

¿TE CUIDAS?

Hábitos de vida de las mujeres
en la Comunidad de Madrid



Comunidad
de Madrid

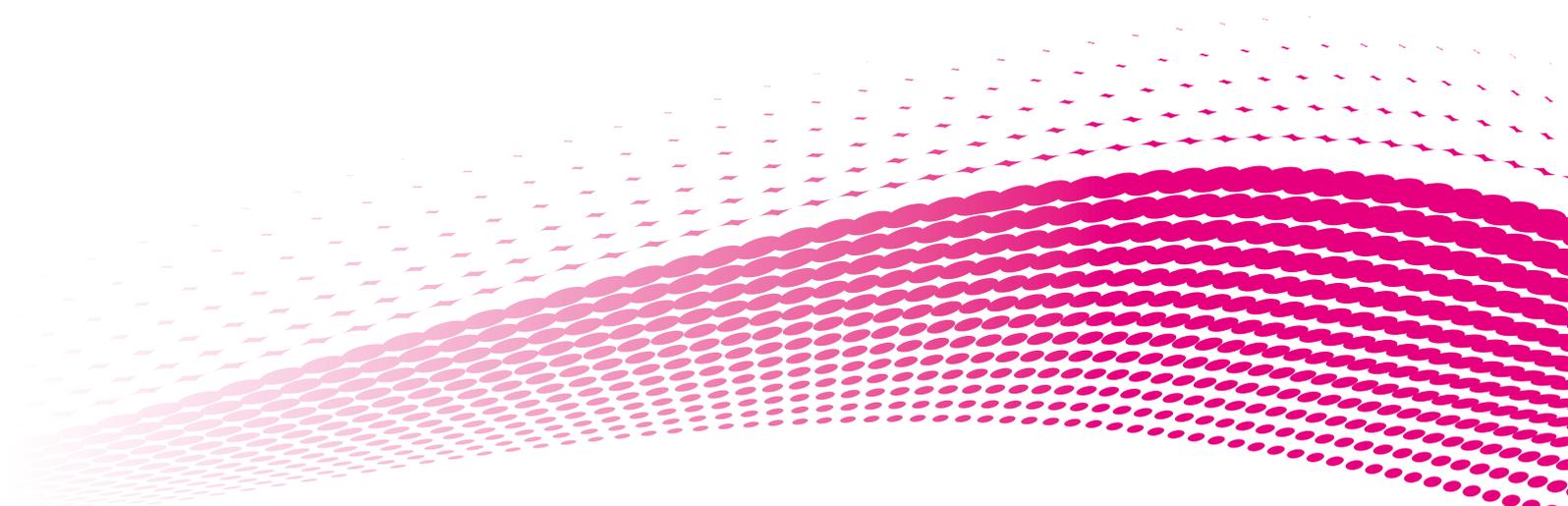
Consejería de Políticas Sociales y Familia
Dirección General de la Mujer

Coordina: Dirección General de la Mujer

Equipo de redacción: Área de Investigación y Documentación. SGT.

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de la Mujer

Diseño y maquetación: Doblehache Comunicación

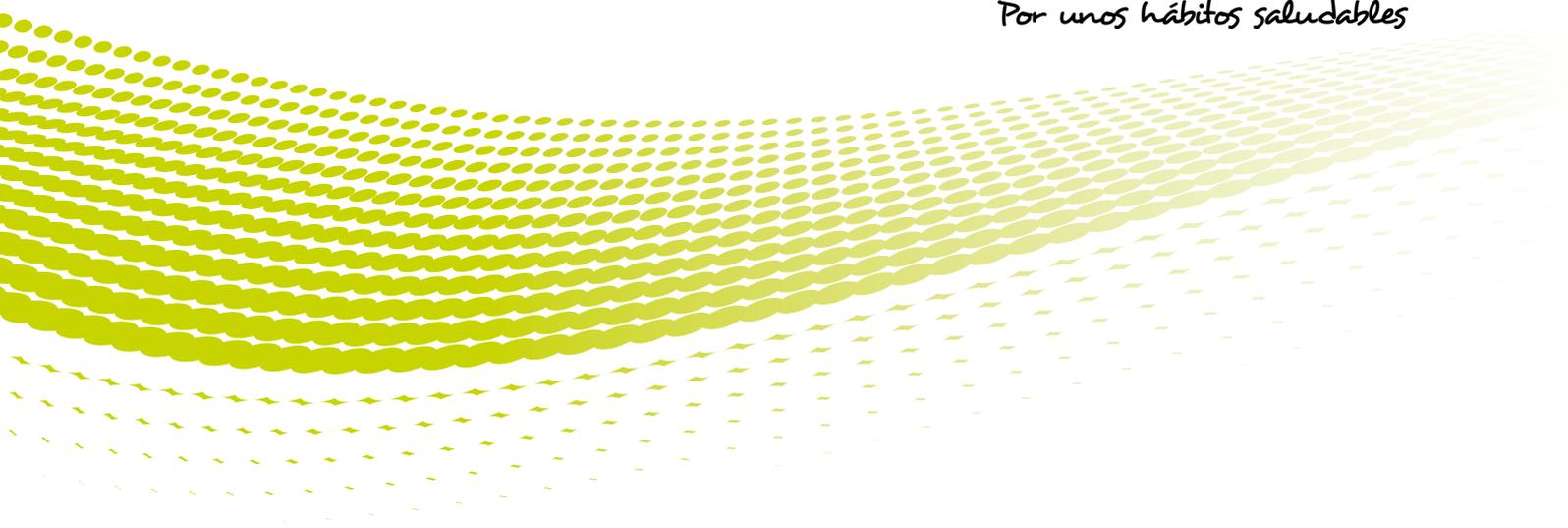


¿TE CUIDAS?

Hábitos de vida de las mujeres
en la Comunidad de Madrid



Por unos hábitos saludables



Comunidad
de Madrid

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN: Aclarando conceptos. Salud y mujer	7
2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID	11
3. SALUD Y GÉNERO	15
3.1. Mortalidad y morbilidad	15
3.2. Uso de los servicios médicos.....	20
3.3. Percepción de la propia salud.....	22
4. BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER.....	25
4.1. Salud mental y mujer.....	25
4.2. Patrones de sueño y salud.....	32
4.3. Trastornos de la conducta alimentaria	32
4.4. Bienestar y satisfacción en el trabajo.....	34
5. HÁBITOS DE VIDA DE LA MUJER.....	37
5.1. Alimentación.....	37
5.2. Actividad física.....	39
5.3. Algunas prácticas no saludables.....	41
5.4. Usos del tiempo	45
6. ALGUNAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
7. METODOLOGÍA.....	55
8. BIBLIOGRAFÍA	57
9. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	61

PRESENTACIÓN

La Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de la Mujer, se ha propuesto el reto de trabajar por fomentar el cuidado de la propia salud entre las mujeres madrileñas y, muy especialmente, por promover estilos de vida saludables. Se trata no sólo de prevenir daños futuros sino de que las mujeres puedan participar en todos los ámbitos de la sociedad de manera plena y efectiva.

Sin embargo, existen aspectos biológicos propios del género femenino que influyen en su salud de manera decisiva, tanto en su perspectiva física como en la psicológica y social. Estos determinantes biológicos, junto con los más recientes cambios en los modos de vida propios de sociedades occidentales como la nuestra, pueden tener una incidencia especialmente negativa en la salud femenina a lo largo del tiempo y en las generaciones futuras.

La salud es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición, recogida en el preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, Nueva York 1946, resulta válida aún en nuestros días, y lo es tanto para hombres como para mujeres ya que ambos afrontan muchos problemas de salud comunes.

Para ello resulta indispensable conocer la realidad de la salud y de los hábitos de vida de la mujer en nuestra región; confirmar algunos de los aspectos demográficos más aludidos –como la mayor longevidad de las mujeres- y estudiar sus posibles consecuencias; despejar dudas sobre los condicionantes físicos y psicológicos que más afectan a las mujeres y analizar no sólo cómo les influyen sino su evolución en el tiempo; comprender mejor las pautas de comportamiento de la mujer en relación con su alimentación, la actividad física y los diferentes usos de su tiempo de ocio.

Esta recopilación de datos que ahora presentamos, sucinta pero no por ello menos ambiciosa y realizada por el equipo de expertos de la Consejería de Políticas Sociales y Familia a partir de variados estudios y diferentes fuentes estadísticas, nos permite asomarnos al elenco de aspectos que enfrentan con mayor frecuencia las mujeres en este ámbito y entender mejor su dimensión y su índole particular y diferente, comparándolas con los parámetros masculinos y contextualizándolas con los datos del resto de las Comunidades Autónomas y con los patrones nacionales.

“Prestar atención a la salud de la mujer – dice la Organización Mundial de la Salud en su último informe sobre “Mujeres y Salud”- es un medio necesario y eficaz para fortalecer los sistemas de salud en su totalidad, y este fortalecimiento nos beneficia a todos. Mejorar la salud de las mujeres es importante para ellas, sus familias, la comunidad y la sociedad en general. “Mejorar la salud de las mujeres es mejorar el mundo”. En ello estamos, por las mujeres madrileñas y por una mejor y más saludable Comunidad de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN: Aclarando conceptos. Salud y mujer

El objetivo principal de este trabajo es analizar la evolución de los hábitos de vida de las mujeres de la Comunidad de Madrid así como de otras Comunidades Autónomas y de España en general, comparándola con los varones de estos mismos territorios. El reto, concienciar a la población femenina de la necesidad de prevenir enfermedades y de mantener hábitos de vida saludables para que su participación en todos los ámbitos de la sociedad sea plena y efectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948, define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta definición resalta la importancia de entender la salud desde un punto de vista global, en la que intervienen diversos factores. En 1974, el ministro de Sanidad canadiense, Marc Lalonde, propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, en uso en nuestros días, que reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente –incluyendo el social en el sentido más amplio– junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.

Posteriormente, el consultor de las OMS y experto en políticas públicas y de gerencia social Pedro Luis Castellanos (1991)¹, esclarece cómo se produce esta interacción entre los determinantes de salud con la categoría de condiciones de vida, que serían "los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores entre los procesos que conforman el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional específico".

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la Carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones.

En esta misma línea tuvo lugar, organizada también por la OMS, la conferencia de octubre de 2011, en Río de Janeiro, con objeto de lograr una equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.

Anteriormente a la conferencia de Río de Janeiro, este organismo, en 2009, ya manifestó su preocupación sobre las desigualdades de género en este tema, recogidas en el informe *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*, que analiza las diferencias de la salud entre mujeres y hombres. Este informe, cuyo enfoque abarca la totalidad de la vida de la mujer, incide en el modo en que la infancia, la adolescencia y los años reproductivos influyen en el estado de salud futuro y en el de las generaciones venideras.

En el ámbito mundial, a pesar de todos los intentos de búsqueda de equidad, se mantienen las desigualdades, mientras que en las sociedades desarrolladas, entre ellas la española y la de nuestra región, se han producido importantes cambios sociales y culturales que han tenido consecuencias directas en la salud. Estos avances (sanitarios, demográficos, medioambientales, etc.) no sólo han

1 Castellanos, P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En: Martínez Navarro, F. et al. Salud Pública. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana.1998.

afectado a mejora de la salud, sino que también se han manifestado en otros espacios provocando cambios en los estilos de vida que han modificado muchos de nuestros comportamientos individuales, así como la forma de relacionarnos con otras personas y con nuestro entorno.

Siguiendo de nuevo a la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

En términos generales, la calidad de vida se relaciona con unos hábitos saludables. Una vez erradicadas las enfermedades epidemiológicas, muchas de las enfermedades crónicas que provocan la muerte se relacionan directamente con estilos de vida poco sanos.

El informe sobre Riesgos de Salud, también de la OMS², a nivel global, identifica 24 factores para las enfermedades crónicas no contagiosas y los analiza según el estado de desarrollo de cada país:

- Ocho factores de riesgo son responsables por sí solos de más del 75% de los casos de cardiopatía coronaria, la principal causa de muerte a escala mundial: el consumo de alcohol, la hiperglucemia, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, un índice de masa corporal elevado, la hipercolesterolemia, una baja ingesta de frutas y verduras, y la falta de actividad física.
- A escala mundial, el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la desnutrición.
- El 71% de la mortalidad por cáncer de pulmón está causada por el tabaquismo.
- Nueve riesgos medioambientales y comportamentales son responsables del 45% de la mortalidad por cáncer en todo el mundo.

Estos factores de riesgo en la salud se relacionan con malos hábitos individuales como una mala alimentación, falta de actividad física y consumo de sustancias adictivas, especialmente tabaco y otros elementos externos relacionados con un entorno ambiental contaminado.

También los nuevos modos de vida han afectado a las mujeres. Se argumenta que las mujeres tienen mayor resistencia ante la enfermedad y ostentan hábitos más saludables. Aunque se mantienen algunos parámetros demográficos positivos como una mayor esperanza de vida, la progresiva adopción de determinadas prácticas anteriormente más propias de varones, como el consumo de tabaco, alcohol y la vida estresada, etc., pueden contribuir a disminuir estas diferencias.

Siguiendo de nuevo a la OMS, podemos llamar hábitos saludables a "todas aquellas conductas y pautas de comportamiento que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social". Por lo tanto, se pueden establecer tres componentes de la salud:

- Componente físico (nivel orgánico): hace referencia al funcionamiento óptimo de los distintos aparatos, sistemas, órganos, tejidos etc. que integran el organismo humano y cuyas alteraciones morfológicas y fisiológicas determinan las enfermedades.
- Componente mental (nivel psicológico): indica la necesidad de un equilibrio interno, y un grado aceptable de autosatisfacción en los distintos ejes vitales (personal, familiar, profesional, emocional, etc.) que determinan la ausencia de problemas y el bienestar psicológico.
- Componente social: indica el grado de relación del individuo con su entorno, con el medio natural en el que se integra y, muy especialmente, con el grupo humano del que forma parte en el ámbito familiar, laboral, de ocio y tiempo libre, etc.

2 Stevens, G; Mascarenhas, M; Mathers, C. Riesgos de salud mundial. Progresos y desafíos. Organización Mundial de la Salud, 2009.

La estructura de este informe es la siguiente:

En primer lugar, se ofrece una panorámica de la situación demográfica actual de las mujeres en nuestra región. Aquí se profundiza en datos relativos a la estructura poblacional, la esperanza de vida y otros datos relevantes para obtener una fotografía genérica de la estructura poblacional de la Comunidad de Madrid.

En los siguientes apartados se estudiarán los determinantes de la salud así como la percepción que tienen las mujeres de ella y los factores que podrían definir los hábitos saludables de la mujer madrileña. Para ello, nos guiaremos por las tres dimensiones que engloba la definición de salud referida anteriormente:

- Componente orgánico, relacionado con la salud “física” y la ausencia de enfermedades, índices de mortalidad, grado de utilización de los servicios sanitarios y patologías específicas de la mujer.
- Componente mental, relacionado con el equilibrio personal y el grado de bienestar psicológico.
- Componente social, que incluye las pautas de alimentación, el ejercicio físico, el trabajo, las relaciones interpersonales y el uso del tiempo.

2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

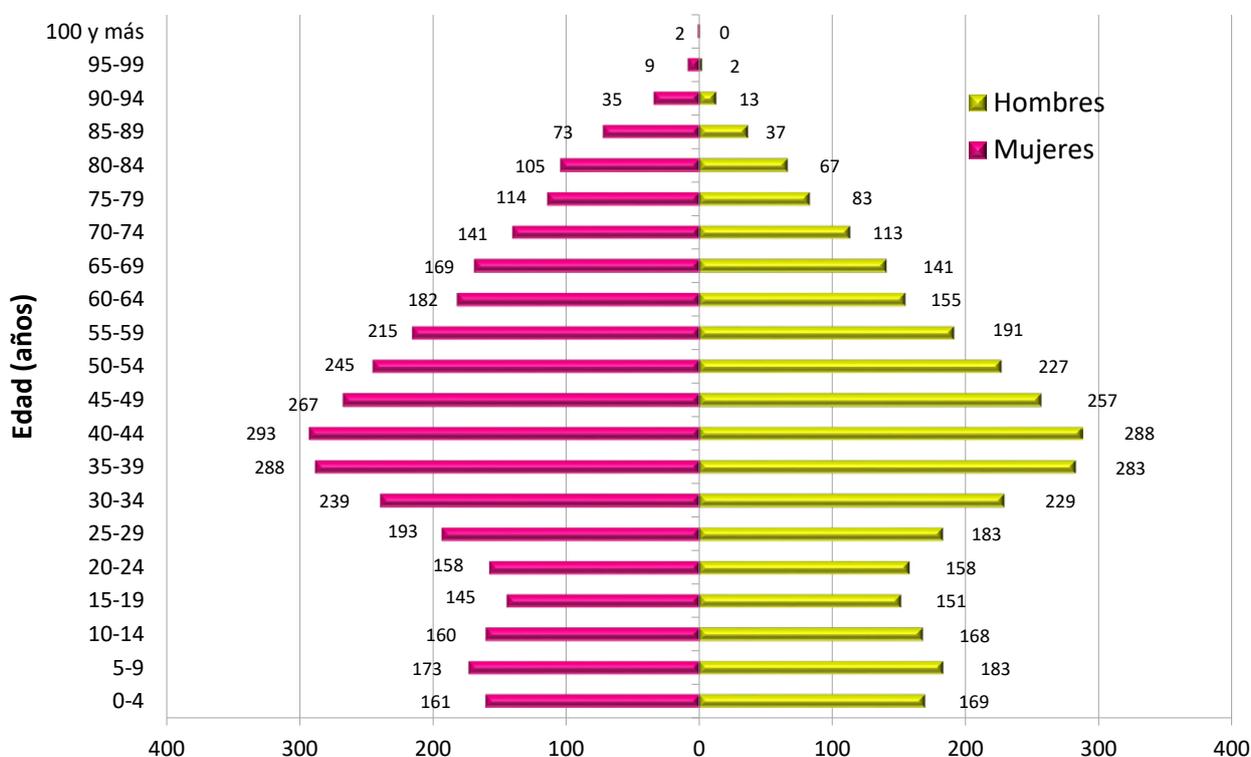
La Comunidad de Madrid cuenta con 6.464.078 habitantes³, de los que 3.366.473 (52,08%) son mujeres. Aunque la proporción numérica de las mujeres es superior en el conjunto de la población, no ocurre lo mismo en todos los tramos de edad.

La causa fundamental no viene dada por el mayor número de niñas nacidas sino por el incremento de la longevidad femenina. Este predominio de las mujeres sobre la población total viene recogido ya en el Movimiento Natural de la Población de 1915, publicado por el Instituto Geográfico y Estadístico, en el que se remontan a 1857 para demostrar que la proporción de mujeres en España es mayor que la de hombres desde esa fecha.

Analizando la estructura poblacional por edad en la Comunidad de Madrid, si bien nacen mayor número de niños que de niñas, a partir del grupo de edad de 25-29 años la población femenina es más numerosa, ya que la mortalidad infantil afecta más a los varones y éstos mueren más en edades adultas. Esta tendencia permanece en todos los grupos de edad siguientes, siendo especialmente importante en las edades más avanzadas, tal como se refleja en la pirámide poblacional.

Gráfico 2.1. Estructura poblacional por edad y sexo

Comunidad de Madrid, 2016



Fuente: Padrón continuo. 1 de enero de 2016. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

3 Padrón continuo. Instituto Nacional de Estadística. Datos provisionales. Madrid, 1 de enero 2016

La estructura de la población de la Comunidad de Madrid representa una pirámide propia de una población envejecida con baja proporción de jóvenes e incremento de la población de mayor edad por el aumento de la esperanza de vida, así como un grupo de cohortes intermedias bastante numeroso, procedente de crecimientos anteriores que continuará incrementando la población de mayores.

Las tasas de natalidad y mortalidad son bajas, con una reducción de la fecundidad y un retraso de la edad de la madre en el nacimiento de los primeros hijos. El crecimiento de la población se produce por un factor externo: la inmigración.

Según los resultados provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015 el crecimiento vegetativo en la Comunidad de Madrid (diferencia entre nacimientos y defunciones de la población residente) ha sido positivo con un saldo de 17.912 personas, el mayor de todas las Comunidades Autónomas. Otras regiones con saldos positivos por orden de importancia han sido Andalucía, Cataluña, Murcia, Baleares, Canarias y Navarra, mientras que Galicia y Castilla y León presentan los mayores saldos negativos. En el conjunto de la población residente en España, por primera vez desde que se dispone de datos anuales en la serie histórica homogénea, el saldo ha sido negativo en 2.753 personas.

En resumen, las características demográficas de nuestra región, en comparación con los totales nacionales, según los Indicadores Demográficos Básicos del INE para el año 2015, se distinguen por:

- Tasa Bruta de Natalidad⁴ de un 10,10, un punto mayor que la de España y la segunda más alta después de Murcia.
- Tasa Bruta de Mortalidad⁵ de 7,30, la segunda más baja de todas las Comunidades Autónomas, después de Canarias.
- Número medio de hijos (Indicador Coyuntural de Fecundidad)⁶ de 1,36 frente a los 1,32 de España.
- Edad media de maternidad al nacimiento del primer hijo de 31,35 años, ligeramente superior a la media nacional de 30,67 años.
- Índice de envejecimiento⁷ de 102,12, menor que el 116,41 de España.
- Esperanza de vida al nacer⁸ de 84,02 años, por encima de la española (82,70).
- Esperanza de vida al nacer de las mujeres 86,50 años, la segunda mayor de todas las Comunidades Autónomas, después de Navarra 86,63; en relación con los 85,41 años de España.
- Esperanza de vida a los 65⁹ años de 21,88 años, superior a la nacional (20,84 años).
- Esperanza de vida a los 65 años de las mujeres 23,65 años frente a los 22,67 años de España.

La esperanza de vida es el indicador más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. Por tanto, la esperanza de vida al nacer está estrechamente asociada a las condiciones de salud que imperan en un contexto determinado.

4 Nacimientos de madre residente en la Comunidad de Madrid en un año por cada mil habitantes.

5 Defunciones de residentes en la Comunidad Autónoma de Madrid en un año por cada mil habitantes.

6 Número de hijos que tendría una mujer en su vida fértil si se mantuvieran las mismas condiciones de fertilidad (2015).

7 Porcentaje de la población de más de 64 años sobre la población de 16 años (2016).

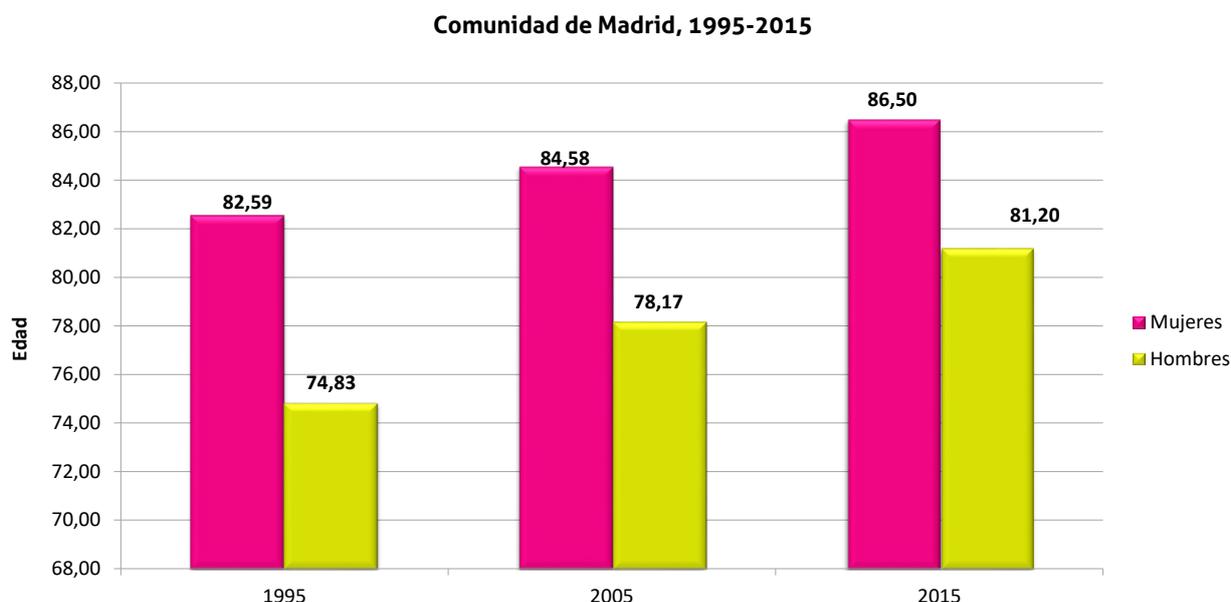
8 Número de años que viviría una generación si la mortalidad se mantuviera en las mismas condiciones (2015).

9 Número de años que viviría una persona que tuviera 65 años cumplidos en el año de referencia si se mantuviesen las pautas de mortalidad registradas en ese año (2015).

En la Comunidad de Madrid, como en todos los países occidentales, la esperanza de vida se ha incrementado en el último siglo, debido a los avances médicos y tecnológicos, cambios en los hábitos nutricionales y condiciones de vida, así como por el acceso de la población a los servicios sanitarios, afectando de modo distinto a los varones y las mujeres en beneficio de estas últimas.

La diferencia en años de esperanza de vida al nacer, a favor de la mujer, creció y se mantuvo estable hasta mediados de los años noventa, como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. En el gráfico 2.2., vemos que esta diferencia se ha ido reduciendo paulatinamente en las dos últimas décadas, desde los 7,76 años de diferencia a favor de la mujer en 1995, hasta los 5,30 años registrados en 2015.

Gráfico 2.2. Esperanza de vida al nacer por sexo



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. Tablas de Mortalidad.1995-2015. Instituto Nacional de Estadística.

Este acercamiento es el indicador de una novedosa tendencia de convergencia por género descrita por el reconocido experto y catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, Salustiano del Campo: "Frente a una homogeneización en las pautas de la población femenina residente en las diversas zonas de la Comunidad de Madrid, los hombres presentan diferencias en la esperanza de vida, en función de la residencia y del nivel socioeconómico. En relación a la tendencia a la convergencia de género, varios autores en esta misma publicación plantean dos hipótesis: una la difusión a la población masculina de las pautas de homogeneidad alcanzadas por las mujeres, o bien que el proceso de *masculinización* de la vida activa de las mujeres termine operando como un componente de esta convergencia, pero con la pérdida de altos niveles de salud de la población femenina actual".¹⁰

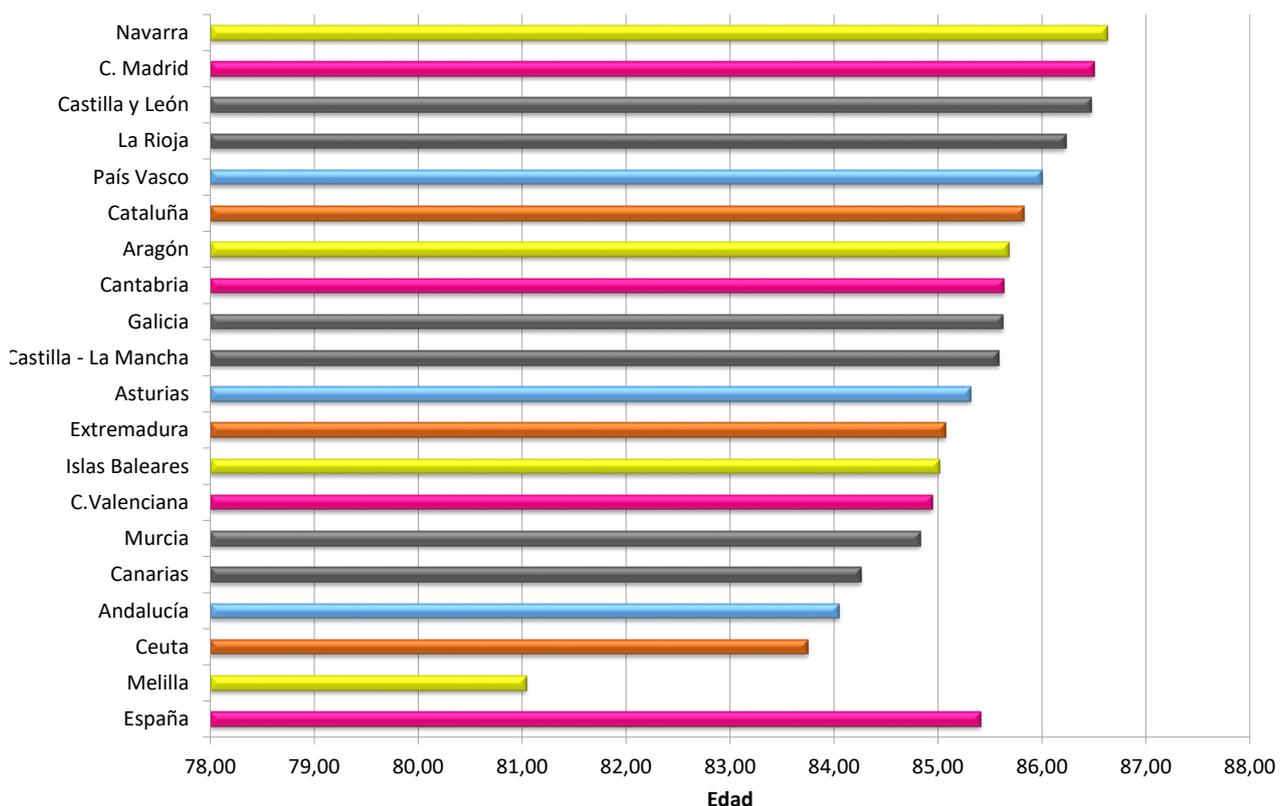
En la comparativa por Comunidades Autónomas que presentamos en el gráfico 2.3., la esperanza de vida de las mujeres de la región de Madrid es la segunda más elevada de España, tras Navarra (86,63 años) mientras que la de los varones es la primera (81,20 años) en orden de importancia, a muy poca distancia de Navarra y Castilla y León y con gran diferencia de las Comunidades Autónomas con la esperanza de vida más baja como son Andalucía y Asturias.

10 Del Campo, S. (director): La población de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social, 2010. Cap. X pp. 526 y 531.

Este mismo patrón se repite en la esperanza de vida a los 65 años. Las mujeres de la Comunidad de Madrid, con 23,65 años, tienen la esperanza de vida mayor de todo el Estado (22,67 años), a muy poca distancia de Navarra con 23,64. Los varones ocupan el primer lugar con 19,70 años, con muy poca diferencia de Castilla y León y Navarra y a mucha distancia, nuevamente, de Andalucía (17,76 años), Extremadura y Asturias (18,26 años). En España, la media de la esperanza de vida a los 65 años de los hombres es de 18,81 años.

Gráfico 2.3. Esperanza de vida al nacer de las mujeres

Comunidades Autónomas, 2015



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. Instituto Nacional de Estadística. 2015.

Hay dos excepciones a lo expuesto anteriormente como diferencia entre mujeres y hombres y es la esperanza de vida en salud (libre de discapacidad) y la esperanza de vida en salud percibida. Según la Encuesta Nacional de Salud, las mujeres sufren enfermedades crónicas antes que los hombres y perciben peor su salud en general.

En el año 2014, la esperanza de vida en buena salud al nacer en España es la misma en los hombres y en las mujeres (65,0 años). Sin embargo, a los 65 años, los hombres tienen 10,1 años de esperanza de vida en buena salud frente a los 9,4 años de las mujeres. Esta diferencia se repite en la Encuesta Europea de Salud 2014, donde la percepción de alguna enfermedad o problema de salud percibido es superior en las mujeres que en los hombres¹¹.

11 Mujeres y Hombres en España. INE 2014. Actualizado el 2 de junio de 2016

3. SALUD Y GÉNERO

3.1. Mortalidad y morbilidad

Los cambios en los modos de vida en las sociedades desarrolladas, como es el caso de la Comunidad de Madrid, han traído consigo nuevos problemas de salud y causas de muerte.

Superadas las epidemias y hambrunas de siglos pasados que produjeron las enfermedades infecciosas y parasitarias que diezaban la población infantil, actualmente el perfil de la mortalidad se caracteriza por el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a la población anciana. Detrás de esta tendencia se encuentra la llamada "revolución cardiovascular", que permitió, a partir de los años 70, la supervivencia a determinadas enfermedades crónicas y degenerativas del corazón. Ahora estaríamos en otra etapa llamada "de las enfermedades degenerativas tardías" que afectan a los mayores y a las llamadas "enfermedades de sociedad" (ligadas a hábitos y comportamientos de riesgo)¹².

En la actualidad, el principal problema de salud, según los datos publicados por el INE, son las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre esas patologías se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el cáncer, las enfermedades osteoarticulares y las neurodegenerativas.

Estas enfermedades no sólo influyen en la causa de muerte, sino también en la pérdida de calidad de vida. Al tratarse de enfermedades crónicas, que se pueden tratar y controlar pero no curar, aumenta la cantidad de personas que viven más años con un peor estado de salud.

Tabla 3.1.1. Causas de muerte según sexo

Comunidad de Madrid, 2014

Enfermedades	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infecciosas	322	1,52	374	1,71	696	1,62
Tumores	7.481	35,40	5.435	24,78	12.916	29,99
Endocrinas	373	1,76	591	2,70	964	2,24
Transtornos mentales	437	2,07	1.016	4,63	1.453	3,37
Sistema nervioso	754	3,57	1.195	5,45	1.949	4,53
Sistema circulatorio	4.906	23,21	6.540	29,82	11.446	26,58
Sistema respiratorio	3.222	15,24	3.052	13,92	6.274	14,57
Sistema digestivo	946	4,48	1.047	4,77	1.993	4,63
Sistema genitourinario	533	2,52	866	3,95	1.399	3,25
No clasificados	1.112	5,26	859	3,92	1.971	4,58
Causas externas	753	3,56	518	2,36	1.271	2,95
Otros	296	1,40	436	1,99	732	1,70
Total	21.135	100,00	21.929	100,00	43.064	100,00

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2014. Elaboración propia.

12 Del Campo, S. (director). La población de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social, 2010. Cap. X. pp. 542-543.

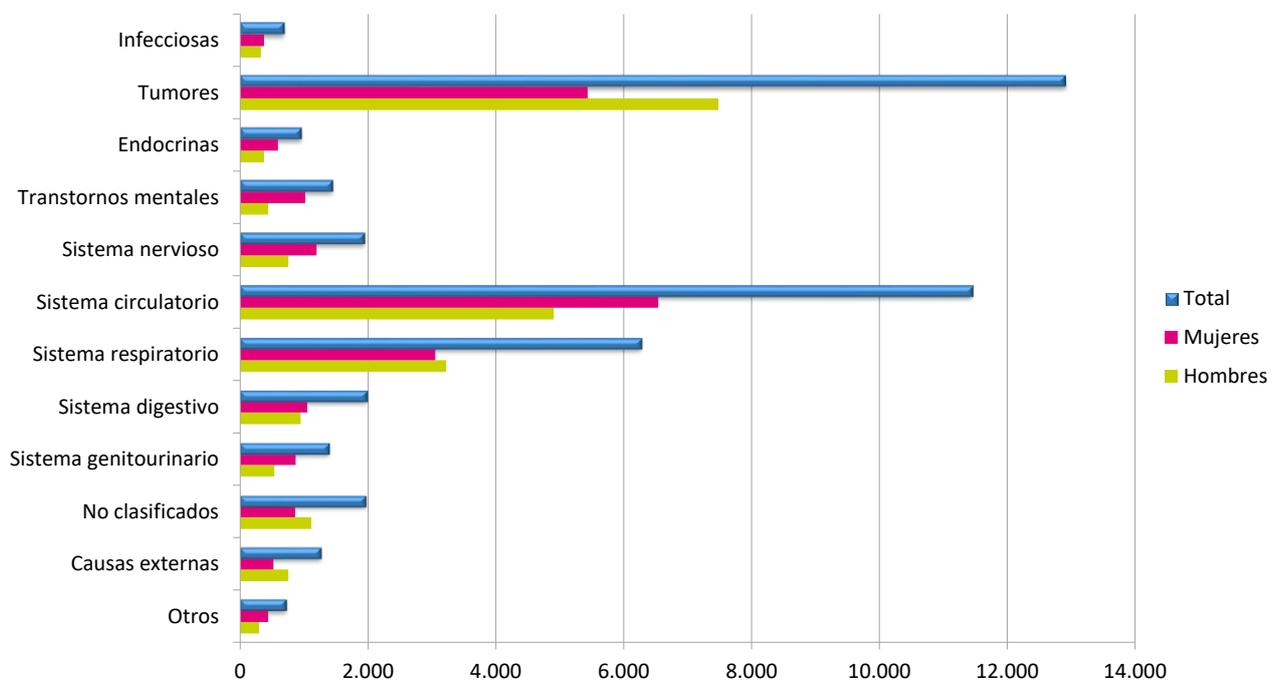
En el año 2014, en la Comunidad de Madrid, las principales causas de muerte de la población en general fueron los tumores (30,09%) y las enfermedades del sistema circulatorio (26,54%) seguidas muy de lejos por las del sistema respiratorio (14,55%).

Este mismo orden se repite en la población masculina con algunas diferencias. Los tumores son las principales causas de muerte, aunque en proporción más elevada (35,40%) que la media; las enfermedades del sistema circulatorio (23,21%) se mantienen en segunda posición aunque, en este caso, a casi cuatro puntos por debajo de la media general. Las del respiratorio (15,24%) se sitúan ligeramente por encima de la media.

En el caso de las mujeres, el orden de importancia de las causas fundamentales se invierte; son las enfermedades del sistema circulatorio las principales (29,82%), muy por encima de la media, seguidas por los tumores (24,78%) y por las del sistema respiratorio (13,92%).

Gráfico 3.1.1. Causas de muerte según sexo

Comunidad de Madrid, 2014



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2014. Elaboración propia.

Las muertes por tumores y por enfermedades del sistema circulatorio en los hombres suponen más de la mitad (58,61%) del total. El análisis detallado (Tabla 3.1.2.) indica que, en el primer caso, son los cánceres de pulmón los que más muertes provocan, seguidos por los de colon con una frecuencia tres veces menor. En el caso del sistema circulatorio, la causa principal es el infarto de miocardio, seguida por las patologías cerebro-vasculares.

Tabla 3.1.2. Detalle de las dos causas más frecuentes de muerte por sexo

Comunidad de Madrid, 2014
(% del total de fallecimientos por dicha causa)

Hombres		Mujeres	
1. Procesos tumorales y cancerígenos			
Pulmón	26,63%	Mama	14,52%
Colon	10,04%	Colon	10,75%
Próstata	7,45%	Pulmón	10,71%
Vejiga	6,99%	Ovario, útero	8,89%
Hígado	5,84%	Páncreas	7,67%
2. Enfermedades del sistema circulatorio			
Infarto agudo	22,24%	Insuficiencia cardiaca	22,52%
Cerebro-vasculares	19,16%	Cerebro-vasculares	22,28%
Otras enfermedades isquémicas del corazón	15,19%	Otras enfermedades del corazón	15,85%

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2014. Elaboración propia.

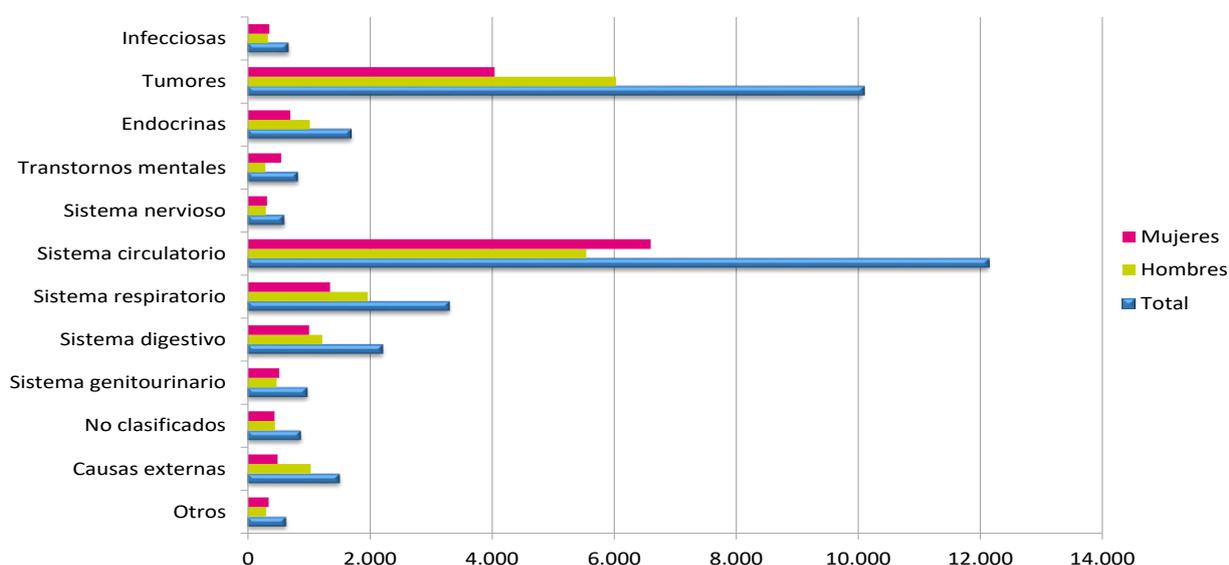
En las mujeres, las dos principales causas de muerte, enfermedades del sistema circulatorio y tumores, suponen el 54,61% del total. Entre las primeras, las más frecuentes son la insuficiencia cardiaca y las cerebro-vasculares.

En el caso de los procesos cancerígenos, el más frecuente es el de mama que, conjuntamente con los del sistema reproductor (útero, ovario y otros), representan en conjunto un 23,4%. El cáncer de pulmón cae al tercer lugar, con una diferencia también muy significativa con respecto a los hombres.

Para analizar la evolución, se realiza una comparación con años anteriores, en concreto con 1994. Veinte años antes, en la Comunidad de Madrid, el patrón de las principales causas de muerte difiere relativamente del 2014, aunque las causas principales eran las mismas en orden inverso. Es decir, que en 1994 son las enfermedades del sistema circulatorio (39,66%) las principales, seguidas por los tumores (24,29%) y las enfermedades del sistema respiratorio (8,08%).

Gráfico 3.1.2. Causas de muerte según sexo

Comunidad de Madrid, 1994



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 1994. Elaboración propia.

Se ha realizado un análisis más detallado comparando los porcentajes de muerte por cada una de las causas en 1994 y 2014 (Tabla 3.1.2.). Aunque existen diferencias notables en la evolución de las causas principales (tumores, sistema circulatorio y sistema respiratorio), hay que recordar que los sistemas de clasificación en ambos años no son exactamente iguales en el grado de desagregación de las enfermedades y no parece conveniente, por lo tanto, extraer conclusiones más detalladas desde un punto de vista cuantitativo.

Tabla 3.1.3. Causas de muerte según sexo

Comunidad de Madrid, 1994-2014

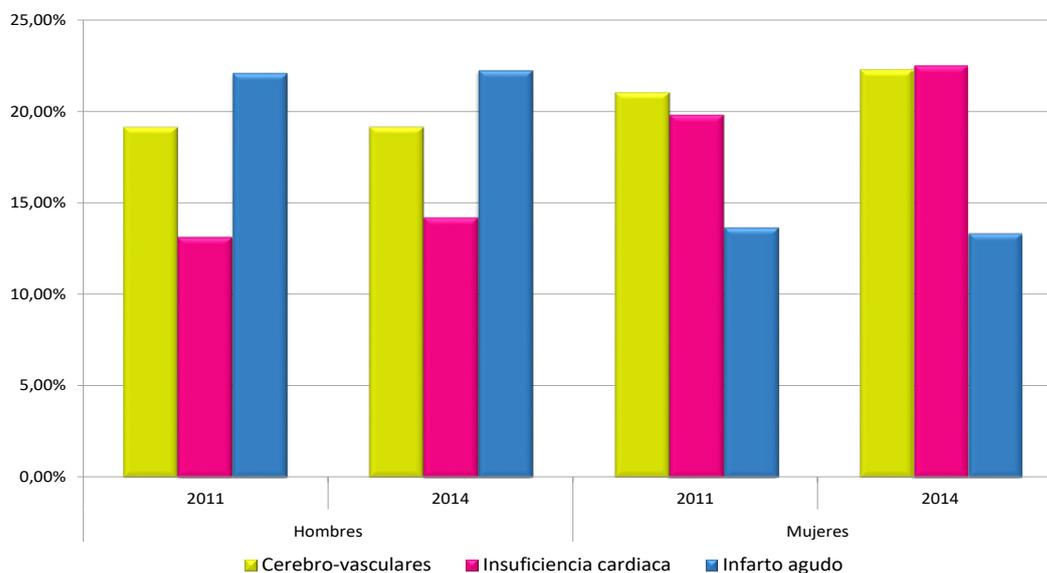
Enfermedades	Hombres%		Mujeres%	
	1994	2014	1994	2014
E. Infecciosas	1,73	1,52	2,09	1,71
Tumores	31,92	35,40	24,29	24,78
E. Endocrinas	5,36	1,76	4,15	2,70
E. Mentales	1,51	2,07	3,25	4,63
Sistema Nervioso	1,55	3,57	1,86	5,45
Sistema Circulatorio	29,33	23,21	39,66	29,82
Sistema Respiratorio	10,37	15,24	8,08	13,92
Sistema Digestivo	6,43	4,48	6,00	4,77
Sistema Genitourinario	2,48	2,52	3,08	3,95
No clasificados	2,35	5,26	2,61	3,92
Causas externas	5,43	3,56	2,90	2,36
Otros	1,56	1,40	2,04	1,99
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 1994-2014. Elaboración propia.

No obstante, un cambio de cierta relevancia se ha producido en los últimos años con el incremento de las muertes de mujeres producidas por algunas enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio. En el gráfico 3.1.3 se observa el crecimiento de las muertes de mujeres por enfermedades cerebrovasculares en un 1,25% y por insuficiencia cardiaca en un 2,68% entre 2011 y 2014.

Gráfico 3.1.3 Evolución de las causas de muerte relacionadas con el sistema circulatorio por sexo

Comunidad de Madrid 2011-2014



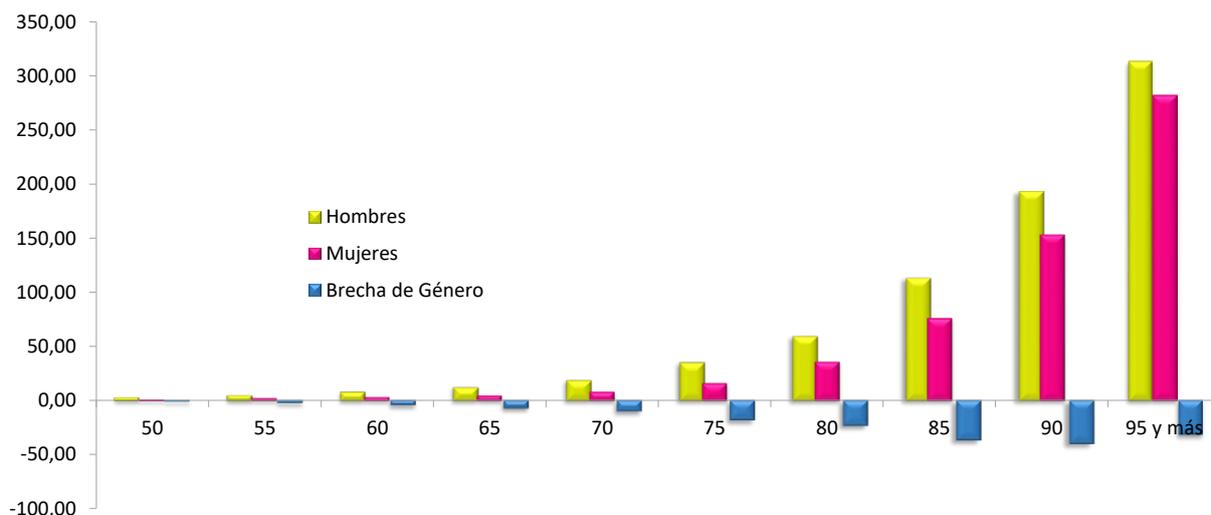
Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. 2011-2014. Elaboración propia.

El infarto agudo de miocardio presenta en la mujer el cuarto lugar, con una frecuencia significativamente distinta a la de los hombres, en cuyo caso ocupa y mantiene el primer lugar de estas causas de muerte.

Otra diferencia interesante en las tasas de mortalidad de hombres y mujeres la encontramos en la distribución porcentual de los fallecimientos entre hombres y mujeres a partir de cierta edad.

Gráfico 3.1.4. Brecha de género de mortalidad

Comunidad de Madrid, 2015



Fuente: Indicadores Demográficos Básicos. Tasas de mortalidad 2015. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Las tasas de mortalidad publicadas por el INE indican que la brecha de género en la mortalidad¹³ comienza a ser importante a partir de los 50 años, aunque el incremento de la mortalidad, en los varones, empieza un poco antes de los 40 años.

En la Comunidad de Madrid, según las últimas cifras disponibles, datos provisionales de 2015, la tasa de mortalidad para los varones a los 40 años era del 0,93 por mil. A partir de dicha edad las tasas de mortalidad se van incrementando paulatinamente y a partir de los 65 años el crecimiento es prácticamente de carácter exponencial. En el caso de las mujeres, las tasas de mortalidad suben a partir de los 45 años, pero no es hasta los 75 cuando comienzan a ser más relevantes.

Aunque las diferencias en las tasas de mortalidad empiezan a partir de los 50 años, es llegando a los 70 (Gráfico 3.1.3.) cuando las diferencias comienzan a ser más significativas (10,56 por mil). Estas diferencias se van incrementando en los años siguientes hasta alcanzar el 40,19 por mil a los 90 años.

El creciente retraso de la muerte a edades más avanzadas –que afecta cada vez a una mayor proporción de población– está haciendo aumentar el número de personas mayores de 80 años, proceso que no tiene precedente histórico y que explica una de las mayores transformaciones de la mortalidad en las dos últimas décadas de la sociedad madrileña y la española en general: el paso de una gran concentración de las defunciones en edades comprendidas entre los 60 y los 75 años a una progresiva concentración a partir de los 70 años¹⁴.

13 Diferencia de las tasas de mortalidad de las mujeres en relación con los varones en un mismo periodo por cada mil habitantes.

14 Del Campo, S. (director) La población de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social, 2010. Cap. X. pp. 521 y 541.

3.2. Uso de los servicios médicos

El uso de los servicios médicos depende de una multiplicidad de factores, como la particularidad de las enfermedades de los pacientes o la práctica médica.

Tabla 3.2.1. Tiempo transcurrido desde la última consulta médica

España y Comunidad de Madrid, 2014

		Menos de 1 mes	1 mes-1 año	Más de 1 año	Nunca ha ido
HOMBRES (%)	España	29,43	49,16	20,99	0,42
	Comunidad de Madrid	29,75	50,25	19,27	0,73
MUJERES (%)	España	40,09	50,02	9,86	0,03
	Comunidad de Madrid	44,04	48,64	7,32	0,00

Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística.

El uso del sistema sanitario puede responder a una necesidad de un problema de salud ya declarado o a una forma preventiva de cuidarla y, en su caso, diagnosticar la enfermedad en el menor tiempo posible. La tabla 3.2.1. indica que un 90,11% de las mujeres españolas y un 92,68% de las de la Comunidad de Madrid hace menos de un año que ha acudido a la última consulta médica. Además, son éstas últimas las que hace menos tiempo que han visitado al médico, hecho que puede achacarse al gran número de mujeres mayores de nuestra región.

En los casos de altas hospitalarias atendidas en los hospitales públicos y privados de la Comunidad de Madrid en el año 2013, según el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid publicado en 2014, predominan las atenciones a las mujeres (el 54,6%), especialmente en las edades de 15 a 49 años (coincidiendo mayoritariamente con la edad fértil). En el resto de los grupos de edad son superiores las de los varones.

La Encuesta Europea de Salud no aporta datos concretos de la asistencia de las mujeres a la consulta del especialista en Gineconología, si bien recoge información de las pruebas concretas prescritas en esta especialidad, como son la citología vaginal y la mamografía.

Tabla 3.2.2 . Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal. Mujeres de más de 15 años

España y Comunidad de Madrid, 2014

	Menos de 3 años	De 3 a 5 años	5 años ó más	Nunca
España (%)	57,01	6,25	10,98	25,76
Comunidad de Madrid (%)	67,49	6,04	8,92	17,55

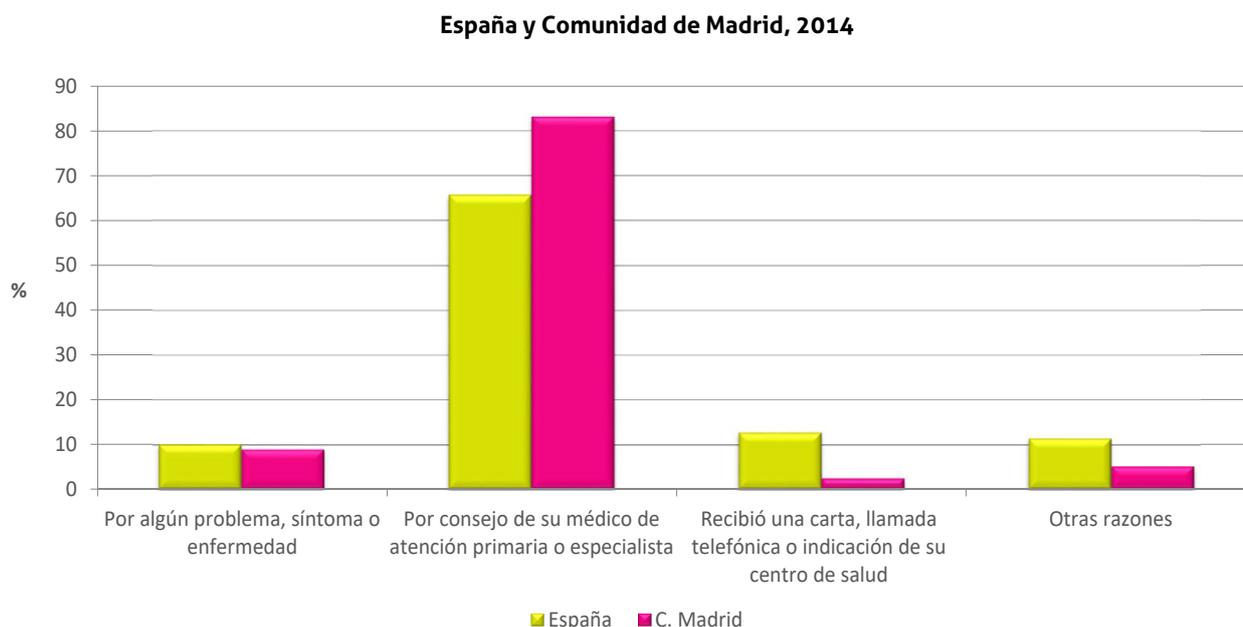
Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística

El objetivo de las revisiones ginecológicas es el diagnóstico precoz de patologías del aparato genital femenino en el que se incluye el útero, tanto al nivel del cervix como del endometrio, ovario y mama; y prevenir los trastornos propios de la menopausia, como la osteoporosis y la

atrofia genitourinaria. Los profesionales médicos coinciden en que el inicio de las revisiones ginecológicas no lo marca la edad sino el inicio de las relaciones sexuales mientras no existan síntomas que aconsejen adelantar la visita al ginecólogo.

La Agencia Internacional para la Investigación contra el Cáncer indica que los programas de cribado de ecografía vaginal han demostrado ser capaces de disminuir la incidencia del cáncer de cérvix en más del 80%, lo que demuestra la utilidad de esta prueba. Más de mitad de las mujeres en España y casi el 70% en la Comunidad de Madrid se han realizado una citología vaginal hace menos de 3 años y el 10,98% a nivel nacional y el 8,92% en la Comunidad de Madrid hace 5 años o más.

Gráfico 3.2.1. Motivo de la última citología vaginal. Mujeres de más de 15 años



Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

El motivo de la realización de esta prueba está relacionado con la atención sanitaria, bien por el consejo médico o por haber recibido llamada o carta o por indicación del Centro de Salud de Atención Primaria. En la Comunidad de Madrid ambos motivos alcanzan el 85,80% y en España el 78,52%.

En la realización de pruebas concretas como la mamografía, dentro de los plazos recomendados para el cribado del cáncer de mama, la frecuencia en la Comunidad de Madrid se sitúa también por encima de la media de España.

Tabla 3.2.3. Mujeres entre 50-69 años que realizan una mamografía según los plazos recomendados

España y Comunidad de Madrid, 2014

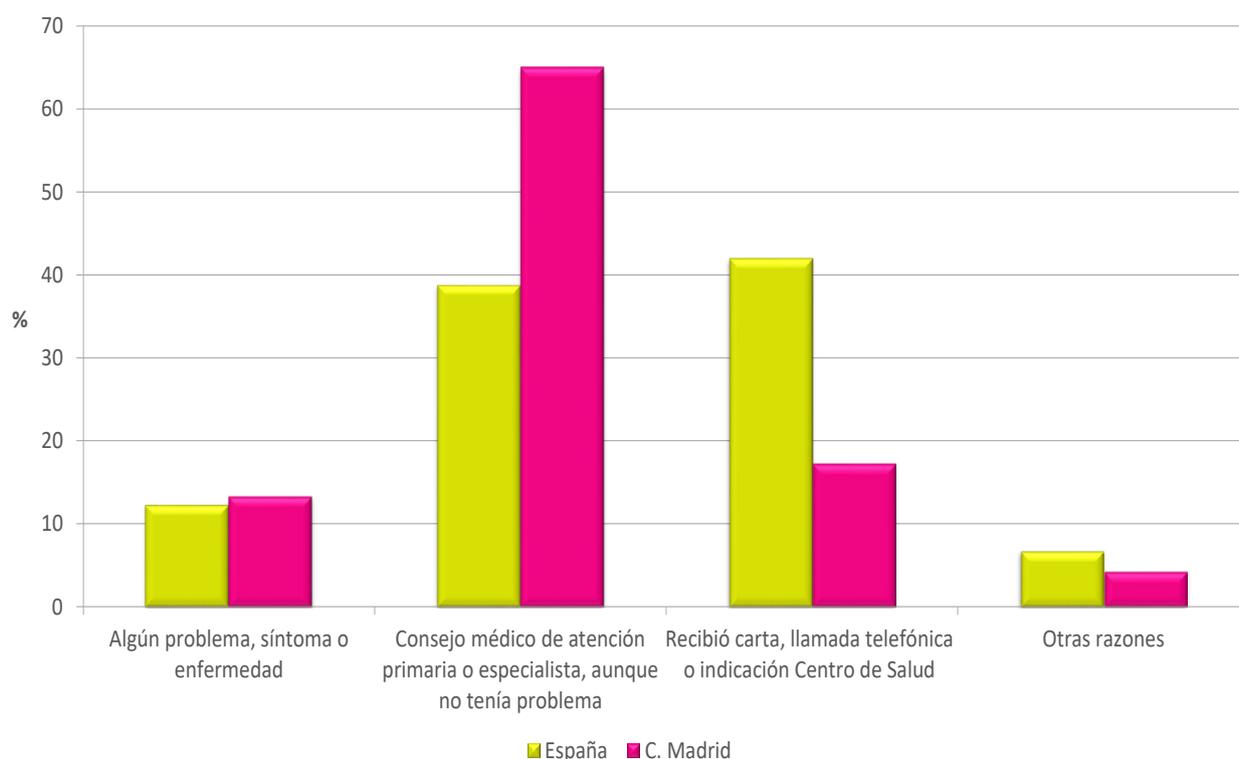
	Menos de 2 años	Entre 2 – 3 años	Más de 3 años	Nunca
España (%)	79,79	8,63	5,29	6,29
Comunidad de Madrid (%)	83,75	6,35	5,53	4,37

Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

La detección del cáncer de mama ha sido una de las prioridades sanitarias de la Comunidad de Madrid, desde que en diciembre de 1998 se inició el Programa Regional de Detección Precoz del Cáncer de Mama (DEPRECAM). La población objetivo son todas las mujeres en edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con el fin de reducir la mortalidad por cáncer de mama y mejorar la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas.

Gráfico 3.2.2 Mujeres de más de 15 años que se han realizado una mamografía según el motivo de la misma

España y Comunidad de Madrid, 2014



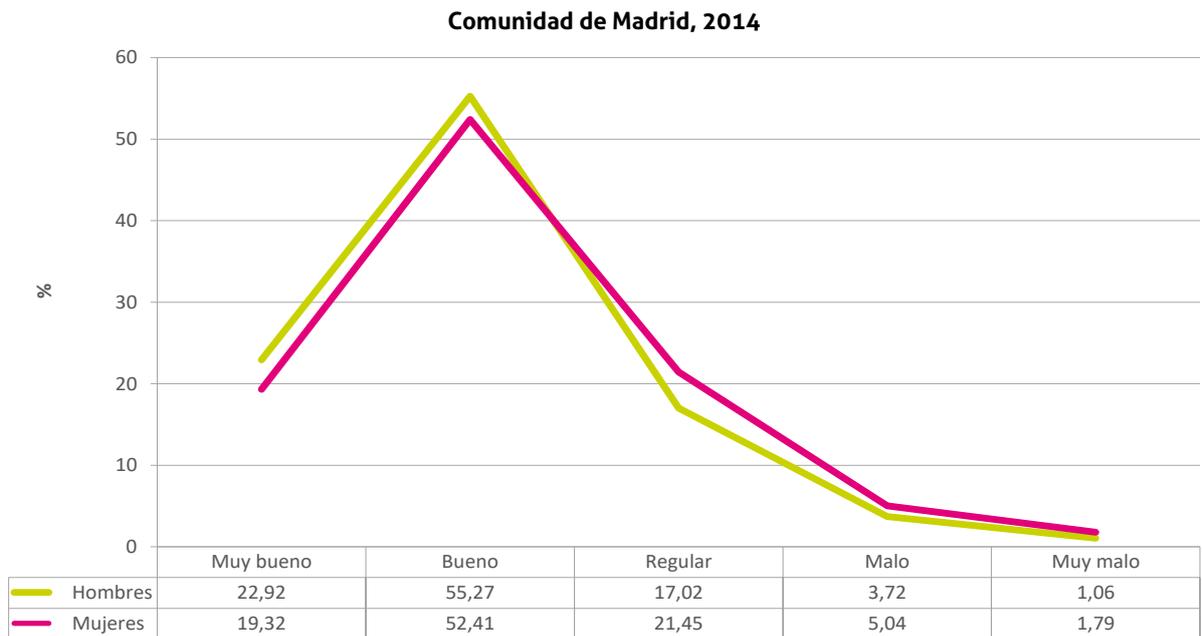
Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Es interesante comprobar que, en la Comunidad de Madrid, este trabajo de detección temprana ha tenido como consecuencia que el 65% de las mujeres se hayan hecho una mamografía "por consejo de su médico de Atención Primaria o especialista, aunque no tenía ningún problema" destacando, con gran diferencia del resto de las Comunidades Autónomas y la media de España, que no alcanza el 40%.

3.3. Percepción de la propia salud

Las mujeres de la Comunidad de Madrid cuentan con mayor esperanza de vida pero con una peor percepción de su salud. Utilizando esta misma fuente estadística, la percepción de la salud en los últimos doce meses está mejor valorada nuevamente entre los hombres.

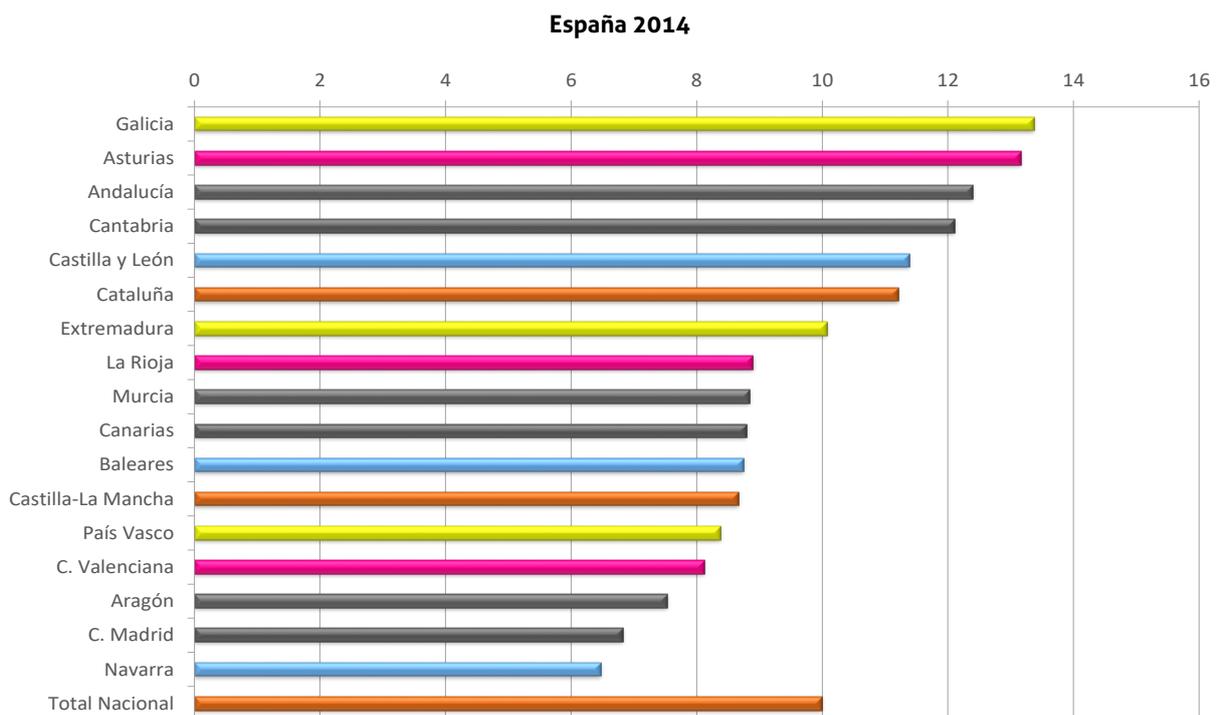
Gráfico 3.3.1. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo



Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

En la percepción de la salud por Comunidades Autónomas, cuando se valora que la salud es "mala o muy mala", hemos encontrado diferencias: las mujeres de la Comunidad de Madrid son las que mejor perciben su salud junto con Navarra y Aragón, mientras que las de Galicia y Asturias son las que peor percepción tienen de su salud.

Gráfico 3.3.2. Percepción del estado de salud de las mujeres como "malo/muy malo"



Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

4. BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER

Hay muchas concepciones diferentes en la Psicología, múltiples conceptos y puntos de vista sobre el bienestar psicológico. Unas tendencias lo asocian con su relación con los afectos, las sensaciones, y el logro de la felicidad y el bienestar subjetivo, otras con el desarrollo armónico del potencial humano que tiene cada persona.

En el primer caso, el bienestar subjetivo es el resultado de un balance global (nivel de satisfacción) que hace la persona de sus oportunidades vitales (recursos sociales, personales y aptitudes individuales), del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta (privación-opulencia, ataque-protección, soledad-compañía, etc.) y de la experiencia emocional derivada de ello. La satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva.

El bienestar psicológico es una tradición más reciente y ha centrado su interés en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestras metas. Seis fueron las dimensiones psicológicas propuestas originalmente por Ryff en 1989, reducidas posteriormente (Ryff y Keyes, 1995) a: autonomía, objetivos vitales, autoaceptación y relaciones positivas con otros.¹⁵

La relación entre el bienestar psicológico y la salud parece tener un papel en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas permitiendo incluso incrementar la esperanza de vida. En el estudio realizado por el catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid, Carmelo Vázquez y su equipo¹⁶ indican que “el bienestar parece tener una relación directa con determinados parámetros físicos protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, pero también puede afectar por otras vías como son el aumento de las conductas saludables o un buen afrontamiento de los problemas de salud, así como por su capacidad amortiguadora del estrés”.

En este capítulo se analizan los principales factores que influyen en el bienestar psicológico de las mujeres: problemas mentales y depresivos, los derivados de un modo de vida estresante con multiplicidad de roles (como mujer trabajadora, madre, cuidadora, etc.) y otros más relacionados con la presión que la sociedad ejerce sobre su imagen que pueden derivar en trastornos alimentarios y del sueño, entre otros.

4.1. Salud mental y mujer

Según la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV TR), la ansiedad es también una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o ser poco adaptativas en ciertas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica pudiendo ocasionar trastornos físicos o mentales. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes entre estos últimos.

15 Blanco, A y Díaz, D. El bienestar social. Su concepto y medición. Revista Psicothema. Vol. 17, nº 4. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Oviedo 2005, pp. 582-589.

16 Vázquez, Hervás, G, Rahona, J.J. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. Anuario de Psicología Clínica y de Salud, Vol. 5. Universidad de Sevilla, 2009, pp. 15-28.

Vamos a describir brevemente las situaciones más habituales de alteración de la salud mental que, normalmente de forma transitoria, tienen consecuencias tanto a nivel personal como laboral: el estrés, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo como la depresión.

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar situaciones que se perciben como amenazantes o de excesiva demanda. Es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, aunque en la actualidad se confunde con una patología porque estos mecanismos de defensa en determinadas circunstancias pueden ocasionar problemas graves de salud.

Los llamados "estresores" o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (físico, químico, acústico, somático, sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo. Los principales se detallan en la tabla a continuación:

Tabla 4.1.1. Principales factores desencadenantes de estrés

<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones que fuerzan a procesar la información rápidamente • Estímulos ambientales dañinos • Percepciones de amenaza • Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento y confinamiento • Bloqueos en nuestros intereses • Presión de grupo • Frustración • No conseguir objetivos planeados • Relaciones sociales complicadas o fallidas
--	--

Fuente: Casas Hilari M. *Vivir bajo presión: el estrés*. Ed. Océano, 2001.

El estrés tiene la consideración de una patología laboral que presenta una especial incidencia en el sector servicios, siendo el riesgo mayor en las tareas en puestos jerárquicos que requieren mayor exigencia y dedicación, así como en aquellos con trato directo con el público: comerciales, personal sanitario, centros de atención al cliente, etc. Cuando el estrés se convierte en crónico, adquiere una dimensión de "enfermedad" que altera la vida y el normal funcionamiento de las personas y es aconsejable consultar a un especialista. Se trata de los trastornos de ansiedad.

Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad como las fobias (agorafobia, fobia social o fobias específicas), trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos por estrés postraumático y trastornos por adaptación. Los estudios epidemiológicos muestran tasas de prevalencia elevadas de los trastornos de ansiedad. Se calcula que el 20% de la población en términos generales sufre alguno a lo largo de su vida (28,7% según el *National Comorbidity Survey*)¹⁷.

En el gráfico 4.1.1. podemos observar su incidencia en pacientes de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid según grupos de edad. Los trastornos de ansiedad son, entre las diversas patologías mentales, la causa más frecuente de consulta entre los 15 y los 64 años, pasando a un segundo lugar a partir de esa edad y perdiendo mucha importancia en edades muy avanzadas.

17 Martínez Barrondo, S; Sainz Martínez, A.; García-Portilla, M. Trastornos de ansiedad en atención primaria. JANO, nº 1.714, extra octubre 2008.

Gráfico 4.1.1. Incidencia de trastornos mentales en Atención Primaria según edad

Comunidad de Madrid, 2013

Edad	Sensación ansiedad / tensión	Trastornos depresivos	Trastornos de la conducta	Problemas de aprendizaje	Consumo excesivo tabaco, otros	Problemas de sueño	Problemas de memoria	Demencia	Otros
0 - 4			Causa Frecuente	Causa Principal		Menos Frecuente			
5 - 14			Causa Principal	Menos Frecuente			Causa Frecuente		Menos Frecuente
15 - 64	Causa Principal	Causa Frecuente			Menos Frecuente	Menos Frecuente			
65 - 84	Causa Frecuente	Causa Principal				Causa Frecuente	Menos Frecuente		
> 85		Menos Frecuente				Causa Frecuente		Causa Principal	

FRECUENCIA	
	Causa Principal
	Causa Frecuente
	Menos Frecuente

Fuente: Informe 2014 del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid. OMI-AP Madrid.

En la tabla 4.1.2., a continuación, se presentan los síntomas más frecuentes de la ansiedad así como el decálogo de los hábitos principales para prevenir y/o combatir los trastornos de ansiedad y estrés, según el doctor Antonio Cano, presidente de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Es interesante observar cómo la práctica totalidad de los factores saludables que se discuten en este estudio aparecen mencionados entre las distintas terapias anti-estrés (dieta, descanso, ejercicio físico, organización del tiempo).

La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Estos trastornos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

Existen otros tipos de trastornos del estado de ánimo como los trastornos distímicos (depresión crónica de carácter leve), el trastorno depresivo mayor y los trastornos bipolares o maníaco-depresivos. Sin pretender profundizar en este tema, que excede el propósito de este estudio, parece pertinente detallar los criterios diagnósticos de la depresión:

- Estado de ánimo crónicamente bajo la mayor parte de los días, manifestado u observado durante al menos dos años, sin interrupciones superiores a los dos meses seguidos.
- Además debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de apetito.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Astenia, fatiga generalizada.
 - Baja autoestima.
 - Dificultades de concentración y para la toma de decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza.

Tabla 4.1.2: Síntomas de ansiedad más frecuentes a distintos niveles corporales y decálogo de prevención contra la ansiedad y el estrés

Fuente: Dr. A. Cano. Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Elaboración propia.

SÍNTOMAS	DECÁLOGO PREVENCIÓN ANSIEDAD Y EXTRÉS
<p><u>COGNITIVO – SUBJETIVO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación, temor, miedo • Inseguridad, indecisión • Pensamientos negativos sobre uno mismo • Temor a que los demás perciban nuestras dificultades, a perder el control, al fracaso, al ridículo • Dificultades y problemas para pensar, estudiar, concentrarse, confusión de ideas <p><u>FISIOLÓGICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudoración, temblores, tensión muscular • Palpitaciones, taquicardia • Molestias de estómago y otras molestias gástricas • Dificultades significativas para respirar y/o tragar • Urgencia urinaria • Sequedad de boca, rubor, escalofríos, manos heladas • Dolores de cabeza, mareos y náuseas <p><u>MOTOR U OBSERVABLE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de situaciones temidas • Fumar, comer o beber en exceso • Intranquilidad motora expresada con movimientos repetitivos, rascarse, tocarse • Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta • Tartamudear, parpadear, llorar, quedarse paralizado • Rapidez al hablar, bajo volumen de voz, silencios frecuentes • Uso de estimulantes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIETA: comer sano, evitando sobrecargas (obesidad, colesterol, etc.); no abusar del alcohol; usar el tiempo de comer como momento de descanso y ruptura rutina, 2. DESCANSO: dormir en torno a 8h; tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso; dejar el trabajo en la oficina (papeles y preocupaciones) 3. EJERCICIO FÍSICO: práctica moderada de algún deporte; caminar todos los días al menos 30 minutos; utilizar para airearnos física (naturaleza) y mentalmente 4. ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO: fundamental para poder descansar, establecer horarios para evitar olvidos, sobresaltos; puntualidad; seleccionar actividades cuando no se puede llegar a todo 5. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES: no dejarlos pasar, afrontarlos de forma activa o pasiva pero tomando decisiones; no analizar continuamente el problema; no volver atrás 6. INTERPRETACIÓN DE SITUACIONES Y PROBLEMAS: no exagerar consecuencias ni hacer análisis catastrofistas; no preocuparse por lo que otros piensen, saber que no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad que nosotros; ellos también la tienen 7. AUTOESTIMA: reconocer cuando hemos hecho algo bien, y felicitarnos por ello, como cuando lo hemos hecho mal para afrontarlo y corregirlo; es bueno quererse y tratarse bien a uno mismo 8. RELACIONES PERSONALES: con la pareja, familia, amigos, colegas, reforzar conductas positivas; corregir las conductas negativas de otros sin broncas ni culpas; no sacar siempre problemas pasados, culpas de los demás 9. ENTRENAMIENTO ESPECÍFICO TÉCNICAS CONTROL ANSIEDAD: practicar la relajación con cierta asiduidad; biblioterapia, leer algún libro bueno de autoayuda; eliminar ideas irracionales; exponerse gradualmente a las situaciones que provocan pánico 10. PONERENOS EN MANOS DE UN ESPECIALISTA: si tenemos dificultades para controlar nuestro estrés o reducir nuestra ansiedad

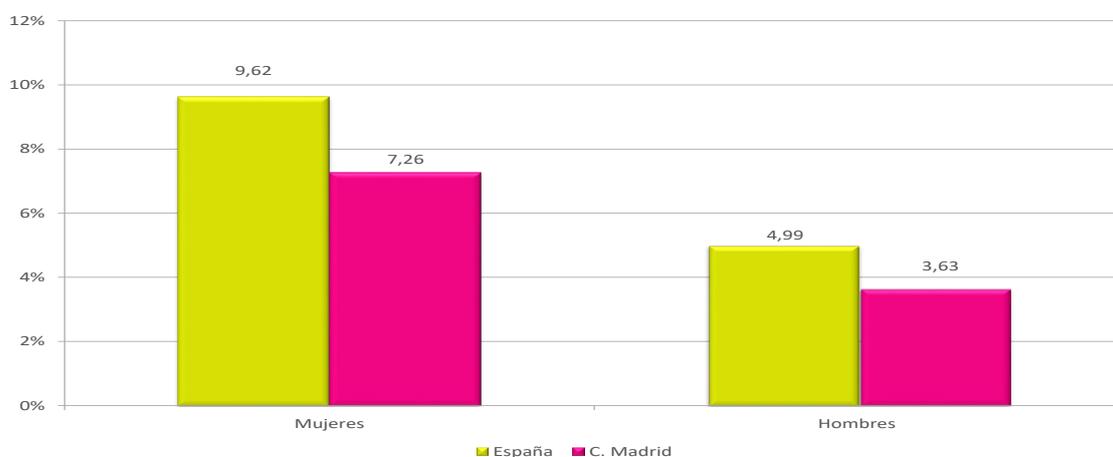
Según la doctora Isabel Montero¹⁸, profesora titular de Psiquiatría de la Universidad de Valencia y ex presidente de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP), desde el punto de vista biológico, las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos asociados al neuro-desarrollo, que se manifiestan en la infancia y pre-adolescencia. Sin embargo, a partir de la adolescencia, este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre.

La mayoría de los estudios demuestra una mayor frecuencia de estos trastornos entre las mujeres. En el caso de los cuadros depresivos activos (gráfico 4.1.2), según la encuesta Europea de Salud de 2014, el porcentaje de madrileñas con cuadro depresivo es de un 7,26%, frente al 3,63% de los hombres, si bien la cifra es inferior a la del conjunto de España (9,62%).

18 Montero Piñar, I. Programa de formación de formadores en perspectivas de género en salud. Cap. 5: Salud Mental. España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de la Mujer, octubre 2005.

Gráfico 4.1.2. Prevalencia de cuadros depresivos por sexo

España. Comunidad de Madrid 2014



Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Según el Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid del año 2014, "las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera carga de enfermedad de la población madrileña al igual que en el conjunto de España. En la distribución por edades y sexo, se aprecia un patrón bimodal con un primer pico en adultos jóvenes, resultando principalmente de las consecuencias del abuso del alcohol en los hombres y de la depresión en las mujeres, y un segundo valor máximo en edades avanzadas, resultado del impacto de las demencias y el Alzheimer con mayor resultado en las mujeres"¹⁹.

Existe un estudio epidemiológico de los trastornos mentales en nuestro país, el proyecto ESEMeD-España²⁰, que analiza la prevalencia de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, así como la influencia de los factores de riesgo socio-demográficos en su presencia. Se realizó mediante encuesta personal domiciliaria a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años compuesta por 5.473 individuos.

La siguiente tabla muestra los datos de prevalencia-vida para la población española en general. Podemos observar cómo es más alta en la mujer que en el hombre excepto en los trastornos asociados al consumo de sustancias.

Tabla 4.1.3. Prevalencia-vida²¹ de algunos trastornos mentales en la población española

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Trastornos del estado de ánimo		
• Distimia	1,85	5,29
• Depresión mayor	6,29	15,85
Trastornos de ansiedad		
• Trastorno de ansiedad generalizada	1,15	2,57
• Fobias específicas	2,32	6,54
• Trastornos de angustia	0,95	2,79
Trastornos por abuso / dependencia alcohol	6,47	0,96
Cualquier trastorno mental	15,67	22,93

Fuente: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Elaboración propia.

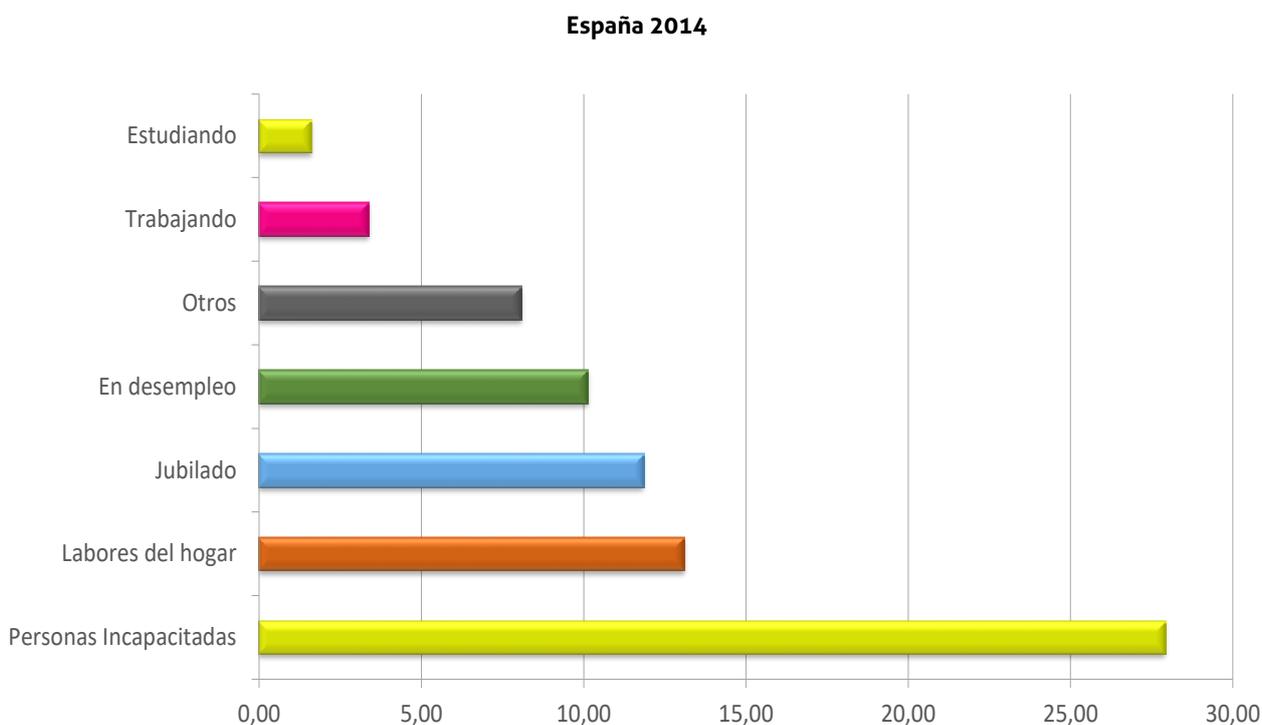
19 Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Noviembre 2014.

20 European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Proyecto financiado por la Comisión Europea y el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, 2005.

21 Prevalencia-vida: proporción de personas que presentan un trastorno de este tipo a lo largo de su vida.

Además del hecho de ser mujer, el otro factor socio-demográfico que determina diferencias significativas es la ocupación, como podemos ver en el gráfico anterior 4.1.3. Los cuadros depresivos en relación con la actividad laboral afectan con mayor incidencia a las personas incapacitadas en un 27,92%, seguido de las dedicadas a labores del hogar 13,28% (mayoritariamente mujeres), personas jubiladas 11,85% y en desempleo 10,13%.

Gráfico 4.1.3. Prevalencia de cuadros depresivos activos según relación con la actividad económica actual. Población de 15 y más años



Fuente: Encuesta Europea de Salud. 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Es necesario mencionar, necesariamente de manera concisa, dos cuestiones que afectan exclusivamente a la mujer y que constituyen sendos puntos de inflexión en su vida, como son el parto y la menopausia.

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que hacen a la mujer más vulnerable frente a posibles trastornos psíquicos comúnmente conocidos como la "depresión post-parto"²² y la "depresión durante la menopausia".

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermada temporalmente su salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.

Como cualquier otro trastorno de este tipo, la depresión post-parto se presenta con distintos grados de intensidad. La depresión postparto leve o "maternity blues" es un síndrome leve, transitorio, que se presenta con frecuencia en un rango de 20-80% de las madres. Aparece alrededor de los dos y cuatro días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de unas dos semanas.

22 Carro García, T. et al. Trastornos del estado de ánimo en el post-parto. Medicina general, pp. 452-456.

Tabla 4.1.4. Síntomas de la depresión postparto

Pereza, fatiga, tristeza
Alteración del sueño y del apetito
Falta de concentración, confusión
Pérdida de memoria
Irritabilidad hacia el marido o los otros hijos
Sentimiento de culpa
Pérdida de libido
Miedo a autolesionarse o dañar al niño
Sobreprotección del niño: la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre
Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle
Síntomas de ansiedad, angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

Fuente: Carro García, T.; Sierra Manzano, J. M.^a; Hernández Gómez, M^a J.; Ladrón Moreno, E.; Antolín Arrio, E..
Trastornos del estado de ánimo en el post-parto. Medicina general.

La depresión mayor post-parto se inicia entre la segunda y la tercera semana después del nacimiento, con una duración que puede variar entre las cuatro y las seis semanas, pudiendo llegar incluso hasta un año sin el tratamiento adecuado. La prevalencia de este trastorno es del 5-22% de las nuevas madres. Puede manifestarse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuerte sentimiento de culpa, de incapacidad total para hacerse cargo de su hijo y ambivalencia en relación con el afecto que siente por éste.

La menopausia empieza alrededor de los 48 años de edad, entre los 45 y 55 años. No es la antesala de la vejez, como se ha llegado a afirmar, ni tampoco debe considerarse una enfermedad.

Según la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM), las mujeres durante esta etapa son más susceptibles de sufrir una depresión debido a los importantes cambios hormonales que experimentan. También es frecuente que las mujeres sufran cambios de humor o estén más irritables. A estos problemas se le suman otros malestares físicos, como los sofocos, los cambios de humor o más riesgo de infecciones vaginales. Para prevenir la depresión, los especialistas recomiendan precisamente hábitos de vida saludables, como cuidar la alimentación, realizar ejercicio físico moderado y evitar el estrés.

No obstante, las modificaciones en la esfera física y mental no son las únicas. Durante la menopausia es frecuente que las mujeres vivan otros cambios muy importantes en su entorno. Es la etapa en la que los hijos suelen abandonar el hogar y, además, una época de frecuentes rupturas de pareja. Según datos del INE, el mayor número de divorcios y separaciones en 2015 entre cónyuges de diferente sexo tuvo lugar en la franja de edad entre 40 y 49 años, tanto en hombres como en mujeres.

La edad media de las mujeres fue de 44,1 años (43,8 años en los divorcios, 49,0 en las separaciones y 41,4 en las nulidades)²³.

23 Estadística de nulidades, separaciones y divorcios. Instituto Nacional de Estadística. 2015.

4.2. Patrones de sueño y salud

Uno de los factores más comúnmente citados al hablar del bienestar psicológico es la interesante conexión entre el sueño y la salud. Es bien conocido el impacto negativo de los trastornos del sueño en el funcionamiento físico y psicosocial.

Existen considerables diferencias entre la duración del sueño de cada individuo. En muchas ocasiones se ha asumido una relación entre las "ideales siete y ocho horas de sueño" y la salud o bienestar físico y mental. Sin embargo, autores como Hartmann (1977) enfatizan que cada persona debe satisfacer su "cuota de sueño individual" para sentirse bien. También varios prestigiosos investigadores del sueño como Horne, Webb o Dement han sostenido que el sueño podría reducirse permanentemente de esas "ideales ocho horas" sin riesgos para la salud.

Diversos estudios han sugerido que las personas con patrón de sueño largo –superior a las nueve horas- y corto –inferior a las 5,5 horas- tienen un mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas sobre la salud, a distintos niveles. Los que duermen aproximadamente siete y ocho horas son los que gozan de mayores ventajas tanto a nivel físico como psicológico. Hay que señalar que estas diferencias individuales en las horas que dedicamos a dormir pueden reflejar estilos de vida más que trastorno, a veces modificables en la misma medida que la alimentación, el nivel de actividad física o el hábito de fumar²⁴.

Existe un consenso generalizado en los estudios a la hora de determinar que la falta de sueño tiene importantes consecuencias, tanto en la alteración del metabolismo como en el deterioro de las funciones cognitivas (la memoria, la concentración y el aprendizaje) y emocionales.

Es importante tener en cuenta que el sueño presenta variaciones a lo largo de la vida y, por tanto, la necesidad de sueño puede modificarse en función del momento del ciclo vital que consideremos. Los cambios más importantes se producen en la infancia y, en menor medida, durante la adolescencia. El sueño suele variar poco durante la vida adulta, para volver a presentar modificaciones importantes durante el envejecimiento²⁵.

Como se ha mencionado, la reducción de las horas de sueño se ha vuelto muy común en nuestra sociedad. La vorágine en la que nos vemos inmersos en el día a día debido al estrés, a la compatibilización de horarios, etc. hace que necesitemos estar "despiertos" más horas al día. Algunos autores se han referido a la restricción a largo plazo que voluntariamente imponemos a nuestra duración del sueño como "insomnio normal", «síndrome del sueño acortado» o "síndrome de somnolencia diurna excesiva".

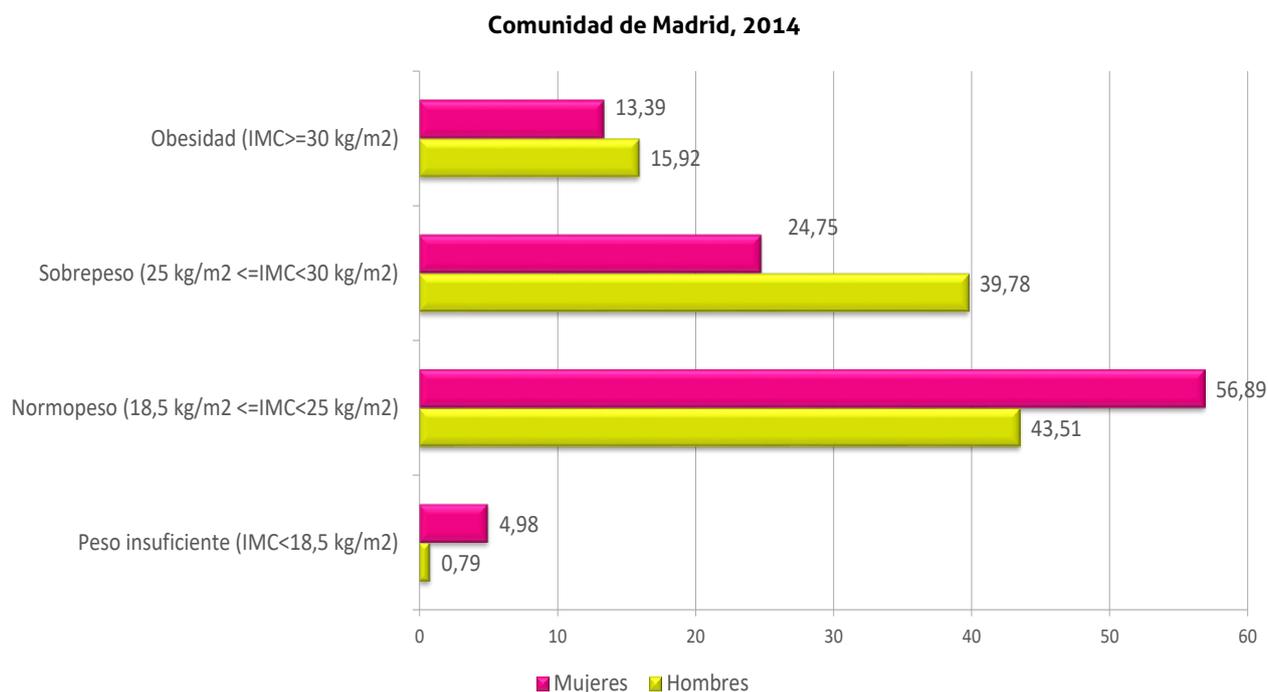
4.3. Trastornos de la conducta alimentaria

Según los resultados de la Encuesta Europea de Salud del 2014, en la Comunidad de Madrid la frecuencia de obesidad es ligeramente superior en los hombres, casi un 15,92% en hombres y un 13,39% en mujeres. Lo mismo ocurre con el sobrepeso, donde la población masculina representa el 39,78% frente al 24,75% de las mujeres. Por el contrario, la variable de peso insuficiente afecta a las mujeres en un porcentaje superior al de los hombres 4,90% en comparación al 0,79% masculino.

Estas diferencias entre hombres y mujeres podrían apuntar hacia un mayor interés de las mujeres por su peso, que les haría incluso llegar a situaciones de falta de peso y una menor preocupación de los hombres por el cuidado de su salud.

24 Miró, E.; Láñez, M.; Cano-Lozano M. Patrones de sueño y salud. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 2, Nº 2, pp. 301 -326.

25 Idem

Gráfico 4.3.1. Índice de masa corporal¹ en la población adulta según sexo

Índice de masa corporal IMC = [peso (Kg) / estatura (m) al cuadrado]

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Esta aparente mayor preocupación por la imagen se refleja en los hábitos alimenticios y sobre todo en las dietas para adelgazar. Como se observa en la tabla siguiente, aunque las dietas para adelgazar son realizadas mayoritariamente por las mujeres y los 'trastornos de la conducta alimentaria', tanto la anorexia como la bulimia nerviosa, se manifiestan con más frecuencia en la mujer, cada vez más hombres tratan de cuidar su alimentación, acortando la distancia que les separa de la mujer.

La imagen que se transmite socialmente desde los medios de comunicación, la industria de la belleza y de la moda propician la aparición del concepto de "mujer perfecta" desde el punto de vista del aspecto físico y aumentan los sentimientos de rechazo del propio cuerpo en muchas mujeres, cada vez a edades más tempranas.

Los criterios estéticos de belleza alteran tanto la percepción como el reconocimiento del propio cuerpo. A raíz de la creación del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario se han creado diferentes unidades y servicios en nuestra Comunidad para tratar de prevenir y paliar estos trastornos.

Tabla 4.3.1. Población (18 – 64 años) que ha realizado dietas en los últimos seis meses

Comunidad de Madrid, 2013

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Algún tipo de dieta	9,80	14,30
Dieta para adelgazar	5,90	10,40

Fuente: Informe Estado de Salud. 2014. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid 2014

Según la Clínica de Trastornos del Comportamiento Alimentario del hospital Gregorio Marañón en funcionamiento desde marzo de 2008, el perfil de las personas que acuden a este centro según datos de 2013 en un 95,5% son mujeres con una edad media de 31,6 años con estudios universitarios y equivalentes (51,1%). Los diagnósticos más frecuentes son la bulimia nerviosa purgativa, en un 34,1%, trastorno por atracón 27,3% y la anorexia nerviosa, en un 14,8%. En la línea de Atención Telefónica de Nutrición y Trastornos Alimentarios las llamadas son en un 40% sobre anorexia y el perfil es similar al comentado anteriormente.

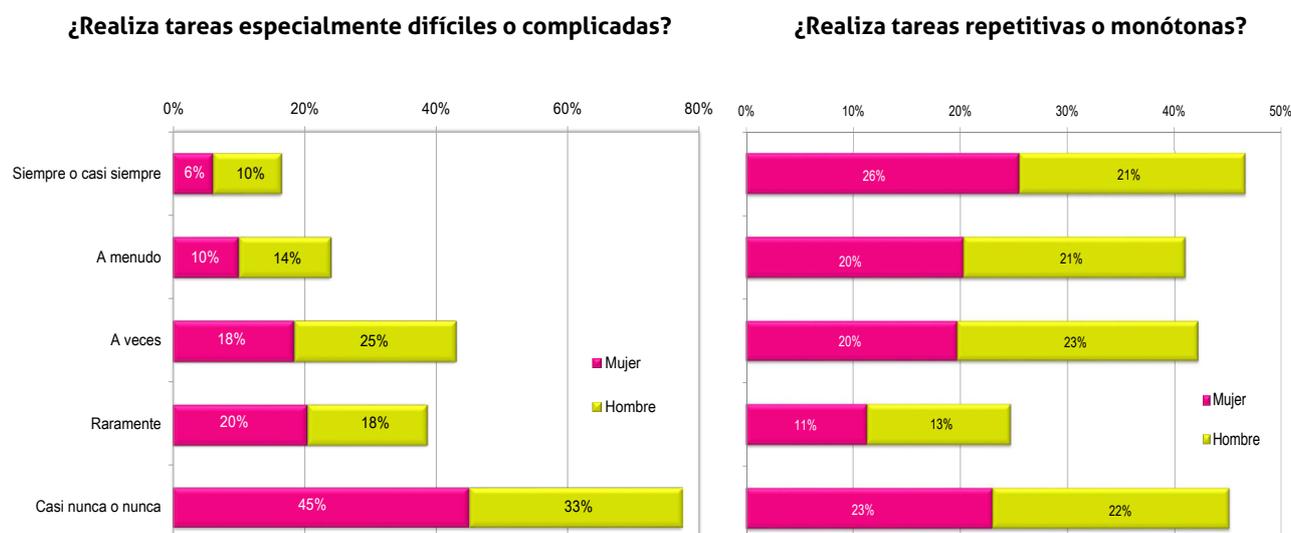
4.4. Bienestar y satisfacción en el trabajo

La Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, que realiza desde 1987 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, es uno de los instrumentos esenciales para conocer las condiciones en que desempeñan su actividad los trabajadores españoles. En la VII encuesta, correspondiente al 2011, **última publicada**, se realizó una batería de 64 preguntas a 8.890 trabajadores de todos los sectores y en todo el territorio nacional.

Entre las condiciones que determinan la calidad del trabajo se incluyen lo que denominan "*factores de riesgo psicosocial*", que agrupa en tres dimensiones distintas:

1. Exigencias del trabajo y características intrínsecas del mismo. Incluye preguntas sobre la cantidad de trabajo, el agobio en el mismo, el ritmo de trabajo, la monotonía, la posibilidad de aprender cosas nuevas, etc.
2. Falta de autonomía en el desarrollo del trabajo. Se analiza el margen de maniobra o autonomía con que cuenta el trabajador en el desarrollo de su trabajo, considerando que la combinación de fuertes exigencias del trabajo y escasa autonomía define una situación de riesgo de carácter psicosocial.
3. Apoyo social y reconocimiento. Preguntas sobre el apoyo social por parte de compañeros y jefes, el sentimiento de utilidad del trabajo realizado y la oportunidad de hacer aquello que se sabe hacer mejor.

Gráfico 4.4.1. Características intrínsecas del trabajo: grado de dificultad y monotonía



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011.
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

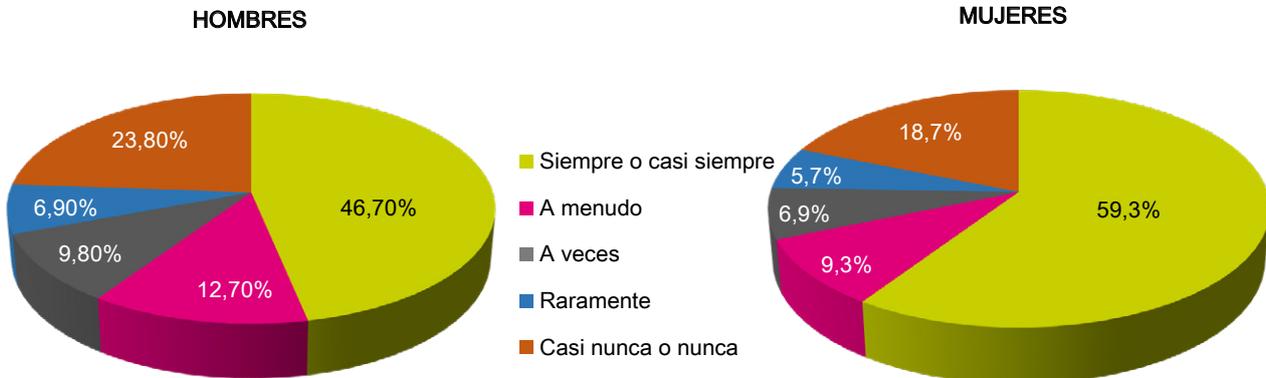
A modo de ejemplo, se presentan en el gráfico 4.4.1. los resultados obtenidos a dos preguntas referidas a las exigencias del trabajo por sus características propias. En la pregunta: "¿Realiza tareas especialmente difíciles o complicadas?", observamos diferencias entre mujeres y hombres. Un 24% de éstos contesta "siempre/casi" o "a menudo" mientras que esa proporción se reduce al 16% en el caso de las mujeres. Por otra parte, el 45% de las mujeres contesta que "nunca" frente a sólo el 33% de los hombres.

En la pregunta destinada a medir el grado de repetitividad de las tareas desempeñadas o la monotonía de la jornada de trabajo, las diferencias obtenidas son menores que en el caso anterior. Existe una diferencia de cinco puntos entre el 26% de las mujeres que contestan "siempre o casi" y el 21% de los hombres. En el resto de categorías, las respuestas obtenidas son prácticamente las mismas en las mujeres y los hombres.

Las exigencias "emocionales" del trabajo cuando se trata con clientes, pacientes, alumnos, pasajeros, etc. son un aspecto que debe tenerse en cuenta desde un punto de vista preventivo. En esta situación el trabajador debe dominar y, a menudo, reprimir sus emociones al tiempo que intentar controlar las emociones de las personas a las que está dando servicio, lo cual puede ser vivido como una fuente de conflictos emocionales muy estresante.

En este aspecto también se observan diferencias entre mujeres y hombres. Según los resultados obtenidos, atendiendo a las respuestas "siempre/casi" o "a menudo", el 60% de los hombres debe tratar directamente con personas que no están empleadas en el lugar donde trabaja. En el caso de las mujeres, esta proporción se incrementa casi diez puntos, hasta el 68,6%.

Gráfico 4.4.2. Trabajadores que desempeñan su labor frente a terceros



Fuente: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011.
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Las conductas violentas a las que con más frecuencia señalan los trabajadores haber estado expuestos son: a) agresiones verbales, rumores o aislamiento social, b) amenazas de violencia física y c) violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo. La discriminación por discapacidad, orientación sexual o religión son las conductas violentas menos mencionadas por los trabajadores.

Toda esta problemática laboral contribuye en gran medida a aumentar el nivel de estrés y el riesgo de sufrir trastornos de ansiedad. La concurrencia de algunos de estos factores en la misma persona origina un tipo de estrés avanzado y un desgaste que le hace sentirse continuamente exhausto ante unas demandas de energía y dedicación a las que siente que no puede hacer frente. Es lo que se conoce como el síndrome del "burn-out" (estar quemado).

Finalmente, destacar que cada vez es mayor el número de empresas que, dada la importancia de algunos de estos problemas, están tomando medidas para proporcionar al empleado las herramientas o la formación necesaria para poder satisfacer sus necesidades de salud y bienestar. Ejemplos de estas medidas son los centros deportivos, de fisioterapia y bienestar psicológico en las propias instalaciones, programas de apoyo para el ejercicio y el bienestar físico y mental, seguros médicos o el fomento de actividades al aire libre para el empleado y su familia.

En este mismo sentido, cada vez más empresas promueven la conciliación de la vida profesional, familiar y personal a través de la implementación de políticas de flexibilidad, de la oferta de beneficios sociales como los señalados anteriormente y del desarrollo de una cultura que facilite a sus empleados hacer compatible la vida personal y laboral, lo que en muchas ocasiones se presenta como factor determinante para el acceso y la permanencia de las mujeres en el empleo.

Como apuntan diversos estudios, entre ellos el Flexímetro de la Empresa Madrileña que elaboró la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid en 2013, el establecimiento de una cultura flexible y responsable en las organizaciones empresariales plantea una serie de beneficios tanto para los trabajadores como para las empresas: mayor compromiso, satisfacción y bienestar individual con la organización por parte del personal empleado; menor estrés y disminución de las bajas laborales; mejora de la productividad, el rendimiento y la competitividad, etc.

5. HÁBITOS DE VIDA DE LA MUJER

Dos de los componentes básicos de los hábitos saludables, que influyen en la salud física, mental y social de las personas son una buena alimentación y la práctica regular de actividad física y deporte. De su equilibrio depende en gran medida el peso corporal, la forma física y el bienestar general, que a su vez están influidos por factores genéticos y sociales, entre ellos el género. Existe evidencia sobre las diferencias entre mujeres y hombres en los hábitos alimenticios y en la práctica de actividad física, por disponibilidad de tiempo, acceso a instalaciones deportivas, hábitos y actitudes, entre mujeres y hombres.

La alimentación y la actividad física son, junto con la genética, los factores que más inciden en el peso de las personas, y tanto la obesidad como el peso insuficiente tienen a su vez implicaciones en la salud física, mental y social.

Las necesidades del cuerpo humano, por lo que se refiere a la actividad física, son, además de estructurales y reguladoras para el correcto funcionamiento del organismo, energéticas. Además, en general, mantener unos hábitos alimentarios correctos ayuda a prevenir enfermedades, permite el buen funcionamiento de todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo y proporciona la energía necesaria para practicar actividad física.

5.1. Alimentación

Los hábitos alimentarios se definen como la rutina diaria que acompaña el acto de comer: incluye horarios, cantidades, tipo de alimentos, preparaciones y gustos. Se ven afectados por creencias, herencia cultural familiar, capacidad de compra y el conocimiento que se tenga acerca de la alimentación.

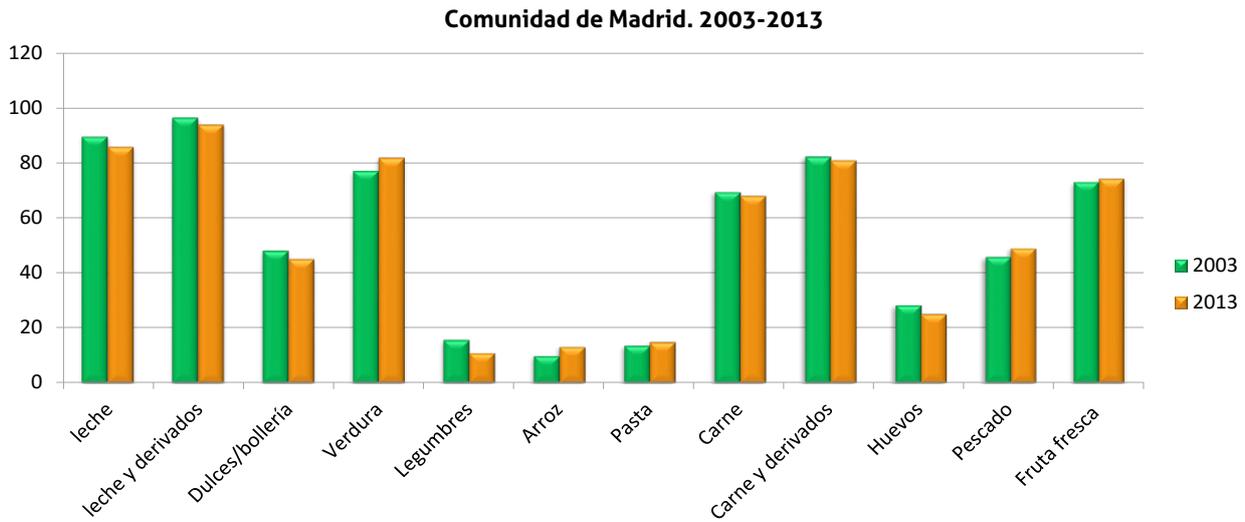
Es curioso destacar que existen diferencias en cuanto al consumo de determinados alimentos por sexos. Así, las mujeres consumen a diario más fruta fresca y verduras, ensaladas y hortalizas. Esto parece indicarnos que las mujeres cuidan más que los hombres su alimentación, ya que el consumo de frutas y verduras constituye la base de una alimentación sana y saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca el escaso consumo de fruta y hortalizas en sexto lugar entre los veinte factores de riesgo a los que atribuye la mortalidad humana.

**Tabla 5.1.1. Proporción de personas que consumen a diario diversos alimentos
Comunidad de Madrid, 2014**

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Fruta fresca (excluye zumos)	64,92	72,78
Carne	10,17	11,36
Huevos	2,34	0,96
Pescado	2,29	1,55
Pasta, arroz, patatas	7,97	10,12
Pan, cereales	81,09	79,26
Verduras, ensaladas y hortalizas	39,97	57,31
Legumbres	1,75	1,06
Embutidos y fiambres	11,18	8,09
Productos lácteos	85,11	85,58
Dulces	30,17	29,72

Fuente: Informe Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Gráfico 5.1.1. Evolución de la proporción de mujeres que realizan algún consumo de diversos alimentos en 24 h.



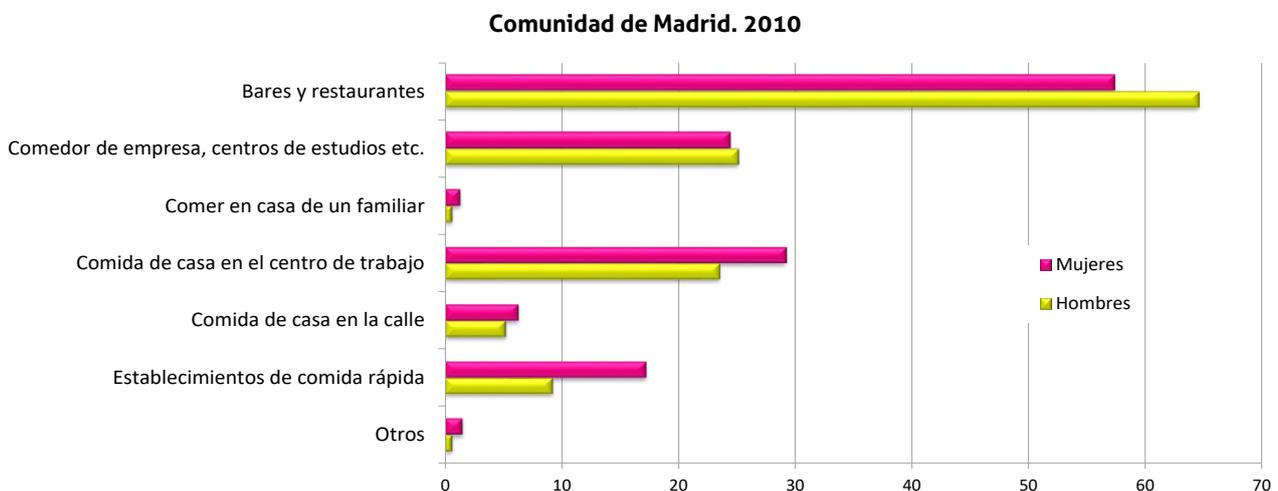
Fuente: Informe Estado de Salud 2004 y 2014. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Elaboración propia.

En los últimos años se observa cómo las mujeres tienden en mayor medida hacia una alimentación más sana y saludable. El gráfico 5.1.1. muestra cómo en el periodo 2003-2013 ha habido un aumento del consumo de verduras y frutas en las mujeres de la Comunidad de Madrid, mientras que en el resto de alimentos no se observa ninguna variación significativa a lo largo del periodo.

Otro de los factores a tener en cuenta a la hora de indagar sobre alimentos saludables, es la frecuencia con la que las comidas se realizan en el hogar o fuera. Según indican todos los expertos, la comida casera tiende a ser la más saludable, pero dentro de la jornada laboral existen circunstancias que pueden impedirnos comer en casa.

Así, se observan diferencias significativas en el hábito de comer fuera de casa al mediodía de lunes a viernes, que es más habitual entre hombres (43%) que entre mujeres (26%). El tipo de establecimiento que frecuentan para ello son los bares y restaurantes principalmente en el caso de los hombres, mientras que las mujeres suelen preferir comida casera dentro del propio centro de trabajo. Por otra parte, y paradójicamente, la opción por establecimientos de comida rápida (hamburguesería, pizzería etc.) es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Este comportamiento podría matizar el dato sobre la frecuencia con la que las mujeres optan por la comida casera dentro del propio centro de trabajo, apuntando a que esto se debe a que las mujeres no pretenden comer más sano, sino ganar tiempo.

Gráfico 5.1.2. Tipos de establecimientos para comer fuera de casa de lunes a viernes



Fuente: Barómetro Alimentación Comunidad de Madrid, 2010. Consejería de Sanidad. Elaboración propia.

5.2. Actividad física

Existe también consenso generalizado entre los especialistas en que la práctica de actividad física es la mejor herramienta para retrasar y prevenir las consecuencias del envejecimiento y fomentar la salud y el bienestar. En la tabla 5.2.1. se presenta un análisis a nivel nacional de las relaciones de mujeres y hombres con el deporte.

Tabla 5.2.1 Encuesta hábitos deportivos en España. 2015

	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
1 - ¿Ha practicado deporte en el último año?		
Si	59,80%	47,50%
No	40,20%	52,50%
2.- ¿Cuántos deportes practica?		
Uno	16,60%	26,40%
Varios	83,40%	73,60%
3.- ¿Qué modalidades son?		
Individuales	49,70%	68,10%
Colectivos	16,80%	11,20%
Ambos	33,60%	20,80%
3 - ¿Camina como sustitutivo/complemento a la actividad deportiva para mantener su forma?		
SI	67%	74%
NO	33%	26%

Fuente: Encuesta de hábitos deportivos en España. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Diciembre 2015.

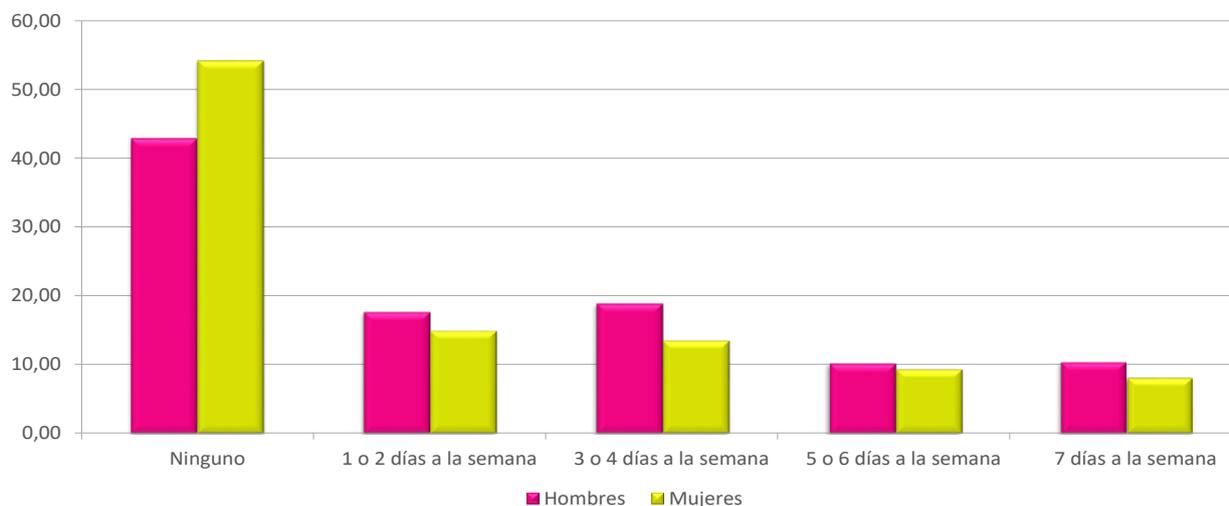
El 59,8% de los hombres ha practicado deporte en el último año. Esta tasa se reduce al 47,5% en el caso de las mujeres. De éstas, el 73,6% realiza más de un deporte frente al 83,4% de los hombres.

En las mujeres predominan los deportes individuales (68,1%) a diferencia de los varones que practican más deportes colectivos o ambos.

No obstante, aunque las mujeres practican menos deporte, indican que caminan como actividad sustitutiva o complementaria con bastante mayor frecuencia.

Gráfico 5.2.1. Número de días por semana de ejercicio físico. Población de más de 15 años

Comunidad de Madrid, 2015

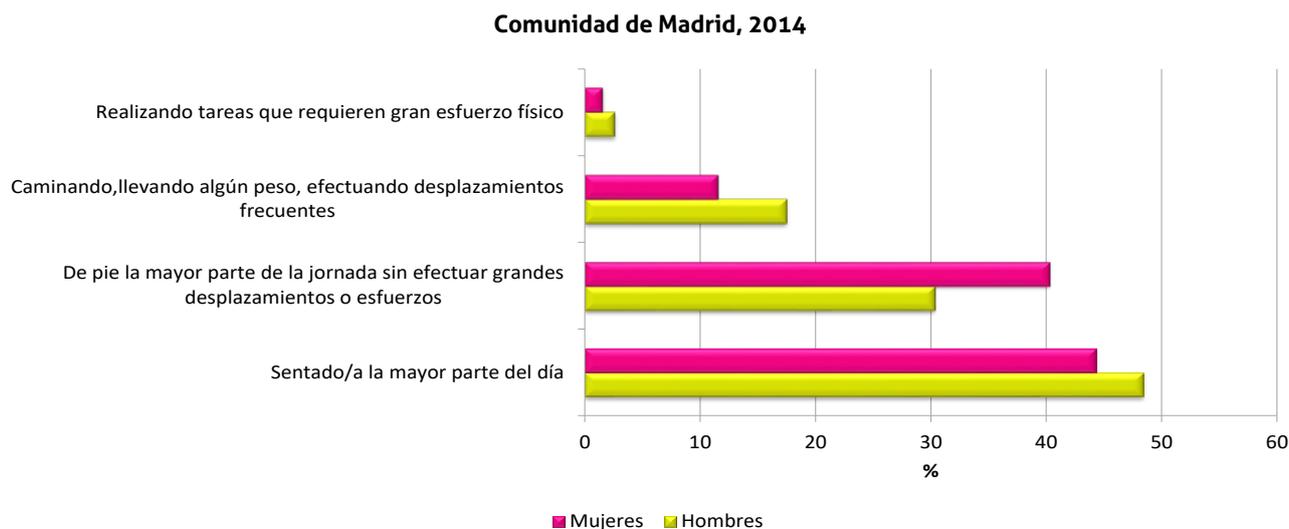


Fuente: Encuesta de hábitos deportivos en España. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Diciembre 2015.

En cuanto a los datos específicos de la Comunidad de Madrid, en el gráfico anterior (5.2.1.) se puede observar cómo la proporción de mujeres que practican ejercicio físico es menor que los hombres en todas las frecuencias semanales.

Respecto a la actividad física que conlleva el trabajo y que, por tanto, se realiza durante el horario laboral, los hombres realizan en mayor medida que las mujeres actividades que exigen mayor esfuerzo físico y su contrario, actividades que requieren estar sentados la mayor parte de la jornada. Casi la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres se dedican a tareas que requieren estar de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos.

Gráfico 5.2.2. Ejercicio físico en el trabajo



Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Podemos corroborar esta información en la Encuesta de Población Activa. Así, según muestra la siguiente tabla, comprobamos que las mujeres ocupan puestos donde están sentadas o de pie pero no llevando peso ni efectuando grandes desplazamientos. Entre estas ocupaciones figuran las de técnicos, trabajadoras de servicios, como dependientas y camareras, o empleadas de oficina y contables. En cambio, ocupaciones que requieren un gran esfuerzo físico como trabajadores en industria, construcción y operadores de maquinaria son predominantemente masculinas.

Tabla 5.2.2. Tipo de trabajo desempeñado por sexo

Comunidad de Madrid, 2015

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Directores y gerentes	7,5	3,9
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	21,8	27,7
Técnicos; profesionales de apoyo	16,6	14,3
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	7,3	13,9
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	18,3	22,7
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	1,4	0,2
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción	13,8	1,1
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	6,8	0,8
Ocupaciones elementales	5,7	15,4
Ocupaciones militares	0,8	0,1

Fuente: Encuesta de Población Activa. 2015. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

La persona sedentaria, tal y como lo define el INE en la Encuesta Nacional de Salud, es "aquella que no hace ejercicio en su tiempo libre". Es otra de las variables que influyen notablemente en el estado de salud. Como era de esperar visto lo anterior, los datos de sedentarismo en el tiempo libre muestran diferencias importantes, con un porcentaje de mujeres sedentarias mayor que el de hombres.

Tabla 5.2.3. Personas sedentarias

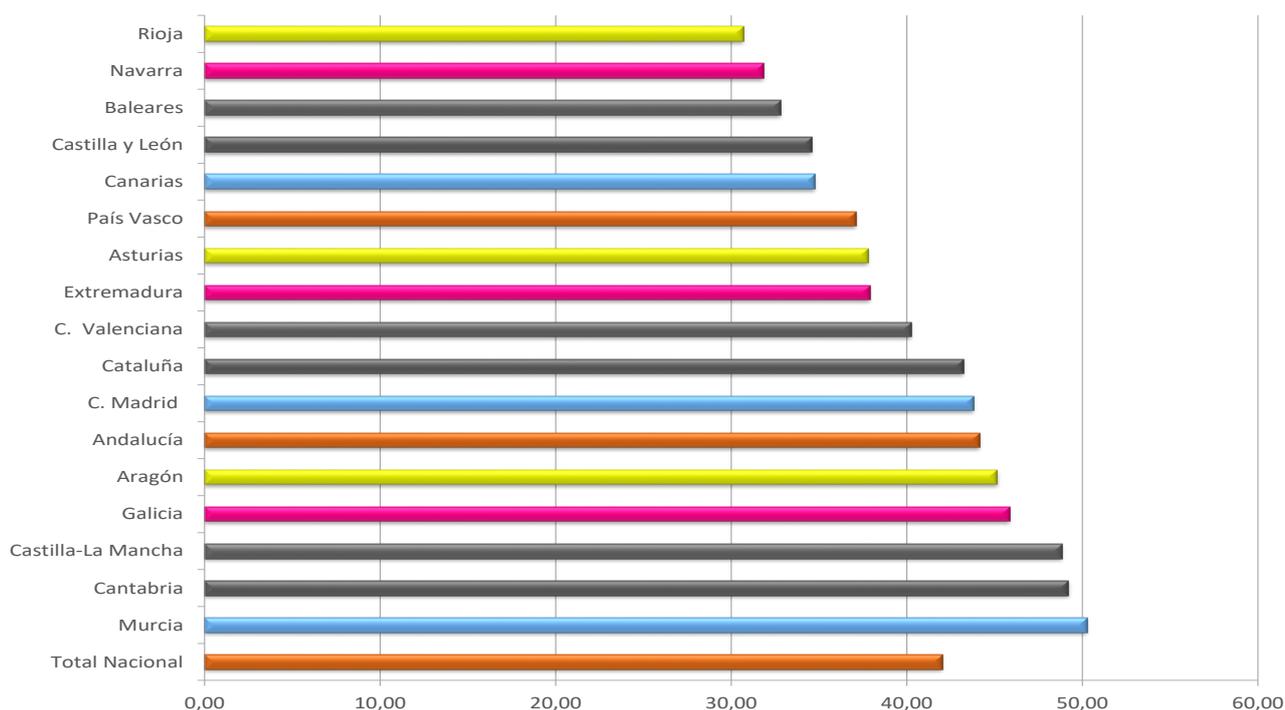
Comunidad de Madrid, 2014

Hombres (%)	Mujeres (%)
30,02	43,79

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

No se pueden establecer patrones de sedentarismo por Comunidades Autónomas pero observamos en el gráfico 5.2.3. que las mujeres que hacen más ejercicio en su tiempo libre, es decir las menos sedentarias, se ubican en el norte de España, concretamente en La Rioja, Navarra y País Vasco así como en las Islas Canarias. En el lado opuesto, las mujeres que se definen como "sedentarias", principalmente en Cantabria y Murcia. En la Comunidad de Madrid las mujeres se definen como "poco sedentarias", ocupando un lugar intermedio entre las que se definen como "más activas" y aquellas que casi no hacen ejercicio en su tiempo libre.

Gráfico 5.2.3. Sedentarismo en mujeres por Comunidades Autónomas, 2014



Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

5.3. Algunas prácticas no saludables

Como se desprende de los informes realizados por la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, actualmente, el consumo de alcohol es uno de los principales factores que afectan a la salud de los individuos y de las poblaciones y sus consecuencias tienen un gran impacto tanto en términos de salud como en términos sociales.

La Organización Mundial de la Salud ha advertido también de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan entre las generaciones más jóvenes. El consumo abusivo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con el desarrollo de discapacidad y de distintas enfermedades, así como con la violencia, el maltrato infantil, la marginación y conflictos con la familia y en la escuela. El alcohol está también presente en una proporción muy importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos.

Los patrones de uso —y también los de abuso— del alcohol han variado de forma muy importante en España. Las transformaciones y los cambios económicos, sociales y culturales han hecho que abandonemos el viejo «patrón mediterráneo» que limitaba la ingesta de alcohol a tan sólo pequeñas cantidades de vino en las comidas que se realizaban en familia y estaban sólo reservadas a los adultos. El inicio en el consumo de alcohol de los jóvenes no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que cada vez más frecuentemente comienza en el grupo de amigos y compañeros, a edades muy tempranas, próximas a los trece años en los casos extremos.

Como ya avanzábamos al principio de este apartado, el Plan Nacional sobre Drogas que elabora el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad afirma que el consumo de bebidas alcohólicas tiene consecuencias para la salud física y mental y puede relacionarse con problemas sociales y en las relaciones personales, con el absentismo laboral y, por supuesto, también con los accidentes.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en la Comunidad de Madrid, en 2013, la prevalencia del consumo de alcohol en el conjunto de la población es del 77,7% en el último año y del 65,6% en el último mes (consumo habitual). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 8,3%.

En la tabla 5.3.1. podemos observar la información desagregada por sexo. En primer lugar, vemos que el consumo de alcohol en los hombres es superior al de las mujeres de forma significativa para todas las frecuencias de consumo, excepto en el que caso del consumo poco habitual. Lo mismo ocurre con el consumo de riesgo (cantidad por encima de cierto volumen por periodo o por ingesta) que siempre está por encima en los hombres que en las mujeres (10,3% frente al 3,4%) y en los grupos de edad más jóvenes de 15 a 24 años.

Tabla 5.3.1. Frecuencia en el consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses por sexo

Comunidad de Madrid, 2014

	DIARIO	1-4 DIAS SEMANA	1-4 DIAS MES	MENOS 1 VEZ MES	NUNCA
Hombres (%)	1,88	5,53	8,44	17,32	66,83
Mujeres (%)	1,13	4,54	4,05	10,21	80,06

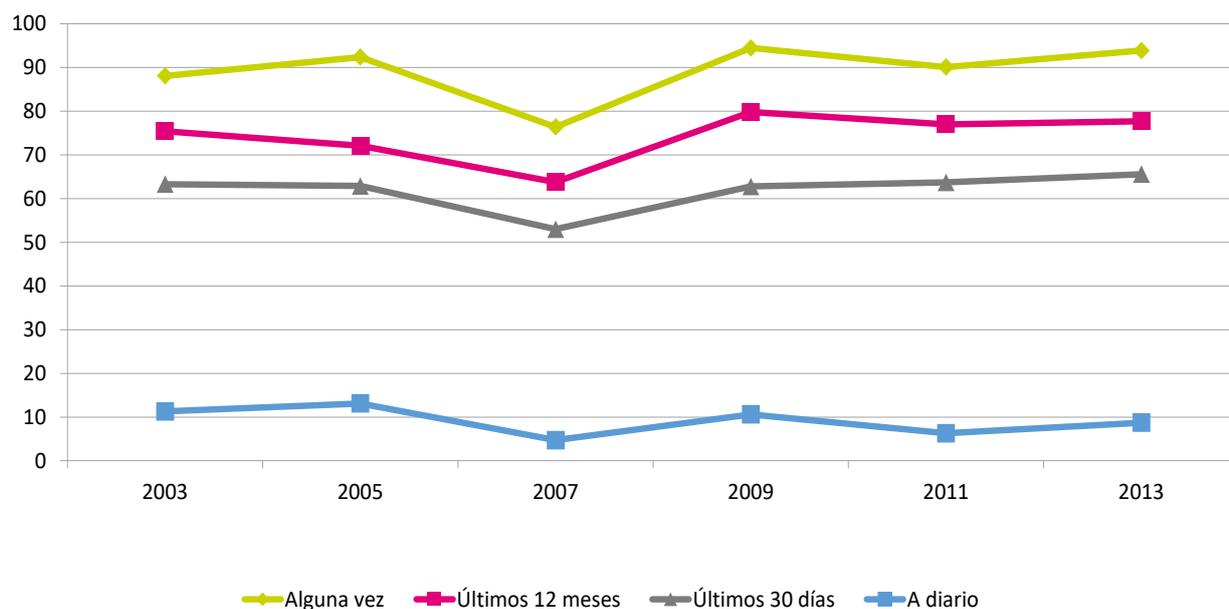
Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

El consumo de alcohol en las mujeres disminuye a medida que aumenta la frecuencia de consumo. La diferencia en el consumo de esta sustancia en el último mes se distancia respecto a los hombres en más de 7 puntos, diferencia que es mucho menor en el consumo diario.

Según la Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas, ya citada, en la Comunidad de Madrid los hombres presentan prevalencias de consumo superiores a las mujeres para todas las frecuencias, excepto en el consumo experimental que es similar en ambos sexos.

La experimentación del alcohol es temprana en nuestra región. Presenta la edad de inicio al consumo de 17,16 años. La edad media en los hombres fue menor que en las mujeres (17,97 frente a 16,31). Por grupos de edad las mujeres de 15 a 24 años presentan un mayor consumo de alcohol que los hombres.

Gráfico 5.3.1. Evolución del consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid 2003-2013



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en la Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga. 2015.

En la evolución del consumo de alcohol, las prevalencias de consumo se han incrementado respecto a 2011, siendo el consumo de este último año el que menos se ha incrementado. Las tendencias de consumo en los últimos años se encuentran estabilizadas en niveles muy elevados.

A la preocupación del consumo de alcohol se suma la preocupación por el consumo de tabaco. Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa, el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de veintinueve enfermedades –de las cuales diez son diferentes tipos de cáncer– y es la principal causa de buena parte de las muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

El consumo de tabaco estuvo asociado tradicionalmente a los roles masculinos pero en la actualidad las mujeres fuman cada vez más, convergiendo así los patrones de consumo de tabaco según sexo. Aproximadamente un 25,54% de los hombres y un 21,11% de las mujeres fuman diariamente.

Tabla 5.3.2. Consumo de tabaco

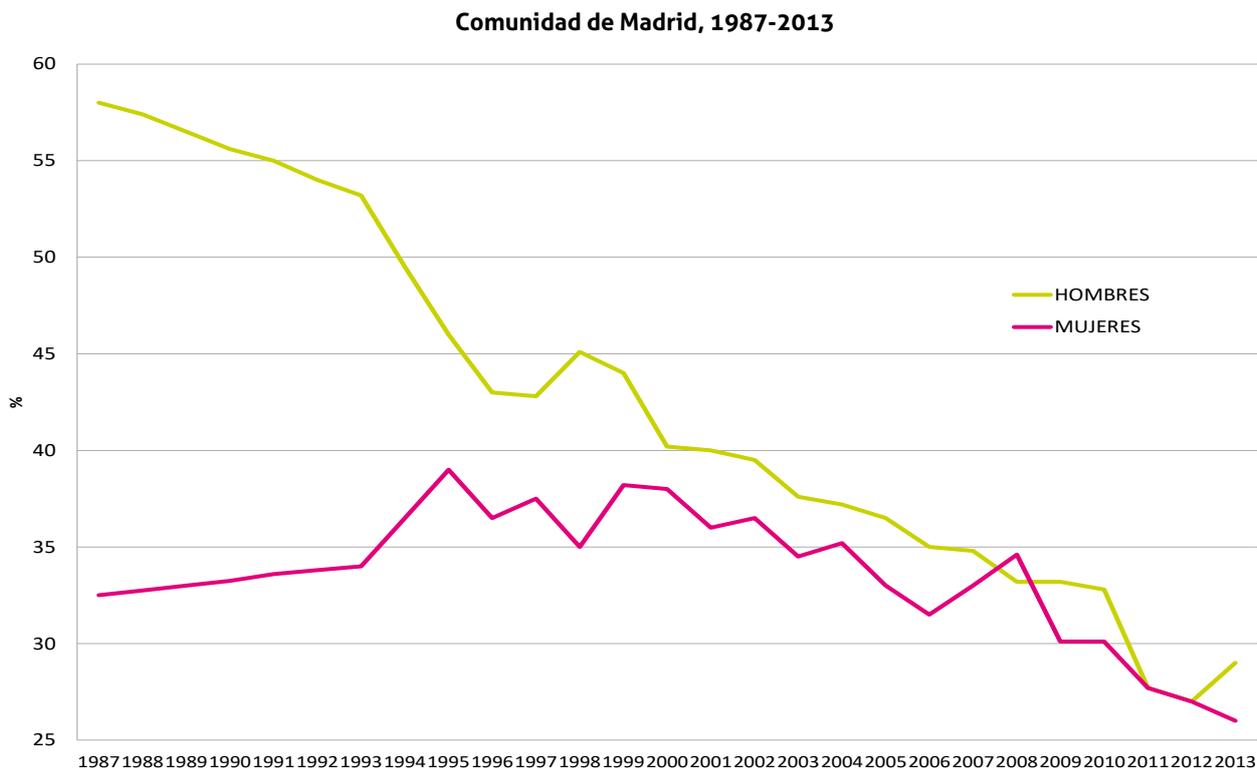
Comunidad de Madrid, 2014

	Diario	Ocasional	Exfumador	Nunca ha fumado
Ambos sexos (%)	23,21	2,14	26,89	47,76
Hombres (%)	25,54	2,93	33,11	38,42
Mujeres (%)	21,11	1,43	21,26	56,20

Fuente: Encuesta Europea de Salud 2014. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

En la evolución a lo largo del tiempo vemos que en los años 90 ya descendía el consumo entre los hombres y aún aumentaba entre las mujeres, aunque nunca llegó a alcanzar la proporción masculina. A partir de 2000, la tendencia es claramente a la baja para ambos y, una década más tarde, la tasa de prevalencia es muy similar para hombres y mujeres.

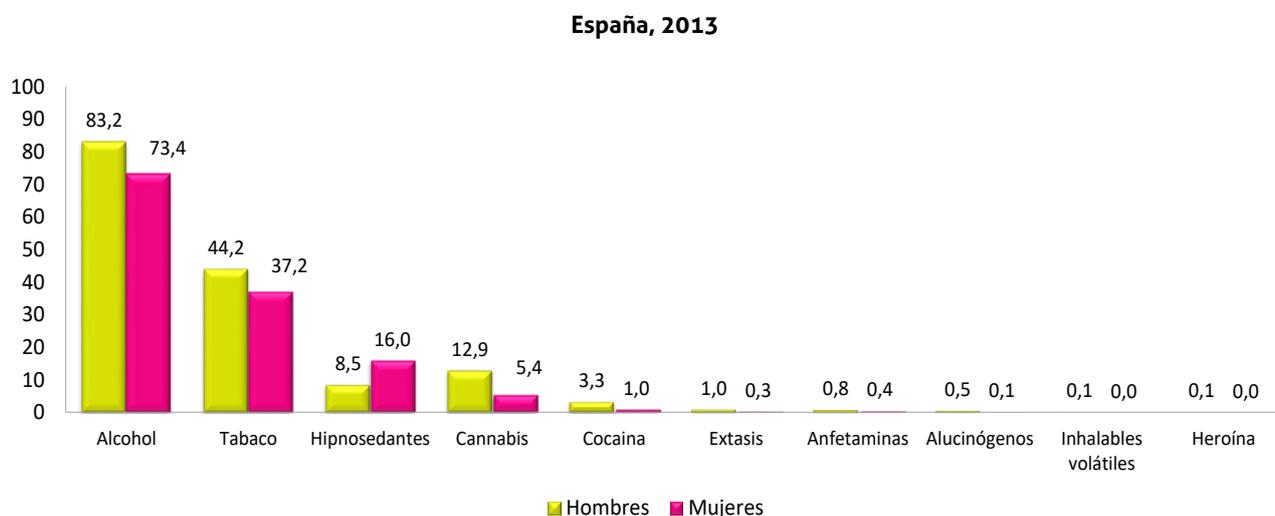
Gráfico 5.3.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años



Fuente: Informe estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid. 2014.

En cuanto a las drogas de comercio ilegal, excepto en el caso de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos, utilizados, entre otros, en casos de depresión y ansiedad), en 2013 en España el uso de drogas en la población de 15-64 años fue bastante mayor en los hombres, donde la prevalencia fue varias veces más elevada que en las mujeres. En el consumo en los últimos 12 meses destacan las diferencias en el uso de cannabis (12,9% hombres y 5,4% mujeres) y de cocaína en polvo (3,3% en hombres y 1,0% en mujeres).

Gráfico 5.3.3. Consumidores de drogas en los últimos 12 meses por sexo



Fuente: Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España 2015. Elaboración propia.

Sin embargo, según el Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía en su Informe de 2013, existen algunos tipos o patrones de consumo para ciertas sustancias psicoactivas (consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de bebidas alcohólicas e intoxicaciones etílicas, por citar algún ejemplo) en los que las prevalencias de consumo en mujeres de determinados grupos de edad han venido aumentando considerablemente en los últimos tiempos, disminuyendo, de este modo, las diferencias de prevalencias de consumo entre hombres y mujeres e, incluso, invirtiendo la relación en algunos grupos de edad. Éste es caso de los hipnosedantes, cuyo consumo es superior en las mujeres. Analizando la prevalencia en el consumo en los últimos doce meses, éste se va incrementando con la edad, pero es en el grupo de 45 a 54 años cuando el consumo femenino es casi del doble y en el de 55 a 65 años las mujeres los consumen casi 3 veces más que los varones. (12% y 29% respectivamente).

5.4. Usos del tiempo

El estudio del uso del tiempo es un elemento esencial para determinar a qué actividad o actividades diarias dedicamos la mayor parte de nuestra jornada. Su finalidad es obtener información para conocer la dimensión del trabajo remunerado y no remunerado en el hogar, la distribución de las responsabilidades familiares, la participación de la población en actividades culturales, actividades al aire libre y deportes, estudios y vida social.

Se analizan, entre otros, aspectos como la integración de la mujer en el mundo laboral, la relación entre hombres y mujeres en temas como la igualdad de oportunidades, responsabilidades compartidas en el trabajo del hogar, cuidado de menores, personas mayores, con discapacidad y enfermos crónicos.

También se utilizan estos estudios de usos del tiempo para contextualizar la adopción de políticas familiares y de igualdad, como las relativas a la relación entre la distribución del trabajo en el hogar y el incremento de la presencia de la mujer en el ámbito laboral, la conciliación de las demandas del trabajo remunerado y la vida familiar y personal, flexibilidad de horarios laborales, empleo a domicilio o nueva distribución del tiempo de ocio y de trabajo.

En este apartado nos vamos a centrar en un factor clave, como es la comparativa del uso del tiempo entre los hombres y las mujeres, que permite analizar quién se encarga con mayor frecuencia de las tareas domésticas, cuidado de hijos o personas mayores y quién dispone de más tiempo para su desarrollo personal. También nos interesa estudiar el tiempo que dedican hombres y mujeres al trabajo remunerado porque igualmente influye en la disponibilidad del tiempo libre.

Para facilitar la lectura y comprensión del cuadro y datos que se analizan a continuación, éste es un glosario que especifica las actividades secundarias que engloba cada actividad principal:

- **Cuidados personales:** dormir, comidas y bebidas, otros cuidados personales.
- **Trabajo remunerado:** trabajo principal y secundario, actividades relacionadas con el trabajo (incluida búsqueda de empleo).
- **Estudios:** estudios sin especificar; colegio, instituto o universidad; estudios durante el tiempo libre.
- **Hogar y familia:** actividades para el hogar y la familia no especificadas, actividades culinarias, mantenimiento del hogar, confección y cuidado de ropa, jardinería y cuidado de animales, construcción y reparaciones, compras y servicios, gestiones del hogar, cuidado de niños, ayudas a adultos miembros del hogar.
- **Trabajo voluntario y reuniones:** trabajo voluntario al servicio de una organización, ayudas informales a otros hogares y actividades participativas.

- **Vida social y diversión:** vida social, diversión, cultura y ocio pasivo.
- **Deportes y actividades al aire libre:** ejercicio físico, ejercicio productivo y actividades relacionadas con los deportes.
- **Aficiones e informática:** artes y aficiones, informática y juegos.
- **Medios de comunicación:** lectura, ver televisión, DVD o vídeos, escuchar la radio o grabaciones.
- **Trayectos y empleo del tiempo no especificado.**

Tabla 5.4.1 Actividad principal y duración media diaria (D) de la misma

Comunidad de Madrid, 2002-2003 y 2009-2010

D (h:m)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Cuidados personales			
2002 – 2003	11:07	11:09	11:05
2009 – 2010	11:23	11:22	11:23
Trabajo remunerado			
2002 – 2003	7:54	8:31	7:02
2009 – 2010	7:32	7:58	6:59
Estudios			
2002 – 2003	5:08	5:09	5:08
2009 – 2010	4:47	4:46	4:47
Hogar y familia			
2002 – 2003	3:31	2:03	4:34
2009 – 2010	3:29	2:31	4:13
Trabajo voluntario y reuniones			
2002 – 2003	2:01	1:48	2:08
2009 – 2010	2:04	2:17	1:56
Vida social y diversión			
2002 – 2003	2:11	2:18	2:05
2009 – 2010	1:48	1:56	1:42
Deportes y actividades al aire libre			
2002 – 2003	1:55	2:08	1:43
2009 – 2010	1:49	1:59	1:38
Aficiones e informática			
2002 – 2003	1:49	1:57	1:37
2009 – 2010	1:42	1:51	1:31
Medios de comunicación			
2002 – 2003	2:43	2:52	2:34
2009 – 2010	2:51	3:01	2:43
Trayectos y tiempo no especificado			
2002 – 2003	1:36	1:39	1:33
2009 – 2010	1:35	1:35	1:35

Fuente: Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003 y 2009-2010.
Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

El tiempo que dedican hombres y mujeres a los cuidados personales es prácticamente el mismo, aunque se ha producido una evolución en el periodo considerado, aumentando en dieciséis minutos para ambos sexos. Los hombres lo han aumentado en trece minutos y las mujeres en dieciocho minutos. Anteriormente el hombre dedicaba cuatro minutos más que la mujer a esta actividad y actualmente es la mujer quien dedica un minuto más que el hombre.

Al trabajo remunerado el hombre le dedica 59 minutos más que la mujer pero en la encuesta anterior (2002-2003) la diferencia era mayor, de 1 hora y 29 minutos. Por tanto, la mujer ha acortado las diferencias en treinta minutos. A los estudios le dedican prácticamente el mismo tiempo, pero veintiún minutos menos que en la anterior encuesta en ambos casos.

En el hogar y la familia las diferencias son más grandes entre mujeres y hombres, donde éstos trabajan 1 hora y 42 minutos menos que las mujeres. Sin embargo, en la encuesta anterior la diferencia era de 2 horas y 31 minutos, lo que significa una reducción de 49 minutos, una tendencia que parece reforzar la idea de que el hombre se involucra cada vez más en las tareas del hogar.

En el trabajo voluntario y reuniones, la situación parece haberse invertido. En la primera encuesta la mujer dedicaba veinte minutos más que el hombre a esta actividad y, en la última, es el hombre el que dedica veintiún minutos más que la mujer.

A la vida social y diversión el hombre dedica catorce minutos más que la mujer. No ha habido cambios con respecto a la anterior encuesta. En deportes y actividades al aire libre también es el hombre el que dedica más tiempo, concretamente veintiún minutos más, manteniéndose prácticamente la misma tónica que en la anterior encuesta.

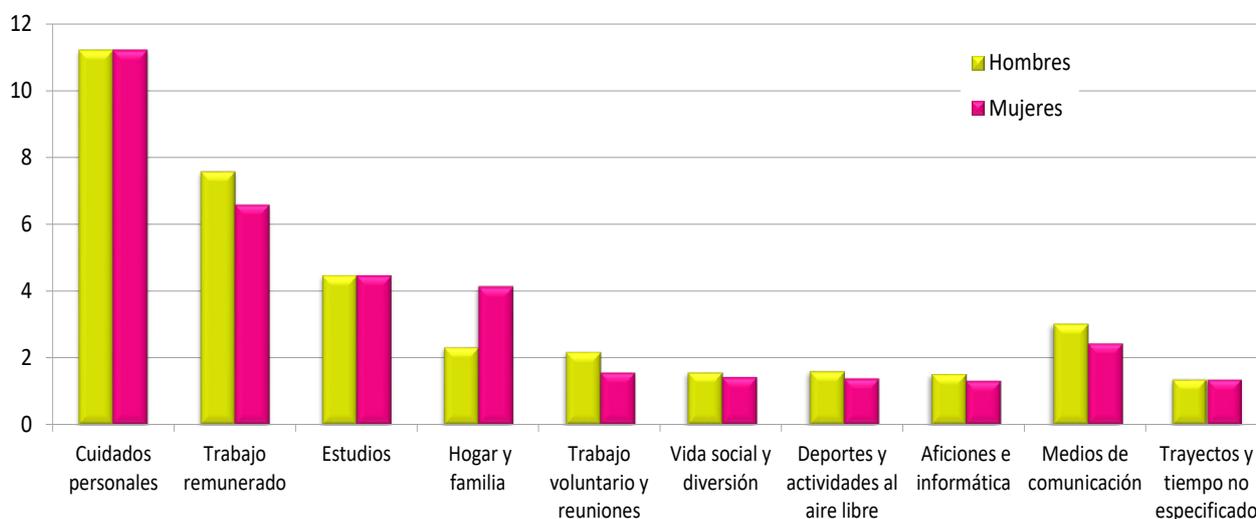
En cuanto a las aficiones informáticas, la diferencia es de veinte minutos más de dedicación para el hombre sin modificación con la encuesta anterior, con la salvedad de que ahora ambos sexos dedican seis minutos menos a esta actividad.

Respecto a los medios de comunicación, el hombre dedica dieciocho minutos más que la mujer, igual que en la encuesta anterior. Pero ambos dedican nueve minutos más que antes a desarrollar esta actividad. Y el tiempo dedicado a los trayectos es ahora exactamente el mismo para ambos, aunque en la encuesta anterior el hombre dedicaba seis minutos más que la mujer.

En resumen, el hombre parece disponer de más tiempo para los hábitos saludables, como el deporte y las actividades al aire libre, culturales y de ocio. La mujer, por el contrario, ve mermado su tiempo para estas actividades por las horas dedicadas al hogar y la familia (hijos, cuidado de personas mayores, etc.).

Gráfico 5.4.1 Duración media diaria de la actividad principal en el transcurso del día

Comunidad de Madrid, 2009-2010



Fuente: Encuesta de empleo del tiempo 2009 – 2010. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

En este gráfico, centrado exclusivamente en la encuesta del 2009-2010, se observa con mayor facilidad cómo el hombre dedica más tiempo al trabajo remunerado, al deporte y las actividades al aire libre y a los medios de comunicación. Sin embargo, en las tareas relacionadas con el hogar y la familia son las mujeres las que dedican más tiempo, con una diferencia muy significativa.

Gráfico 5.4.2 Número de horas semanales trabajadas por sexo



Fuente: Encuestas de empleo del tiempo 2002-2003 y 2009-2010. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

También existe una diferencia importante en cuanto al tiempo dedicado al trabajo remunerado. La mujer trabaja 6 horas y 47 minutos semanales menos que el hombre, aunque esta diferencia se ha reducido sustancialmente en casi una hora con respecto a la anterior encuesta. Puede explicarse en el hecho de que la mujer, al asumir una mayor dedicación al hogar y la familia, especialmente en el cuidado de niños y personas mayores, suele reducir su jornada laboral con mayor frecuencia que el hombre.

Gráfico 5.4.3 Evolución de la duración media diaria dedicada por la mujer a la actividad principal



Fuente: Encuesta empleo del tiempo 2002-2003 y 2009-2010. Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

En el gráfico anterior, 5.4.3., se observa que el tiempo dedicado a las diferentes tareas es similar en la Comunidad de Madrid y la media estatal. No obstante se producen algunas diferencias. Las mujeres de la Comunidad de Madrid le dedican al trabajo remunerado dieciséis minutos más que la media nacional, cinco minutos más que en la encuesta anterior. Sin embargo, dedican dieciocho minutos menos a los estudios, diferencia que era de tan sólo un minuto.

Además, la mujer de la Comunidad de Madrid invierte dieciséis minutos menos en el hogar y la familia, lo que supone un incremento ya que anteriormente la diferencia era de once minutos. Por último, en los trayectos y el empleo del tiempo no especificado consume catorce minutos más que la media nacional.

Es importante resaltar que los dieciséis minutos más que la mujer de la Comunidad de Madrid dedica al trabajo remunerado respecto a la media nacional, parecen ser equivalentes a los que ha reducido en tareas del hogar y la familia. Este dato parece indicar que los dieciséis minutos no han servido para disfrutar de más tiempo libre para ellas, sino para aumentar el tiempo del trabajo remunerado.

Por último, remarcar que la mujer de la Comunidad de Madrid ha recortado más las diferencias que la media estatal en cuanto al trabajo remunerado con respecto al hombre y en las tareas del hogar y familia.

Estos datos se corroboran en la reciente publicación de los primeros resultados de la sexta Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo, EWCS 2015²⁶, en cuyo apartado sobre el uso del tiempo y conciliación del trabajo y la vida personal, indica que *“el cumplimiento del objetivo de Europa 2020 de una tasa de empleo del 75 % en la franja de edad de 20 a 64 años dependerá fundamentalmente de un aumento de la tasa de actividad de las mujeres en Europa. Para ello es necesario comprender la interacción entre la jornada laboral y otros dominios del tiempo, como el dedicado a los desplazamientos y al trabajo no remunerado.*

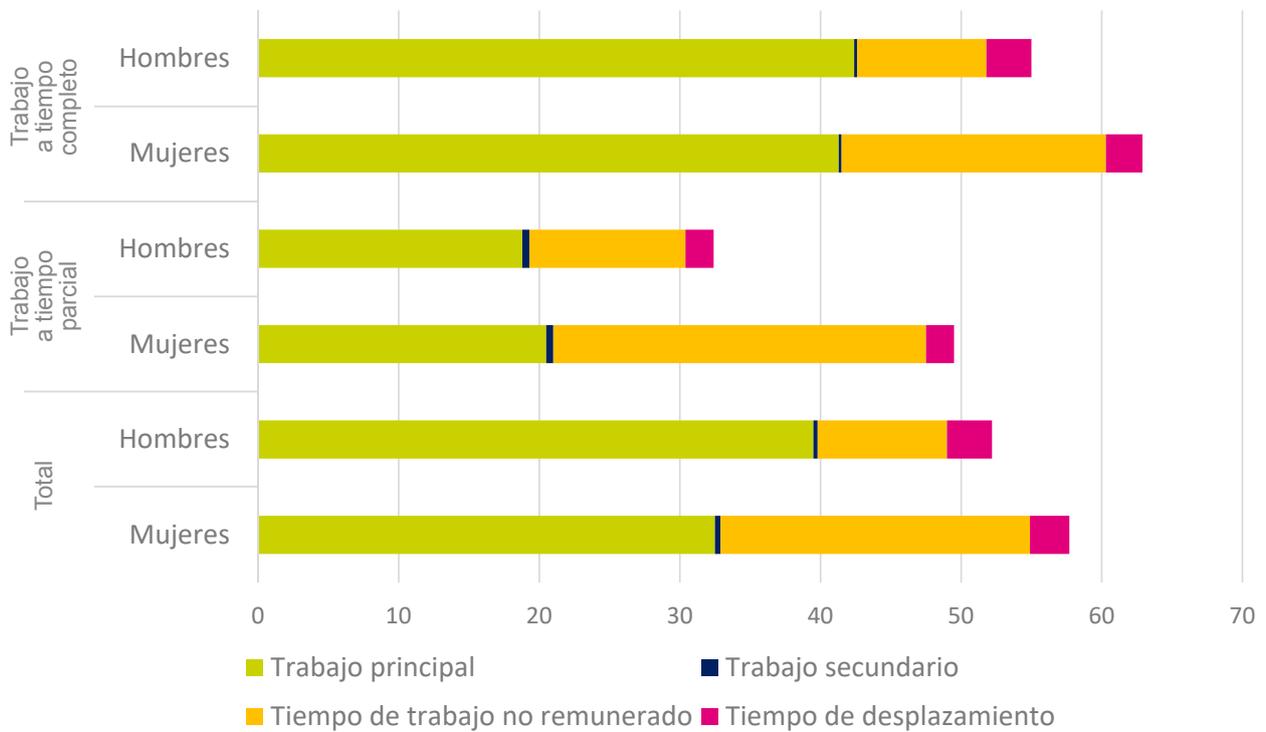
Los resultados confirman un reparto desigual de las responsabilidades de cuidado y de las tareas domésticas entre las mujeres y los hombres, correspondiendo a aquellas la mayor proporción del trabajo no remunerado.

El indicador combinado del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, usado en la encuesta EWCS y que incluye el trabajo remunerado principal o secundario, el tiempo de desplazamiento y el trabajo no remunerado (vinculado principalmente al cuidado de los hijos y de otras personas a cargo), demuestra que, en conjunto, las mujeres tienen jornadas más prolongadas”, tal como se refleja en el gráfico 5.4.4.

26 Incluye 35 países: UE 28, 5 países candidatos a la adhesión a la UE (Albania, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía), así como Suiza y Noruega. El análisis a escala de la EU-28 incluye los resultados de las 35.765 entrevistas realizadas entre febrero y septiembre de 2015. El cuestionario de la encuesta comprende preguntas relativas a la situación laboral, los riesgos físicos y psicosociales, los horarios y lugares de trabajo, la utilización y el desarrollo de las cualificaciones, las relaciones sociales en el trabajo, la salud y el bienestar.

Gráfico 5.4.4. Indicador combinado del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres y los hombres

Europa 2015



Fuente: Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Eurofound. Unión Europea. 2015

6. ALGUNAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este estudio sobre mujer y hábitos saludables en la Comunidad de Madrid se han intentado revisar algunos de los principales factores, tanto biológicos como de carácter cultural o social, que determinan las diferencias entre la salud de las mujeres y la de los hombres y destacar los contrastes más significativos que existen entre ambas.

Especialmente conocida, y relevante, resulta la denominada "paradoja de la mortalidad", el hecho de que, siendo las mujeres más longevas que los hombres, tienden a padecer más enfermedades -muchas veces crónicas- y a edades más tempranas, que afectan a su calidad de vida. Es decir, las mujeres viven más pero no necesariamente con mejor salud.

Si bien la esperanza de vida en buena salud al nacer en España es la misma en los hombres y en las mujeres (65,0 años), sin embargo a los 65 años los hombres tienen 10 años de esperanza de vida en buena salud frente a los cerca de 9 años y medio de las mujeres.

También es interesante destacar cómo algunos de los hábitos con incidencia directa en nuestra salud, como las pautas alimentarias, la actividad deportiva saludable o el consumo de tabaco, el alcohol y otro tipo de sustancias, están cambiando de forma significativa entre las mujeres madrileñas, con leves registros de aumento en el caso de la alimentación sana y la actividad física moderada y datos que muestran un mayor consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas.

El consumo de determinados alimentos por las mujeres como fruta fresca y verduras, ensaladas y hortalizas en mayor proporción que los hombres convierte su dieta en más sana. Del mismo modo la obesidad y el sobrepeso también afectan más a los hombres. Sin embargo, la preocupación de la mujer por su peso, desde un punto de vista obsesivo en relación con su imagen, en ocasiones, puede derivar en trastornos de la conducta y en peso insuficiente; hechos que se manifiestan con más frecuencia en las mujeres y especialmente en las jóvenes.

La mujer no utiliza la práctica deportiva como un ejercicio de socialización. Cuando practica deporte éste suele ser individual, la frecuencia de la realización de ejercicio físico siempre es inferior a la del hombre y aunque indican que caminan como actividad sustitutiva o complementaria a la actividad física, los datos de sedentarismo son superiores en casi 4 puntos.

En cuanto al consumo del alcohol y las drogas, los hombres presentan prevalencias de consumo superiores en todas las edades, con excepción del consumo experimental, que es similar en ambos sexos. Este cambio en la conducta femenina, bastante reciente, no se sabe cómo afectará a los consumos de estas sustancias en edades sucesivas pero sí supone un hecho a tener en cuenta ya que en las edades de 15 a 24 años las mujeres presentan un mayor consumo de alcohol que los hombres.

Por el contrario, en el consumo de tabaco la tasa de prevalencia por sexos es bastante similar. El 25,54% de los hombres y el 21,11% de las mujeres fuman diariamente.

Finalmente, en relación con las drogas, el consumo es superior entre los varones con excepción de los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos, utilizados, entre otros, en casos de depresión y ansiedad), cuyo consumo es superior en las mujeres, especialmente a partir de los 45 años.

Por otro lado, la “doble jornada laboral” que afrontan aún hoy muchas mujeres (trabajo remunerado y tareas del hogar y cuidado de la familia) influye de forma directa en el escaso desarrollo de algunas pautas de vida saludables, con el consecuente efecto negativo en su estado de salud. (Los hombres dedican 1 hora y 42 minutos menos que las mujeres al hogar y la familia). Es el caso, por ejemplo, de la pervivencia del sedentarismo entre la población femenina y del menor tiempo que dedican las mujeres a las actividades de ocio y tiempo libre o de su evidente interés por consumir el menor tiempo posible a la hora del almuerzo.

El indicador combinado del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado, usado en la encuesta Europea de Condiciones de Vida EWCS 2015, que incluye el trabajo remunerado principal o secundario, el tiempo de desplazamiento y el trabajo no remunerado (vinculado principalmente al cuidado de los hijos y de otras personas a cargo), demuestra que, en conjunto, las mujeres tienen jornadas más prolongadas.

Además, respecto a otro de los temas clave en la salud, el bienestar psicológico, las mujeres parecen mostrar una mayor vulnerabilidad a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, con una prevalencia más elevada que en el caso de los hombres.

La mayoría de los estudios demuestra una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres. En el caso de los cuadros depresivos activos, según la Encuesta Europea de Salud de 2014, el porcentaje de madrileñas con cuadro depresivo es de un 7,26%, frente al 3,63% de los hombres, si bien la cifra es inferior a la del conjunto de España (9,62%).

Modificarlos hábitos es complicado, como se puede observar en las tablas y gráficos que recoge el estudio y que reflejan periodos de evolución. Y es que los hábitos adquiridos a lo largo de nuestra vida, muchos de ellos en nuestra infancia y adolescencia, no cambian de un día para otro. Pero, aunque no siempre resulta fácil, se puede.

Por concluir este trabajo con algunas recomendaciones y tras realizar una revisión de la literatura existente al respecto, podríamos resumir que éstos son los hábitos saludables generales mencionados con mayor frecuencia por los expertos:

- Cuidar la prevención, sobre todo en aquellos aspectos relacionados con las patologías específicas de la mujer, con la periodicidad de revisiones recomendada por los servicios médicos y prestar atención a las etapas del ciclo biológico con mayor riesgo (embarazo, parto, menopausia, etc.).
- Mantener una dieta sana y equilibrada, con alta ingesta de fruta, verdura, alimentos ricos en fibras y disminuyendo las grasas saturadas para conseguir los parámetros antropométricos adecuados a cada uno. También vigilar otros hábitos adquiridos y que pueden resultar perjudiciales, como el cambio frecuente en los horarios, las prisas o las malas posturas.
- Practicar ejercicio físico de forma regular, además del que implica la actividad laboral, con un nivel de intensidad y frecuencia apropiadas para cada edad. Establecer asimismo patrones de descanso y sueño saludables.
- Cuidar el bienestar psicológico para compaginar de la mejor forma posible las demandas y necesidades que diariamente plantean la vida doméstica, familiar, personal y laboral. Vivir más y mejor es también una cuestión de actitud y afrontar los problemas de forma positiva ayuda a disminuir los efectos estresantes y negativos para el organismo.

El último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer fue titulado “Los datos de hoy, la agenda de mañana”. Sin embargo, muchos de los datos que recoge este estudio sobre los hábitos de vida de las mujeres en la Comunidad de Madrid implican graves riesgos para su salud. No esperemos a mañana, hoy mismo puede ser un buen momento para intentar adoptar nuevos, y más saludables, hábitos de vida.

Los expertos lo tienen claro: La mejor medicina es tener una vida saludable.

Por este motivo, la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid, en el ejercicio de sus funciones y con el fin de reflexionar sobre estos temas ha puesto en marcha una campaña denominada ¡Cuídate! . (🔍 Vídeo ¡Cuídate! madrid.org).

A través de la misma se quiere poner de manifiesto la necesidad que tienen las mujeres de apostar por hábitos saludables de conducta.



7. METODOLOGÍA

El contenido de esta investigación se ha basado en el análisis de fuentes secundarias: datos estadísticos y bibliográficos. Los datos estadísticos se han obtenido de las siguientes fuentes:

- **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:**
 - *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2004. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Madrid, 2005, 2014, 2015..*
 - *Barómetro de Alimentación 2010. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación e Inspección. Madrid, enero 2012.*
 - *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en la Comunidad de Madrid 2013. Agencia Antidroga. Madrid, 2015.*
- **Instituto Nacional de Estadística:**
 - *Defunciones según Causa de Muerte 1994, 2011 y 2014.*
 - *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003, 2009-2010.*
 - *Modificar: Encuesta Europea de Salud 2014.*
 - *Encuesta de Población Activa (EPA) 2015.*
 - *Estadística de nulidades, separaciones y divorcios. 2015.*
 - *Indicadores Demográficos Básicos 1995-2015.*
 - *Mujeres y Hombres en España. 2014. Actualizado a 2 de junio de 2016.*
 - *Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2016.*
- **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Secretaría de Estado de Empleo.**
 - *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011.*
- **Ministerio de Educación, Cultura y Deporte:**
 - *Encuesta de Hábitos Deportivos en España. 2015.*
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:**
 - *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España. 2015.*
- **Unión Europea:**
 - *Sexta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo. Primeros resultados. Resumen. Eurofound 2015.*

8. BIBLIOGRAFÍA

- Artazcoz, L; Borrell, C; Benach, J. *Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands*. J Epidemiol Community Health 2001.
- Balcazar Nava, P et al. *Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios*. Revista Científica Electrónica de Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Blanco, A y Díaz, D: *El bienestar social. Su concepto y medición*. Revista Psicothema. Vol. 17, nº 4. Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Oviedo 2005, pp. 582-589.
- Carrasco, C.; Domínguez, M. *Género y usos del tiempo: nuevos enfoques metodológicos*. Revista de Economía Crítica, nº 1. Abril de 2003, pp 129-152.
- Carro García, T. et al. *Trastornos del estado de ánimo en el post-parto*. Medicina general, pp. 452-456.
- Castellanos, P.L *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. En: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana 1998.
- Conde, F.; Gabriel, C. *Las concepciones de Salud de las Mujeres. Informe 2000*. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Instituto de Salud Pública 2001-2003.
- Consejo para el Seguimiento del Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Memoria Anual 2012*.
- Del Campo, S. (director). *La población de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, Consejo Económico y Social, 2010. Cap. X.
- Dennis, C-L; Creedy, D. *Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto*. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2005.
- Díez, H. *Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad infantil dirigida a las familias*. CEAPA 2012.
- Díez-Gañan, L. *Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid 2011*.
- *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. Proyecto financiado por la Comisión Europea y el Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, 2005.

- Jaime O. et al. *Depresión Postparto con Relación a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil*. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Acta Científica Estudiantil 2006.
- Haro, JM.; Palacín, C.; Vilagut, G et al. *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD - España*. Med Clin. Barcelona 2006, 126(12): 445-51.
- Haro, JM.; Palacín, C.; Vilagut, G. et al. *La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el estudio ESEMeD-España*. Actas Esp Psiquiatr. 2003; 31: 182-91.
- Hurrell, JJ; Murphy, LR; Sauter, SL et al. *Salud Mental*. Capítulo 5 de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Instituto de Empresa y Agencia Comunicación de Valor Añadido CVA. *Flexímetro 2013 de la Empresa Madrileña*. Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Madrid 2013.
- Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte uno, documento base*. España, Ministerio de Sanidad y Consumo 1999.
- *Informe Salud y Género 2005- 2007*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
- Maroto Navarro, G.; García Calvente, M.; Fernández Parra, A. *Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo*. International Journal of Clinical and Health Psychology 2005.
- Martín Palomo, M. *Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados*. Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol. 26 nº 2, 2008, pp. 13-44.
- Martínez Barrondo, S.; Saiz Martínez, A.; García-Portilla, M. *Trastornos de ansiedad en atención primaria*. JANO, nº 1.714, extra octubre 2008.
- Miró, E.; Láñez ,M.; Cano-Lozano M. *Patrones de sueño y salud*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 2, Nº 2, pp. 301 -326.
- Montero Piñar I. *Programa de formación de formadores en perspectivas de género en salud*. Cap. 5: Salud Mental. España, Ministerio de Sanidad, Observatorio de la Mujer, octubre 2005.
- Organización Mundial de la Salud. *Las Mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*, 2009.
- Papí Gálvez, N. *La conciliación de la vida laboral y familiar como proyecto de calidad de vida desde la igualdad*. Universidad de Alicante. RES nº 5, 2005, pp. 91-107.
- Regidor, E.; Gutiérrez-Fisac, J. *Patrones de Mortalidad en España*, 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.

- Rodríguez-Sanz, M.; Carrillo Santistevé, P.; Borrell, C. *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003*. Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2006.
- Stevens, G; Mascarenhas, M; Mathers, C. *Riesgos de salud mundial. Progresos y desafíos*. Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Vázquez Hervás, G.; Rahona, J. *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva*. Anuario de Psicología Clínica y de Salud, Vol. 5. Universidad de Sevilla, 2009, pp. 15-28.

9. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

- Gráfico 2.1. Estructura poblacional por edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2016.
- Gráfico 2.2. Esperanza de vida al nacer por sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2015.
- Gráfico 2.3. Esperanza de vida al nacer de las mujeres. Comunidades Autónomas, 2015.

SALUD Y GÉNERO

- Tabla 3.1.1. Causas de muerte según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 3.1.1. Causas de muerte según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 3.1.2. Detalle de las dos causas más frecuentes de muerte por sexo. Comunidad de Madrid, 2014 (% del total de fallecimientos por dicha causa).
- Gráfico 3.1.2. Causas de muerte según sexo. Comunidad de Madrid, 1994.
- Tabla 3.1.2. Causas de muerte según sexo. Comunidad de Madrid, 1994-2014.
- Gráfico 3.1.3. Evolución de las causas de muerte relacionadas con el sistema circulatorio por sexo. Comunidad de Madrid 2011-2014.
- Gráfico 3.1.4. Brecha de género de mortalidad. Comunidad de Madrid, 2015.
- Tabla 3.2.1. Tiempo transcurrido desde la última consulta médica. España y Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 3.2.2. Tiempo transcurrido desde la última citología vaginal. Mujeres de más de 15 años. España y Comunidad de Madrid, 2014
- Gráfico 3.2.1. Motivo de la última citología vaginal. Mujeres de más de 15 años. España y Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 3.2.3. Mujeres entre 50-69 años que realizan una mamografía según los plazos recomendados. España y Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 3.2.2. Mujeres de más de 15 años que se han realizado una mamografía según el motivo de la misma. España y Comunidad de Madrid, 2014
- Gráfico 3.3.1. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 3.3.2. Percepción del estado de salud de las mujeres como "malo/muy malo". España, 2014.

BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LA MUJER

- Tabla 4.1.1. Principales factores desencadenantes de estrés.
- Gráfico 4.1.1. Incidencia de diversos trastornos mentales en Atención Primaria según edad. Comunidad de Madrid, 2013.
- Tabla 4.1.2. Síntomas de ansiedad más frecuentes a distintos niveles corporales y decálogo de prevención contra la ansiedad y el estrés.
- Gráfico 4.1.2. Prevalencia de los cuadros depresivos por sexo. España, Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 4.1.3. Prevalencia-vida de algunos trastornos mentales (Población española >18 años, 2005).
- Gráfico 4.1.3. Prevalencia de cuadros depresivos activos según relación con la actividad económica actual. Población de 15 y más años. España 2014.
- Tabla 4.1.4. Síntomas de la depresión postparto.
- Gráfico 4.3.1. Índice de masa corporal¹ según sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 4.3.1. Población (18 - 64 años) que ha realizado dietas en los últimos seis meses. Comunidad de Madrid, 2013.
- Gráfico 4.4.1. Características intrínsecas del trabajo: grado de dificultad y monotonía.
- Gráfico 4.4.2. Trabajadores que desempeñan su labor frente a terceros.

HÁBITOS DE VIDA DE LA MUJER

- Tabla 5.1.1. Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en 24h. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 5.1.1. Evolución de la proporción de mujeres que realizan algún consumo de diversos alimentos en 24 h. Comunidad de Madrid. 2003-2013.
- Gráfico 5.1.2. Tipos de establecimientos para comer fuera de casa de lunes a viernes. Comunidad de Madrid. 2010.
- Tabla 5.2.1. Encuesta hábitos deportivos en España. 2015.
- Gráfico 5.2.1. Número de días por semana de ejercicio físico. Población de más de 15 años. Comunidad de Madrid, 2015.
- Gráfico 5.2.2. Ejercicio físico en el trabajo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Tabla 5.2.2. Tipo de trabajo desempeñado por sexo. Comunidad de Madrid, 2015.
- Tabla 5.2.3. Personas sedentarias. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 5.2.3. Sedentarismo en mujeres por Comunidades Autónomas, 2014.
- Tabla 5.3.1. Frecuencia en el consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses por sexo. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 5.3.1. Evolución del consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid 2003-2013.

- Tabla 5.3.2. Consumo de tabaco. Comunidad de Madrid, 2014.
- Gráfico 5.3.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2013.
- Gráfico 5.3.3. Consumidores de drogas en los últimos 12 meses por sexo. España, 2013
- Tabla 5.4.1. Actividad principal en el transcurso del día y duración media diaria (D) de la misma. Comunidad de Madrid, 2002-2003 y 2009-2010.
- Gráfico 5.4.1. Duración media diaria de la actividad principal en el transcurso del día. Comunidad de Madrid, 2009-2010.
- Gráfico 5.4.2. Número medio de horas semanales trabajadas por sexo. Comunidad de Madrid.
- Gráfico 5.4.3. Evolución de la duración media diaria dedicada por la mujer a la actividad principal. Comunidad de Madrid y España, 2002-2003 - 2009-2010.
- Gráfico 5.4.4. Indicador combinado del tiempo de trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres y los hombres. Europa 2015.



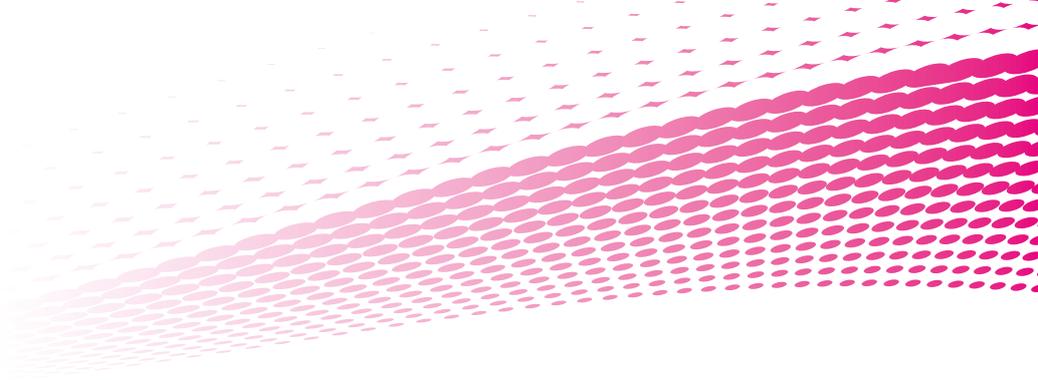
Por unos hábitos saludables



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES
Y FAMILIA

Dirección General de la Mujer



El objetivo principal de este trabajo es analizar la evolución de los hábitos de vida de las mujeres de la Comunidad de Madrid, así como de otras Comunidades Autónomas y España en general, comparándola con los varones de estos mismos territorios.

En primer lugar, se ofrece una panorámica de la situación demográfica actual de las mujeres en nuestra región, profundizándose en datos relativos a la estructura poblacional, la esperanza de vida y otros datos relevantes para obtener una fotografía genérica de la estructura poblacional de la Comunidad de Madrid.

En los siguientes apartados se estudian los determinantes de la salud así como la percepción que tienen las mujeres de ella y los factores que podrían definir los hábitos saludables de la mujer madrileña.

Finalmente, se dan una serie de recomendaciones basadas en cuatro aspectos claves:

- Prestar atención a la prevención.
- Mantener una dieta sana y equilibrada.
- Practicar ejercicio físico de forma regular.
- Cuidar el bienestar psicológico.



Por unos hábitos saludables



Comunidad de Madrid

CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES
Y FAMILIA

Dirección General de la Mujer

