



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2020

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo
Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población
mayor (SIVFRENT-M). (I) Año 2020

Como citar este documento:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población mayor. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 6. Volumen 27. Noviembre-Diciembre 2022.



HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2020

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Mayor (SIVFRENT-M) (I), 2020

INDICE

RESUMEN	3
1.- INTRODUCCIÓN.....	5
2.-METODOLOGÍA	6
3.-RESULTADOS	10
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	10
FACTORES DE RIESGO.....	15
1.-Actividad Física.....	15
2.-Antropometría	21
3.-Alimentación	23
4.-Consumo de tabaco	24
5.-Consumo de alcohol.....	26
6.-Accidentes.....	27
7.-Agregación de factores	29
ACTIVIDADES PREVENTIVAS.....	30
1.-Medición de la TA y colesterolemia y niveles altos referidos.....	31
2.-Citología	32
3.-Mamografía.....	32
4.-Test de sangre oculta en heces.....	32
5.-Colonoscopia.....	33
6.-Evolución con respecto al año previo	33
4. CONCLUSIONES	33
5. BIBLIOGRAFIA.....	35
ANEXO	37

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma anual desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, en jóvenes de 4º de la ESO (SIVFRENT-J) y en adultos de 18 a 64 años (SIVFRENT-A). En el año 2018 se inicia el sistema en mayores con edades comprendidas entre los 65 a 79 años (SIVFRENT-M) que recoge información sobre factores de riesgo y sobre aspectos específicos de estas edades. Así, en este documento se presentan los resultados del SIVFRENT-M del año 2020 en dos módulos denominados: I, Hábitos de salud y II, Situación de salud y discapacidad.

Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de unas 1000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el Registro de Tarjeta Sanitaria (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana. El cuestionario del primer módulo, que se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas. El sistema incluye también aspectos que agrupamos como “situación de salud y discapacidad”, de especial interés en este grupo etario, que describen: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad y personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

Se realizaron dos informes, en el primero se presentan los resultados sobre factores de riesgo ligados al comportamiento y actividades preventivas; en el segundo informe se incluyen el resto de apartados sobre situación de salud y discapacidad, todo ello del año 2020.

Resultados

Se realizaron 1001 entrevistas a personas residentes en la Comunidad de Madrid con edades comprendidas entre 65 a 79 años de las cuales, un 56,1% eran mujeres y un 43,9% hombres (H=439, M=562). La tasa de respuesta alcanzó el 70,8%. Según estado civil, el 71,2% estaban casados/as, el porcentaje de viudedad fue de un 13,6%, un 7,1% solteros/as y divorciados/as o separados/as fueron el 8,1%. El 71% vive con esposa o pareja, 19,2% sola/o, un 5,9% con algún hijo/a, el 2,3% con otros familiares y el resto, un 1,6%, en otra categoría distinta.

En **recursos económicos por hogar**, se refieren por los encuestados los ingresos mensuales netos por hogar. De las 796 personas que responden, el 20% está en la categoría < 1050 euros al mes, el 25,7% de las mujeres y el 13,4% de los hombres; el 9,9% se sitúan en menos de 800 euros/mes, en las mujeres el 13,7% y en hombres el 5,6%; en la categoría inmediatamente superior con 1050 a 1550 euros/mes se encuentra el 22,2%. Respecto a la situación laboral en el momento de la entrevista fue: de jubilación/pensionista en el 77,4% globalmente y por sexo un 91,6% en los hombres y un 66,4% en las mujeres; en la categoría trabajo sin remuneración (amas de casa) se sitúa un 29% formado exclusivamente por mujeres.

Actividad física. El sedentarismo en su rutina habitual fue del 39,4%; caminan 30 minutos o más cada vez y la mayoría de días de la semana el 77%, (hombres 84,5% y mujeres 71,2%). El 60,2% realiza ejercicio de intensidad moderada (67,7% en hombres y 54,4% en mujeres) y alcanza el indicador de la OMS de beneficio para la salud el 43,1% (hombres 52,6% y en mujeres 35,6%); realizan ejercicio vigoroso o intenso un 4,3% (8% en hombres y 1,4% en mujeres) y con la condición de 75 minutos o más en semana sólo un 3,8% global (6,8% hombres y 1,4% mujeres); En desarrollo muscular un 13,4% (16,4% en hombres y 11% en mujeres); en general, todos estos porcentajes disminuyen al aumentar la edad. El 54,9% de la población no alcanza la recomendación de la OMS sobre ejercicio físico aeróbico, bien moderado o intenso.

Antropometría. Se ha estimado el Índice de Masa Corporal (IMC). El 64,9% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad, estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Un 20% se encuentran en la categoría de obesidad, sin diferencia por sexo.

Consumo de alimentos. El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la muestra y alta de productos cárnicos globalmente en un porcentaje similar; el consumo global de menos de 3 raciones al día de frutas y/o verduras fue de 34,5%, 37,1% en hombres y 32,4% en mujeres; para el consumo de carne y derivados mayor a 2 raciones al día globalmente un 33,4%, un 39,4% en hombres y 28,6% en mujeres. Solo el 13,2% alcanzan el objetivo nutricional de 5 o más raciones diarias de verdura o fruta fresca.

Consumo de tabaco. Las prevalencias del consumo de tabaco obtenidas fueron las siguientes: un 10,8% fumaban actualmente, de forma diaria u ocasional, la mayoría de forma diaria (10,1%); por sexo, no se detectaron grandes diferencias, mientras que desciende significativamente por edad, desde un 16,8% a un 4,9%. En un 6,8% se refiere exposición pasiva, en todos los casos en casa.

Consumo de alcohol. Un 57,5% refiere ser bebedores/as actualmente, son bebedores habituales (una vez por semana en el último mes) un 46,4%, (62,9% en hombres y 33,5% en mujeres) y ocasionales un 11,1%; En el 9,8% presentan problemas con su consumo, el 18,9% de los hombres y el 2,7% de las mujeres, según el cuestionario CAGE. El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo fue de un 1,7%, un 2,5% en hombres y un 1,1% en mujeres.

Accidentes. El 6,5% dijo haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica. El accidente más frecuente fue la caída en la calle con un 52,3% de todos los tipos de accidente seguida de caída en casa con un 29,2%.

Agregación de factores. La presencia de uno o varios factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que el 40,7% tenía un factor de riesgo, un 37,4% de los hombres y un 43,2% de las mujeres. Para 2 o más factores, estos porcentajes fueron 8,4% en hombres y 10,0% de las mujeres.

Prácticas preventivas. El seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol en el último año, no se alcanza en el 14,0% de la población, aunque su medición alguna vez en la vida se acerca al 90% y al 100%. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del SNS, en las edades incluidas en este SIVFRENT-M que entran en los grupos objetivo de las recomendaciones, de 65 a 69 años, se aprecia importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) para la prevención del cáncer colorrectal.

Respecto a 2019, en 2020 se aprecian cambios en los indicadores de realización de ejercicio físico en todos sus grados: incremento del sedentarismo en la actividad habitual, descenso en la realización del ejercicio de intensidad moderada o intensa con beneficio cardiovascular y descenso del ejercicio de caminar 4-7 días por semana o de la realización de ejercicios de desarrollo muscular. No se aprecian cambios importantes en el consumo de alcohol, ni antropometría. Desciende ligeramente la realización de prácticas preventivas en el 2020.

Conclusiones

La prevalencia de personas que mantienen una actividad física saludable en su rutina habitual y en su tiempo libre es insuficiente y considerando la realización de ejercicio que cumplan las recomendaciones de beneficio para la salud baja considerablemente, por lo cual cabe un amplio margen de mejora hasta alcanzar el objetivo. El envejecimiento asocia pérdida de fuerza y masa muscular, lo que favorece la fragilidad y la pérdida de autonomía, mientras observamos en un porcentaje muy minoritario la realización de actividades de desarrollo muscular. En la mayoría de los indicadores de ejercicio físico, las mujeres muestran peores resultados. El déficit de actividad física, se ha visto agravado por la situación de pandemia por COVID-19. Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron prevalencias de sobrepeso y obesidad muy elevadas, mientras que la alimentación muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje muy importante de esta población. En cuanto a factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol, todavía se constatan prevalencias elevadas que es necesario mejorar, potenciando medidas acordes con la importancia que tienen estos factores de riesgo desde el punto de vista de la salud pública. Aunque sigue siendo elevadas las cifras de realización de pruebas preventivas en los últimos 12 meses en relación a riesgo cardiovascular (toma y control de tensión arterial y medida de colesterol) se aprecia ligero descenso respecto a 2019, probablemente atribuible a la situación de pandemia de COVID-19. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer se aprecia importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de SOH para la prevención del cáncer colorrectal.

Estos resultados indican la conveniencia de continuar con la vigilancia y difusión de la información y recomendaciones en cada uno de los aspectos mencionados que confirmen la recuperación o mejora de las cifras respecto a años anteriores a la pandemia de COVID-19, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población de la Comunidad.

1.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad^{1,3}. Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión^{1,3}. Así, mientras las enfermedades no transmisibles generan el 91,8% de la carga de enfermedad³, se estima que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad².

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para

medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan⁴.

La Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)^{5,6} cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Desde el año 2018 se amplía e inicia el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles en mayores (SIVFRENT-M) de edades comprendidas entre los 65 a 79 años. Con ello se podrán analizar factores de riesgo y aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable, definido como “proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”⁷.

Del SIVFRENT-M de 2020, este documento recoge los resultados agrupados como hábitos de salud y prácticas preventivas.

2.-METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica, realizada anualmente desde 2019, a una muestra de unas 1000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física (AF), antropometría (peso y talla autorreferidos), alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes y prácticas preventivas que se presentan en este informe. El cuestionario incluye también preguntas sobre aspectos de más interés en este grupo de edad, que se desarrollan en un segundo informe, que agrupamos como “situación de salud y discapacidad”: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad y personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y el último lugar fragilidad y prefragilidad.

Población

La población diana fue la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid, con la participación de 1001 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 65 a 79 años del registro de tarjeta sanitaria, Cibeles (Cibeles es el sistema de información poblacional con aseguramiento público de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). La extracción muestral se realizó a partir de la información de tarjeta sanitaria individual más reciente de la que se pudo disponer. Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el padrón continuo más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la

selección muestral⁸. La estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en el registro de tarjeta sanitaria. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria. Con esta estructura, para cada ola se extrajo la fracción muestral correspondiente a partir de las personas que al inicio de la ola tenían entre 65 y 79 años. La recogida de información tuvo carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural. Cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar un nivel de ausencias importante y dar lugar a sesgos de selección.

Técnica de entrevista

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador⁹.

Selección muestral

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

Cuestionario y variables de estudio

El núcleo central de preguntas para este primer informe, hábitos de salud, incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, factores de riesgo ligados al comportamiento y la realización de prácticas preventivas. En la tabla siguiente se presenta la relación de variables que se describen.

Tabla 0. Relación de variables sociodemográficas y de hábitos de salud, SIVFRENT-M, 2020.

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Socio-Demográficas		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	65-69, 70-74, 75-79	Grupos de edad en años
País de nacimiento	España; otro	
Estado civil	Matrimonio/pareja; soltería; separación/divorcio; viudedad	
Nivel educativo	Primarios y menos	Estudios primarios, hasta 5º de EGB
	Secundarios	Graduado escolar, 8º EGB, bachiller elemental, y ESO
	Universitarios	Ingeniería técnica, diplomatura, licenciatura y doctorado
Recursos económicos	<1050; 1050-1550; 1550-2200;	Ingresos mensuales netos por hogar en euros
	2200 a >2700	
Situación laboral actual	Trabajan; paro; trabajo no remunerado;	Trabajo sin remuneración= ama de casa
	Jubilación/pensionista	
Actividad física		

Sedentarismo en rutina habitual	Sedestación; de pie; mueven cargas ligeras o pesadas	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina diaria.
Caminar	%si, no	Caminar un mínimo de 10 minutos al día en una semana normal, número de días Caminar en los últimos 7 días de 4 a 7 días 30 minutos/día en una o varias sesiones
Actividad física total	Intensidad moderada, %si, no	Refieren realizar ejercicio de intensidad moderada semanalmente al menos 10 minutos cada vez
	Intensidad moderada (Cumplimiento Indicador OMS)% si, no	Refieren un mínimo semanal de 150 minutos al menos en 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez
	Actividad intensa, %si, no	Refieren realizar ejercicio intenso/vigoroso
	Actividad intensa (Cumplimiento Indicador OMS)% si, no	Refieren realizar al menos 75 minutos semanales, cualquier número de días y mínimo 10 minutos cada vez
Desarrollo Muscular	% si, no	Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc.
		Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc. >=2 días /semana
Antropometría		
Índice de masa corporal(IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (IMC=kg/m²)	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m ²
	Normopeso	18,5 kg/m ² a IMC<25 kg/m ²
	Sobrepeso grado I	25 kg/m ² a IMC<27 kg/m ²
	Sobrepeso grado II	27 kg/m ² a IMC<30 kg/m ²
	Obesidad	IMC >=30 kg/m ²
Exceso de peso	Obesidad y sobrepeso I y II agrupados	IMC=25-30 kg/m ²
Alimentación		
Frecuencia de consumo de alimentos	Media de raciones/día	Consumo por alimentos del día anterior en raciones/día
	Porcentaje de consumo/día	Consumo por alimentos del día anterior en porcentaje de personas
	% consumo/día	Algún consumo del día anterior por alimentos
Frutas y/o verduras	% consumo/día	Consumo >=5 raciones al día de frutas y/o verduras
Productos cárnicos	% consumo/día	Consumo >=2 raciones al día de carne y derivados cárnicos
Tabaco		
Exfumadores/as	%	No fuman actualmente pero han fumado más de 100 cigarrillos en la vida
Fumadores actuales	%	Porcentajes de consumo de tabaco ocasional o diario
Fumadores diarios	%	Porcentajes de consumo de tabaco diario
Fumadores ocasionales	%	Porcentajes de consumo de tabaco ocasional (fuma no diariamente)
Consumo de 20 cigarrillos o más	%	Porcentajes de consumo de 20 cigarrillos o más
Exposición pasiva al humo de tabaco	%	Porcentajes de exposición pasiva al humo de tabaco
Alcohol		
Consumo de alcohol	Gramos/semana	Consumo semanal per-cápita en gramos
No bebedores/as actuales	%	No han bebido en los últimos 30 días
Bebedores/as ocasionales	%	Beben menos de un día en semana
Bebedores /as habituales	%	Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

Bebedores/as moderados	%	Promedio diario de 1-39 gramos en hombres y 1-23 gramos en mujeres
Consumo promedio de riesgo	%	Promedio diario >=40g/día en hombres y >=24 g/día en mujeres
Test CAGE positivo	%	CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas; 0-1=bebedor social; 2=Consumo de riesgo; 3=Consumo perjudicial; 4=dependencia alcohólica
Accidentes		
Accidentes	% si, no % caída en casa, calle, otros , tráfico (conductor o transeúnte)	Haber tenido accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica.
Lugar del accidente		Lugar de accidente por frecuencia
Agregación de factores		
Número de factores de riesgo	% 1, 2, 3 o 4 , Ningún factor	Personas sedentarias en ocupación habitual/laboral o en tiempo libre no realizar actividad moderada o vigorosa, dieta desequilibrada (consumo de menos de cinco piezas de fruta fresca y/o verduras y consumo de dos o más raciones de productos cárnicos), ser fumador/a actual, consumo promedio de alcohol de riesgo
Pruebas preventivas		
Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida	% si, no	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería
Medición de TA <= 1 año	% de <=1 año	Cuando fue la última vez que se lo tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida	%	Alguna vez le ha tomado el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol <= 1 año	% de <=1 año	Cuando fue la última vez que se lo tomó
Comunicación TA alta	%	Le han comunicado que tenía la tensión arterial alta
Comunicación colesterol alto	%	Le han comunicado que tenía el colesterol alto
Toma alguna medida para TA	% si no	Toma alguna medida para la TA: medicamentos, sal , ejercicio
Toma alguna medida para colesterol	% si no	Toma alguna medida para el colesterol: medicamentos, sal, ejercicio
Citología	% Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Se ha hecho una citología
Mamografía	% Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba
	% si no	Porcentaje que se había hecho la prueba en alguna ocasión
Sangre oculta en heces	% Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba
	% Fines preventivos, sospecha	Motivo de realización de la prueba
	% Médico/a/especialista, carta o teléfono	Quien le solicitó la prueba
Colonoscopia	% Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba

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

Definición de indicadores, estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. En la tabla 0 se recogen las variables analizadas, si bien otros aspectos metodológicos de la definición de indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados de resultados. El error estándar

del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 22 y 26¹⁰. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes para la Comunidad de Madrid, total, según sexo y 3 grupos de edad: 65-69, 70-74, 75-79 años. En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

3.-RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizaron un total de 1001 entrevistas, (439 en hombres y 562 en mujeres), alcanzando una tasa de respuesta del 70,8%. El 56,1% eran mujeres, un 40% en edades entre 65 y 69 años, el 52,7% residía en Madrid capital y el 28,2% refiere no alcanzar estudios primarios (Tabla 1). Un 5,7% habían nacido fuera de España (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra SIVFRENT-M. Comunidad de Madrid 2020.

Número de entrevistas		1001	
Sexo (%)		n	%
	Mujeres	562	56,1
	Hombres	439	43,9
Edad(%)			
	65-69	400	40,0
	70-74	343	34,3
	75-79	258	25,8
Tasa de Respuesta		70,8	
Ámbito geográfico(%)			
	Madrid capital	528	52,7
	Corona metropolitana	395	39,5
	Resto de municipios	78	7,8
Nivel de estudios (%)			
	Primarios y menos	282	28,2
	Secundarios	549	54,8
	Universitarios	170	17,0

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

En cuanto al estado civil, el 71,2% de la muestra respondieron estar casados/as; el porcentaje de viudedad fue de un 13,6%, un 7,1% refieren estar solteros/as y por último separación o divorcio en un 8,1%. El 71% vive con esposa/o/pareja, 19,2% sola/o, un 5,9% con algún hijo/a, el 2,3% con otros familiares y el resto, un 1,6%, en otra categoría distinta; las mujeres que viven solas son un 24% frente al 13% de los hombres.

Tabla 2. Porcentajes* de la muestra por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

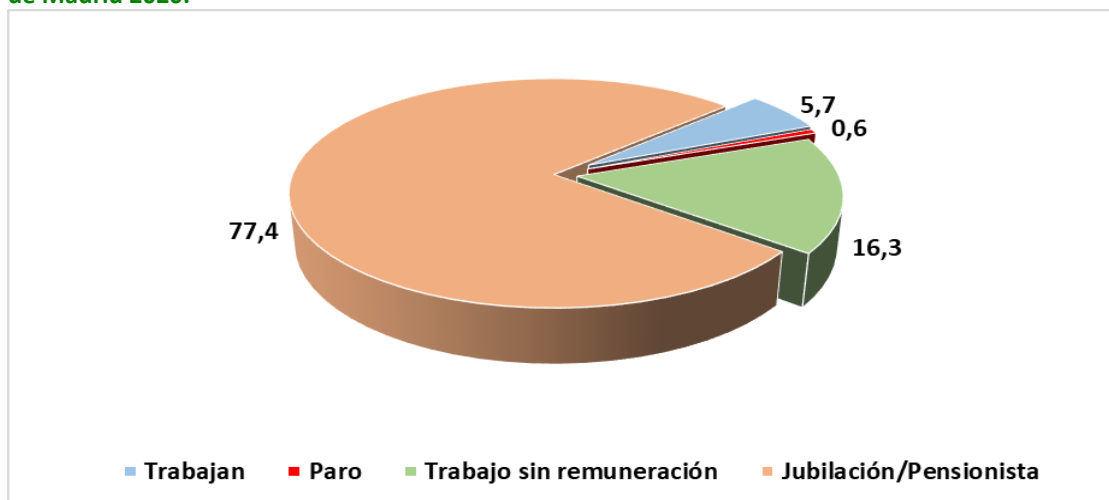
	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
País de Nacimiento						
España	421	42,1(41,2-42,9)	523	52,2(51,1-53,4)	944	94,3(92,7-95,6)
Otro	18	1,8(1,1-2,8)	39	3,9(2,9-5,3)	57	5,7(4,4-7,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	364	36,4(34,8-37,9)	349	34,9(32,7-37,1)	713	71,2(68,4-73,9)
Soltería	27	2,7(1,9-3,9)	44	4,4(3,3-5,8)	71	7,1(5,7-8,8)
Separación/Divorcio	27	2,7(1,9-3,9)	54	5,4(4,2-6,9)	81	8,1(6,6-9,9)
Viudedad	21	2,1(1,4-3,2)	115	11,5(9,8-13,5)	136	13,6(11,7-15,8)
Nivel educativo						
Primarios y menos	98	9,8(8,2-11,6)	184	18,4(16,4-20,6)	282	28,2(25,6-30,9)
Secundarios	231	23,1(21,1-25,2)	318	31,8(29,5-34,1)	549	54,8(51,8-57,9)
Universitarios	110	11(9,4-12,8)	60	6(4,7-7,6)	170	17(14,9-19,3)
Recursos económicos *						
< 1050	50	6,3(4,8-8,1)	109	13,7(11,6-16,1)	159	20(17,4-22,9)
1050-1550	61	7,7(6,1-9,6)	116	14,6(12,4-17)	177	22,2(19,5-25,2)
>1550-2200	106	13,3(11,3-15,7)	106	13,3(11,2-15,7)	212	26,6(23,7-29,8)
>2200-2700 y más	155	19,5(17,2-22)	93	11,7(9,7-14)	248	31,2(28,1-34,4)
Total	439	43.9	562	56.1	1001	100

*Porcentajes respecto al total de la muestra por columnas y total de la muestra.

*Recursos económicos netos euros/mes del hogar para n=796.

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

En cuanto a la situación laboral actual o pasada, el 92,6% de las personas entrevistadas había trabajado anteriormente con remuneración; por sexo, el 100% de los hombres y el 87,1% de las mujeres. Actualmente, el 77,4% están en jubilación/pensionistas, el 22,6% están en otra situación: siguen trabajando el 5,7%, están en paro un 0,6%, trabajan sin remuneración, amas de casa, un 16,3% (Figura 1).

Figura 1. Porcentajes globales según situación laboral actual. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

*Amas de casa

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

Tabla 3. Porcentaje según situación laboral actual por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Totales		Sexo				Edad					
			Hombres		Mujeres		60-69		70-74		75-79	
	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95
TRABAJAN	57	5,7(4,4-7,3)	36	8,2(6-11,2)	21	3,7(2,5-5,7)	37	9,3(6,8-12,5)	12	3,5(2-6,1)	8	3,1(1,6-6,1)
PARO	6	0,6(0,3-1,3)	1	0,2(0-1,6)	5	0,9(0,4-2,1)	6	1,5(0,7-3,3)	0	0(0-0)	0	0(0-0)
SIN REMUNERACIÓN*	163	16,3(14,3-18,5)	0	0(0-0)	163	29(25,4-32,8)	52	13(10,2-16,4)	51	14,9(11,7-18,7)	60	23,3(19-28,1)
JUBILACIÓN/PENSIONISTA	775	77,4(74,9-79,8)	402	91,6(88,6-93,8)	373	66,4(62,4-70,1)	305	76,3(71,9-80,1)	280	81,6(77,3-85,3)	190	73,6(68,5-78,2)

*Amas de casa

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

Por sexo el 91,6% de los hombres y el 66,4% de las mujeres están en situación de jubilación/pensionista; por edad, destaca el grupo de 75 a 79 años con el menor porcentaje de los 3 grupos, el 73,6%. El grupo de trabajo sin remuneración (amas de casa) está exclusivamente formado por mujeres, en el 29%. Con trabajo remunerado para los hombres 8,2% y mujeres 3,7% y en paro hombres 0,25% y mujeres 0,9%. Por grupo de edad, el mayor porcentaje de trabajo sin remuneración, un 23,3%, se da entre 75-79 años (Tabla 3).

Tabla 4. Porcentajes de tipo de actividad laboral desempeñada en el pasado por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Totales		Sexo				Edad					
			Hombres		Mujeres		60-69		70-74		75-79	
	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95	n	%IC95
No ha trabajado nunca *	70	7(5,7-8,7)	0	0(0-0)	70	12,5(10,1-15,5)	17	4,3(2,7-6,7)	24	7,1(4,8-10,2)	29	11,3(8,2-15,4)
Profesionales	254	25,5(23-28,2)	165	37,8(33,4-42,3)	89	15,9(13,2-19,2)	108	27,1(23,1-31,6)	88	25,9(21,7-30,5)	58	22,6(18,1-27,7)
Trabajadores	671	67,4(64,5-70,2)	272	62,2(57,7-66,6)	399	71,5(67,7-75,1)	273	68,6(63,9-72,9)	228	67,1(62-71,7)	170	66,1(60,2-71,6)

*con remuneración

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

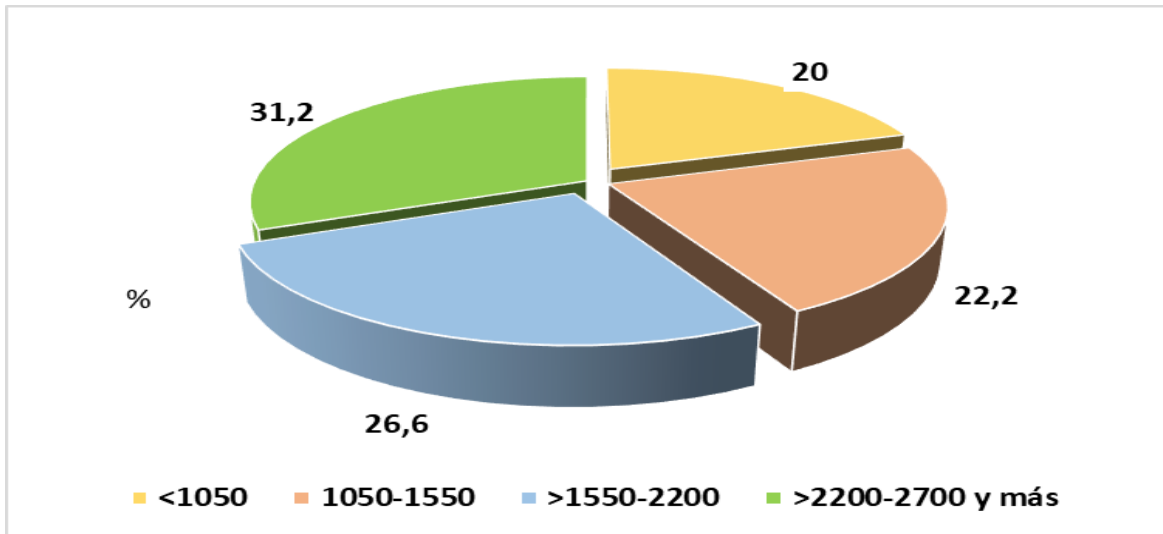
El 67,4% fueron trabajadores, el 25,5% profesionales y un 7% no trabajó nunca con remuneración (Tabla 4); por sexo, en la categoría profesionales, los hombres obtienen un porcentaje aproximadamente 22 puntos porcentuales mayor que las mujeres (37,8% vs 15,9%) y, no haber trabajado nunca con remuneración es exclusivo de las mujeres 12,5%; en la categoría "trabajadores" (siendo estas las personas que realizan actividad laboral a cambio de una remuneración), las mujeres suman un 71,5% frente a los hombres con un 62,2%.

Ingresos mensuales netos

Las trayectorias de envejecimiento más exitosas desde el punto de vista de logros en salud, las protagonizan, generalmente, mayores con altos niveles de educación e ingresos, que practican hábitos saludables como el ejercicio físico, y rechazan comportamientos nocivos tales como el tabaquismo o un alto consumo de alcohol¹¹.

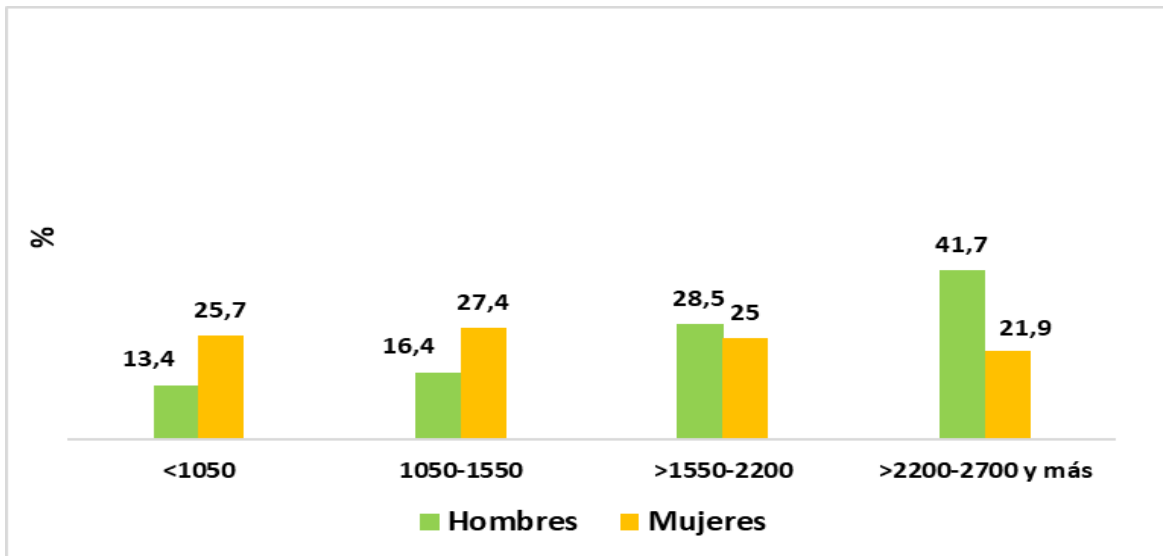
Con respecto a ingresos mensuales netos por hogar, se obtuvo respuesta del 79,5%, (n=796), de los que el 20% se encuentra en la franja inferior hasta <1050 euros, el 22,2% estaba entre 1050-1550 euros mensuales y el 26,6% se situaba en la categoría >1550 a 2200 euros y un 31,2% >2200-2700 y más (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje según franjas de ingresos mensuales netos en el hogar. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Figura 3. Porcentaje por franjas de ingresos mensuales netos en el hogar por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

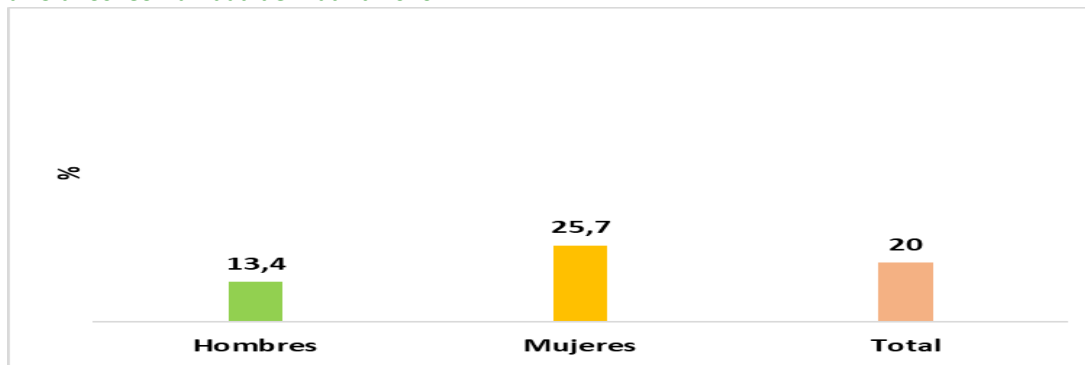
El mayor porcentaje en las mujeres, 27,4%, está entre 1050-1550 euros al mes por hogar y en los hombres con un 41,7% en el intervalo de >2200 a <2700 y más. En los niveles de menores ingresos el porcentaje de las mujeres es muy superior al de los hombres (Figura 3).

Tabla 5. Porcentajes de recursos económicos por rangos <1050, 1050-1550, 1550-<2200 y 2200->2700 por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

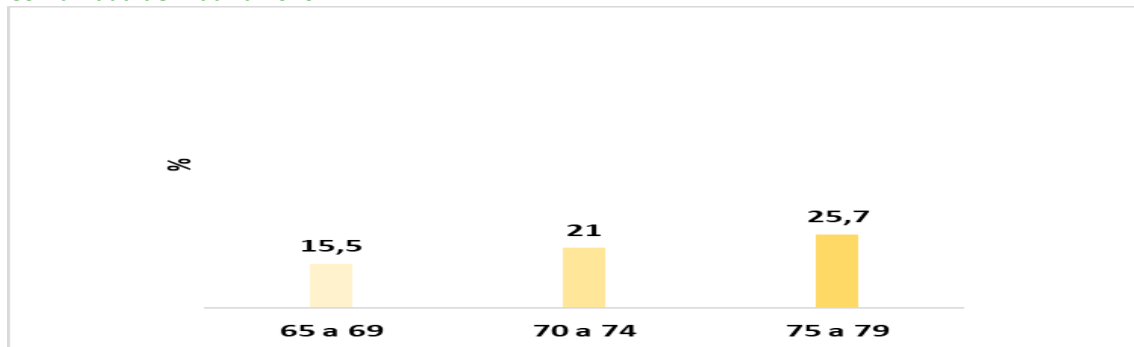
	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65 a 69		70 a 74		75 a 79	
	n	IC(95%)	n	IC(95%)	n	IC(95%)	n	IC(95%)	n	IC(95%)	n	IC(95%)
<1050	159	20(17,4-22,9)	50	13,4(10,3-17,3)	109	25,7(21,8-30,1)	50	15,5(11,9-19,9)	56	21(16,5-26,2)	53	25,7(20,3-32)
1050-1550	177	22,2(19,5-25,2)	61	16,4(13-20,5)	116	27,4(23,3-31,8)	70	21,7(17,5-26,5)	61	22,8(18,2-28,2)	46	22,3(17,1-28,5)
>1550-2200	212	26,6(23,7-29,8)	106	28,5(24,2-33,3)	106	25(21,1-29,4)	84	26(21,5-31,1)	68	25,5(20,6-31)	60	29,1(23,3-35,7)
>2200-2700 y más	248	31,2(28,1-34,4)	155	41,7(36,8-46,7)	93	21,9(18,3-26,1)	119	36,8(31,8-42,2)	82	30,7(25,7-36,3)	47	22,8(17,8-28,8)

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

Al aumentar la edad, el porcentaje de población con ingresos en la franja menor se incrementa de modo significativo, pasando de un 15,5% a un 25,7% (Tabla 5 y figura 5).

Figura 4. Porcentajes de ingresos por hogar de <1050 euros al mes, totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

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

Figura 5. Porcentajes de ingresos por hogar de <1050 euros al mes, por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

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

Respecto a la categoría claramente por debajo del salario mínimo (1050 euros mensuales en 2020), el 7,9% se encuentran en el rango de hasta 800 euros netos mensuales por hogar, 10,4% en las mujeres y 4,8% en los hombres; en general, existe una diferencia grande entre mujeres y hombres, siendo éstas las que presentan los porcentajes más elevados dentro de este intervalo económico para las variables contempladas; por edad, hay un aumento progresivo; en estado civil, la soltería es la única categoría de toda la tabla en la que el porcentaje de hombres es mayor a mujeres (20,8% vs 17,6%) (Anexo Tabla 1).

FACTORES DE RIESGO

1.-Actividad Física

Revertir el tiempo sedentario en activo es un desafío en la promoción de la salud a nivel mundial, pues a medida que los países se desarrollan económicamente, los niveles de inactividad física aumentan. La actividad física (AF) aporta múltiples beneficios en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y de colon. También previene la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad y mejora la salud mental, la calidad de vida y el bienestar^{12,13}. Los beneficios, además de sanitarios, son también sociales y económicos, contribuyendo a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030; de hecho, la adopción de medidas normativas que propicien la AF está interconectada con 13 ODS. La OMS, en su actualización de las recomendaciones a 2020, ofrece un marco mundial para crear sociedades, entornos, poblaciones y sistemas más activos (Plan mundial).

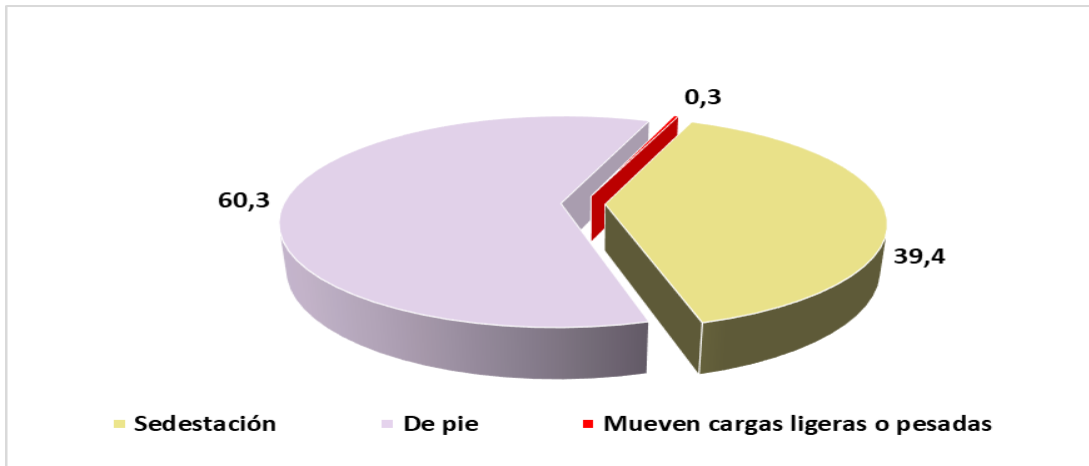
En las personas mayores, a los beneficios de la AF que se observan en otras edades, hay que añadir los específicos para este grupo como son la mejora en la movilidad, flexibilidad, resistencia cardiovascular, coordinación, fuerza y equilibrio. Las recomendaciones se basan en la revisión de las evidencias sobre sus efectos en salud específicos en la población mayor: prevención de caídas y de sus consecuencias, mejoría en la capacidad funcional, fragilidad y osteoporosis y mitigar así los efectos del sedentarismo constituyendo la intervención más efectiva en la fragilidad, bien sola o acompañada con otras intervenciones¹²⁻¹³.

Para alcanzar beneficio en la salud se recomienda la realización de AF aeróbica, (de 150 a 300' semanales si es moderada, o de 75' a 150 si es intensa o una combinación equivalente), actividades de fortalecimiento muscular (2 o más días a la semana) y una combinación de varias formas de ejercicio, aeróbico, de fortalecimiento muscular y de entrenamiento del equilibrio en lo que se denomina una sesión de AF multicomponente (3 o más días a la semana). Se obtienen mayores beneficios con 300 minutos por semana de actividad moderada o 150 minutos por semana de actividad intensa aeróbica o combinación equivalente. Aunque no se cumplan las recomendaciones, los beneficios ya se observan con alguna actividad. Se debe iniciar con pequeñas cantidades de ejercicio e ir incrementando gradualmente la frecuencia, intensidad y duración. Las personas mayores deben ser tan activas como lo permita su capacidad funcional con ajuste del ejercicio a su condición¹³.

Sedentarismo en rutina habitual

El 39,4% de las personas afirman estar en sedestación la mayor parte del tiempo en su actividad habitual diaria, el 60,3% está de pie o se desplaza a menudo la mayor parte del tiempo y un 0,3% levanta cargas pesadas o ligeras o tiene que subir escaleras o cuestas la mayor parte del tiempo (Figura 6).

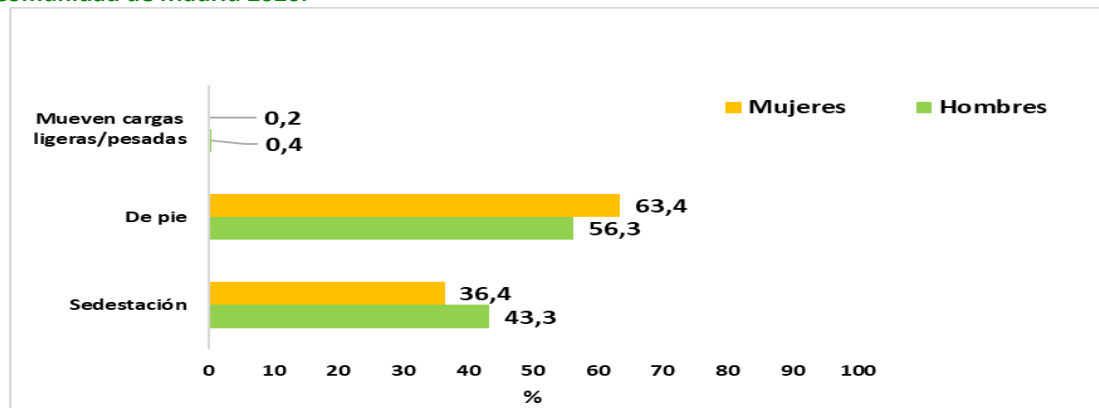
Figura 6. Porcentajes globales de actividad física en su rutina habitual. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Por sexo, el 43,3% de los hombres y el 36,4% de las mujeres en su actividad habitual están en sedestación, el 63,4% de las mujeres y el 56,3% de los hombres de pie, el resto en porcentajes muy inferiores mueven cargas ligeras o pesadas como se ve en la figura 7.

Figura 7. Porcentajes de actividad física en su rutina habitual por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

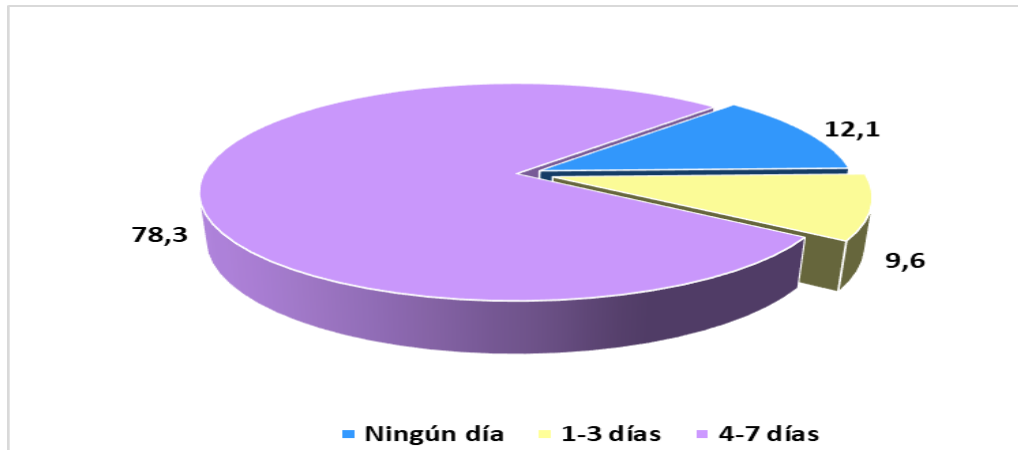


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Caminar

Se preguntó a los/las entrevistados/as cuantos días caminó al menos diez minutos seguidos en una semana normal, en el trabajo, en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, caminatas por recreo deporte o ejercicio o placer. El 78,3% caminaron de 4 a 7 días a la semana, un 12,1% no caminó ningún día y el 9,6% camina de 1 a 3 días (Figura 8).

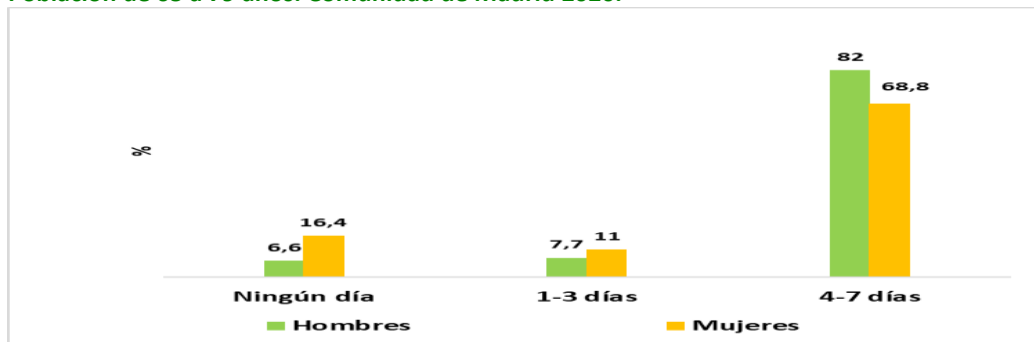
Figura 8. Prevalencia global de “caminar” en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez, según número de días. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

No caminar o hacerlo un número insuficiente de días en los últimos 7 días fue mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres (Figura 9).

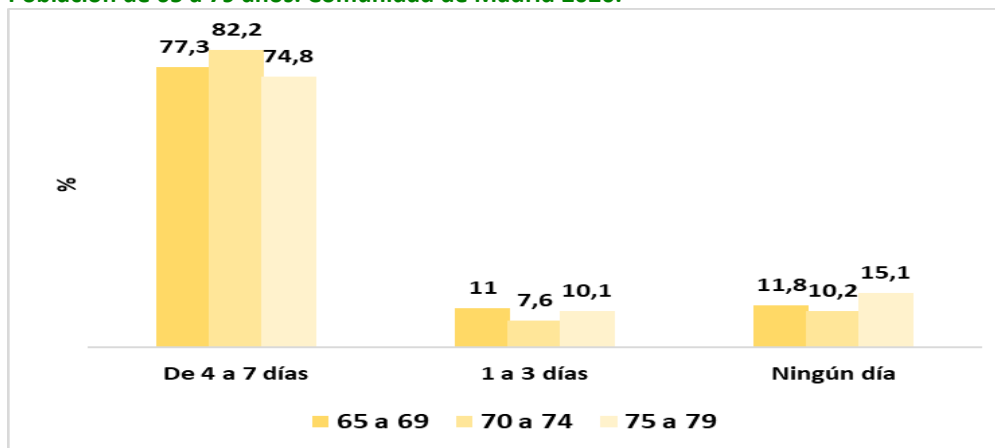
Figura 9. Prevalencia global de “caminar” por número de días en los últimos 7 días y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

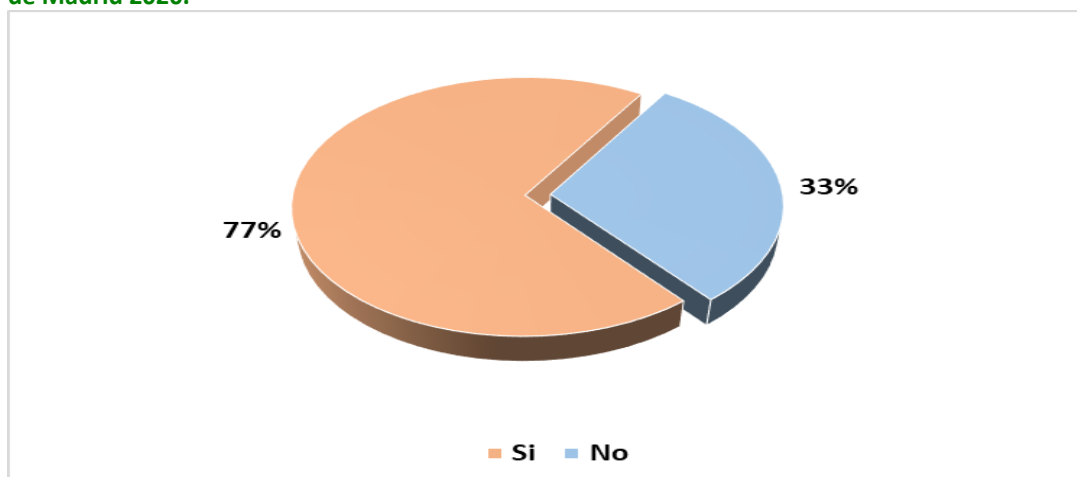
Caminar un mínimo de 10 minutos cada vez, muestra un descenso al aumentar la edad en la categoría 4 a 7 días y no hacerlo nunca pasa de 11,8% a los 65 a 69 años a un 15,1% a los 75 a 79 años de edad (Figura 10).

Figura 10. Prevalencia global de “caminar” por número de días en los últimos 7 días y por edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Figura 11. Prevalencia global de cumplimiento de caminar la mayoría de los días (4-7 días) en la última semana, 30 minutos al menos por día en una o varias sesiones. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Respecto al indicador “caminar 30 minutos al día mínimo” en una o varias sesiones y, la mayoría de los días de una semana, es decir, de 4 a 7 días, respondieron afirmativamente alcanzando el indicador el 77%, el resto o no caminaba en absoluto o lo hacía en frecuencia y/o tiempo insuficiente; por sexo fue, en los hombres de 84,5% y, en las mujeres de 71,2%; los resultados por edad se muestran en la tabla (Figura 11, Tabla 6).

Tabla 6. Prevalencias de caminar la mayoría de los días al menos 10 minutos seguidos y cumpliendo el indicador por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caminaron la mayoría de días*	784	78,3(75,7-80,7)	376	85,6(82-88,6)	408	72,6(68,8-76,1)	309	77,3(72,9-81,1)	282	82,2(77,8-85,9)	193	74,8(69,3-79,6)
Cumplen INDICADOR**	771	77(74,3-79,5)	371	84,5(80,8-87,6)	400	71,2(67,3-74,8)	302	75,5(71,1-79,5)	279	81,3(76,9-85,1)	190	73,6(68-78,6)

*Caminaron en los últimos 7 días de 4 a 7 días y 10 minutos seguidos cada vez **Caminaron en los últimos 7 días la mayoría de los días (4 a 7 días) y al menos 30 minutos cada día en una o varias sesiones.

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

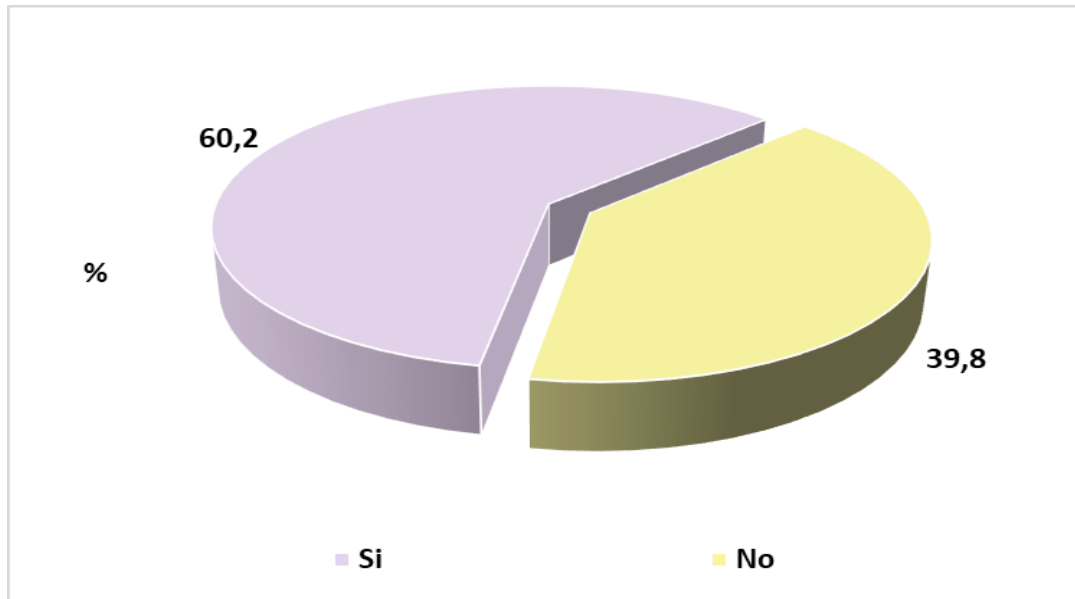
Actividad física total (ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos)

Se considera la AF física total en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos, diferenciando entre actividad de intensidad moderada o vigorosa tanto si la persona refiere que hace este tipo de actividad, como cuantificando el número de días en semana, frecuencia semanal, como duración en cada rutina para valorar si alcanza la recomendación de beneficio para la salud.

Ejercicio aeróbico de intensidad moderada

Al ser preguntados/as por la realización semanal de ejercicio físico de intensidad moderada al menos 10 minutos cada vez, el 60,2% afirman realizarlo, valor mucho más elevado en hombres que en mujeres: el 67,7% de los hombres y el 54,4% de las mujeres; por edad, el 63,5% dentro del grupo de 65-69 años afirma realizar ejercicio de intensidad moderada, valor que disminuye con el aumento de la edad (Figura 12, Tabla 7).

Figura 12. Prevalencia global de ejercicio físico de intensidad moderada. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

En el caso de AF total de intensidad moderada mínimo de 150 minutos semanales repartidos en 4 o más días a la semana, al menos 10 minutos mínimos cada vez, indicando a la persona que nos referimos a por ejemplo caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras, es decir exige un esfuerzo físico que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca.

El 43,1% de la muestra total hacen ejercicio moderado cumpliendo con el indicador de beneficio para la salud; por sexo un 52,6% fueron hombres y un 35,6% mujeres y por edad el 45,8% eran de 65-69 años, el 43,7% de 70 a 74 años y el 38% fueron los mayores (Tabla 7).

Tabla 7. Porcentajes de realización de ejercicio de intensidad moderada (1ª fila) y de ejercicio con beneficio cardiovascular (2ª fila) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio de intensidad moderada*	603	60,2(57,2-63,2)	297	67,7(63,1-71,9)	306	54,4(50,3-58,5)	254	63,5(58,6-68,1)	204	59,5(54,3-64,4)	145	56,2(50,2-62,0)
Cumplimiento Indicador OMS**	431	43,1(40,1-46,1)	231	52,6(47,9-57,3)	200	35,6(31,7-39,6)	183	45,8(40,9-50,7)	150	43,7(38,7-48,9)	98	38(32,4-43,9)

*Refieren realizar ejercicio semanal de intensidad moderada 10 minutos cada vez (respuestas sí o no) **Refieren realizar ejercicio aeróbico moderado un mínimo de 150 minutos al menos 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez (con beneficio cardiovascular)

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

Ejercicio aeróbico intenso o vigoroso

Entendemos por ejercicio físico intenso o vigoroso, y así se indica a la persona encuestada, el que implicaría una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca, tales como correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos de construcción.

El 4,3% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a la realización de este tipo de ejercicio. Este porcentaje es mucho más elevado en hombres vs mujeres (8% y 1,4% respectivamente) (Tabla 8). Los resultados para ejercicio intenso con cumplimiento de indicador de beneficio para la salud indican que un 3,8%, del total de los/las entrevistados/as refieren realizar ejercicio intenso con una duración de 75 minutos o más semanales, un 1,4% de las

mujeres y los hombres lo cumplen en un 6,8%. También se muestran los resultados por edad, sin diferencias importantes (Tabla 7).

Tabla 8. Porcentajes de realización de ejercicio intenso global y de ejercicio intenso 75 minutos semanales o más por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio intenso*	43	4,3(3,2-5,7)	35	8(5,8-10,9)	8	1,4(0,7-2,8)	20	5(3,3-7,6)	12	3,5(2-6)	11	4,3(2,4-7,5)
Cumplimiento indicador OMS**	38	3,8(2,8-5,2)	30	6,8(4,8-9,6)	8	1,4(0,7-2,8)	18	4,5(2,9-7)	11	3,2(1,8-5,7)	9	3,5(1,8-6,5)

*Refieren realizar ejercicio físico intenso (respuestas sí o no) ** Refieren realizar ejercicio físico vigoroso o intenso un mínimo de 75 minutos semanales cualquier número de días y mínimo de 10 minutos cada vez

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

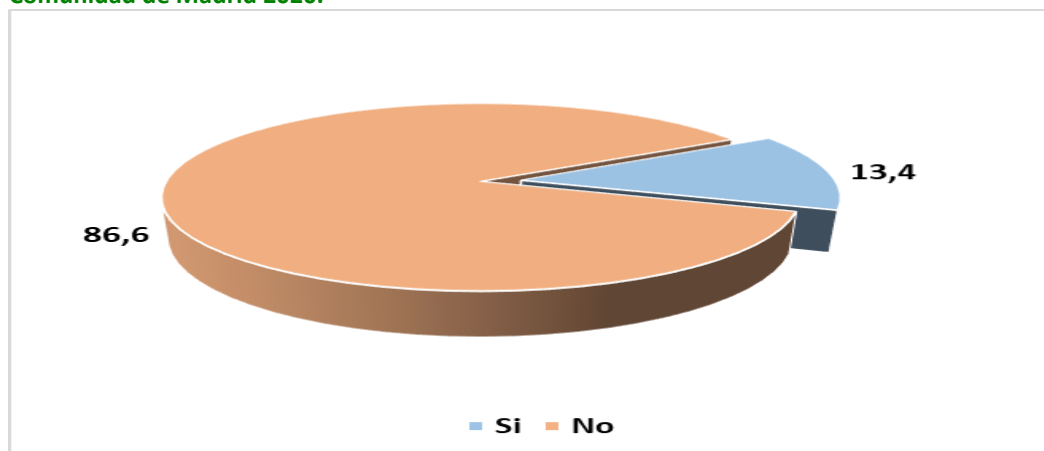
El cumplimiento del indicador de recomendación de la OMS con beneficio para la salud en realización de ejercicio de cualquier intensidad, moderada o vigorosa, se alcanza por el 45,1% de la población.

Desarrollo Muscular

El envejecimiento lleva consigo cambios biológicos que tienden a la pérdida de fuerza y masa muscular de una forma progresiva y esto a su vez, favorece la fragilidad y pérdida de autonomía. Las recomendaciones indican la realización de dos veces o más por semana actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares¹³. En las indicaciones del grupo de expertos PAPPs no se menciona tiempo determinado, sino repetición de 10 a 15 veces de cada ejercicio.¹²

La gran mayoría no realiza musculación (86,6%) y el 13,4% afirmó realizar actividades de desarrollo muscular en una semana normal con aparato de gimnasia, pesas etc.; por sexo, un 16,4% en los hombres y un 11% en mujeres; por edad, un 14,2% en el grupo de 65-69, 10,8% en 70-74 y 15,5% en 75 a 79 años; aun siendo baja la frecuencia de estos ejercicios, la gran mayoría de este 13,4%, hacen musculación cumpliendo con el indicador de una vez al día, dos días en semana y más de 10 minutos al día (97,1%) con cifras similares para el sexo y por grupos de edad (Figura 13 y Tabla 8).

Figura 13. Prevalencia de realización de ejercicios de desarrollo muscular. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Tabla 9. Prevalencia de ejercicios de desarrollo muscular y musculación 2 días o más/semana. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Desarrollo muscular*	134	13,4(11,4-15,6)	72	16,4(13,2-20,2)	62	11(8,7-13,9)	57	14,2(11,1-18,1)	37	10,8(7,9-14,5)	40	15,5(11,6-20,5)
Musculación 2 días**	126	97,1(89,1-99,3)	67	97,1(89,1-99,3)	59	98,3(89,1-99,8)	53	98,1(87,9-99,7)	35	97,2(82,6-99,6)	38	97,4(83,8-99,6)

*Afirmaron realizar musculación **Porcentaje dentro de los que realizan musculación y lo hacen 2 días o más en semana.

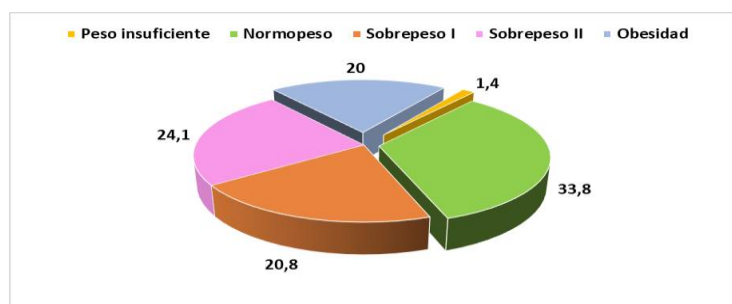
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El minoritario porcentaje que lleva a cabo esta actividad por sexo muestra que, en las mujeres el porcentaje es todavía menor (11%) frente a los hombres (16,4%) (Tabla 9). Las elevadas cifras de falta de ejercicios de musculación se repiten según las variables sociodemográficas estudiadas, observando además que este déficit es todavía mayor en las mujeres respecto de los hombres (Anexo Tabla 2).

Comparando los indicadores de 2020 con los de 2019, se aprecia cambios hacia una disminución significativa en la realización de AF reflejada en todos los indicadores relacionados. Así, se refiere un incremento significativo del sedentarismo en su actividad habitual diaria, que pasa del 24,5% en 2019 al 39,4% en 2020; el cambio es en hombres del 27,7 al 43,3%, y en mujeres del 22 al 36%. Así, también se observa descenso en la realización de ejercicio de intensidad moderada, que pasa del 78% (75,4-80,4) en 2019 al 60% (57,2-63,2) en 2020 y el que requiere una intensidad y frecuencia con beneficio cardiovascular, que pasa del 58,6% (55,6-61,6) al 43% (40,1-46,1). En cuanto al ejercicio intenso, el decremento es de un 6,5% (5,1-8,2) al 4,3% (3,2-5,7) y si se realiza 75 minutos o más en semana, pasa de 5,4% (3,8-5,2) a 3,85% (2,8-5,2). El ejercicio de caminar de 4-7 días pasa de un 85,3% que lo refieren, a un 78,3%; en hombres cambia del 88,2% a 82% y en mujeres del 83,0% a 68,8%. Por último, la realización de ejercicios de desarrollo muscular, se refiere en un 16,3% en 2019 y en un 13,4% en 2020.

2.-Antropometría

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC=kg/m^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁴, que figura en la tabla 0.

Figura 14. Prevalencia global de IMC en categorías*. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁰

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

El normopeso global fue de 33,8%, sobrepeso grado I 20,8%, sobrepeso II 24,1%, el peso insuficiente fue de 1,4% (Figura 14); el porcentaje global de obesidad fue del 20% sin grandes variaciones por sexo o edad. Las mujeres están en mayor porcentaje que los hombres dentro del normopeso (39,3% y 27% respectivamente); el peso insuficiente en mujeres es más del doble de los hombres (1,9% a 0,7%); dentro del sobrepeso grado II, hay una diferencia por sexo de casi 13 puntos porcentuales (31,2% hombres y 18,4% en mujeres) (Tabla 10).

Tabla 10. Prevalencia de obesidad, sobrepeso I, sobrepeso II, normopeso y peso insuficiente por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Peso insuficiente IMC <18,5 kg/m ²	13	1,4(0,8-2,3)	3	0,7(0,2-2,2)	10	1,9(1-3,5)	4	1(0,4-2,7)	6	1,8(0,8-3,9)	3	1,3(0,4-3,8)
Normopeso: 18,5 kg/m ² ≤ IMC <25 kg/m ²	325	33,8(30,9-36,8)	116	27(23-31,4)	209	39,3(35,2-43,5)	139	35,6(31,1-40,5)	110	32,9(28,2-38,1)	76	31,9(26,3-38,2)
Sobrepeso grado I: 25 kg/m ² ≤ IMC <27 kg/m ²	200	20,8(18,3-23,5)	93	21,6(18-25,8)	107	20,1(16,9-23,7)	86	22,1(18,2-26,5)	64	19,2(15,3-23,8)	50	21(16,3-26,7)
Sobrepeso grado II: 27 kg/m ² ≤ IMC <30 kg/m ²	232	24,1(21,5-26,9)	134	31,2(27-35,7)	98	18,4(15,3-22)	87	22,3(18,5-26,6)	87	26(21,7-31)	58	24,4(19,3-30,2)
Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m ²	192	20(17,5-22,6)	84	19,5(16,1-23,6)	108	20,3(17,1-23,9)	74	19(15,4-23,2)	67	20,1(16,1-24,7)	51	21,4(16,7-27,1)

* Clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁴

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

Tabla 11. Prevalencia global de obesidad/sobrepeso grados I y II por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Normopeso/Peso insuficiente	338	35,1(32,2-38,2)	119	27,7(23,7-32,1)	219	41,2(37-45,4)	143	36,7(32,1-41,5)	116	34,7(29,9-39,9)	79	33,2(27,5-39,5)
Obesidad y sobrepeso I y II	624	64,9(61,8-67,8)	311	72,3(67,9-76,3)	313	58,8(54,6-63)	247	63,3(58,5-67,9)	218	65,3(60,1-70,1)	159	66,8(60,5-72,5)

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

La prevalencia de exceso de peso (obesidad y los dos grados de sobrepeso) en la muestra fue de 64,9%, mucho más elevada en hombres respecto de las mujeres, y como se aprecia en la tabla anterior este porcentaje mayor en los hombres es debido a su mayor sobrepeso; por edad aumenta con la edad con pequeñas diferencias por grupos. El porcentaje global de obesidad/sobrepeso por sexo muestra unos porcentajes para todas las variables considerablemente mayores en hombres en relación a las mujeres. Por variables socioeconómicas disminuye tanto con el aumento de nivel educativo como con el aumento de ingresos, con una diferencia entre el de menor capacidad económica de <350 a 1050 euros/mes por hogar y el de mayor, de más de once puntos porcentuales; el mayor porcentaje total de la tabla se observó en las personas con ingresos de 1050-1550 euros al mes por hogar (71,7%); el menor porcentaje de la tabla por categorías corresponde a mujeres con nivel educativo universitario: 36,7% (Anexo Tabla 3).

3.-Alimentación

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,1 raciones/día, el 15,1% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad. Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,8 raciones diarias. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 40,8% en hombres y un 33,8% en mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,8 raciones/día. El 10,5% no consumió ninguna fruta diaria y el 67,1% tomó una o dos frutas. La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,0 raciones/día.

Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 3,5% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 34,5% (37,1% de los hombres y 32,4% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día y el 13,2% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (12,1% de los hombres y 14,2% de las mujeres) (Anexo tabla 4).

La tabla 4 en el anexo, recoge el consumo en frutas y/o verduras que no llegan a 3 raciones al día según variables sociodemográficas: el consumo es menor al disminuir los ingresos y nivel educativo y generalmente es menor en los hombres respecto de las mujeres.

Carne y Derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,2 raciones/día, donde la carne aportó 0,7 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 80,4%, había consumido algún alimento de este grupo. La proporción global de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos fue de 33,4%, con diferencias entre hombres y mujeres: un 39,4% de hombres frente al 28,6% de mujeres.

Para todas las variables contempladas en la tabla 5, en anexo, en torno a un tercio de las personas consumen carne y productos cárnicos en una cantidad de 2 o más raciones por día; en los hombres se obtienen los valores más altos de la tabla, para el grupo de 18-29 años, estado civil soltería (51,9%), nivel educativo secundario, recursos económicos hasta 1050 y de 1050-1550 euros netos/mes.

Pescado

El 47,8 % de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 47,2% mujeres y 48,5% los hombres; este consumo no presenta grandes variaciones por grupos de edad. La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,6 raciones/día y el 48,2% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas. El 9,1% consumieron dos o más raciones al día en los hombres el 10,5% y en las mujeres el 8%.

Otros alimentos

La ingesta media global de pan fue 1,6 raciones diarias, en hombres 1,8 y en mujeres 1,4, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,30 raciones/día (lo que equivale a unas 2,1 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana); un 14,2% mencionó tomar refrescos y un 11,6% lo hacían durante la comida y la cena.

Realizaron algún consumo de leche el 84,9% que sube al añadir derivados lácteos al 92,9%; el consumo diario de carne y derivados de un 80,4%; algún consumo de fruta fresca 89,2%; y dulces diarios 48,2%. No existen diferencias acusadas en el consumo ni por sexo ni por edad (Tabla 12).

Tabla 12. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas totales por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

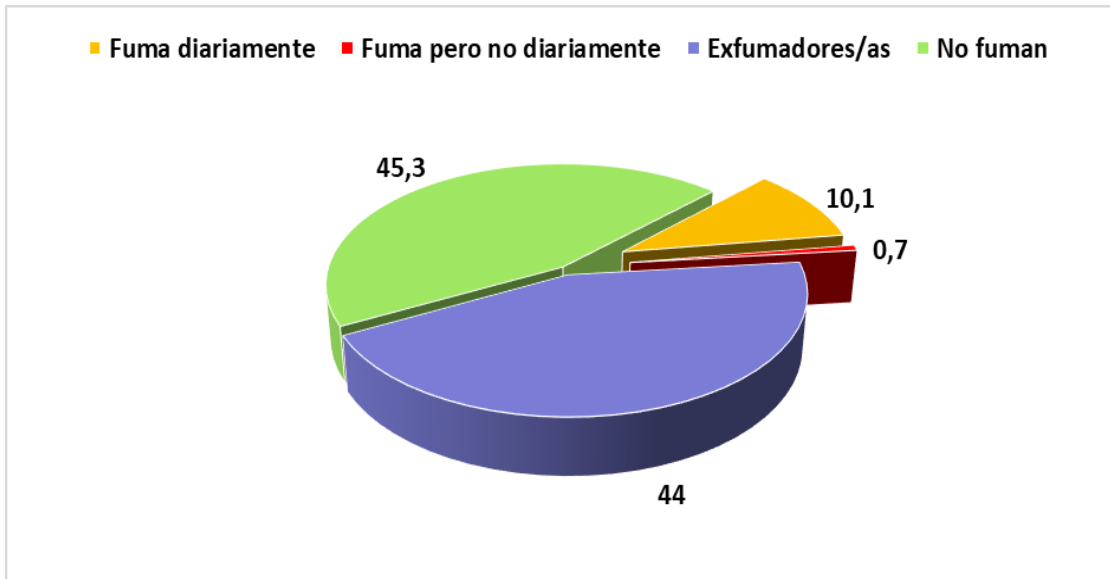
	SEXO						EDAD					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		65-69		70-74		75-79	
Leche	850	84,9 (82,6-87)	373	85 (81,3-88)	477	84,9 (81,7-87,6)	339	84,8 (80,9-88)	282	82,2 (77,8-85,9)	229	88,8 (84,3-92,1)
Leche y derivados	930	92,9 (91,1-94,3)	408	92,9 (90,1-95)	522	92,9 (90,4-94,7)	374	93,5 (90,6-95,5)	312	91 (87,4-93,6)	244	94,6 (91-96,8)
Arroz	119	11,9 (10-14)	44	10 (7,6-13,2)	75	13,3 (10,8-16,4)	45	11,3 (8,5-14,8)	45	13,1 (9,9-17,1)	29	11,2 (7,9-15,7)
Pasta	141	14,1 (12,1-16,4)	72	16,4 (13,2-20,2)	69	12,3 (9,8-15,3)	64	16 (12,7-19,9)	36	10,5 (7,7-14,2)	41	15,9 (11,9-20,9)
Verdura	826	82,5 (80-84,8)	350	79,7 (75,7-83,2)	476	84,7 (81,5-87,5)	331	82,8 (78,7-86,2)	283	82,5 (78,1-86,2)	212	82,2 (77-86,4)
Fruta fresca	893	89,2 (87,1-91)	381	86,8 (83,3-89,7)	512	91,1 (88,4-93,2)	347	89,2 (85,4-92,1)	306	93 (89,2-95,6)	240	89,2 (87,1-91)
Legumbres	236	37,2 (34,2-40,2)	114	39,2 (34,7-43,8)	122	35,6 (31,7-39,7)	102	25,5 (21,5-30)	77	22,4 (18,3-27,2)	57	22,1 (17,4-27,6)
Carne	634	63,3 (60,3-66,3)	287	65,4 (60,8-69,7)	215	61,7 (57,6-65,7)	634	63,3 (60,3-66,3)	287	65,4 (60,8-69,7)	215	61,7 (57,6-65,7)
Carne y derivados	805	80,4(77,8-82,8)	362	82,5(78,6-85,7)	443	78,8(75,3-82,0)	332	83(79-86,4)	277	80,8(76,2-84,6)	196	76(70,4-80,8)
Huevos	315	31,5 (28,6-34,4)	129	29,4 (25,3-33,8)	186	33,1 (29,3-37,1)	132	33 (28,5-37,8)	100	29,2 (24,6-34,2)	83	32,2 (26,7-38,2)
Pescado	478	47,8 (44,6-50,9)	213	48,5 (43,8-53,2)	265	47,2 (43-51,3)	192	48 (43,1-52,9)	166	48,4 (43,1-53,7)	120	46,5 (40,4-52,7)
Dulces	482	48,2 (45,1-51,3)	220	50,1 (45,4-54,8)	262	46,6 (42,5-50,8)	186	46,5 (41,6-51,4)	160	46,6 (41,4-52)	136	52,7 (46,6-58,8)

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

4.-Consumo de tabaco

En el año 2020 el 10,8% eran fumadores habituales, un 10,1% fumadores/as diarios y un 0,7% ocasionales; el 44% eran exfumadores/as y un 45,3% no habían fumado nunca.

Figura 15. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Tablas 13. Proporción de fumadores/as y abandono del consumo de tabaco. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Total		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)	n	% IC(95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	548	54,7(51,9-57,5)	331	75,4(71,1-79,2)	217	38,6(34,8-42,5)	254	63,5(58,8-68)	190	55,4(50,5-60,2)	104	40,3(35,5-45,4)
Fumadores/as actuales(a)	108	10,8(9-12,8)	51	11,6(9-14,9)	57	10,1(7,9-12,9)	67	16,8(13,4-20,7)	31	9(6,4-12,6)	10	3,9(2,1-7,1)
Fumadores/as diarios	101	10,1(8,4-12,1)	47	10,7(8,2-13,9)	54	9,6(7,5-12,3)	63	15,8(12,5-19,7)	29	8,5(5,9-11,9)	9	3,5(1,8-6,6)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	28	2,8(1,9-4)	13	3(1,7-5)	15	2,7(1,6-4,4)	21	5,3(3,4-7,9)	7	2(1-4,2)	0	0(0-0)

(a) Fumador/a ocasional o diario

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La tabla 13 recoge la prevalencia global de fumadores/as ocasionales o diarios con unos porcentajes similares por sexo y elevada disminución por edad. El consumo de 20 cigarrillos o más al día fue de un 2,8%, con cifras que no muestran gran variación por sexo y sí lo hacen por edad hasta llegar al 0% en el grupo de 75 a 79 años. La proporción de abandono global es de un 80,3% con un aumento claro que se sitúa en el 90,4% en el grupo de mayor edad. Un 22,8% de las personas fumadoras había hecho algún intento serio para dejar de fumar, en el que consiguieron estar al menos 24 horas sin hacerlo.

Hay una disminución de la prevalencia de consumo de tabaco con la edad que pasa del 16,8% en el grupo de 65 a 69 años hasta llegar a 3,9% en 75-79 años; por estado civil, los/as fumadores/as separados/as o divorciados/as obtienen el porcentaje más alto de la tabla con un 18,5% (Anexo tabla 6).

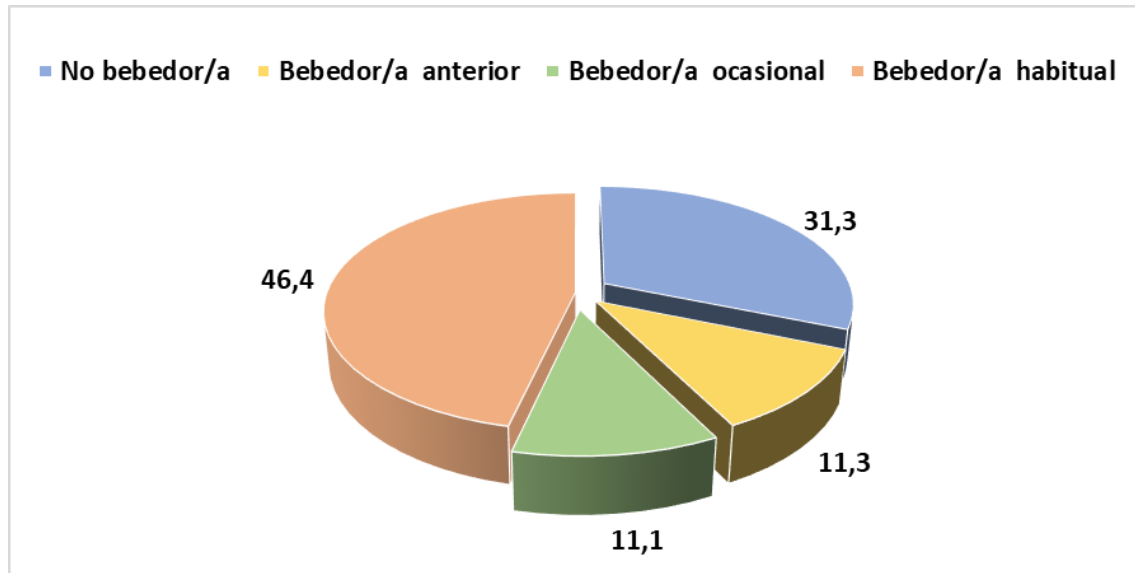
Exposición pasiva al humo del tabaco

Un 93,2% dijo no estar expuesto/a al humo de tabaco nunca o casi nunca; un 1,6% contestó que la exposición al tabaco diaria era menor a 1 hora; un 5,1% dijo que estaba expuesta entre 1 hora a más de 5 horas al día. El lugar de exposición en un 100% fue la casa.

5.-Consumo de alcohol

Las proporciones globales de consumo de alcohol según frecuencia, indican para la categoría de bebedores habituales, personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, un total de 46,4%, siendo esta situación 1,9 veces más frecuente en hombres que en mujeres. El resto de categorías muestran: un 11,1% de bebedores ocasionales (consumo menor de una vez por semana en los últimos 30 días), y no bebedores/as en la actualidad (ninguna vez en los últimos 30 días) es un total de 42,6% (Figura 16 y tabla 14).

Figura 16. Proporciones globales de consumo de alcohol. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Existe una gran diferencia en bebedores habituales por sexo, en las mujeres se obtiene un 33,5% y en hombres un 62,9%; por edad los porcentajes disminuyen ligeramente con la edad. Entre los bebedores/as con consumo de riesgo definidos como consumo ≥ 40 gramos/día en hombres y ≥ 24 gramos/día en mujeres se mantiene esta diferencia por sexo siendo más del doble en hombres respecto de las mujeres (2,5% vs 1,1% respectivamente).

Tabla 14. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y positividad al test de CAGE. Población de 65 a 79. Comunidad de Madrid 2020.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
	n	%(IC)*	Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Bebedores habituales(a)	464	46,4(43,4-49,3)	276	62,9(58,2-67,3)	188	33,5(29,7-37,4)	193	48,3(43,6-53)	161	46,9(41,9-52,1)	110	42,6(37,2-48,3)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	17	1,7(1,1-2,7)	11	2,5(1,4-4,5)	6	1,1(0,5-2,4)	10	2,5(1,3-4,6)	4	1,2(0,4-3,1)	3	1,2(0,4-3,5)
Test CAGE positivo *	98	9,8(8,2-11,7)	83	18,9(15,5-22,9)	15	2,7(1,6-4,4)	36	9,0(6,6-12,1)	39	11,4(8,5-15,1)	23	8,9(6,1-12,9)

(a) Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

(b) Promedio diario ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

*Test CAGE positivo: ≥ 2 preguntas afirmativas

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

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE¹⁵ (test que consta de 4 preguntas y estima el consumo problemático de alcohol (≥ 2 positivas) y el Síndrome de Dependencia Alcohólica (4 respuestas positivas), de toda la población, en un 9,8 % se detectó consumo de

riesgo con una gran diferencia por sexo (18,9 % de los hombres y 2,7% de las mujeres) y entre los bebedores habituales el 21,1%.

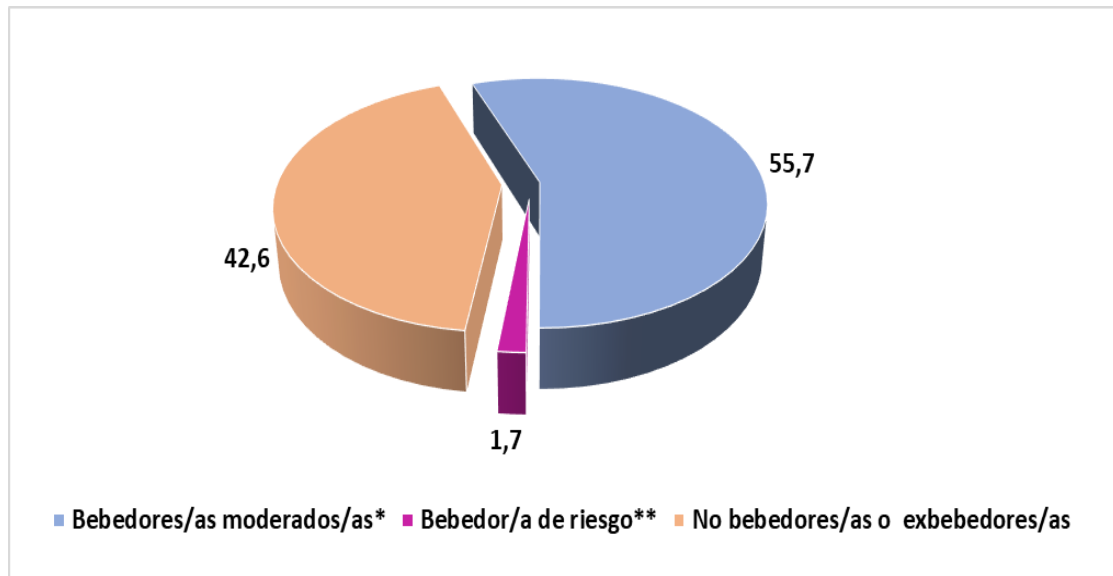
La mayor prevalencia de CAGE positivo para hombres respecto a las mujeres se mantiene para todas las variables sociodemográficas con amplia diferencia; destaca un 27,8% en los hombres nacidos fuera de España (Anexo tabla 7).

Según la revisión más actualizada de la evidencia científica, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro, no consumirlo es lo único que evita sus efectos perjudiciales y en ningún caso debe recomendarse su consumo para mejorar la salud¹⁶.

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 40,3 gramos (g), 80,1g en hombres y 36,9g en mujeres. La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calculó a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se consideró bebedor/a moderado/a la persona cuyo consumo diario fue de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de riesgo a los hombres y mujeres con consumos ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día, respectivamente.

En 2020, un 1,7% de esta población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 55,7% como bebedor/a moderado y un 42,6% como no bebedor/a o bebieron anteriormente (Figura 17). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,6 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 17. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2020^(*)()**



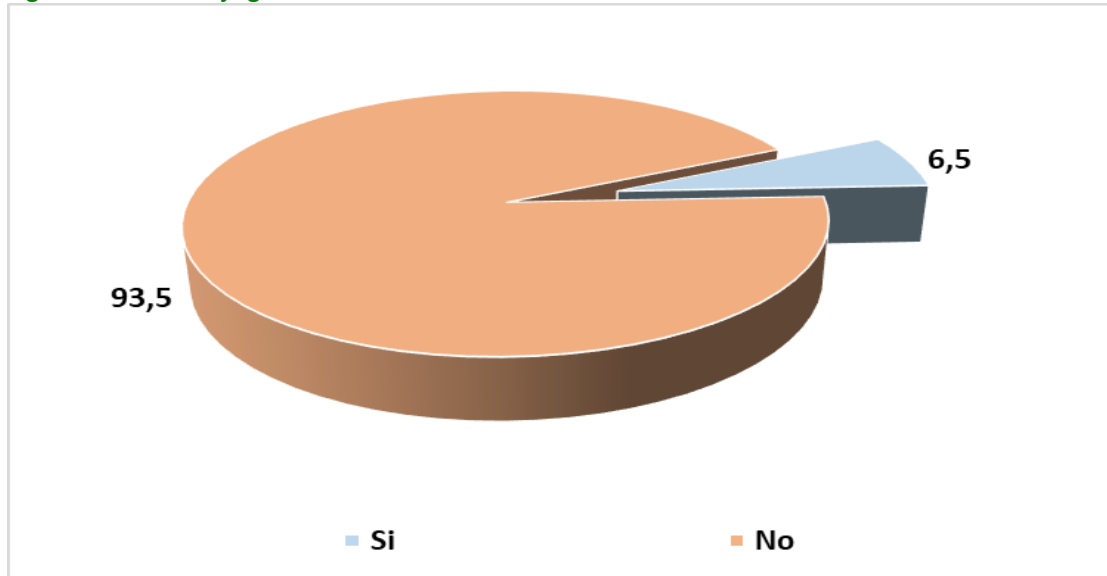
(*) Consumo de alcohol de 1 a 39 g/día en hombres y 1 a 23 g/día en mujeres- bebedor/a moderado

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

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

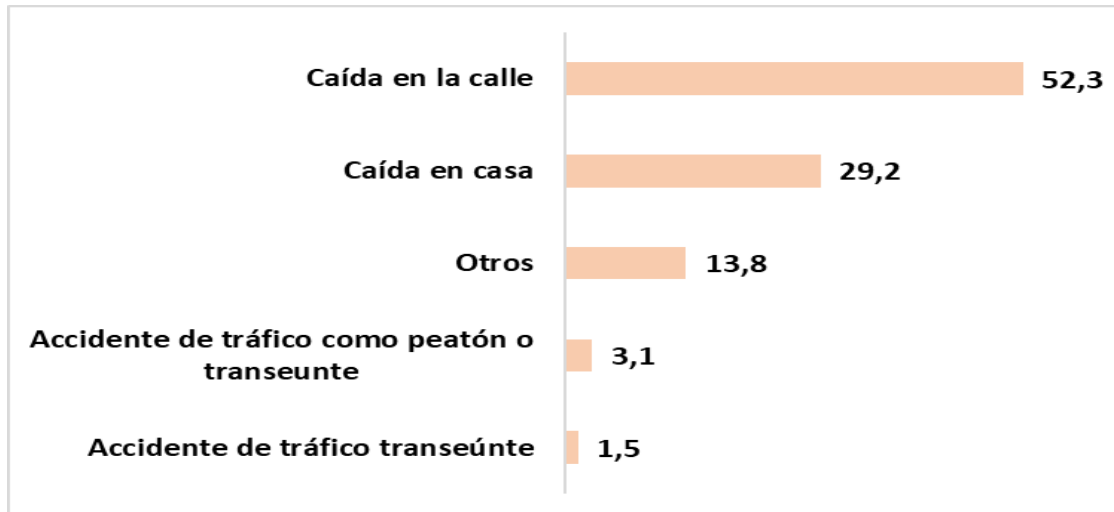
6.-Accidentes

El 6,5% refiere haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica (Figura 18).

Figura 18. Porcentaje global de accidentes. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

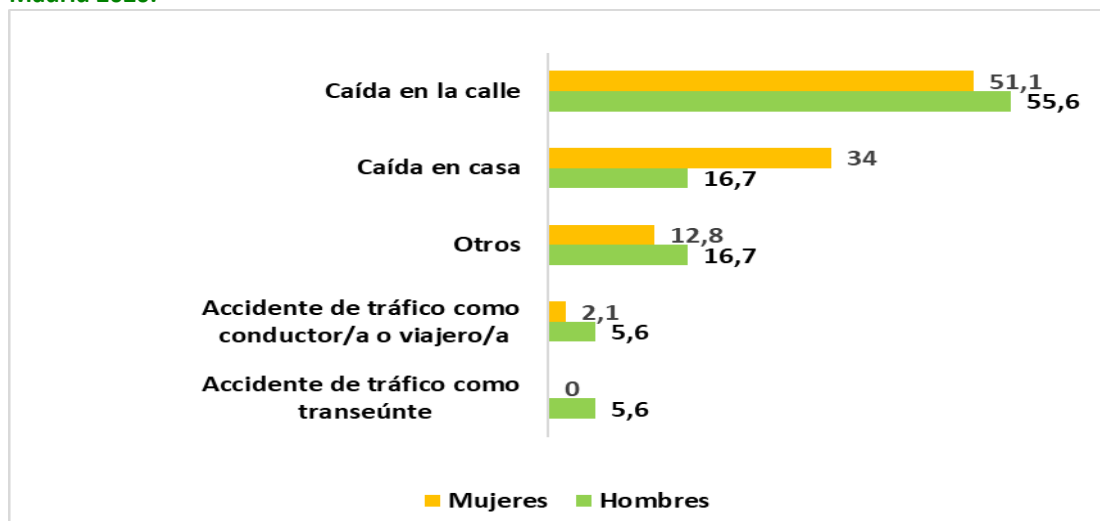
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El accidente más frecuente fue la caída en la calle con un 52,3%, seguido del 29,2% caída en casa y mucho menos frecuentes fueron los accidentes de tráfico como conductores/as viajero/a o transeúntes con un 4,6%; el 13,8% refirió otro tipo de accidentes (Figura 19).

Figura 19. Porcentajes de accidentes en casa, calle, tráfico conduciendo o como viajero/a transeúnte. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

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

Las caídas en la calle fueron más frecuentes en hombres 55,6% frente a mujeres con un 51,1%; las caídas en casa obtienen una gran diferencia por sexo siendo en mujeres un 34% y en los hombres un 16,7%; con un porcentaje considerablemente menor que los anteriores tipos de accidente se observó en accidentes de tráfico como viajeros/as o conductores/as, más del doble en hombres 5,6% en relación a las mujeres 2,1%; finalmente en accidentes como transeúntes hubo en hombres un 5,6% y un 0% en mujeres (Figura 20).

Figura 20. Porcentajes de tipos de accidentes por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

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

Por edad, en el intervalo de 70 a 74 años se da el mayor porcentaje de accidentes y estos ocurren en la calle; los accidentes de tráfico suman, bien como viajeros/as o conductores/as o transeúntes, un 6,6% entre 65 a 69 años; por edad, las caídas en casa predominan en los 65-69 años con un 40% (Tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje según tipos de accidentes por sexo y edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
	n	%(IC)*	Hombre	Mujer	65-69	70-74	75-79	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n
Caída en casa	19	29,2(19,5-41,4)	3	16,7(5,6-40,5)	16	34(22-48,6)	12	40(24,3-58,1)	2	11,1(2,8-35,4)	5	29,4(12,7-54,5)
Caída en la calle	34	52,3(40,3-64,1)	10	55,6(33,5-75,6)	24	51,1(37-65)	12	40(24,4-57,9)	12	66,7(42,8-84,2)	10	58,8(35,1-79)
Accidente de tráfico *	2	3,1(0,8-11,5)	1	5,6(0,8-30,7)	1	2,1(0,3-13,7)	1	3,3(0,5-20,2)	0	0(0-0)	1	5,9(0,8-32,4)
Accidente de tráfico transeúnte	1	1,5(0,2-10,1)	1	5,6(0,8-30,7)	0	0(0-0)	1	3,3(0,5-20,2)	0	0(0-0)	0	0(0-0)
Otros	9	13,8(7,3-24,6)	3	16,7(5,4-41,2)	6	12,8(5,8-25,6)	4	13,3(5,1-30,7)	4	22,2(8,6-46,6)	1	5,9(0,8-32,1)

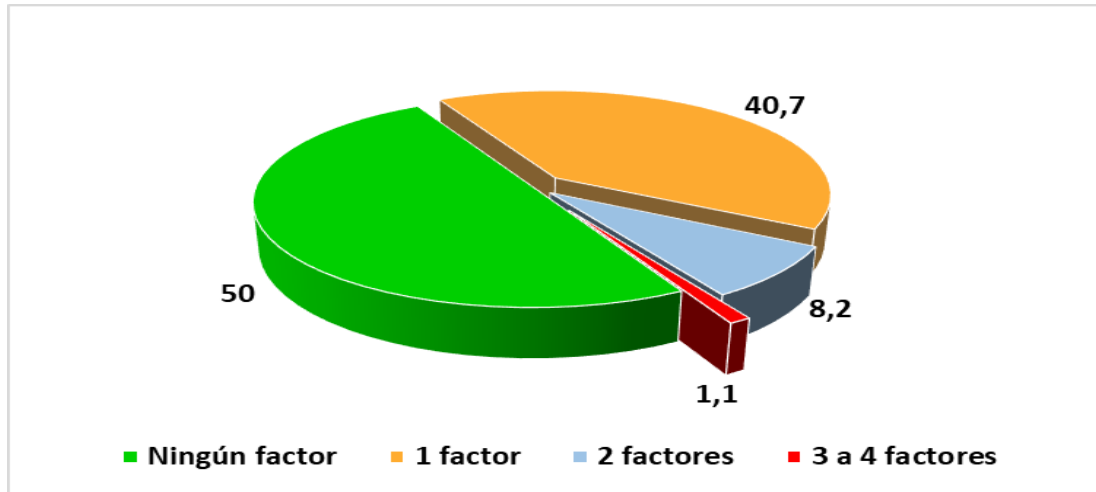
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT M).
*como conductor/a o viajero/a

7.-Agregación de factores

Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores relacionados con: consumo de tabaco, alcohol, AF y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador/a actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la AF se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (las personas que dijeron no realizar ningún tipo de ejercicio de intensidad moderada o vigorosa), es decir, aquellas personas que se mantienen prácticamente inactivas durante las 24 horas del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada se consideró el consumir menos de tres raciones diarias de fruta fresca y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos. De acuerdo con los criterios expuestos, el 50,0% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 40,7% tenía uno y el 8,2% tenían 2 factores de riesgo, 3 a 4 factores el 1,1% (Figura

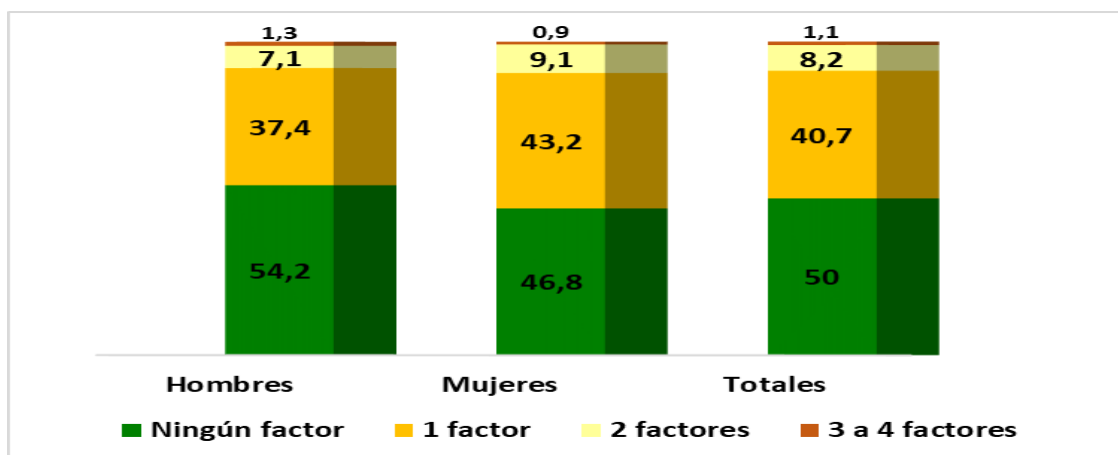
21). La distribución agregada, por sexo, de factores de riesgo desde ninguno hasta 3 o más resultó como se muestra en la figura 22: para 3 o más en hombres fue de 1,3% y en mujeres 0,9%.

Figura 21. Porcentajes globales por número de factores de riesgo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



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

Figura 22. Agregación de factores de riesgo*. Población de 64 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.



*Fuman actualmente, consumo de alcohol de riesgo, sedentarismo en ocupación habitual y ocio, dieta desequilibrada (menos de 3 raciones de fruta fresca y verdura y consumir 2 o más raciones de cárnicos al día).

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

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El objetivo de las actuaciones preventivas es detectar las enfermedades en fase presintomática mediante cribado o evitar que aparezcan mediante la detección y actuación sobre los factores de riesgo implicados en su origen.

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas incluidas en la cartera de Servicios del SNS en relación al cribado poblacional de cáncer^{18,19} como la realización de citologías, mamografías, test de sangre oculta en heces (SOH) y otros como la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia, o bien indicadores sobre las recomendaciones que Atención Primaria emite a través de sus grupos de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)¹⁷ sobre medición de la TA, la medición del colesterol en sangre.

En la tabla 15 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la TA y colesterolemia alguna vez en la vida o en el último año. La recomendación del PAPPS según actualización de 2020 aconseja que la medida de TA debe ser anual en adultos mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA¹⁷. La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación de colesterol total debido a su relación con la mortalidad cardiovascular¹⁷. Aunque no hay evidencias suficientes sobre rango de edad o periodicidad para realizar el colesterol sérico en población sana, la actitud más razonable es incluir en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años y a partir de los 18 años¹⁷.

1.-Medición de la TA y colesterolemia y niveles altos referidos

La medición de TA y colesterol alguna vez en la vida se alcanza en todos los casos por encima del 95% (97% para medida de TA alguna vez en la vida y medida de colesterol alguna vez en la vida 99%) (Tabla 15).

Tabla 15. Porcentajes de medición de TA y colesterol alguna vez en la vida o en el último año. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Medición Tensión Arterial alguna vez en la vida	971	97,0(95,7-97,9)	430	97,9(96,1-98,9)	541	96,3(94,3-97,5)	382	95,5(93-97,1)	335	97,7(95,4-98,8)	254	98,4(95,9-99,4)
Medición de Tensión Arterial <= 1 año	835	86(83,7-88)	371	86,3(82,7-89,2)	464	85,8(82,5-88,5)	324	84,8(80,9-88,1)	288	86(81,8-89,3)	223	87,8(83,1-91,3)
Medición colesterol alguna vez en la vida	991	99(98,1-99,5)	435	99,1(97,6-99,7)	556	98,9(97,6-99,5)	396	99(97,4-99,6)	339	98,8(96,9-99,6)	256	99,2(96,9-99,8)
Medición de colesterol <= 1 año	855	86,3(84-88,3)	389	89,4(86,2-92)	466	83,8(80,5-86,7)	331	83,6(79,6-86,9)	301	88,8(85-91,7)	223	87,1(82,4-90,7)

*Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M20).

La medición tanto de TA como colesterol en período menor o igual a un año obtiene cifras en torno al 86% por lo que un 14% quedaría sin alcanzar la recomendación; por sexo el cumplimiento es menor en mujeres frente a los hombres: la medición de colesterol en período de un año o menos en hombres llega al 89,4% siendo unos 6 puntos porcentuales menor en mujeres (83,8%).

Tabla 16. Porcentajes de comunicación de TA y colesterol elevados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*	n	%(IC)*
Comunicación TA** alta	514	52,9(49,8-56)	226	52,6(47,8-57,3)	288	53,2(49,1-57,3)	382	47,1(42,2-52,1)	335	53,7(48,3-59)	254	60,6(54,5-66,4)
Comunicación colesterol alto	474	47,8(44,7-50,9)	189	43,4(38,8-48,2)	285	51,3(47,1-55,4)	182	46(41,1-50,9)	170	50,1(44,8-55,4)	122	47,7(41,6-53,8)

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

*Intervalo de confianza 95%

**TA: Tensión arterial

Un 52,9% de los entrevistados/as afirmó que un médico/a o personal de enfermería le había comunicado que tenía la TA elevada; por sexo se observan cifras similares entre hombres y mujeres y se incrementa de forma importante con la edad; refieren toma medicación para la TA mayoritariamente hasta un 93,2% de ellas. El 94,9% seguía alguna recomendación para controlar

la TA, un 5,1% no realizaba ninguna; un 20% dijo controlar su peso, un 29,8% disminuir la sal en las comidas y un 12,1% realizar ejercicio.

A un 47,9 % le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol, de ellos un 79,1% tomaba medicamentos, el 30,2% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 12,7% practicaba ejercicio físico; el 91,1% seguía alguna de estas tres recomendaciones para disminuir el colesterol y un 8,9% no realizaba ninguna.

2.-Citología

Las recomendaciones actuales¹⁸⁻²⁰ refieren la realización de prueba de cribado poblacional de cáncer de cérvix, una citología vaginal, cada 3 a 5 años en mujeres entre 30 y 65 años.

Del total de la población de la muestra de mujeres, el 57,6% se hizo una citología en los últimos 3 a 5 años, el 20,8% hacía menos de 1 a 2 años y un 2,5% no se la había hecho nunca. Las mujeres de 65 años de edad de la muestra en el total de los casos se había realizado una citología en un intervalo de menos de 1 año y hasta un máximo de 5 años, por lo que se desprende un alto grado de cumplimiento del indicador.

3.-Mamografía

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se oferta a todo el SNS y se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años¹⁸⁻²⁰. Esta recomendación se amplía a mujeres hasta los 74 años por el grupo de expertos del PAPPs, mientras que para mujeres de más edad las evidencias para evaluar el balance entre riesgos y beneficios son insuficientes²⁰.

El 25,1% se hicieron una mamografía hace menos de un año, el 30,4% entre 1 a 2 años, el 42,9% entre 3 y 5 años y el 1,4% nunca se habían hecho esta prueba.

En el grupo de edad de 65 a 69 años, un 73,8% se hicieron una mamografía en un intervalo de <= a 2 años, un 26,2% o nunca se hicieron esta prueba o se la hicieron en un período igual o superior a 3 años y, en el grupo de 70-74 años se hicieron la prueba en un intervalo de >=2 años un 53,6%; el más bajo valor fue en 75-79 años de edad con un 31,1% en un intervalo <= de 2 años, grupo de edad que entra fuera del rango de las recomendaciones.

4.-Test de sangre oculta en heces

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años^{18,19}. Para conseguir impacto poblacional en la mortalidad por cáncer colorrectal, con un coste-efectividad razonable, es preciso avanzar hacia una participación superior al 60% en el programa de cribado^{20,21}.

Un 59,5% nunca se hicieron SOH o se la hicieron en un período superior o igual a 5 años, por sexo con cifras similares y por edad aumenta al hacerlo esta (Tabla17). Un 40,5% se había realizado la prueba de SOH en un período menor a 1 año y hasta 2 años; Entre las personas que se hicieron la prueba, el 78,7% se la hizo fines exclusivamente con fines preventivos y un 21,3% por una sospecha. En el 48,9% fue aconsejada por médico/especialista y en el 51,1% recibió una carta o llamada telefónica. Por edad el grupo de 65 a 69 años, grupo objetivo para la recomendación dentro de las edades que abarca el SIVFRENT-M, alcanza el 58% la realización en los últimos 2 años, por lo que queda un amplio margen de mejora en la participación y se está muy cerca de alcanzar la cifra del 60% para un coste-efectividad favorable y en

consecuencia ver impacto en las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal. La prueba se refiere con fines preventivos en un 89,7% frente a un 10,3% que se la realizó por alguna sospecha; por sexo, los resultados son similares (Tabla 17).

Tabla 17. Porcentajes de realización del test de SOH por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
	n	%(IC)	n	%(IC)	n	%(IC)	n	%(IC)	n	%(IC)	n	%(IC)
<1 año-2 años	404	40,5(37,7-43,5)	188	42,9(38,5-47,5)	216	38,6(34,9-42,5)	232	58(53,1-62,7)	116	34,1(29,2-39,4)	56	21,8(17,1-27,3)
Nunca a 5 años o más	593	59,5(56,5-62,3)	250	57,1(52,5-61,5)	343	61,4(57,5-65,1)	168	42(37,3-46,9)	224	65,9(60,6-70,8)	201	78,2(72,7-82,9)

*Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M20).

5.-Colonoscopia

No se trata de una prueba aislada recomendada para el cribado del cáncer colorrectal, pero sí es importante en el seguimiento de pacientes asintomáticos con test de SOH positivo ²⁰.

El 13,8% se hizo una colonoscopia hacía menos de 1 año, 12,6% entre 1 y 2 años y el 20,4% de 3 a 5 años; un 52,7% dijo no haberse hecho nunca esta prueba.

6.-Evolución con respecto al año previo

En 2020 se observa un ligero descenso en la realización de prácticas preventivas en el último año: TA<1año: pasa de 89,6% (IC95% 87,5-91,4) a 86%(IC95% 83,7-88), Colesterol<1año: pasa de 92,4% (IC95% 90,5-93,9) a 86,3% (IC95% 84-88,3), Citología < 1 año: 24,2% pasa a 20,8%, Mamografía<1 año: 35,2% pasa a 25,1%, TSOH<1año: 23% en 2019 pasa a 20,7%.

4. CONCLUSIONES

1.-Ejercicio físico. Más de la mitad de la población, un 54,9%, no alcanza las recomendaciones de la OMS de AF aeróbica y las actividades de desarrollo muscular son muy minoritarias a esta edad, con lo que, a pesar de que una gran mayoría de la población camina más de 10 minutos la mayoría de los días de la semana, queda gran recorrido para obtener una mayor eficacia preventiva y saludable en este indicador. El cumplimiento es en todos los casos menor en mujeres y empeora según aumenta la edad y desciende el nivel socioeconómico. A la vista de estos resultados se desprende que la población ha incorporado la recomendación de caminar, pero desconoce que es insuficiente y que para alcanzar los beneficios óptimos para la salud debería realizar ejercicio de desarrollo muscular, o la combinación de AF de varios tipos (aeróbica, muscular, y de entrenamiento de coordinación y equilibrio).

2.-Antropometría. El problema de la obesidad/sobrepeso grados I y II afecta a la mayoría de la población encuestada, con cifras cercanas a los dos tercios, todavía mayor en los hombres respecto de las mujeres; tanto para recursos económicos como nivel educativo, los niveles más bajos están más claramente afectados con un significativo gradiente, disminuyendo este problema al mejorar en estas dos variables.

3.-Alimentación. Un elevado porcentaje de la población mantiene una dieta desequilibrada con consumo elevado de productos cárnicos y bajo en fruta fresca y verdura; el consumo de 2 o más raciones de productos cárnicos (carne y derivados cárnicos) fue elevado y afecta a un tercio de

la población, mayor en los hombres en relación a las mujeres por diez puntos; este consumo parece disminuir ligeramente con la edad.

El consumo diario de fruta fresca y/o verduras es bajo; en una cantidad de menos de 3 raciones al día se refiere en un tercio de la muestra y, un porcentaje minoritario, 13,2%, cumple el indicador de cinco o más raciones al día.

Por otro lado, el consumo de dulces y bollería, productos que deberían ser de consumo ocasional, se sitúa, sin embargo, en consumo diario en casi la mitad de la población entrevistada, mostrando pequeñas variaciones por sexo.

4.-Tabaco. El consumo de tabaco, fumadores/as diarios y ocasionales, en este grupo de edad es considerablemente menor comparado con adultos menores de 65 años (SIVFRENT-A) y similar al observado en jóvenes (SIVFRENT_J), alcanza al 10% de esta población (porcentaje formado de forma mayoritaria por fumadores/as diarios) que disminuye con la edad y no muestra diferencias por sexo.

Tras la legislación vigente sobre el tabaco, la exposición pasiva a tabaco ha disminuido considerablemente y mayoritariamente no están nunca o casi nunca expuestos/as; un pequeño grupo dijo estarlo entre 1 hora al día a 5 horas y fue el propio hogar en todos los casos el lugar de exposición.

5.-Alcohol. Se trata de uno de los factores de riesgo más prevalentes e importantes y la revisión más actualizada de la evidencia científica, indica que no existe un nivel de consumo de alcohol seguro; no consumirlo es lo único que evita sus efectos perjudiciales y en ningún caso debe recomendarse su consumo para mejorar la salud. En las edades de este estudio, el consumo de alcohol de forma habitual se da en aproximadamente la mitad de la población, mucho más elevado en los hombres que en mujeres. De acuerdo con el test de consumo problemático de alcohol, test CAGE (posible caso de abuso o síndrome de dependencia alcohólica), el problema que afecta una de cada 10 personas, predominantemente a hombres.

6.-Accidentes. Las lesiones ocasionadas por accidentes son importante carga de enfermedad por lo que su prevención es un factor a considerar, especialmente en esta población. En los accidentes intervienen las características de la persona, el agente que lo produce, y las circunstancias en las que se produce. Para prevenirlos, se debería actuar sobre estos tres elementos.

Un 6,5% dijo haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica; el accidente más frecuente son las caídas en la calle que son más de la mitad de las caídas, seguidas de caídas en casa, y un número menor fueron accidentes de tráfico como conductores, viajero/a o transeúnte; por sexo, las caídas en la calle afectan por igual a ambos, las caídas en casa fueron más frecuentes en las mujeres que en hombres, quizás sea debido al mayor tiempo que pasan en casa las mujeres y a la realización de más actividades.

En cuanto a los accidentes de tráfico, aunque menos frecuente que los accidentes mencionados, son potencialmente más graves, se favorecen a esta edad por la pérdida de movilidad, reflejos, en general pérdida de las condiciones psicofísicas.

7.-Agregación de factores. La presencia de uno o varios factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que el 40,7% tenía un factor de riesgo, un 37,4% de los hombres y un 43,2% de las mujeres. Para 2 o más factores, estos porcentajes fueron 8,4% en hombres y 9,3% de las mujeres.

8.-Prácticas preventivas. La medición de TA así como la de colesterol en sangre alguna vez en la vida es una práctica habitual aunque la recomendación de su medición en el último año no se alcanza en un 14% de la población de estudio. Este indicador muestra incremento en 2020 respecto a 2019 probablemente por la situación de pandemia de COVID-19. En cuanto al

cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del SNS, en las edades incluidas en este SIVFRENT-M que entran en los grupos objetivo de las recomendaciones, destacar que un 26% de las mujeres no alcanza la realización de mamografía (últimos 2 años en grupo de 65 a 69 años). En cuanto al test de sangre oculta en heces estaríamos muy cerca de alcanzar la cifra del 60% para un coste-efectividad favorable y en consecuencia ver impacto en las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal quedando un 48% de la población objetivo (hombres y mujeres de 65 a 69 años) sin cumplir con el indicador.

9.-Recursos económicos. La falta de recursos económicos aumenta la vulnerabilidad para múltiples aspectos de la salud desde la accesibilidad a viviendas adaptadas, adquisición de material protésico, o medicamentos, alimentación de calidad, relaciones sociales etc.; un porcentaje elevado de este grupo etario, aproximadamente un quinto, se encuentra en la franja de ingresos netos al mes por hogar menor de 1050 euros, con una marcada diferencia por sexo, estando afectadas en mayor número las mujeres que los hombres.

La pandemia por COVID-19 parece haber tenido repercusión en factores de riesgo para la salud como son el ejercicio físico que en 2020 muestra una considerable disminución respecto al 2019 en un aumento en la sedestación en la actividad habitual, disminución de realización de ejercicio de intensidad tanto moderada como intensa o ejercicios de desarrollo muscular, con las consecuencias que esta situación puede acarrear en términos de bienestar. Así también se refleja en una menor realización de prácticas preventivas cardiovasculares y de cribado de cáncer.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población mayor. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor, Comunidad de Madrid, 2020 (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 6. Noviembre-Diciembre 2022.

5. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Global burden Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388:1459-544.
- 2.-WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3.-Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx>. 2016.
- 4.-Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-7.
- 5.-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.
- 6.-Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2017. <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad>.
- 7.-OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=78A1F265BDACBD6662CDC26DFF5CE6F?sequence=1
- 8.-Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.

- 9.-Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
- 10.-IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 11.-Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, Nº 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 12.- Gorroñoigoitia Iturbe A, López-Torres Hidalgo J, Martín Lesende I, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ, de Hoyos Alonso MDC, Baena Díez JM, Magán Tapia P, García Pliego R. Actualización PAPPs GdT Mayor 2020 [PAPPs GdT Major 2020 Update]. Aten Primaria. 2020 Nov;52 Suppl 2(Suppl 2):114-124.
- 13.-Guía de actividad física y conducta sedentaria de la OMS; Génova, Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- 14.-Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000; 115:587-597.
- 15.-Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav. 2004; 29: 867-878.
- 16.-Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid, 2020.
- 17.- Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánche JJ, Banegas Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil Guillen VF, Martín Rioboó E y Navarro Pérez J. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020;52(S2):5---31
- 18.-Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- 19.-Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.
- 20.-Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y y Melús-Palazón E. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020;52(S2):44---69
- 21.-Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C, et al. Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: Modeling study for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;315: 2595---609.

ANEXO

Tabla 1. Porcentajes de ingresos hasta 800 euros/mes por hogar por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	9	5,7(3-10,7)	15	9(5,5-14,4)	24	7,4(5-10,8)
70-74	6	4,9(2,2-10,5)	23	16(10,8-22,9)	29	10,9(7,7-15,2)
75-79	6	6,5(3-13,6)	20	17,5(11,6-25,6)	26	12,6(8,8-17,8)
País de Nacimiento						
España	18	5(3,2-7,8)	47	11,9(9,1-15,5)	65	8,6(6,8-10,8)
Otro	3	25(8,3-55,2)	11	36,7(21,5-55)	14	33,3(20,8-48,8)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	12	3,9(2,3-6,8)	12	4,8(2,8-8,3)	24	4,3(2,9-6,4)
Soltería	5	20,8(8,9-41,4)	6	17,6(8,1-34,2)	11	19(10,8-31,1)
Separación/Divorcio	3	11,5(3,7-30,5)	10	21,7(12,1-36)	13	18,1(10,8-28,7)
Viudedad	1	5,6(0,8-30,7)	30	31,6(23,1-41,5)	31	27,4(20-36,3)
Nivel educativo						
Primarios y menos	16	10(6,2-15,7)	49	18,9(14,6-24,1)	65	15,5(12,4-19,3)
Secundarios	4	3,6(1,4-9,2)	6	4,9(2,2-10,5)	10	4,3(2,3-7,8)
Universitarios	1	1(0,1-6,7)	3	7(2,3-19,6)	4	2,8(1-7,2)
Totales	21	5,6(3,7-8,5)	58	13,7(10,7-17,3)	79	9,9(8,1-12,2)

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

Tabla 2. Prevalencia global de no realización de desarrollo muscular. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	152	85,4(79,3-89,9)	191	86(80,8-90)	343	85,8(81,9-88,9)
70-74	129	85,4(78,8-90,2)	177	92,2(87,4-95,2)	306	89,2(85,5-92,1)
75-79	86	78,2(69,4-85)	132	89,2(83-93,3)	218	84,5(79,5-88,4)
País de Nacimiento						
España	353	83,8(80-87,1)	464	88,7(85,7-91,2)	817	86,5(84,2-88,6)
Otro	14	77,8(53,3-91,5)	36	92,3(78,6-97,5)	50	87,7(76,3-94,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	303	83,2(79-86,7)	308	88,3(84,4-91,2)	611	85,7(82,9-88,1)
Soltería	25	92,6(74,6-98,2)	41	93,2(80,8-97,8)	66	93(84,1-97)
Separación/Divorcio	23	85,2(66,4-94,4)	48	88,9(77,3-94,9)	71	87,7(78,5-93,3)
Viudedad	16	76,2(53,9-89,8)	103	89,6(82,5-94)	119	87,5(80,8-92,1)
Nivel educativo						
Primarios y menos	336	84,2(80,3-87,5)	364	89(85,6-91,7)	700	86,6(84,1-88,8)
Secundarios	31	77,5(62-87,9)	136	88,9(82,8-93)	167	86,5(80,9-90,7)
Universitarios*	0	0(0-0)	0	0(0-0)	0	0(0-0)
Recursos económicos *						

<1050	39	78(64,4-87,4)	97	89(81,6-93,7)	136	85,5(79,1-90,2)
1050-1550	52	85,2(74-92,2)	105	90,5(83,6-94,7)	157	88,7(83,1-92,6)
>1550-2200	91	85,8(77,9-91,3)	90	84,9(76,7-90,6)	181	85,4(79,9-89,5)
>2200-2700 y más	124	80(73-85,5)	83	89,2(81,1-94,1)	207	83,5(78,4-87,6)
Totales	367	83,6(79,8-86,8)	500	89(86,1-91,3)	867	86,6(84,4-88,6)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

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

Tabla 3. Porcentaje de exceso de peso (obesidad y sobrepeso) por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	124	70,9(63,7-77,1)	123	57,2(50,5-63,7)	247	63,3(58,5-67,9)
70-74	117	78(70,7-83,9)	101	54,9(47,6-62)	218	65,3(60,1-70,1)
75-79	70	66,7(57-75,1)	89	66,9(58,5-74,4)	159	66,8(60,5-72,5)
País de Nacimiento						
España	299	72,4(67,9-76,5)	298	60,1(55,7-64,3)	597	65,7(62,6-68,7)
Otro	12	70,6(46,1-87,1)	15	41,7(26,8-58,2)	27	50,9(37,7-64)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	255	71,2(66,3-75,7)	202	60,5(55,1-65,6)	457	66(62,4-69,5)
Soltería	19	73,1(53,1-86,7)	18	43,9(29,7-59,2)	37	55,2(43,3-66,6)
Separación/Divorcio	20	74,1(54,6-87,2)	31	58,5(44,9-70,9)	51	63,8(52,7-73,5)
Viudedad	17	89,5(66,1-97,4)	62	59,6(49,9-68,6)	79	64,2(55,4-72,2)
Nivel educativo						
Primarios y menos	144	74,6(68-80,3)	214	67,7(62,4-72,7)	358	70,3(66,2-74,1)
Secundarios	72	70,6(61-78,6)	62	54,9(45,6-63,8)	134	62,3(55,6-68,6)
Universitarios	95	70,4(62,1-77,5)	37	35,9(27,3-45,6)	132	55,5(49,2-61,6)
Recursos económicos *						
<1050	37	74(60,1-84,3)	69	69(59,3-77,3)	106	70,7(62,9-77,4)
1050-1550	49	81,7(69,9-89,5)	75	66,4(57,2-74,5)	124	71,7(64,5-77,9)
>1550-2200	74	71,2(61,7-79,1)	50	50,5(40,7-60,2)	124	61,1(54,2-67,5)
>2200 -2700 y más	109	71,2(63,6-77,9)	35	38,9(29,4-49,3)	144	59,3(53-65,2)
Totales	311	72,3(67,9-76,3)	313	58,8(54,6-63)	624	64,9(61,8-67,8)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

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

Tabla 4. Proporción de consumo menor a 3 frutas y/o verduras por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	67	37,6(30,8-45)	79	35,6(29,5-42,1)	146	36,5(31,9-41,4)
70-74	53	35,1(27,8-43,1)	63	32,8(26,5-39,8)	116	33,8(29,0-39,0)
75-79	43	39,1(30,6-48,3)	40	27(20,4-34,8)	83	32,2(26,8-38,0)
País de Nacimiento						

España	154	36,6(32,1-41,3)	164	31,4(27,5-35,5)	318	33,7(30,7-36,8)
Otro	9	50(28,4-71,6)	18	46,2(31,3-61,7)	27	47,4(34,8-60,2)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	134	36,8(32,0-41,9)	110	31,5(26,9-36,6)	244	34,2(30,8-37,8)
Soltería	11	40,7(24,3-59,6)	12	27,3(16,1-42,2)	23	32,4(22,6-44,1)
Separación/Divorcio	11	40,7(24,1-59,8)	13	40,7(28,5-54,3)	33	40,7(30,6-51,8)
Viudedad	7	33,3(16,7-55,5)	38	33,0(25,1-42,2)	45	33,1(25,7-41,4)
Nivel educativo						
Primarios y menos	74	37,4(30,9-44,4)	122	35,7(30,8-40,9)	196	36,3(32,3-40,5)
Secundarios	36	35,1(27,5-43,6)	42	26,3(20,0-33,7)	88	30,2(25,2-35,8)
Universitarios	43	39,1(30,4-48,5)	18	30(19,8-42,7)	61	35,9(29,0-43,4)
Recursos económicos *						
< 1050	23	46(32,7-59,9)	41	37,6(29,0-47,1)	64	40,9(32,9-48,1)
1050-1550	25	41(29,6-53,4)	36	31,0(23,3-40,0)	61	34,5(27,9-41,7)
>1550-2200	39	35,8(27,2-45,5)	33	31,1(23-40,6)	71	33,5(27,4-40,2)
>2200 a 2700 y más	54	34,8(27,7-42,7)	21	22,6(15,2-32,2)	75	30,2(24,8-36,3)
Totales	163	37,1(32,7-41,7)	182	32,4(28,6-36,4)	345	34,5(31,6-37,5)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

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

Tabla 5. Porcentaje de consumo >= a 2 raciones de productos cárnicos por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	74	41,6(34,5-49)	63	28,4(22,8-34,7)	137	34,3(29,8-39)
70-74	59	39,1(31,6-47,1)	59	30,7(24,6-37,6)	118	34,4(29,6-39,6)
75-79	40	36,4(27,8-45,9)	39	26,4(19,8-34,1)	79	30,6(25,3-36,6)
País de Nacimiento						
España	169	40,1(35,5-44,9)	148	28,3(24,6-32,3)	317	33,6(30,6-36,7)
Otro	4	22,2(8,6-46,4)	13	33,3(20,4-49,4)	17	29,8(19,4-42,9)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	147	40,4(35,4-45,6)	111	31,8(27,1-36,9)	258	36,2(32,7-39,8)
Soltería	14	51,9(33,5-69,7)	10	22,7(12,7-37,3)	24	33,8(23,8-45,5)
Separación/Divorcio	7	25,9(12,8-45,4)	11	20,4(11,6-33,2)	18	22,2(14,4-32,6)
Viudedad	5	23,8(10,2-46,2)	29	25,2(18,1-34)	34	25(18,4-33)
Nivel educativo						
Primarios y menos	76	38,4(31,8-45,4)	103	30,1(25,5-35,2)	179	33,1(29,3-37,2)
Secundarios	47	45,6(36,2-55,3)	33	28,4(21-37,3)	80	36,5(30,4-43,1)
Universitarios	50	36,2(28,7-44,5)	25	24(16,8-33,2)	75	31(25,5-37,1)
Recursos económicos*						
<1050	21	42(29,1-56,1)	36	33(24,8-42,4)	57	35,8(28,7-43,6)
1050-1550	29	47,5(35,5-59,9)	33	28,4(20,9-37,4)	62	35(28,4-42,3)
>1550-2200	39	36,8(28,1-46,4)	34	32,1(23,9-41,6)	73	34,4(28,3-41,1)
>2200-2700 y más	57	36,8(29,5-44,7)	26	28(19,7-38)	83	33,5(27,8-39,6)
Totales	173	39,4(34,9-44,1)	161	28,6(25-32,6)	334	33,4(30,5-36,4)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

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

Tabla 6. Prevalencia de fumadores/as diarios/as u ocasionales por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	32	18(13-24,3)	35	15,8(11,5-21,2)	67	16,8(13,4-20,7)
70-74	13	8,6(5,1-14,3)	18	9,4(6-14,4)	31	9(6,4-12,6)
75-79	6	5,5(2,5-11,7)	4	2,7(1-7)	10	3,9(2,1-7,1)
País de Nacimiento						
España	50	11,9(9,1-15,3)	53	10,1(7,9-13)	103	10,9(9,1-13)
Otro	1	5,6(0,8-30,8)	4	10,3(3,9-24,4)	5	8,8(3,7-19,5)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	39	10,7(8-14,3)	32	9,2(6,6-12,7)	71	10(8-12,4)
Soltería	0	0	10	22,7(12,7-37,3)	10	14,1(7,8-24,2)
Separación/Divorcio	8	29,6(15,5-49,2)	7	13(6,3-24,8)	15	18,5(11,5-28,5)
Viudedad	4	19(7,3-41,1)	8	7(3,5-13,3)	12	8,8(5,1-14,9)
Nivel educativo						
Primarios y menos	23	11,6(7,9-16,8)	26	7,6(5,2-10,9)	49	9,1(6,9-11,8)
Secundarios	17	16,5(10,5-25)	19	16,4(10,7-24,3)	36	16,4(12,1-22)
Universitarios	11	8(4,5-13,8)	12	11,5(6,7-19,2)	23	9,5(6,4-13,9)
Recursos económicos *						
<1050	5	10(4,2-21,9)	15	13,8(8,5-21,5)	20	12,6(8,3-18,6)
1050-1550	9	14,8(7,9-25,8)	8	6,9(3,5-13,2)	17	9,6(6,1-14,9)
>1550-2200	15	14,2(8,7-22,1)	17	16(10,3-24,2)	32	15,1(10,9-20,5)
>2200-2700 y más	15	9,7(5,9-15,5)	10	10,8(5,9-18,9)	25	10,1(6,9-14,5)
Totales	51	11,6(9,0-14,9)	57	10,1(7,9-12,9)	108	10,8(9,0-12,8)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 7. Porcentaje de CAGE positivo por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2020.**

Sexo						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	32	18(13-24,3)	4	1,8(0,7-4,7)	36	9(6,6-12,1)
70-74	31	20,5(14,8-27,7)	8	4,2(2,1-8,1)	39	11,4(8,5-15,1)
75-79	20	18,2(12-26,6)	3	2(0,6-6,2)	23	8,9(6,1-12,9)
País de Nacimiento						
España	78	18,5(15,1-22,5)	13	2,5(1,4-4,2)	91	9,6(8-11,6)
Otro	5	27,8(12-52,2)	2	5,1(1,3-18,4)	7	12,3(6-23,6)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	65	17,9(14,3-22,1)	7	2(1-4,2)	72	10,1(8,1-12,5)
Soltería	7	25,9(12,9-45,3)	3	6,8(2,2-19,1)	10	14,1(7,8-24,2)

Separación/Divorcio	6	22,2(10,3-41,4)	3	5,6(1,8-15,9)	9	11,1(5,9-20)
Viudedad	5	23,8(10,2-46,2)	2	1,7(0,4-6,7)	7	5,1(2,5-10,4)
Nivel educativo						
Primarios y menos	33	16,7(12,1-22,5)	2	0,6(0,1-2,3)	35	6,5(4,7-8,8)
Secundarios	27	26,2(18,6-35,6)	7	6(2,9-12,1)	34	15,5(11,3-20,9)
Universitarios	23	16,7(11,3-23,9)	6	5,8(2,6-12,3)	29	12(8,5-16,7)
Recursos económicos *						
< 1050	8	16(8,3-28,7)	2	1,8(0,5-7,1)	10	6,3(3,4-11,2)
1050-1550	15	24,6(15,3-37)	5	4,3(1,8-10)	20	11,3(7,4-16,8)
>1550-2200	23	21,7(14,8-30,6)	1	0,9(0,1-6,4)	24	11,3(7,7-16,3)
>2200-2700 y más	21	13,5(9-19,9)	5	5,4(2,3-12,3)	26	10,5(7,2-15)
Totales	83	18,9(15,5-22,9)	15	2,7(16-44)	98	9,8(8,2-11,7)

*Ingresos mensuales netos por hogar en euros

**Test CAGE positivo: >=2 preguntas afirmativas

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