesario el disponer de un recurso interno de derivación³⁴ para atender y orientar a las mujeres que se hayan puesto en proceso de poner en crisis su relación. El trabajador social posiblemente sea la figura profesional del sistema más idónea para esa función de asesoramiento y posible canalización hacia recursos de otras instituciones. Se debe, en cualquier caso, advertir de la necesidad de que a ese recurso se le asigne esa función, se le forme en ella y se le refuerce como tal servicio de cara a conseguir que esté efectivamente disponible en los momentos en que tenga que ser requerido³⁵.

- La formación debe de ser facilitada, quedando claro, en cualquier caso, que esa formación es necesaria para el desarrollo de la tarea comprometida. En cierto sentido, la formación debe de ser representada como obligatoria, no como opcional; puesto que si es opcional la formación, también lo será la tarea encomendada.
- El recurso debe de hacerse público; es decir, hay que informar al potencial usuario (mujer maltratada) de que puede y de que tiene derecho a acudir al profesional para “tratar” su problema, en tanto que problema que afecta directamente a su salud.

LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO.

Atender adecuadamente a la confidencia es necesario, pero también es necesario que la confidencia sea **directamente promovida**. La indicación anterior de que se debe informar a la mujer de que puede acudir al profesional sanitario tiene sentido también desde este punto de vista: habría que conseguir que el Sistema Sanitario se convierta en el lugar por excelencia de la **detección precoz del maltrato**³⁶.

Detectar precozmente supone prevenir el maltrato o, por lo menos, prevenir sus secuelas más negativas, impedir que llegue a límites que pongan en grave peligro la salud y la vida de la mujer. Cuesta trabajo, efectivamente, entender la propuesta anterior de que el Sistema Sanitario y sus profesionales tienen una responsabilidad en el tratamiento del maltrato; es, sin embargo, menos difícil de entender “sanitariamente” esta propuesta de prevención secundaria: son claros y nítidos los efectos para la salud del maltrato, y es clara la idea de que si prevenimos anticipadamente evitaremos esos riesgos, y los costes sanitarios que llevan parejos³⁷.

³³ En la investigación se sugiere especial la eficacia, de cara a la toma de conciencia, de la inclusión de mujeres maltratadas en dinámicas de grupo inespecíficas en relación al maltrato, que permitan la puesta en común de la propia experiencia vital (p. ej.: grupos de educación para la salud, de autoestima, de relaciones de pareja, etc.).

³⁴ Una derivación que, insistimos, no exime al profesional sanitario de urgencias de realizar la intervención que le compete, de la cual se habló anteriormente (pequeña entrevista empática).

³⁵ En la medida en que las situaciones de urgencia pueden producirse en los ámbitos hospitalario y ambulatorio, el recurso debería de estar fácilmente disponible en ambos contextos.

³⁶ Más que un deseo, la propuesta expresa una necesidad derivada de una situación objetiva: no existe ningún otro lugar social en el cual el maltrato puede potencialmente hacerse más visible que el propio sistema sanitario.

³⁷ Es poco discutible la afirmación de que el maltrato lleva aparejado un coste sanitario importante. Hay mucho interés actualmente por cuantificar ese coste, en un intento de expresar con números una realidad que debería de considerarse evidente por sí misma.

No obstante, debería de quedar claro que detectar y tratar deben de ir, en el marco de la prevención secundaria, unidos. Detectar precozmente implica el proponer a la mujer que entre en confianza con el sanitario, que confíe en él para contarle su problema. Y no tiene el más mínimo sentido que el Sistema Sanitario detecte precozmente, si previamente no tiene articuladas respuestas para responder a la demanda presente en la confianza. La propuesta de “detectar y derivar” queda muy bien sobre el papel, pero en la práctica puede llegar a percibirse como absurda, porque no hay ningún lugar social para derivar a la “maltratada precoz”, y porque ella misma no va a estar la mayoría de las veces en la posición subjetiva de aceptar ser derivada a ningún lugar por motivo de maltrato. La maltratada detectada precozmente necesitará también un tratamiento³⁸, un tratamiento del cual sólo podrá hacerse cargo la institución que ha detectado previamente el maltrato. Si en esa institución no hay sensibilidad, saber y recursos para ello, resultaría absurdo que se embarcase en la tarea de detectar precozmente.

- Entre otras cosas, el propio profesional sanitario sería el que, consciente o inconscientemente, subvertiría el proceso. Difícilmente se pondría a trabajar en la dirección de detectar precozmente si ello sólo le reportase una sobrecarga posterior de trabajo y de angustia, no reconocida ni canalizada por la institución.

Hecha esta salvedad importantísima, habría que indicar que para la detección también son precisos saberes, que habría que incorporar al proceso formativo:

- Saberes sobre los síntomas (psíquicos y físicos) que hacen sospechar la presencia del maltrato y que, por tanto, darían pie para iniciar una relación de confianza.
- Saberes acerca de las estrategias para conseguir que la mujer decida entrar en confianza con el sanitario y, por tanto, instaurar un proceso terapéutico. Ya se indicó en otro momento que el Sistema Sanitario es un lugar especialmente proclive para la confianza de la mujer; no se está hablando de cuestiones que conlleven un elevado grado de dificultad.

A pesar de las apariencias, la prevención secundaria también compete a atención hospitalaria³⁹. Aunque la detección no sea en esos casos siempre del todo precoz, es evidente que es el lugar donde el maltrato se hace más visible y en donde el pronóstico resulta ser más negativo. Aunque su lugar propio sea el de la prevención terciaria, el de la acción paliativa, esas circunstancias obligan a que se tome realmente en serio su aplicación en la prevención. Una actuación clara al respecto es quizá la medida que más podría llegar a influir a corto plazo en la reducción de la incidencia de muerte y lesiones graves de mujeres por este tema.

Pero tampoco cabe excluir ningún elemento del sistema de la necesidad de aplicarse en la prevención. En la consulta de múltiples especialidades (ginecología y obstetricia, salud mental, traumatología, etc.) es objetivamente posible detectar con relativa facilidad posibles casos. Es cierto que en estos ámbitos no es tan fácil instaurar con la mujer una relación de continuidad del tipo de la que se propuso en Atención Primaria. No obstante, la disponibilidad para efectuar una limitada entrevista empática es objetivamente superior a la que puede obtenerse en la atención propiamente hospitalaria.

Lo que hace realmente falta, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, es reforzar y crear canales de derivación que, en el marco de la detección precoz, posiblemente deberían ser **preferentemente sanitarios**, e implicar fundamentalmente al **equipo de atención primaria**.

³⁸ Que, como se dijo anteriormente, implica que la mujer consiga tomar conciencia de que es una mujer maltratada.

³⁹ Incluyendo tanto las urgencias como los procesos de hospitalización. En la investigación se ha puesto de manifiesto que no es especialmente difícil detectar casos de maltrato en las estancias hospitalarias de la mujer maltratada.

Habría que apuntar, por último, el dato evidente de que la obligación legal del médico de denunciar quiera o no quiera la mujer inhibe en muchos casos la confidencia. No es bueno al respecto, si lo que se quiere es que el Sistema Sanitario avance en el terreno de la detección o del eventual “tratamiento” del maltrato, el que esta obligación legal se siga en todos los casos a rajatabla⁴⁰. De hecho, en la investigación se presentan indicadores claros de que cada vez más y con menos flexibilidad los profesionales sanitarios se imponen a sí mismos la obligación de denunciar, lo cual opera muy negativamente en la dirección ideal apuntada de que el Sistema Sanitario actúe como un lugar eficaz de detección precoz.

FICHA TÉCNICA.

Mujeres maltratadas

Se recurrió a mujeres **que hubieran superado de forma relativamente reciente (no más de dos años) la situación de convivencia con el maltratador**⁴¹. El estudio, por tanto, se fundamentó sobre “las historias del maltrato” presentes en el recuerdo de las mujeres que hubieran tomado la decisión de superar esa situación penosa, con independencia de que siguieran viviendo o no fuera de la relación marital una situación de riesgo.

La variable edad se consideró asociada a la duración de la situación marital. Mezclando ambas variables se obtuvieron cinco tipos de mujeres:

- **TIPO 1:** Menos de dos años de relación marital: Mujeres entre 22 y 27 años de edad.
- **TIPO 2:** Entre 3 y 5 años de relación marital: Mujeres entre 28 y 33 años de edad.
- **TIPO 3:** Entre 6 y 9 años de relación marital: Mujeres entre 34 y 43 años de edad.
- **TIPO 4:** Entre 10 y 18 años de relación marital: Mujeres entre 44 y 54 años de edad.
- **TIPO 5:** Más de 18 años de relación marital: Mujeres de más de 55 años de edad.

En todos los casos, excepto en el primer tipo, se consideraron expresamente mujeres con hijos habidos en esa relación marital.

La clase social fue también una variable relevante. Se consideraron tres segmentos, tomando en cuenta el nivel social de la unidad familiar de referencia a partir de la profesión del maltratador: media baja, media y media alta.

⁴⁰ No es nuestra competencia el dilucidar las consecuencias legales de esta “recomendación”. Lo único que se pretende poner de manifiesto es la paradoja que se le presenta al sanitario o a la sanitaria: si quieren corresponder a la demanda de la mujer deben de colocarse de algún modo “fuera de la ley”; a la inversa, si quiere actuar conforme a la ley, debe de defraudar la confianza de la mujer, vulnerando también, en cierto modo, su propio código deontológico.

⁴¹ Es decir, que se hayan separado, habiéndose dado o no una situación de separación legal.

La **presencia o no de trabajo femenino fuera de casa** durante la relación marital también fue considerada.

Por último, se tuvo en cuenta el **hábitat** rural o urbano durante la relación marital.

Se recurrió a la **entrevista en profundidad** de larga duración (entre 1 ½ y 2 horas de duración) como la técnica cualitativa a utilizar en este caso

Se realizaron un total de 15 entrevistas en profundidad, cuyo diseño, en base a las variables expuestas ha sido el siguiente:

	TIPO	CLASE SOCIAL	TRABAJO FEMENINO	HÁBITAT
EA1.	TIPO 1	BAJA	TRABAJADOR A	URBANO
EA2	TIPO 1	BAJA	TRABAJADOR A	URBANO
EA3	TIPO 1	BAJA	<i>AMA DE CASA</i>	URBANO
EA4	TIPO 2	MEDIA	AMA DE CASA	RURAL
EA5	TIPO 2	MEDIA/ALTA	AMA DE CASA	URBANO
EA6	TIPO 2	BAJA	<i>AMA DE CASA</i>	URBANO
EA7	TIPO 3	BAJA	TRABAJADOR A	RURAL
EA8	TIPO 3	MEDIA	<i>AMA DE CASA</i>	URBANO
EA9	TIPO 3	BAJA	AMA DE CASA	RURAL
EA10	TIPO4	<i>BAJA</i>	<i>AMA DE CASA</i>	<i>RURAL</i>
EA11	TIPO4	<i>MEDIA/ALTA</i>	TRABAJADOR A	URBANO
EA12	TIPO4	<i>MEDIA/ALTA</i>	<i>AMA DE CASA</i>	URBANO
EA13	TIPO 4	MEDIA	TRABAJADOR A	URBANO
EA14	TIPO 5	BAJA	<i>AMA DE CASA</i>	URBANO
EA15	TIPO 5	MEDIA	TRABAJADOR A	URBANO

Profesionales sanitarios.

La investigación recabó la información pertinente de los siguientes niveles de atención y especialidades:

Profesionales sanitarios de Atención Primaria:

- o Medicina general.

- Pediatría.
- Enfermería.
- Matronas.
- Trabajado social.

Profesionales sanitarios de Atención Especializada.

- Atención ambulatoria y hospitalaria.
 - Ginecología y Obstetricia.
 - Psiquiatría y Psicología (Salud Mental).
- Atención hospitalaria de urgencias.
 - Residencia de urgencias (+ dos años de experiencia).
 - Enfermería de urgencias.
 - Trabajado social de urgencias.

Se recurrió a las técnicas del grupo de discusión, del grupo triangular y de la entrevista abierta. En total se realizaron 11 reuniones y 1 entrevista abierta, cuyos diseños se exponen a continuación.

	ESPECIALIDAD	UBICACIÓN	SEXO
R.G.1	Medicina de familia	Atención Primaria	50%
R.G.2	Medicina de familia	Atención Primaria	Hombres
R.G.3	Medicina de familia	Atención Primaria	Mujeres
R.G.4 (Triangular)	Médico familia, enfermera, trabajadora social	Atención Primaria	Mixta
R.G.5	Pediatría	Atención Primaria (70%) y hospital (30%)	Mixta
R.G.6	Enfermería	Atención Primaria	Mixta
R.G.7	Matronas	Atención Primaria	Mujeres
R.G.8	Trabajo social	Atención Primaria	Mujeres
R.G.9 (Triangular)	Ginecología	Ambulatorio y hospital	Mixta
E.A. 16	Ginecología	Ambulatorio	Mujer
R.G.10	Psiquiatría y Psicología	Centros Salud Mental y hospital	Mixta
R.G.11	Residentes (+ 2 años)	Urgencias hospitalarias	Mixta

Profesionales no sanitarios.

Se realizaron dos reuniones de grupo con el siguiente perfil:

R.G.12: Profesionales no sanitarios públicos y privados implicados en acciones de primera línea sobre el maltrato:

- Centros de mujer.
- Servicios sociales de zona.
- ONGs especializadas.
- Policía.
- Asesoría Jurídica.

R.G.13: Profesionales no sanitarios públicos y privados implicados en acciones de segunda línea sobre el maltrato:

- Casas refugio.
- Centros de acogida.
- Pisos tutelados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe sobre los Malos Tratos a Mujeres en España. Colección Estudios Sociales nº 10. Barcelona: Fundación “la Caixa” 2002.
2. Bradley F, Smith M, Long J, O’Dowd T. Reported Frequency of Domestic Violence: Cross Sectional Survey of Women Attending General Practice. *BMJ* 2002;324:271
3. Campbell J. Health. Consequences of Intimate Partner Violence. *Lancet* 2002;359:1331-1336.
4. Claramunt MC. Mujeres Maltratadas: Guía De Trabajo Para La Intervención en Crisis. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. PAHO/WHO 1999. <http://www.paho.org>
5. Hall D, Lynch MA. Violence Begins at Home. *BMJ*1998; 316: 1551-60
6. Hirigoyen Marie France. El Acoso Moral. El Maltrato Psicológico en la Vida Cotidiana. Ed Paidós. Barcelona 1999.
7. Informe Del Defensor del Pueblo. La Violencia Doméstica contra las Mujeres. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid 1998.
8. Instituto de la Mujer. La Violencia contra las Mujeres. Resultados De la Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales 2000. <http://www.mtas.es/mujer/principal.htm>
9. Instituto Humanitario de París. Programa Daphne. Proyecto “Prácticas médicas frente a los malos tratos de pareja. París 1999. <http://www.sivic.org/esp/site-esp/index.htm>
10. Jewkes R. Intimate Partner Violence: Causes and Prevención. *Lancet* 2002;359:1423-29.
11. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and Relative Risk of Hospital Admisión Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. *Am J Public Health* 2000;90(9):1416-1420.
12. Lasheras Lozano, Mª Luisa; Pires Alcalde, Marisa [et al.] La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 86. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid 2003
13. Lorente Acosta, Miguel. El Rompecabezas. Ed. Crítica. 2004.
14. Mullender A. La Violencia Doméstica, Una Nueva Visión de un Viejo Problema. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, 2000:pp76-80.
15. OMS. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra 1996.
16. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud (resumen). Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

17. Pérez Carracedo L. Maltrato. Del Miedo a la Denuncia. OeNeGe, octubre 2000
18. Plichta S, Falik M. Prevalence of Violence and Its Implications for Women's Health. *Women's Health Issues* 2001;11:244-258.
19. Polo Usaola C. Maltrato A La Mujer en la relación de pareja. Factores relacionales implicados. Tesis Doctoral. Alcalá de Henares 2001.
20. Varela Nuria. Íbamos a ser Reinas. Mentiras y Complicidades que sustentan la Violencia contra las Mujeres. 2ª ed. Barcelona: Crónica Actual 2002.
21. Villavicencio Carrillo P, Sebastián Herranz J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.
22. Watts C, Zimmerman C. Violence Against Women: Global Scope and Magnitude. *The Lancet* 2002; 359: 1232-37.
23. WHO. World Report on Violence and Health. World Health Organization. Geneva 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm.

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: boletin.epidemiologico@madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."