



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

DETERMINANTES DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2017

**Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo
Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta
(SIVFRENT-A). Año 2017.**

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA

Dirección General de salud Pública

Comunidad de Madrid

Como citar este documento:

del Pino V, Astray J. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2017. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2017. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2018; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2018. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/

Ejecución del trabajo de campo del sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles en población adulta 2017 (SIVFRENT-A17): SIGMA DOS ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN, S.L.

INDICE

1.	RESUMEN	4
2.	INTRODUCCIÓN	8
3.	METODOLOGÍA	8
4.	RESULTADOS	12
	4.1. Percepción de salud y salud mental	13
	4.2. Actividad física	15
	4.3. Alimentación	19
	4.4. Realización de dietas	28
	4.5. Antropometría	30
	4.6. Consumo de tabaco	33
	4.7. Consumo de alcohol	38
	4.8. Prácticas preventivas	41
	4.9. Accidentes	48
	4.10. Seguridad vial	51
	4.11. Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja	53
	4.12. Agregación de factores de riesgo	56
5.-	BIBLIOGRAFIA	60

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2017.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2017

1.-RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua, desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En la actualidad, consta de dos subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, y el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2017 y su evolución desde 1995.

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

Resultados: El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados, en la evaluación del estado de salud de la población. De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) es del 72,2%, menor en mujeres (67,2%) que en hombres (77,2%) y esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, el nivel educativo más bajo, estar parado/a, y pertenecer a una clase social media o baja. Las mujeres nacidas en otros países tienen una percepción de salud buena o muy buena del 57,3% frente a las mujeres nacidas en España, 69,7%. Cuando comparamos el indicador de percepción de salud bueno o muy bueno en estas mujeres con los hombres nacidos, también, en otros países vemos que existen 20 puntos porcentuales de diferencia entre ambos colectivos.

Un 40,7% de la población resultó ser sedentaria durante la actividad laboral y el 64,5% no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre, 57,1% en hombres y del 71,4% en mujeres.

Como mejora, es destacable la reducción de la inactividad física en el tiempo libre en el periodo 2012/2017 en hombres (mejora de un 5,81% de PCA^a porcentaje de cambio anual). En mujeres, desde 2012 a 2015, mejoraba también con un PCA de 7,64%, pero en los dos últimos años se produce un cambio en la tendencia empeorando este indicador.

^a PCA: % de cambio anual. Joinpoint.

El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos; más del 37,1% de la población no ingirió fruta diariamente, proporción que se incrementó al 49,6% en los jóvenes de 18 a 29 años, siendo la prevalencia más elevada de todos los grupos de edad. El 33% de los hombres y el 27 % de las mujeres consumieron dos o más raciones diarias de productos cárnicos y derivados.

Un balance energético positivo (se ingiere más energía de la que se gasta) conduce al aumento del peso corporal por la acumulación de tejido adiposo, lo que, eventualmente, puede desembocar en la aparición de sobrepeso u obesidad. En la población de la Comunidad de Madrid se observó en 2017 que el 46,3% de la población tenía exceso de peso (sobrepeso u obesidad; estimaciones realizadas a partir del peso y la talla auto declarados), siendo éste 1,5 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Además, la tendencia fue desfavorable, tanto para hombres como para mujeres aumentando el exceso de peso en hombres (sobrepeso y obesidad, conjuntamente) de un 43,7% en 1995 a 56,3% en 2017 ($p < 0,05$) y en mujeres de 26,9% en 1995 a 36,7% en 2017 (NS).

Las prevalencias del consumo de tabaco siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Más de una de cada cuatro personas (29,2%), 32,7% de los hombres y 25,9% de las mujeres son fumadoras habituales en 2017.

La mejoría en las tendencias de los indicadores de tabaquismo es evidente. El descenso^b en fumadores habituales es del 30,7% en hombres y del 29,1% en mujeres. Este descenso fue aún mayor en los fumadores con consumos diarios de 20 o más cigarrillos (69,4% en hombres y 64,7% en mujeres. En concreto, en el periodo 1995/1996-2016/2017, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 44,8% en hombres y prácticamente se ha duplicado el porcentaje en las mujeres respecto de los dos primeros años de la serie

Sin embargo en los tres últimos años se ha producido un empeoramiento de este indicador, con un cambio de tendencia, tanto en los consumos de hombres como en los de mujeres, que debe de ser vigilado de forma especial en años venideros.

El consumo “Habitual de alcohol”, en hombres, desciende ligeramente durante el periodo 1995/2017, en mujeres, con cifras de prevalencia mucho más bajas, permanece prácticamente estable.

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 60,6%, desde 1995 a 2015 con un PCA -7,62% y aumenta en los dos últimos años.

En mujeres la tendencia permanece constante desde el punto de vista estadístico, con cifras de prevalencia de este indicador muy inferiores a los hombres, sin embargo en la serie se observa una tendencia al alza desde 2014.

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió con un PCA -1,99% ($p < 0,05$) en hombres y permanece estable en mujeres PCA= +0,26% (N.S.).

En 2017, la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue 4,2% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión 10,7%. Combinando ambos indicadores, el 13,5% realizó un consumo de alcohol “de riesgo global”.

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

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre la medición de la tensión arterial y el nivel de colesterol o la realización de citologías y mamografías fue en general muy elevado. La realización de un test de sangre oculta en heces o de una colonoscopia/sigmoidoscopia tienen un menor seguimiento (en la población de 50-64 años, el 30,9% se había realizado un test de sangre oculta en heces hacía dos años o menos y un 25% se había realizado una colonoscopia o sigmoidoscopia hacía 4 años o menos), aunque estas prácticas aumentaron notablemente entre 2010/2011 y 2016/2017.

Por otro lado, la utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial, como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, mejoró de forma muy notable en los últimos años si bien con un ligero aumento respecto del año anterior.

La prevalencia de violencia contra la mujer, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas se registró en un 5,1 % de las mujeres con pareja o expareja durante el último año. Supone un aumento respecto del año anterior en casi dos puntos, siendo el porcentaje mayor en los grupos de edad más jóvenes.

Por último, la agregación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de riesgo) fue alta, ya que el 35,4% tenía al menos un factor de riesgo y un 17,7% de los hombres y un 13,8% de las mujeres tenían dos o más factores de riesgo.

Conclusiones:

Durante 2017 se consolidaron los cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas.

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

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

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

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

Finalmente, continuó aumentando la realización de prácticas preventivas y el cumplimiento de las medidas de protección de seguridad vial, posiblemente relacionados con los medios destinados a las campañas preventivas que se han puesto en marcha en los últimos años.

Por último, subrayar la importancia que tiene el problema de violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja, y que sigue estando presente a nivel poblacional, y de forma notoria en las más jóvenes.

2.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes originan en nuestra región, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad¹⁻⁴.

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

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

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

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

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2017, con un formato similar al de las ediciones anteriores⁸, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos veinte años de estudio.

3.- METODOLOGÍA

Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid, se ha establecido un tamaño muestral de 2.001 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en Agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema Cibeles (Cibeles es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de Cibeles más reciente de la que se pudo disponer (registros existentes a fecha 31 de Diciembre de 2016). De acuerdo con los datos que constaban en el sistema de información poblacional, a 31 de diciembre de 2016, la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) expedida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ascendía a 6.640.584 personas ⁹ y el total de población en la Comunidad de Madrid a 1 de Enero de 2017 (cifras del Padrón continuo, Instituto Nacional de Estadística) era de 6.507.184 personas ¹⁰.

Se realizó un muestreo estratificado. Los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo a 1 de Enero de 2017, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral (la estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en Cibeles). Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

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

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

Técnica de entrevista

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador ¹¹.

Selección muestral

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

Cuestionario

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

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

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid ¹², se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

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

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013 ⁸.

Los resultados de percepción de salud se incluyen por primera vez en el análisis de este informe 2017.

Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones:

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

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento de la entrevistado/a.
- 2.- Nivel de Estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Se han estructurado en tres categorías: Universitarios: haber finalizado estudios universitarios; Secundarios: haber finalizado bachiller superior o formación profesional equivalente; Primarios o sin estudios: los que no tienen estudios o solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar o graduado escolar.

- 3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro, trabajo no remunerado (amas de casa), jubilación o pensionista y estudiante.
- 4.- Clase social: se utiliza la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) en tres estratos (alta, media, baja).

La tendencia de indicadores seleccionados se analiza desde el año 1996 al año 2017. Se utiliza el programa Joinpoint Trend Analysis Software ^{13,14}. Para ello se calcula el porcentaje de cambio anual para cada punto de cambio (PCA) (jointpoint) ¹⁵ y el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA) ¹⁶ para la serie completa, con el fin de permitir la comparación de los cambios globales entre indicadores utilizando el mismo método, a partir de modelos de regresión de Poisson, y siguiendo el método utilizado por el NIH ¹⁶.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 21 ¹⁷.

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

En este documento se “ha intentado” utilizar un lenguaje inclusivo.

4.- RESULTADOS

Se han realizado un total de 2001 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad. Las características de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra.

Número entrevistas		2001
Sexo (%)		(%)
	Hombres	48,6
	Mujeres	51,4
Edad (%)		
	18-29	19,1
	30-44	37,7
	45-64	43,2
Tasa de respuesta		67,8
Ámbito geográfico (%)		
	Madrid capital	49
	Corona metropolitana	43
	Resto de municipios	8
Nivel de estudios (%)		
	Menos de primarios	1,6
	Primarios	10,6
	Secundarios 1º grado	20,4
	Secundarios 2º grado	33,1
	Universitarios	34,3

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

A continuación se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta la evolución desde 1995 hasta 2017.

4.1. PERCEPCION DE SALUD

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

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

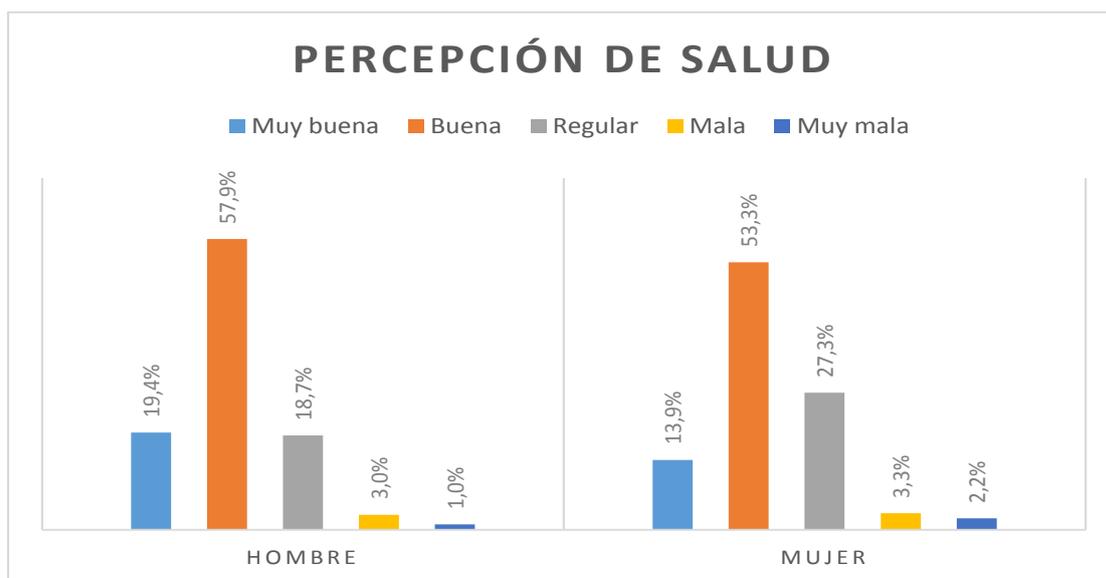
La prevalencia de percepción de salud buena o muy buena es menor en mujeres, 67,2 % (64,3-69,9), que en hombres 77,2% (74,5-79,7). Al mismo tiempo la prevalencia de percepción “mala o muy mala” es mayor también en mujeres 5,5%, frente y 4,0% de los hombres.

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

De forma general, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) empeora con el aumento de la edad, el nivel educativo más bajo, estar parado/a, y pertenecer a una clase social media o baja.

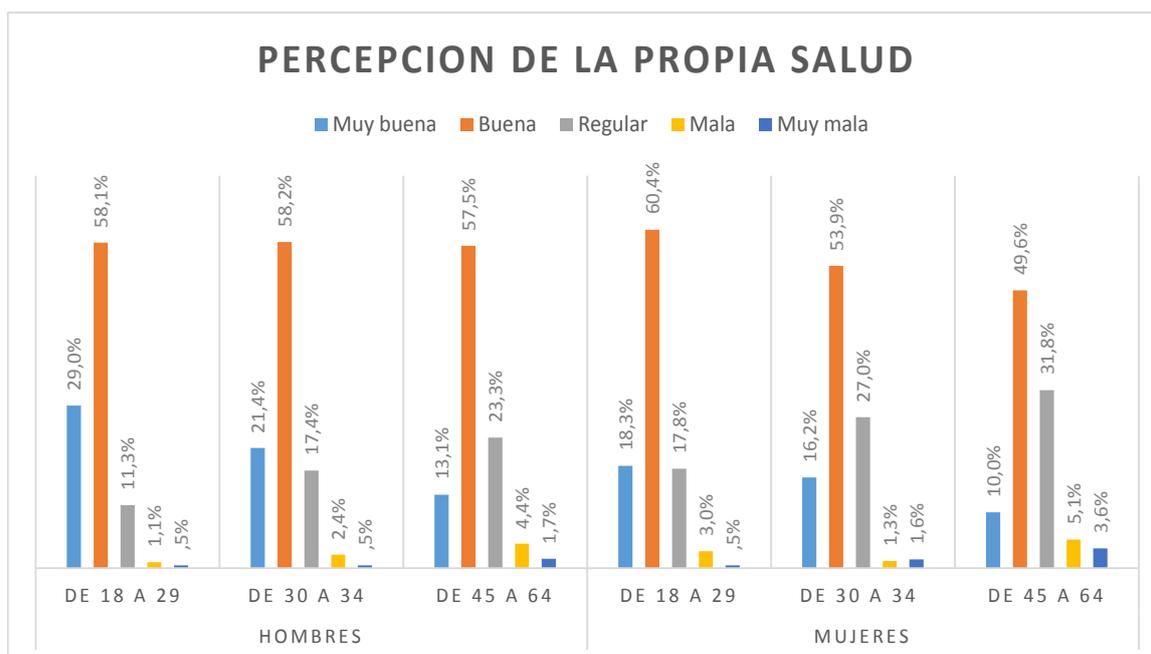
Las mujeres nacidas en otros países, tienen una prevalencia de percepción de salud (buena y muy buena) del 57,3%, y esta es menor que el de las mujeres nacidas en España, 69,7%. Al mismo tiempo, la prevalencia de percepción de salud buena o muy buena en las mujeres nacidas en otros países es 20 puntos porcentuales inferior a la de los hombres nacidos en otros países, tabla 2.

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



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 2: Autopercepción de salud por sexo y grupos de edad edad.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

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

		SEXO					
		Hombre		Mujer		Total	
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	162	87,1(81,4-91,2)	155	78,7(72,4-83,9)	317	82,8(78,7-86,2)
	De 30 a 44 años	297	79,6(75,2-83,4)	268	70,2(65,4-74,5)	565	74,8(71,6-77,8)
	De 45 a 64 años	291	70,6(66-74,8)	268	59,6(54,9-64)	559	64,8(61,6-68)
País de Nacimiento	España	630	77,4(74,4-80,1)	576	69,7(66,5-72,7)	1206	73,5(71,4-75,6)
	Otro País	112	77,2(69,7-83,3)	102	57,3(50-64,3)	214	66,3(61-71,2)
Nivel educativo	Primarios o sin estudios	84	63,2(54,6-70,9)	53	47,3(38,3-56,6)	137	55,9(49,6-62)
	Secundarios	409	77,2(73,4-80,5)	353	65,4(61,3-69,2)	762	71,2(68,5-73,8)
	Universitarios	257	83,4(78,9-87,2)	285	75,6(71-79,7)	542	79,1(75,9-82)
Ocupación	Trabaja	591	79,9(76,8-82,6)	452	69,8(66,1-73,2)	1043	75,1(72,8-77,3)
	Paro	52	64,2(53,2-73,9)	79	61,7(53-69,7)	131	62,7(55,9-69)
	Estudiante	53	85,5(74,3-92,3)	50	80,6(68,8-88,7)	103	83,1(75,4-88,7)
	Trabajo no remunerado**	1	0(0-0)	80	60,6(52-68,6)	81	60,9(52,4-68,8)
	Jubilación/pensionista	39	59,1(46,9-70,2)	13	43,3(27,1-61,1)	52	54,2(44,2-63,8)
Clase social	Alta	249	82,2(77,5-86,1)	196	81,7(76,3-86)	445	82(78,5-85)
	Media	115	80,4(73,1-86,1)	183	68(62,2-73,3)	298	72,3(67,8-76,4)
	Baja	311	72,8(68,4-76,8)	217	57,4(52,4-62,3)	528	65,6(62,3-68,8)
Total		750	77,2(74,5-79,7)	691	67,2(64,3-69,9)	1441	72,1(70,1-73,9)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

4.2. ACTIVIDAD FÍSICA

El 40,7% (38,6-42,8) de los entrevistados afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad. (Tabla 3).

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

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 64,5% de los entrevistados/as no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres realizan menos actividad en el tiempo libre que los hombres, por edad los/as más inactivos/as son los que tienen de 45 a 64 años (tabla 3).

Tabla 3. Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)
No activos en actividad habitual/laboral(a)	40,7 (38,6-42,8)	42,8 (39,7-45,9)	38,7 (35,8-41,7)	46 (41-51)	42,4 (38,9-45,9)	36,8 (33,7-40,1)
No activos en tiempo libre(b)	64,5 (62,4-66,5)	57,1 (54-60,2)	71,4 (68,6-74,1)	51,7 (46,7-56,6)	63,8 (60,4-67,2)	70,7 (67,6-73,6)

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

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

*Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

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

Tabla 4 Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (% de población que las practica habitualmente). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

Hombre	%	Mujer	%
1. Footing	21,2	1. Gimnasia de mantenimiento	12,7
2. Pesas/gimnasia con aparatos	18,8	2. Bicicleta ligera	11,3
3. Bicicleta ligera	17,0	3. Aerobic/gimnasia de mantenimiento	10,8
4. Bicicleta intensa	13,7	4. Footing	10,2
5. Fútbol	12,1	5. Pesas	9,4

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

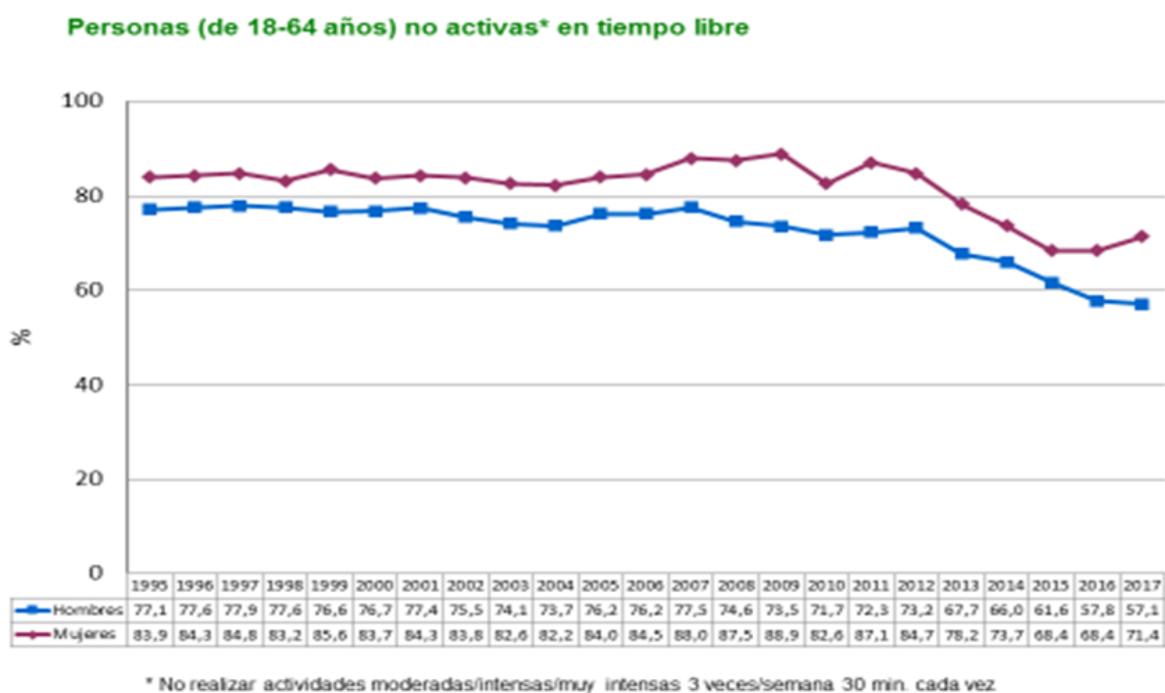
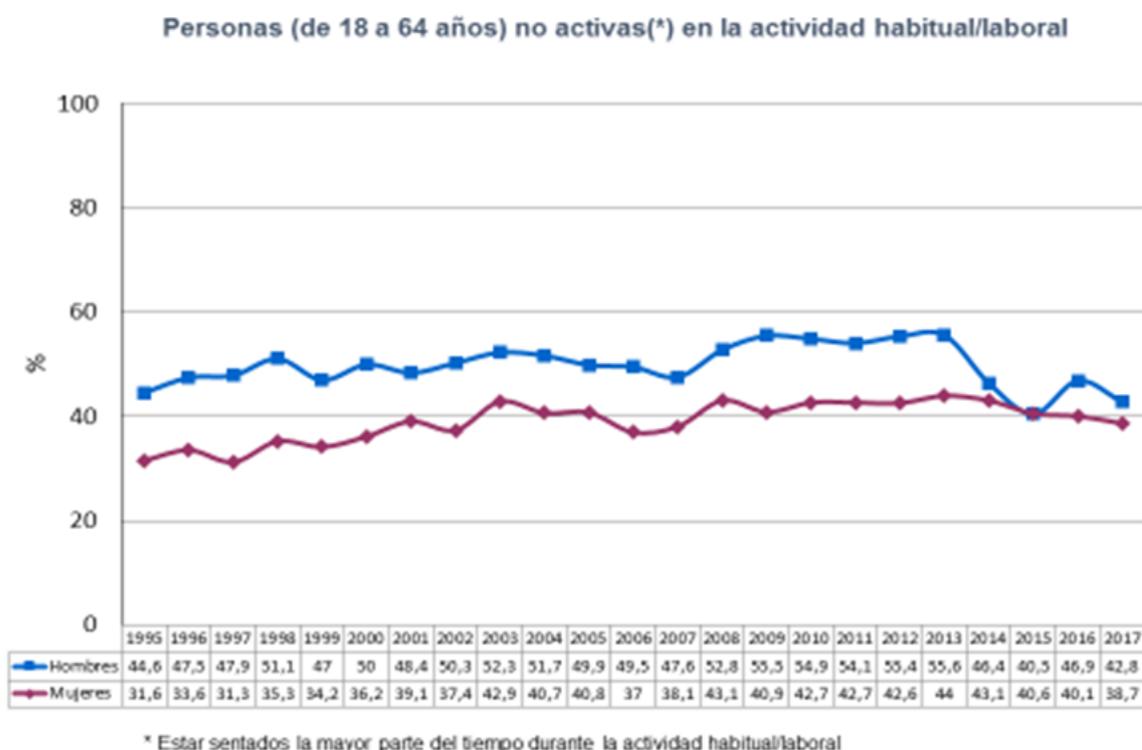
En la figura 3 podemos apreciar la evolución de estos indicadores de sedentarismos en la actividad habitual y tiempo libre desde 1995 a 2017.

El sedentarismo durante la actividad habitual/laboral, se comporta con una tendencia ascendente en mujeres, destacando dos periodos el primero desde 1995 a 2003 con un PCA de +3,22% ($p < 0,05$) y desde 2003 a 2017 prácticamente permanece estable con un PCA +0,19%(NS).

En hombres ha aumentado ligeramente desde 1995 a 2012, con un porcentaje de cambio anual PCA de +0,92% ($p < 0,05$). En 2013 se observa un cambio de tendencia lo que supone una mejora de este indicador que persiste hasta 2017, con un PCA de -5,33% ($p < 0,01$).

Por otro lado, la proporción de personas no activas en tiempo libre mejoró en todo el periodo en hombres y en mujeres. En hombres se evidencia una disminución suave desde 1995 a 2017 con un porcentaje promedio de cambio anual PPCA de -1,03% ($P < 0,05$), se evidencia una mejora de la serie desde 2012 con un PCA de - 5,81% ($p < 0,05$). En mujeres la tendencia en su conjunto es ligeramente descendente con un (PPCA) de -0,75 (NS); de 2012 a 2015 mejora de forma importante con un PCA de -7,64% ($p < 0,05$), produciéndose un cambio de esta tendencia en 2015, emporando este indicador hasta el momento actual.

Figura 3. Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 5: Sedentarismo en actividad habitual/laboral (1) por variables sociodemográficas por sexo y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	85	45,7(38,6-52,9)	91	46,2(39,3-53,2)	176	46(41-51)
	De 30 a 44 años	164	44,0(39,0-49,0)	156	40,8(36-45,8)	320	42,4(38,9-45,9)
	De 45 a 64 años	167	40,4(35,8-45,3)	151	33,6(29,3-38,1)	318	36,8(33,7-40,1)
País de Nacimiento	España	376	46,1(42,7-49,6)	352	42,6(39,3-46)	728	44,4(42-46,8)
	Otro País	33	22,8(16,7-30,3)	37	20,8(15,4-27,4)	70	21,7(17,5-26,5)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	35	26,3(19,5-34,4)	18	16,1(10,4-24,1)	53	21,6(16,9-27,2)
	Secundarios	179	33,7(29,8-37,8)	178	33(29,1-37)	357	33,3(30,6-36,2)
	Universitarios	202	65,6(60,1-70,7)	202	53,6(48,5-58,6)	404	59(55,3-62,6)
Ocupación	Trabaja	315	42,6(39,1-46,2)	281	43,4(39,6-47,2)	596	42,9(40,4-45,6)
	Paro	33	40,2(30,2-51,2)	40	31,3(23,8-39,8)	73	34,8(28,6-41,4)
	Estudiante	38	61,3(48,7-72,6)	37	59,7(47,1-71,1)	75	60,5(51,6-68,7)
	Trabajo no remunerado**	0	.....	18	13,6(8,8-20,6)	18	13,5(8,7-20,5)
	Jubilación/pensionista	19	28,8(19,1-40,8)	9	30(16,4-48,4)	28	29,2(20,9-39)
	Total		416	42,8(39,7-45,9)	398	38,7(35,8-41,7)	814	40,7(38,6-42,8)

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

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

En el sedentarismo por actividad habitual/laboral (tabla 5), destacan los universitarios/as, 65,6% en hombres y 53,6 en mujeres (p<0,05).

Tabla 6. Sedentarismo en tiempo libre (1), por variables sociodemográficas por sexo y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	132	71(64-77,1)	134	68(61,2-74,2)	266	69,5(64,6-73,9)
	De 30 a 44 años	229	61,4(56,3-66,2)	252	66(61-70,6)	481	63,7(60,2-67,1)
	De 45 a 64 años	237	57,4(52,6-62,1)	302	67,1(62,7-71,3)	539	62,5(59,2-65,6)
País de Nacimiento	España	500	61,3(58-64,6)	553	66,9(63,7-70,1)	1053	64,2(61,8-66,4)
	Otro País	91	62,8(54,6-70,3)	122	68,5(61,4-74,9)	213	65,9(60,6-70,9)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	82	61,7(53,1-69,5)	73	65,2(55,9-73,4)	155	63,3(57,1-69,1)
	Secundarios	312	58,8(54,5-62,9)	356	65,9(61,8-69,8)	668	62,4(59,4-65,2)
	Universitarios	204	66,2(60,8-71,3)	259	68,7(63,8-73,2)	463	67,6(64-71)
Ocupación	Trabaja	457	61,8(58,2-65,2)	441	68,1(64,4-71,5)	898	64,7(62,1-67,2)
	Paro	45	54,9(44-65,3)	88	68,8(60,2-76,2)	133	63,3(56,6-69,6)
	Estudiante	48	77,4(65,4-86,2)	45	72,6(60,3-82,2)	93	75(66,7-81,8)
	Trabajo no remunerado	1	100(100-100)	87	65,9(57,4-73,5)	88	66,2(57,7-73,7)
	Jubilación/pensionista	35	53(41-64,7)	14	46,7(29,9-64,2)	49	51(41,1-60,9)
	Total		598	61,5(58,4-64,5)	688	66,9(63,9-69,7)	1286	64,3(62,1-66,3)

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

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

La prevalencia de indicador de “sedentarismo en tiempo libre” es 64,3%, más elevado en mujeres 66,9% que en los hombres 61,5%, persistiendo esta diferencia en las variables analizadas. En hombres, se evidencia un gradiente que disminuye con la edad, sin embargo en mujeres este hecho no se produce. En mujeres es necesario destacar la diferencia que existe en este indicador entre las de clase social baja en relación con la media y alta, hecho que no ocurre en los hombres (Tabla 6).

4.3.- ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 0,86 raciones/día, el 31,7% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,4 raciones diarias. El 17,9% no había realizado ninguna ingesta.

La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 51,3% en hombres y un 47,4% en mujeres (figura 4).

El 49,9% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres, en las que este consumo se observó en un 54,8%, frente al 44,8% en los hombres.

En hombres como podemos observar en la figura 4, en los años de estudio, la tendencia 1995-2017 muestra que a partir de 2003 se produce un cambio en la serie, aumentando de forma constante desde 2003 a 2017 los que toman menos de dos raciones al día de derivados lácteos, PCA +3,15 8 (p< 0,05). En mujeres sucede lo mismo desde 2003, produciéndose un empeoramiento de este indicador desde 2011 hasta la actualidad, PCA +9,07 (p< 0,05).

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,0 raciones/día. La ingesta media de verduras fue 0,9 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 1,9 raciones/día.

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

Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 15,6 % de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 69,3 % (73,8 % de los hombres y 65 % de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día (figura 5) y sólo el 3,7 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (2,3% de los hombres y 5,2 % de las mujeres).

Además de la mayor frecuencia en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó considerablemente a medida que aumentó la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 79,4 % no llegó a consumir tres raciones al día y el 98,4% no había ingerido las cinco raciones/día recomendadas, mientras esta misma situación en los sujetos de 45-64 años fue un 63,5 % con una ingesta inferior a 3 raciones/día y un 95,5 % con una ingesta inferior a 5 raciones/día.

En hombres el % personas que ingieren menos de 3 raciones de frutas y verduras al día muestra una tendencia descendente desde 1995 a 2012 con una PCA de -0,68% ($p < 0,05$). Desde este año el indicador emporea claramente aumentado hasta 2017 con un PAC de +3,88% ($p < 0,05$). En mujeres el análisis de la tendencia desde 1995 muestra 3 cambios de tendencia joinpoints (JP), el primero de 1995 a 1998, aumentando el % de no consumo casi 10 puntos porcentuales, PCA +5,57 (NS); a partir de 1998 mejora este indicador con un PCA de -1,69% ($p < 0,05$) hasta el año 2012 (desde 69,9% a 56,5%), desde 2013 se produce un empeoramiento del indicador de ingesta de fruta y verduras hasta el año 2015, PCA +12,61 ($p < 0,05$), a partir de este año se produce un ligero cambio de tendencia, mejorando este indicador, de momento no significativo (figura 5).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue 1,1 raciones/día, donde la carne aportó 0,75 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 77,8%, había consumido algún alimento de este grupo.

Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos, con diferencias entre hombres y mujeres: un 33,0 % de hombres frente al 27,0% de mujeres (figura 4).

En indicador de consumo de carne y derivados de dos o más raciones/día, mejora de forma importante en mujeres con un descenso durante todo el periodo de estudio, 1995-2017, del -1,7% anual, (PPCA), ($p < 0,05$). El mayor descenso se produce a partir de 2015 con un PCA del -16,5% ($P < 0,05$).

En los hombres se observa un comportamiento similar con una mejoría de este indicador en el periodo 1995/2017 de -2% (PPCA), ($p < 0,05$), es de destacar el cambio de tendencia que se produce en 2015 con un descenso más brusco, PCA del -13,8% ($p < 0,05$).

Pescado

El 47,3% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 46% mujeres y 48,8% los hombres; este consumo aumenta de forma importante con la edad de pasando de 39,4% en los/as más jóvenes a 49,9% en el grupo de 45 a 64 años (tabla 7). La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana).

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,6 raciones/día y el 48,1% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas.

El 10,3% consumieron dos o más raciones al día en los hombres el 9,6% y en las mujeres el 11,1%.

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

Comparando el final del periodo, 2015/2017, con el comienzo, 1995/1996, se registró un descenso en el consumo de dos o más raciones/día de estos productos del 5,5% en los hombres y un aumento del 5,3% en las mujeres.

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 0,8 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,29 raciones/día (lo que equivale a unas 2,0 raciones/semana), la de legumbres 0,1 raciones/día (en torno a 1,0 raciones/semana) y la de huevos fue poco más de 0,4 raciones/día (unas 2,8 raciones a la semana).

Tabla 7. Proporción de personas que realizaron algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

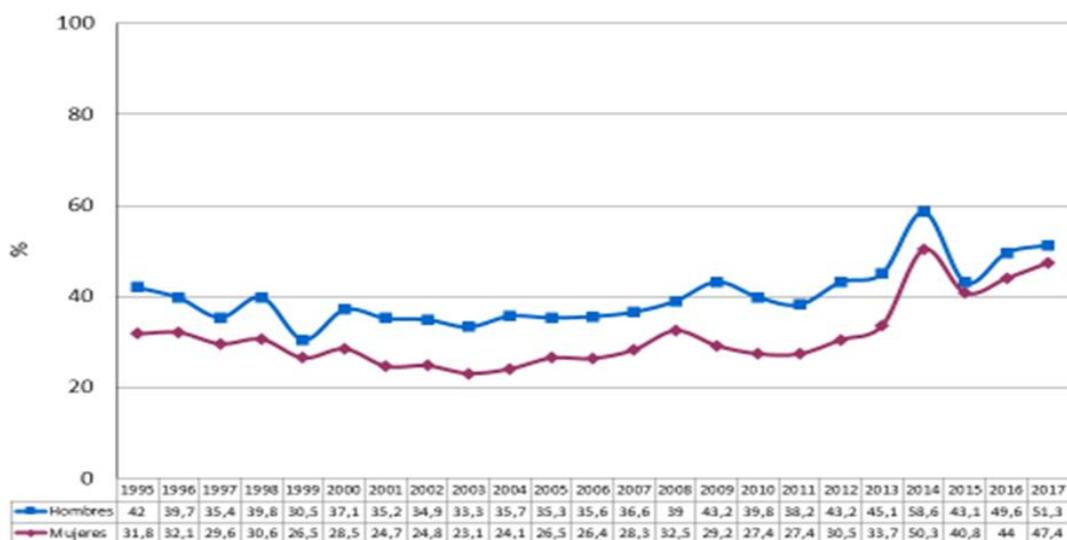
	TOTAL	SEXO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	68,3 (66,2-70,3)	67,5 (64,5-70,3)	69,1 (66,2-71,8)	62,9 (57,9-67,6)	65,3 (61,8-68,6)	73,3 (70,3-76,2)
Leche y derivados	82,1 (80,4-83,7)	80,8 (78,2-83,1)	83,4 (81-85,5)	79,6 (75,3-83,4)	80 (77-82,7)	85,1 (82,5-87,3)
Arroz	15,6 (14,1-17,2)	15,8 (13,7-18,3)	15,4 (13,3-17,7)	19,3 (15,7-23,6)	16,8 (14,3-19,7)	12,9 (10,8-15,3)
Pasta	13,4 (12,0-15,0)	15,7 (13,6-18,1)	11,3 (9,5-13,3)	18,8 (15,2-23)	15,6 (13,2-18,4)	9,2 (7,4-11,3)
Verdura	67,4 (65,3-69,4)	63,9 (60,8-66,8)	70,7 (67,8-73,4)	57,4 (52,4-62,3)	68,5 (65,1-71,7)	70,8 (67,7-73,7)
Fruta fresca	62,9 (60,8-64,9)	59,3 (56,2-62,3)	66,3 (63,4-69,1)	50,4 (45,4-55,4)	61,1 (57,5-64,5)	70 (66,8-73)
Legumbres	14,3 (12,9-15,9)	16,5 (14,3-18,9)	12,3 (10,5-14,5)	13,3 (10,3-17,1)	13,4 (11,1-16)	15,6 (13,4-18,2)
Carne	62,3 (60,1-64,4)	64,1 (61-67)	60,5 (57,5-63,5)	66,6 (61,7-71,1)	64 (60,5-67,3)	58,9 (55,5-62,1)
Carne y derivados	77 (75,1-78,8)	79,6 (77-82)	74,4 (71,7-77)	79,1 (74,7-82,9)	80 (77-82,7)	73,3 (70,3-76,2)
Huevos	22,1 (20,3-24)	22,3 (19,8-25,1)	21,9 (19,4-24,5)	22,2 (18,3-26,6)	22,8 (19,9-25,9)	21,4 (18,8-24,3)
Pescado	47,3 (45,1-49,5)	48,8 (45,6-51,9)	46 (42,9-49)	39,4 (34,6-44,4)	48,3 (44,8-51,9)	49,9 (46,6-53,3)
Dulces/ Bollería	48,1 (45,9-50,3)	47,4 (44,2-50,5)	48,8 (45,7-51,8)	47,1 (42,1-52,2)	48,2 (44,7-51,8)	48,4 (45,1-51,8)

*Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 4

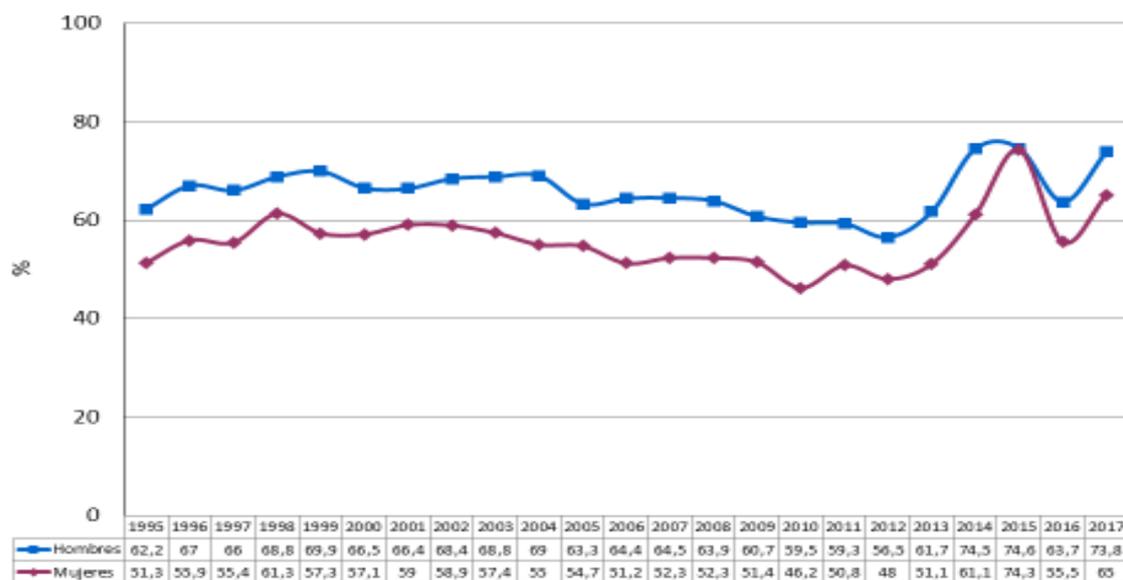
Proporción de personas (18-64 años) con consumos < de 2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 5

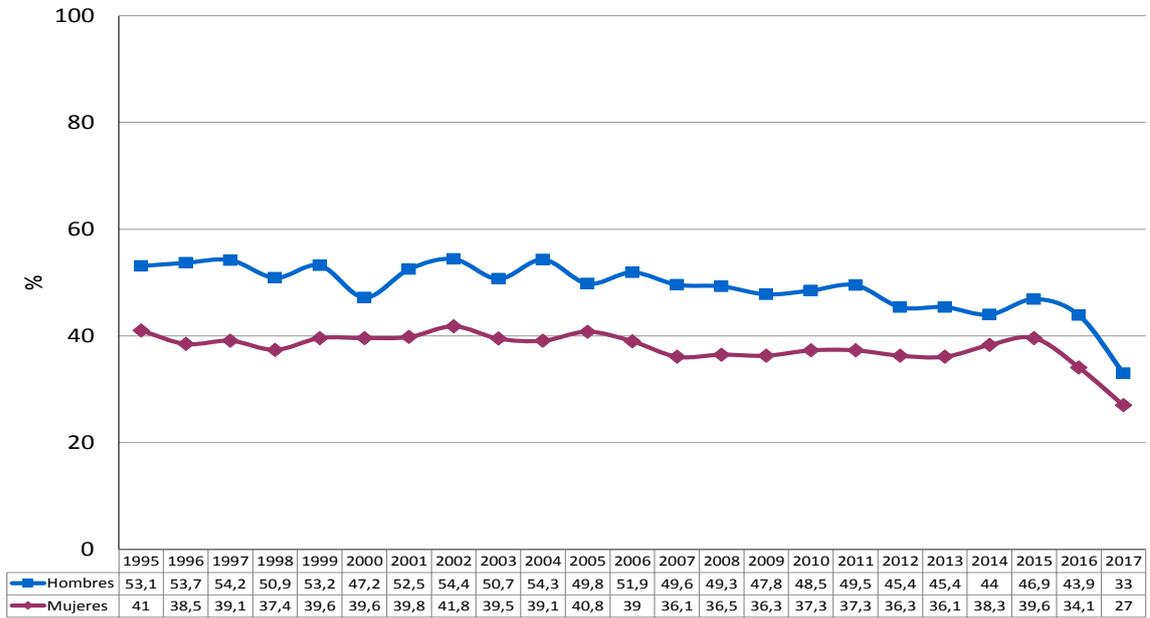
Proporción de personas (18-64 años) con consumos < de 3 raciones de fruta y verdura en las últimas 24 horas



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 6

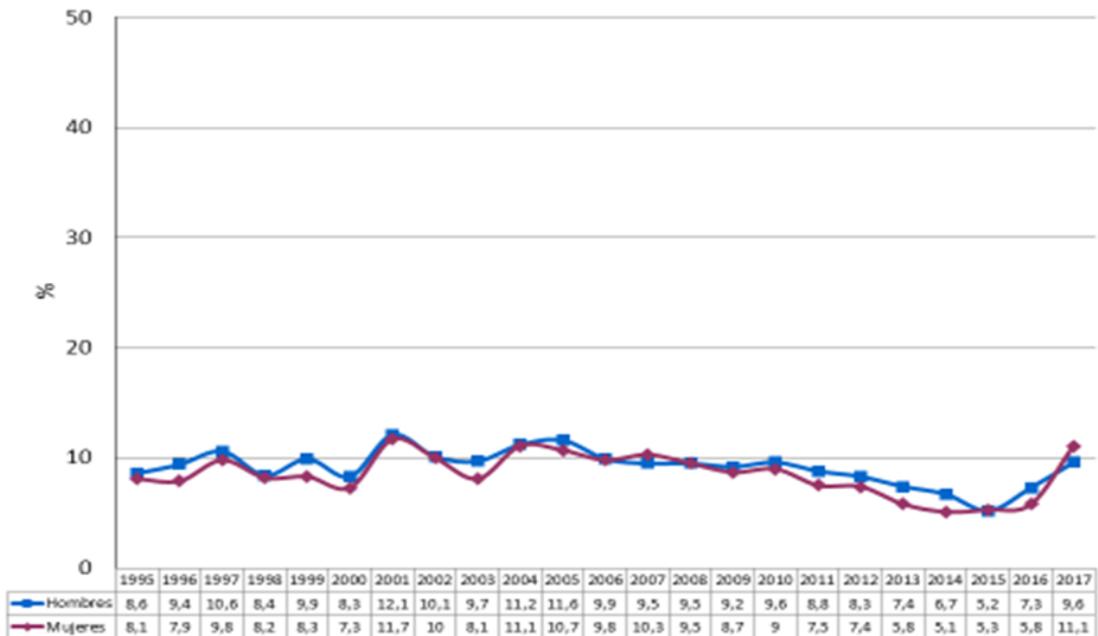
Proporción de personas (18-64 años) con consumos \geq a 2 raciones de cárnicos en las últimas 24 horas



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 7

Proporción de personas (18-64 años) con consumos \geq de 2 raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 8: Consumo menor a una ración de leche al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	73	39,2(32,5-46,5)	69	35(28,6-42)	142	37,1(32,4-42,1)
	De 30 a 44 años	132	35,4(30,7-40,4)	130	34(29,4-38,9)	262	34,7(31,4-38,2)
	De 45 a 64 años	111	26,9(22,8-31,3)	119	26,4(22,6-30,7)	230	26,7(23,8-29,7)
País de Nacimiento	España	248	30,4(27,4-33,7)	243	29,4(26,4-32,6)	491	29,9(27,8-32,2)
	Otro País	63	43,4(35,6-51,6)	67	37,6(30,8-45)	130	40,2(35-45,7)
Nivel educativo	Primarios o sin estudios	41	30,8(23,6-39,2)	24	21,4(14,8-30)	65	26,5(21,4-32,4)
	Secundarios	169	31,8(28-35,9)	165	30,6(26,8-34,6)	334	31,2(28,5-34)
	Universitarios	106	34,4(29,3-39,9)	129	34,2(29,6-39,1)	235	34,3(30,8-37,9)
Ocupación	Trabaja	246	33,2(29,9-36,7)	206	31,8(28,3-35,5)	452	32,6(30,2-35,1)
	Paro	23	28(19,4-38,7)	49	38,3(30,3-47)	72	34,3(28,2-41)
	Estudiante	22	35,5(24,6-48,1)	20	32,3(21,9-44,8)	42	33,9(26,1-42,6)
	Trabajo no remunerado**	1	.....	26	19,7(13,8-27,4)	27	20,3(14,3-28)
	Jubilación/pensionista	17	25,8(16,6-37,6)	11	36,7(21,6-54,9)	28	29,2(20,9-39)
Clase social	Alta	89	36,2(30,4-42,4)	82	27,6(22,8-33)	171	31,5(27,7-35,5)
	Media	62	27,8(22,3-34)	65	34,4(27,9-41,5)	127	30,8(26,6-35,5)
	Baja	122	31,1(26,7-35,9)	131	31,6(27,3-36,3)	253	31,4(28,3-34,7)
Total		316	32,5(29,7-35,5)	318	30,9(28,2-33,8)	634	31,7(29,7-33,8)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El consumo de menos de una ración al día de leche (tabla 8), es del 31,7%, y el indicador empeora en las edades más jóvenes, personas nacidas fuera de España, nivel educativo universitario, y mujeres en paro.

Tabla 9: Consumo menor a tres raciones de leche y derivados lácteos al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	168	90,3(85,1-93,8)	181	91,9(87,1-95)	349	91,1(87,8-93,6)
	De 30 a 44 años	341	91,4(88,1-93,9)	326	85,3(81,4-88,6)	667	88,3(85,9-90,4)
	De 45 a 64 años	358	86,7(83-89,6)	374	83,1(79,3-86,3)	732	84,8(82,3-87,1)
País de Nacimiento	España	716	87,9(85,4-89,9)	708	85,7(83,2-87,9)	1424	86,8(85-88,3)
	Otro País	140	96,6(92-98,6)	150	84,3(78,1-88,9)	290	89,8(86-92,6)
Nivel educativo	Primarios o sin estudios	123	92,5(86,6-95,9)	99	88,4(81-93,2)	222	90,6(86,3-93,7)
	Secundarios	477	89,8(87-92,1)	457	84,6(81,4-87,4)	934	87,2(85,1-89,1)
	Universitarios	267	86,7(82,4-90,1)	325	86,2(82,3-89,3)	592	86,4(83,6-88,8)
Ocupación	Trabaja	659	89,1(86,6-91,1)	546	84,3(81,3-86,9)	1205	86,8(84,9-88,5)
	Paro	74	90,2(81,7-95)	116	90,6(84,2-94,6)	190	90,5(85,7-93,8)
	Estudiante	56	90,3(80,1-95,6)	56	90,3(80,1-95,6)	112	90,3(83,7-94,4)
	Trabajo no remunerado**	1	.....	110	83,3(76-88,8)	111	83,5(76,1-88,9)
	Jubilación/pensionista	57	86,4(75,8-92,8)	28	93,3(76,9-98,3)	85	88,5(80,5-93,5)
Clase social	Alta	222	90,2(85,9-93,4)	258	86,9(82,5-90,2)	480	88,4(85,4-90,8)
	Media	197	88,3(83,4-91,9)	161	85,2(79,4-89,6)	358	86,9(83,3-89,8)
	Baja	347	88,5(85-91,3)	352	85(81,3-88,1)	699	86,7(84,2-88,9)
Total		867	89,2(87,1-91)	881	85,6(83,3-87,6)	1748	87,4(85,8-88,7)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El 87,4% de las personas entrevistadas consumen menos de 3 raciones al día de leche y derivados lácteos. Por determinantes sociales pueden observarse las prevalencias en la tabla 9.

Tabla 10: Consumo menor a dos raciones de fruta al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre	Mujer				
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	151	81,2(74,9-86,2)	159	80,7(74,6-85,7)	310	80,9(76,7-84,6)
	De 30 a 44 años	306	82(77,8-85,6)	272	71,2(66,4-75,5)	578	76,6(73,4-79,4)
	De 45 a 64 años	308	74,6(70,1-78,6)	282	62,7(58,1-67)	590	68,4(65,2-71,4)
País de Nacimiento	España	632	77,5(74,6-80,3)	574	69,5(66,3-72,5)	1206	73,5(71,3-75,6)
	Otro País	123	84,8(78-89,8)	124	69,7(62,5-76)	247	76,5(71,5-80,8)
Nivel educativo	Primarios/ sin estudios	109	82(74,5-87,6)	74	66,1(56,8-74,2)	183	74,7(68,9-79,7)
	Secundarios	417	78,5(74,8-81,8)	393	72,8(68,9-76,3)	810	75,6(73-78,1)
	Universitarios	239	77,6(72,6-81,9)	246	65,3(60,3-69,9)	485	70,8(67,3-74,1)
Ocupación	Trabaja	585	79,1(76-81,8)	447	69(65,3-72,4)	1032	74,4(72-76,6)
	Paro	70	85,4(75,9-91,5)	93	72,7(64,3-79,7)	163	77,6(71,5-82,8)
	Estudiante	47	75,8(63,7-84,9)	50	80,6(68,8-88,7)	97	78,2(70,1-84,6)
	Trabajo no remunerado**	1	.....	85	64,4(55,9-72,1)	86	64,7(56,2-72,3)
	Jubilación/pensionista	46	69,7(57,6-79,5)	18	60(41,9-75,7)	64	66,7(56,7-75,4)
Clase social	Alta	188	76,4(70,7-81,3)	194	65,3(59,7-70,5)	382	70,3(66,4-74)
	Media	171	76,7(70,7-81,8)	131	69,3(62,4-75,5)	302	73,3(68,8-77,4)
	Baja	318	81,1(76,9-84,7)	298	72(67,5-76,1)	616	76,4(73,4-79,2)
Total		765	78,7(76-81,2)	713	69,3(66,4-72)	1478	73,9(71,9-75,7)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El 73,9 % consumen menos de 2 raciones de fruta al día. Existe un diferencia importante en este indicador, hombres 78,7% y las mujeres 69,3% ($p < 0,05$).

Por edad, de forma conjunta los más jóvenes son los que menos fruta consumen. Se produce también un gradiente en la clase social, la más baja es la que menos consume (tabla 10).

Tabla 11: Consumo menor a una ración de verdura al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre	Mujer				
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	92	49,5(42,3-56,7)	71	36(29,6-43)	163	42,6(37,7-47,6)
	De 30 a 44 años	134	35,9(31,2-40,9)	104	27,2(23-31,9)	238	31,5(28,3-34,9)
	De 45 a 64 años	125	30,3(26-34,9)	127	28,2(24,2-32,6)	252	29,2(26,3-32,3)
País de Nacimiento	España	280	34,4(31,2-37,7)	247	29,9(26,9-33,1)	527	32,1(29,9-34,4)
	Otro País	65	44,8(36,9-53)	45	25,3(19,4-32,2)	110	34,1(29,1-39,4)
Nivel educativo	Primarios/ sin estudios	58	39,2(32,5-46,5)	39	35(28,6-42)	97	37,1(32,4-42,1)
	Secundarios	210	39,5(35,5-43,8)	174	32,2(28,4-36,3)	384	35,9(33-38,8)
	Universitarios	83	26,9(22,3-32,2)	89	23,6(19,6-28,2)	172	25,1(22-28,5)
Ocupación	Trabaja	256	34,6(31,3-38,1)	171	26,4(23,1-29,9)	427	30,8(28,4-33,2)
	Paro	39	37(58,3-18,6)	48	29,6(46,2-22,9)	87	35(48,2-41,4)
	Estudiante	33	53,2(40,8-65,3)	27	43,5(31,8-56,1)	60	48,4(39,7-57,2)
	Trabajo no remunerado**	1	.....	36	27,3(20,3-35,5)	37	27,8(20,9-36)
	Jubilación/pensionista	13	19,7(11,8-31,1)	10	33,3(18,9-51,7)	23	24(16,5-33,5)
Clase social	Alta	90	36,6(30,8-42,8)	82	27,6(22,8-32,9)	172	31,7(27,9-35,7)
	Media	82	36,8(30,7-43,3)	57	30,2(24-37,1)	139	33,7(29,3-38,4)
	Baja	132	33,7(29,2-38,5)	130	31,4(27,1-36)	262	32,5(29,4-35,8)
Total		351	36,1(33,2-39,2)	302	29,3(26,6-32,2)	653	32,6(30,6-34,7)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

La prevalencia del indicador “consumo menor de una ración de verdura al día” es del 32,6%, 29,3% en mujeres y 36,2% en hombres ($p < 0,05$). Los/as más jóvenes, nivel educativo más bajo, y estudiantes consumen menos verdura (tabla 11).

Tabla 12: Consumo mayor o igual a 2 raciones de carne y/o productos cárnicos al día por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	85	45,7(38,6-52,9)	58	29,4(23,5-36,2)	143	37,3(32,7-42,2)
	De 30 a 44 años	129	34,6(29,9-39,6)	114	29,8(25,5-34,6)	243	32,2(28,9-35,6)
	De 45 a 64 años	107	25,9(21,9-30,3)	106	23,6(19,8-27,7)	213	24,7(21,9-27,7)
País de Nacimiento	España	271	33,3(30,1-36,5)	232	28,1(25,1-31,3)	503	30,7(28,5-32,9)
	Otro País	44	30,3(23,4-38,3)	39	21,9(16,4-28,6)	83	25,7(21,2-30,7)
Nivel educativo	Primarios /sin estudios	38	28,6(21,6-36,8)	24	21,4(14,8-30)	62	25,3(20,3-31,1)
	Secundarios	201	37,9(33,9-42)	153	28,3(24,7-32,3)	354	33,1(30,3-35,9)
	Universitarios	82	26,6(22-31,8)	101	26,8(22,6-31,5)	183	26,7(23,5-30,2)
Ocupación	Trabaja	247	33,4(30,1-36,8)	174	26,9(23,6-30,4)	421	30,3(28-32,8)
	Paro	24	29,3(20,4-40)	38	29,7(22,4-38,2)	62	29,5(23,7-36)
	Estudiante	26	41,9(30,3-54,5)	16	25,8(16,4-38,1)	42	33,9(26,1-42,6)
	Trabajo no remunerado**	1	.....	36	27,3(20,4-35,5)	37	27,8(20,9-36)
	Jubilación/pensionista	17	25,8(16,6-37,6)	7	23,3(11,5-41,5)	24	25(17,3-34,6)
Clase social	Alta	78	31,7(26,2-37,7)	87	29,3(24,4-34,7)	165	30,4(26,7-34,4)
	Media	81	36,3(30,3-42,8)	50	26,5(20,7-33,2)	131	31,8(27,5-36,4)
	Baja	131	33,4(29-38,2)	110	26,6(22,5-31)	241	29,9(26,9-33,1)
Total		321	33(30,2-36)	278	27(24,4-29,8)	599	29,9(28-32)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

La prevalencia del Indicador “consumo mayor o igual a 2 raciones de carne y/o productos cárnicos (tabla12)” fue menor en la mujeres que en los hombres (27% y 33% respectivamente), con el aumento de la edad el consumo disminuye. De forma general los hombres mantienen % más altos de consumos en este indicador que las mujeres. Esta diferencia por sexo se aprecia de forma específica en los hombres más jóvenes, que son los que más consumen (45,7%), superando en 15 puntos porcentuales a las mujeres de su misma edad ($p<0,05$). El resto de prevalencias por país de nacimiento, ocupación y clase social pueden observarse en la tabla 12.

4.4.- REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 28,8 % había realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 13,8 % había realizado durante este período alguna dieta para adelgazar.

La proporción de mujeres que había realizado dietas para adelgazar fue 1,5 veces mayor que la de hombres (tabla 13).

En cuanto a las tendencias, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres es superior a la de los hombres. En mujeres, en el periodo 1995/2017, no se producen cambios de tendencia estadísticamente significativos y es ligeramente descendente con un PCA= - 0,36% en el periodo (NS). En hombres se producen cambios de tendencia a lo largo del periodo, evidenciándose un aumento de prevalencia de dietas para adelgazar PPCA= +4,3% (NS). Desde 2015 este aumento se hace más evidente e intenso, alcanzando una prevalencia del 10,8%. (Figura 8).

Tabla 13. Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
	% (IC*)	Hombre % (IC*)	Mujer % (IC*)	18-29 % (IC*)	30-44 % (IC*)	45-64 % (IC*)
	28,8 (26,9-30,8)	23,9 (21,3-26,6)	33,4 (30,6-36,4)	35 (0,4-39,9)	30,3 (27,2-33,7)	24,7 (21,9-27,6)
Algún tipo de dieta	13,8 (12,4-15,4)	10,8 (9-12,9)	16,6 (14,5-19)	15,4 (12,1-19,4)	15,1 (12,7-17,8)	11,9 (10-14,2)

Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 8. Evolución de la proporción de personas que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 6 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 14: Dieta para adelgazar por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	% (IC)*	n	% (IC)*	n	% (IC)*
Edad	De 18 a 29 años	30	16,1 (11,5-22,2)	29	14,7 (10,4-20,4)	59	15,4 (12,1-19,4)
	De 30 a 44 años	49	13,1 (10,1-17)	65	17 (13,6-21,1)	114	15,1 (12,7-17,8)
	De 45 a 64 años	26	6,3 (4,3-9,1)	77	17,1 (13,9-20,9)	103	11,9 (10-14,2)
País de Nacimiento	España	87	10,7 (8,7-13)	134	16,2 (13,9-18,9)	221	13,5 (11,9-15,2)
	Otros países	17	11,7 (7,4-18,1)	34	19,1 (14-25,6)	51	15,8 (12,2-20,2)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	12	9 (5,2-15,2)	13	11,6 (6,9-19)	25	10,2 (7-14,7)
	Secundarios	57	10,7 (8,4-13,7)	101	18,7 (15,6-22,2)	158	14,8 (12,8-17)
	Universitarios	36	11,7 (8,5-15,8)	57	15,1 (11,8-19,1)	93	13,6 (11,2-16,4)
Ocupación	Trabaja	82	11,1(9-13,5)	121	18,7(15,8-21,9)	203	14,6(12,9-16,6)
	Paro	6	7,3(3,3-15,3)	18	14,1(9-21,3)	24	11,4(7,8-16,5)
	Estudiante	7	11,3(5,5-21,9)	4	6,5(2,4-16,1)	11	8,9(5-15,3)
	Trabajo no remunerado**	0	...	21	15,9(10,6-23,2)	21	15,8(10,5-23)
	Jubilación/pensionista	7	10,6(5,1-20,7)	3	10(3,3-26,9)	10	10,4(5,7-18,3)
Clase social	Alta	27	11 (7,6-15,5)	53	17,8 (13,9-22,6)	80	14,7 (12-18)
	Media	16	7,2 (4,4-11,4)	33	17,5 (12,7-23,6)	49	11,9 (9,1-15,4)
	Baja	48	12,2 (9,4-15,9)	61	14,7 (11,6-18,5)	109	13,5 (11,3-16,1)
Total		105	10,8(9-12,9)	171	16,6(14,5-19)	276	13,8(12,4-15,4)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Existe una diferencia importante entre la prevalencia de mujeres 16,6 %, hombres 10,8% ($p < 0,05$), manteniéndose en todas las variables analizadas; en el grupo de edad más joven, el % es mayor en los hombres (tabla 14).

4.5.- ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ($IMC = kg/m^2$), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad¹⁹. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad²⁰, que figura en la tabla 15.

El 2,4 % de la población estudiada se clasifica en un peso insuficiente, en las mujeres 3,8%, frente al 1% en los hombres, siendo más prevalente en el grupo más joven (18-29 años).

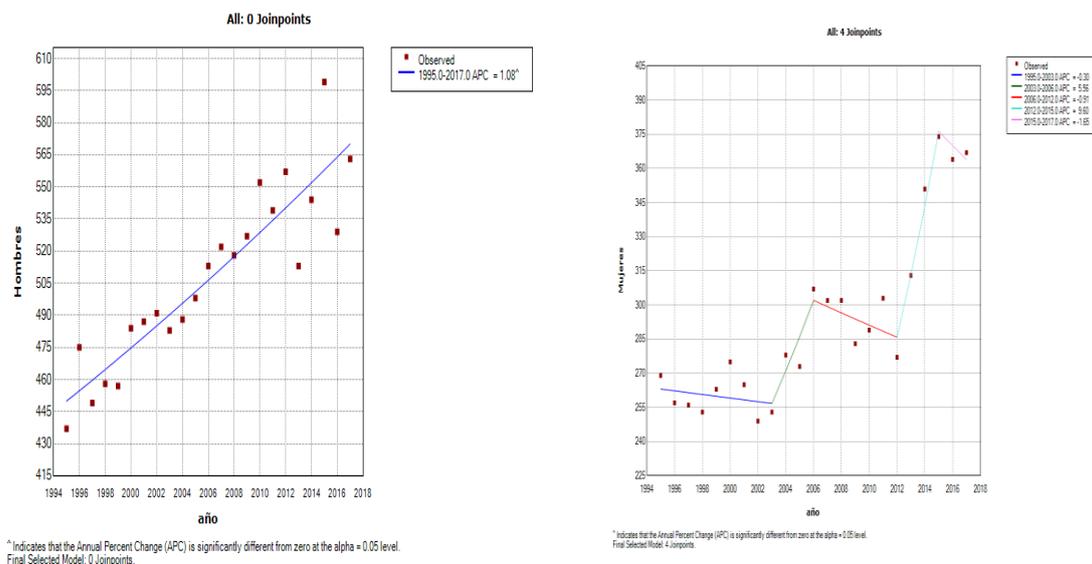
El 46,3% de la población se incluye en el rango de sobrepeso u obesidad. El 18,1% tiene sobrepeso grado I, un 16,2% sobrepeso de grado II, y un 12 % obesidad. Por sexo la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue 56,4% en hombres y 36,6 % en mujeres. Se produce un aumento importante por edad tanto en mujeres como en hombres (tabla 16).

El sobrepeso fue mucho más frecuente en hombres (42,3%) que en mujeres (26,7%) y tanto el sobrepeso como la obesidad se incrementaron de forma importante a medida que aumentó la edad (tabla 15).

La tendencia del indicador sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 kg/m^2$) aumenta de forma importante desde 1995 a 2017. De esta forma en los hombres se produce un constante incremento del sobrepeso y obesidad, con un PCA del +1,1% anual. Las cifras ya elevadas en 1995 (43,7%) empeoran hasta la prevalencia actual del 56,3%, de ellos un 14,1% son obesos (Figuras 9 y 10).

En las mujeres, observamos que se produce también un empeoramiento de este indicador, se pasa de cifras de prevalencia del 26,9% en 1995 al 36,7% actual PPCA= +1,5 % (NS) (Figuras 9 y 10). En mujeres la prevalencia actual de obesidad es del 9,9%.

Figura 9. Evolución de la proporción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad referidos en mujeres y hombres (1), Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017. Salida del modelo "jointpoint"



(1) En la interpretación de esta gráfica debe de tenerse en cuenta las escalas diferentes para hombres y para mujeres.
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

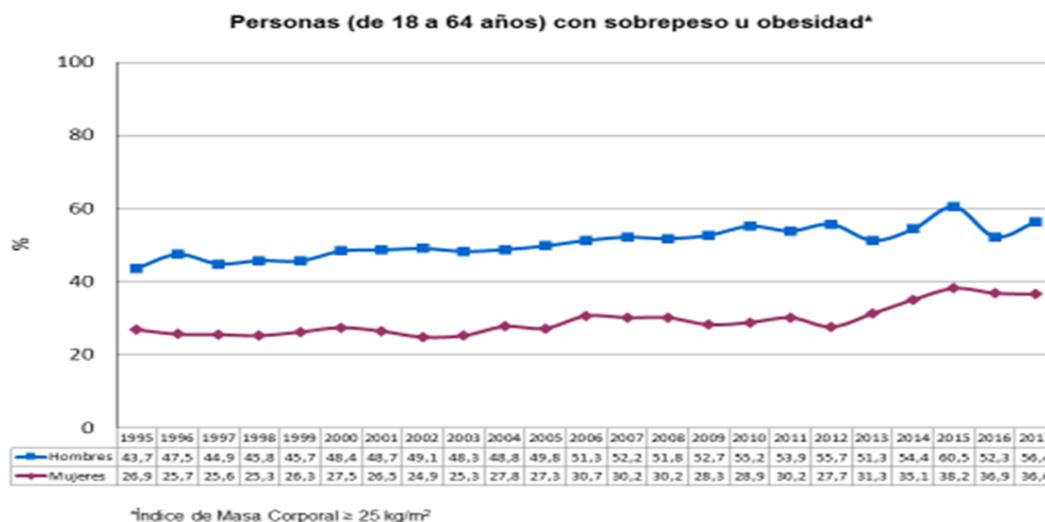
Tabla 15. Distribución del Índice de Masa corporal. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	SEXO					
	SEXO			EDAD		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	% (IC*)	
Peso insuficiente (a)	2,5 (1,9-3,2)	1 (0,6-1,9)	3,8 (2,8-5,1)	5,8 (3,8-8,6)	2,6 (1,7-4,1)	0,8 (0,4-1,7)
Normopeso(b)	51,3 (49,2-53,4)	42,6 (39,7-45,6)	59,5 (56,5-62,4)	72,4 (67,8-76,7)	53,9 (50,4-57,4)	39,7 (36,5-42,9)
Sobrepeso grado I (c)	18,1 (16,5-19,8)	23,1 (20,5-25,8)	13,3 (11,4-15,5)	10,8 (8-14,3)	16,4 (14-19,2)	22,7 (20,1-25,6)
Sobrepeso grado II (d)	16,2 (14,7-17,9)	19,2 (16,8-21,7)	13,4 (11,5-15,6)	6,3 (4,3-9,2)	15,9 (13,5-18,7)	20,9 (18,3-23,7)
Obesidad (e)	12 (10,6-13,4)	14,1 (12,1-16,4)	9,9 (8,3-11,9)	4,7 (3-7,4)	11,1 (9,1-13,6)	15,9 (13,6-18,5)

- (a) Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m²
 - (b) Normopeso: 18,5kg/m² ≤
 - (c) Sobrepeso grado I: 25 kg/m² ≤ IMC < 27 kg/m²
 - (d) Sobrepeso grado II: 27 kg/m² ≤ IMC < 30 kg/m²
 - (e) Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m²
- * Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17)

Figura 10. Evolución de la proporción de personas con sobrepeso u obesidad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017



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

Tabla16: Prevalencia de sobrepeso/obesidad por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO		Total	IC(95%)*		
		Hombre	Mujer				
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	54	29,2(23,2-36,1)	29	14,8(10,5-20,5)	83	21,8(18-26,1)
	De 30 a 44 años	199	53,4(48,2-58,4)	129	33,8(29,2-38,7)	328	43,4(40-47)
	De 45 a 64 años	294	71,2(66,6-75,4)	219	48,8(44,2-53,4)	513	59,5(56,3-62,7)
País de Nacimiento	España	451	55,4(52,1-58,6)	305	36,9(33,8-40,2)	756	46,1(43,8-48,4)
	Otro País	90	62,1(54-69,5)	66	37,5(30,7-44,8)	156	48,6(43,2-54,0)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	96	72,7(64,6-79,6)	58	52,3(43-61,4)	154	63,4(57,2-69,2)
	Secundarios	296	55,7(51,6-59,8)	212	39,3(35,3-43,3)	508	47,4(44,6-50,3)
	Universitarios	155	50,3(44,8-55,8)	107	28,5(24,1-33,2)	262	38,3(34,8-42)
Ocupacion	Trabaja	427	57,8(54,2-61,2)	229	35,4(31,8-39,1)	656	47,3(44,8-49,9)
	Paro	48	58,5(47,7-68,6)	47	37(29,1-45,7)	95	45,5(38,9-52,2)
	Estudiante	12	19,4(11,4-31)	6	9,7(4,4-20)	18	14,5(9,4-21,8)
	Trabajo no remunerado**	1	...	67	50,8(42,3-59,2)	68	51,1(42,7-59,5)
	Jubilación/pensionista	47	71,2(59,2-80,8)	19	63,3(45,1-78,4)	66	68,8(58,8-77,2)
Clase social	Alta	149	60,6(54,4-66,4)	118	39,7(34,4-45,4)	267	49,2(45-53,3)
	Media	119	53,4(46,9-59,7)	63	33,3(27-40,3)	182	44,2(39,5-48,9)
	Baja	212	54,2(49,3-59)	137	33,3(28,9-37,9)	349	43,5(40,2-46,8)
Total		547	56,3(53,3-59,3)	377	36,7(33,9-39,6)	924	46,2(44,2-48,3)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17)

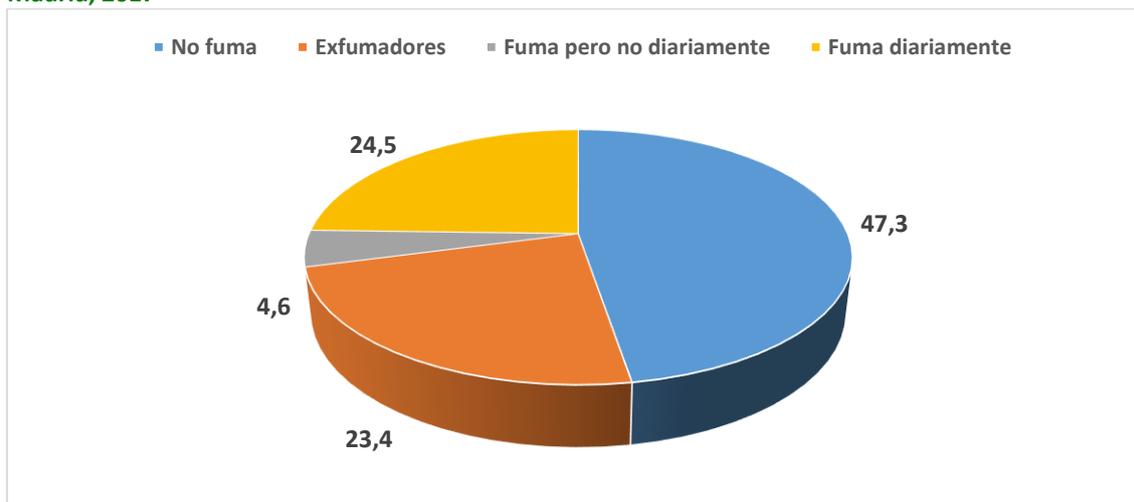
En la tabla 16, podemos observar la importancia que tiene que tiene la edad en este indicador; en el grupo de 45 a 64 años alcanzan globalmente prevalencias de 59,5%, frente al 21,8% del grupo de edad de 18 a 29 años ($p < 0,05$). El nivel educativo también muestra un gradiente importante, el sobrepeso y obesidad en el nivel universitario tienen una prevalencia de 38,3% frente a los que tienen estudios primarios o sin estudios 63,4% ($p < 0,05$). Por sexo se observan diferencias en la prevalencia de mujeres y de hombres, 56,3% en hombres y 36,7% en mujeres ($p < 0,05$). (Tabla 16).

4.6.- CONSUMO DE TABACO

En el año 2017, el 29,2% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 24,5% diarios y un 4,6% ocasionales), el 47,3% “no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual” y el 23,4% eran exfumadores/as (Figura 11).

La situación por sexo se presenta en la figura 12. En los hombres se registró una prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) de 29,2%. En mujeres, la prevalencia global de fumadoras fue 27,5% (Figura 12).

Figura 11. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

La proporción de fumadores/as actuales fue ligeramente mayor en hombres que en mujeres (tabla 7).

Un 5,5 % consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta con la edad de forma importante, desde 3,7% en los de 18 a 29 años hasta el 7,3% en los de 45 a 64 años.

La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue 44,6%.

Del total de fumadores/as actuales un 15,1% estaba pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 23,2 % en los próximos 6 meses.

Por otra parte, el 36,9 % de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

Tabla 17. Proporción de fumadores/as y de abandono del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
	% (IC*)	Hombre % (IC*)	Mujer % (IC*)	18-29 % (IC*)	30-44 % (IC*)	45-64 % (IC*)
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	52,6 (50,4-54,7)	58 (55-61)	47,4 (44,4-50,4)	34,7 (30,1-39,6)	52,6 (49-56,1)	60,5 (57,2-63,7)
Fumadores actuales(a)	29,2 (27,2-31,2)	32,7 (29,8-35,7)	25,9 (23,3-28,6)	27,7 (23,5-32,5)	29,7 (26,5-33)	29,4 (26,4-32,5)
Fumadores diarios	24,6 (22,7-26,5)	28 (25,3-31)	21,3 (18,9-23,9)	21,7 (17,9-26,2)	24,8 (21,8-28)	25,7 (22,9-28,7)
Consumo 20 ó más cigarrillos	5,5 (4,6-6,6)	7 (5,5-8,8)	4,2 (3,1-5,6)	3,7 (2,2-6,1)	4,5 (3,2-6,2)	7,3 (5,7-9,2)
Proporción de abandono(b)	44,6 (41,6-47,6)	43,8 (39,8-47,9)	45,5 (41,1-49,9)	20,3 (14,3-28)	43,6 (38,8-48,5)	51,5 (47,2-55,8)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario.

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

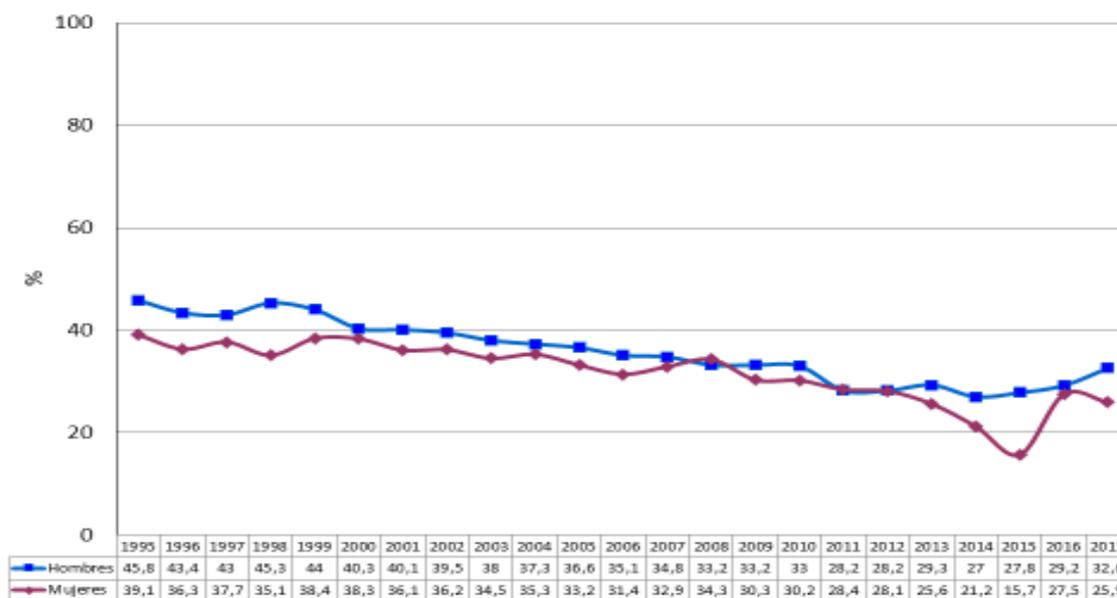
Respecto a la evolución, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso de fumadores/as fue del 30,7% en los hombres y del 29,1% las mujeres (figura 12). El análisis de la serie de hombres muestra un descenso del porcentaje de cambio anual (PAC = -2,7%(PCA) desde 1995 a 2015 ($p < 0,05$), a partir de 2015 se invierte la tendencia de este indicador en hombres. En mujeres se produce también un descenso hasta el año 2015, PCA= -3,9% ($p < 0,05$), produciéndose un cambio pronunciado de tendencia hasta el 2017 que es necesario seguir en encuestas posteriores.

Este descenso fue aún mayor en los fumadores/as con consumos diarios de 20 ó más cigarrillos (descenso del 72,1 % en hombres y del 68,1 % en las mujeres). El descenso hasta 2015 es un PCA= -7,0% ($p < 0,05$) y en mujeres con un -8,2% ($p < 0,05$). A partir de este año se modifica también la tendencia que es necesario seguir y confirmar en años posteriores.

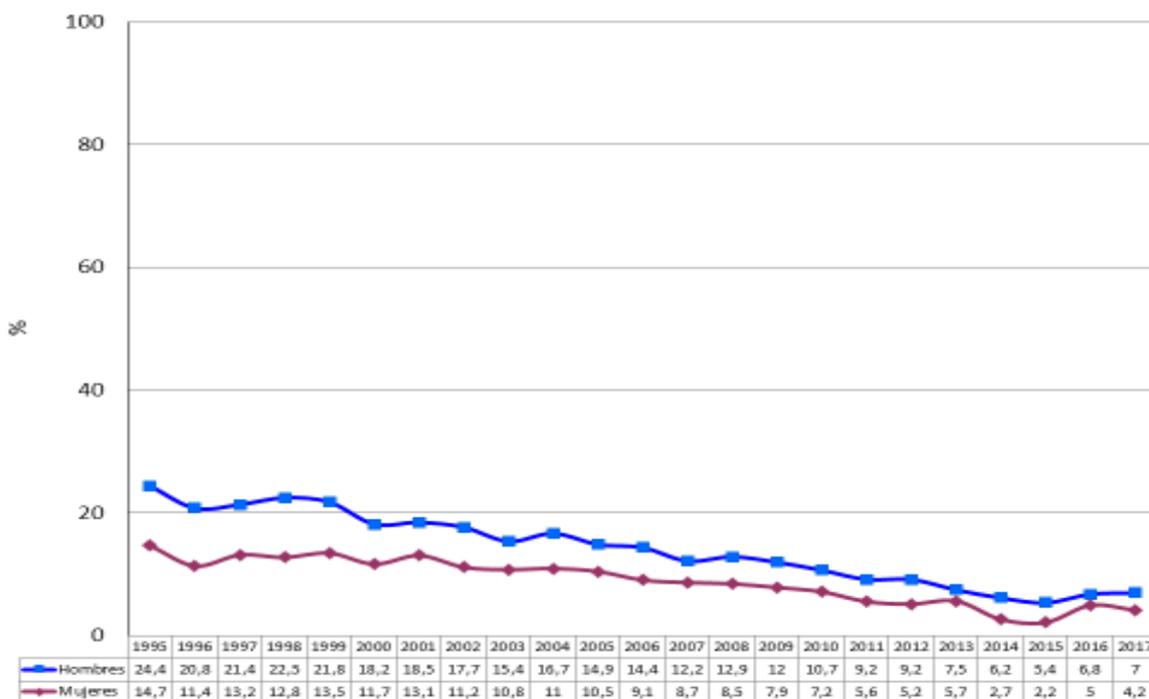
Esta tendencia descendente, registrada desde el comienzo del periodo (1995/1996), se debe en parte al incremento en la proporción de exfumadores que, como se observa en la figura 13, ha venido aumentando también desde 1995/1996. En concreto, en el periodo 1995/1996-2016/2017, la proporción de abandono del consumo de tabaco aumentó un 44,8% en hombres y prácticamente se ha duplicado el porcentaje en las mujeres respecto de los dos primeros años de la serie.

Figura 12. Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017.

PREVALENCIA DE FUMADORES ACTUALES (fumador ocasional o diario)



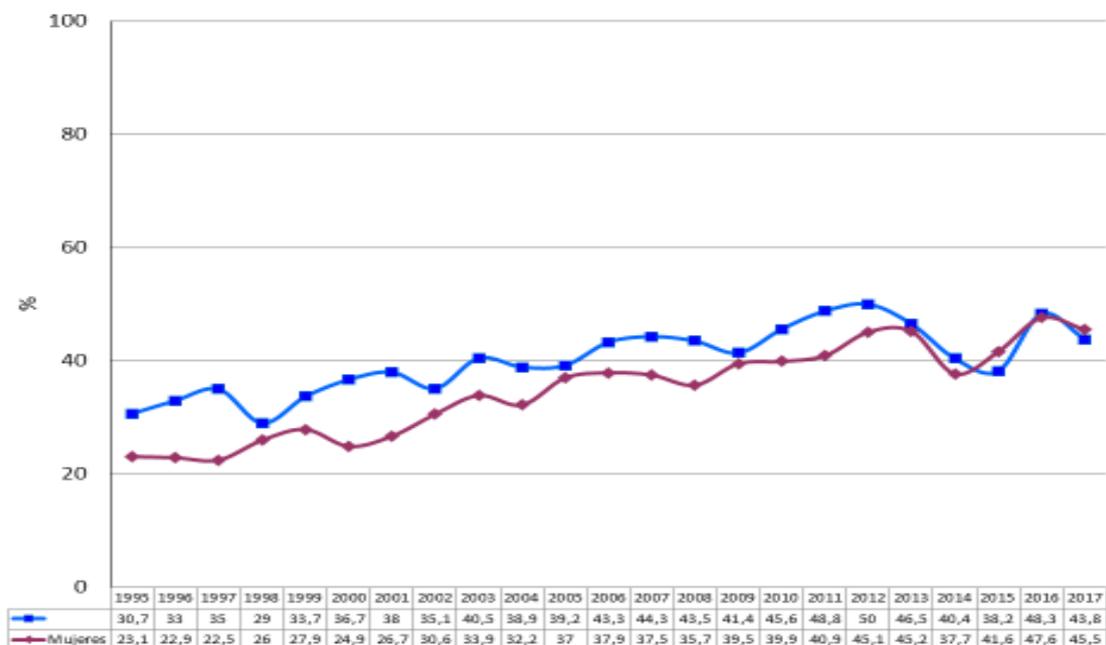
PREVALENCIA DE FUMADORES DE 20 CIGARRILLOS O MÁS AL DÍA



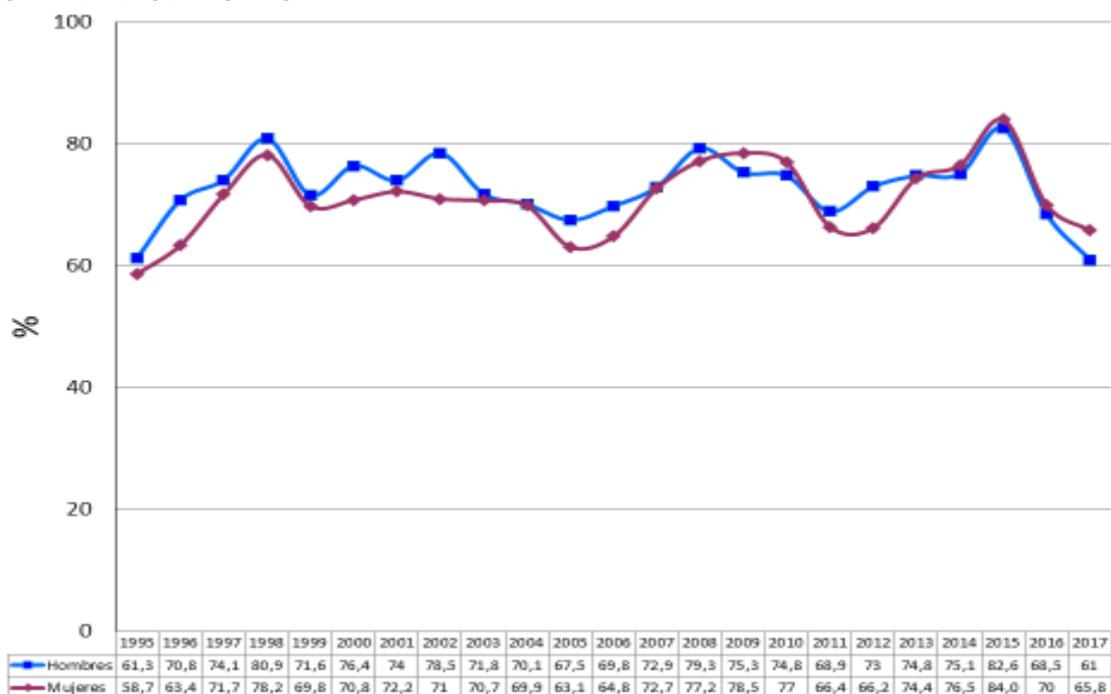
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 13. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017.

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



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



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 18. Prevalencia de fumadoras/es diarios /ocasionales por variables sociodemográficas, mujeres y hombres y totales. Comunidad de Madrid. Año 2017.

		SEXO				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*
Edad	De 18 a 29 años	52	28(22-34,9)	54	27,6(21,7-34,2)	106	27,7(23,5-32,5)
	De 30 a 44 años	131	35,1(30,4-40,1)	93	24,3(20,3-28,9)	224	29,7(26,5-33)
	De 45 a 64 años	134	32,6(28,2-37,3)	119	26,4(22,6-30,7)	253	29,4(26,4-32,5)
País de Nacimiento	España	272	33,4(30,3-36,7)	225	27,3(24,3-30,4)	497	30,3(28,1-32,6)
	Otro País	40	27,8(21,1-35,6)	32	18(13-24,3)	72	22,4(18,1-27,2)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	56	42,1(34-50,6)	28	25(17,8-33,9)	84	34,3(28,6-40,4)
	Secundarios	175	33(29,1-37,1)	160	29,7(26-33,7)	335	31,3(28,6-34,2)
	Universitarios	86	28,1(23,3-33,4)	78	20,7(16,9-25,1)	164	24(21-27,4)
Ocupacion	Trabaja	249	33,7(30,4-37,2)	159	24,6(21,4-28,1)	408	29,5(27,1-31,9)
	Paro	33	40,2(30,2-51,2)	44	34,4(26,7-43)	77	36,7(30,4-43,4)
	Estudiante	9	14,5(7,7-25,7)	12	19,4(11,3-31,1)	21	16,9(11,3-24,6)
	Trabajo no remunerado**	1	...	33	25(18,3-33,1)	34	25,6(18,9-33,7)
	Jubilación/pensionista	16	24,2(15,4-36)	9	30(16,4-48,4)	25	26(18,2-35,7)
Clase social	Alta	84	34,1(28,5-40,3)	74	24,9(20,3-30,2)	158	29,1(25,4-33,1)
	Media	69	31,1(25,3-37,5)	52	27,7(21,7-34,5)	121	29,5(25,3-34,1)
	Baja	122	31,1(26,7-35,9)	102	24,6(20,7-29)	224	27,8(24,8-31)
Total		317	32,7(29,8-35,7)	266	25,9(23,3-28,6)	583	29,2(27,2-31,2)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

En la tabla 18 se muestran las prevalencias del indicador “fumadores/as ocasionales o diarios”. La prevalencia en hombres es del 32,7% y en mujeres del 25,9% ($p < 0,05$). El patrón de mayor consumo se produce entre los nacidos/as en España, menor nivel educativo y en situación de paro.

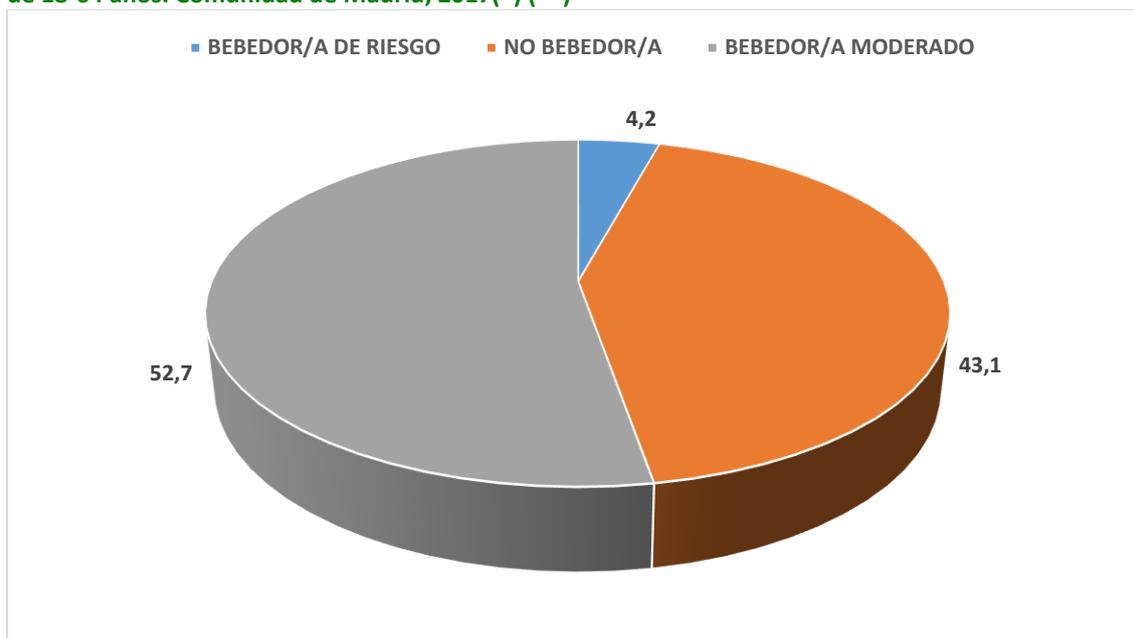
4.7.- CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 51,1 gramos (g), 71,9 g en hombres y 31,4 g en mujeres. El 51,5% de los encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

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

En 2017, un 4,2% de la población fue clasificada como bebedor/a de riesgo, un 52,7% como bebedor/a moderado y un 43,1% como no bebedor/a (figura 14). Además, la proporción de personas con consumos promedio moderado y de riesgo, fue 1,6 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Figura 14. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017(*) ()**



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

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El 10,7 % realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres). Este consumo fue 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 7,4 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años en comparación con el de 45-64 años.

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue 13,5% (15,3 % de los hombres y 11,2 % de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en el grupo más joven. (Tabla 19).

Tabla 19. Proporción de bebedores/as habituales, bebedores/as a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	TOTAL	SEXO		EDAD		
	% (IC*)	Hombre % (IC*)	Mujer % (IC*)	18-29 % (IC*)	30-44 % (IC*)	45-64 % (IC*)
Bebedores habituales(a)	51,5 (49,4-53,6)	63,9 (60,9-66,8)	39,7 (36,8-42,8)	47,8 (42,9-52,7)	49,1 (45,7-52,6)	55,2 (52-58,3)
Bebedores con consumo promedio de riesgo(b)	4,2 (3,4-5,2)	4,2 (3,1-5,6)	4,2 (3,1-5,6)	6,5 (4,5-9,5)	3,8 (2,7-5,5)	3,5 (2,4-4,9)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días(c)	10,7 (9,3-12,3)	13,1 (11-15,5)	7,7 (5,9-10)	23 (18,6-28,2)	12,5 (10,1-15,5)	3,1 (2-4,9)
Consumo de riesgo global (d)	13,5 (11,9-15,3)	15,3 (13-17,9)	11,2 (9,1-13,9)	25,4 (20,8-30,7)	14,5 (11,8-17,6)	6,9 (5,1-9,2)
Test CAGE positivo en bebedores habituales	10,5 (9,3-12)	13,9 (11,9-16,2)	7,4 (5,9-9,1)	13,1 (10-16,8)	12,7 (10,5-15,3)	7,5 (6-9,5)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días(e)	1,7 (1,3-2,4)	2,8 (1,9-4)	0,8 (0,4-1,5)	3,4 (2-5,8)	1,7 (1-2,9)	1 (0,5-2)

* Intervalo de confianza al 95%.

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

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

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

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c). (e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

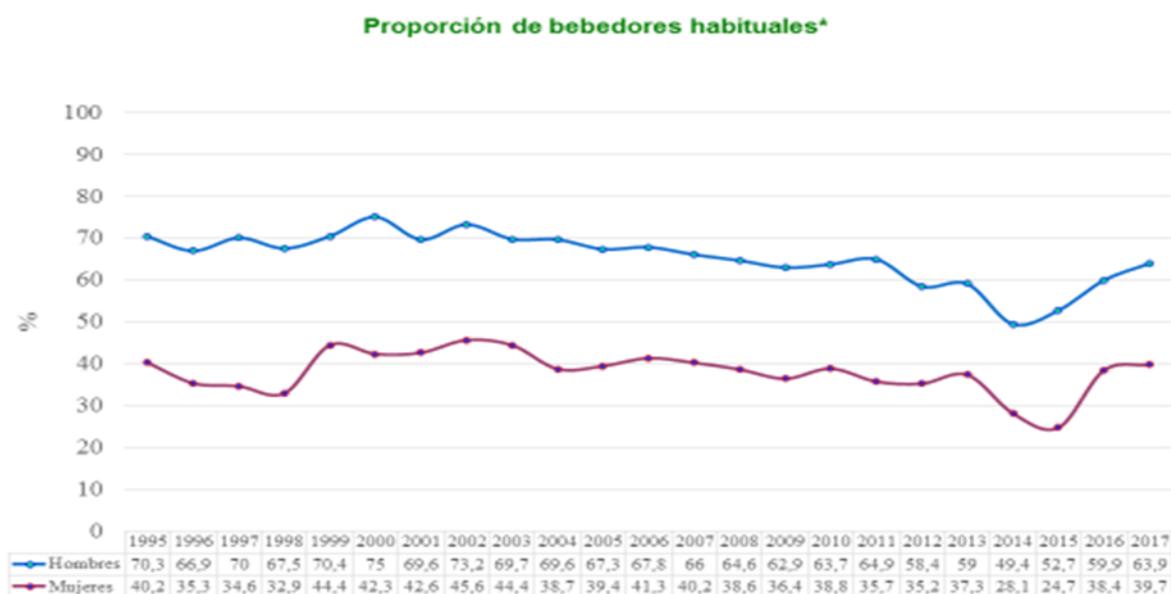
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE ²¹⁻²³ (test que estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica en caso de respuesta afirmativa en dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test), del total de bebedores habituales, en un 10,5 % se detectó Síndrome de Dependencia Alcohólica (13,9 % de los hombres y 7,4% de las mujeres).

Por último, un 1,7% de los entrevistados que habían conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo había hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. Este comportamiento es más frecuente en los hombres, con un 2,8% frente al 0,8% de las mujeres, disminuye con la edad siendo 3,4 veces más frecuentes entre los más jóvenes que entre los de 45-64 años.

En cuanto a la evolución del indicador “bebedores habituales”, como se ha comentado, el comportamiento es muy diferente por sexo. En hombres se parte de cifras de prevalencia muy elevadas, próximas al 70%, que descienden en la actualidad 2017 al 63,7%. En el análisis de tendencia durante este periodo detectamos 3 joinpoint, el primero establece el periodo 1995-2011, con PCA de -0.60% (p<0,05) llevando las cifras iniciales hasta el 64,9% de prevalencia en 2011. El segundo desde 2011 a 2014 con un PAC pronunciado de - 8,06%, que no es significativo y el indicador empeora desde 2014 a 2017 PCA + 8,10% (figura15). En mujeres se parte de prevalencias de consumo más bajas, entre el 40,2% en 1995 y 35,3% en 1996, alcanzando una prevalencia actual de 39,7%. Durante el periodo se producen 4 joinpoint ninguno de ellos significativo, siendo el PPCA de todo el periodo de + 0.8% que tampoco es significativo (figura 15).

Figura 15. Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017



* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El porcentaje de bebedores con consumo promedio de riesgo descendió de forma importante en hombres un 60,6%, desde 1995 a 2015 con un PCA -7,62% y aumenta en los dos últimos años. En mujeres la tendencia permanece constante desde el punto de vista estadístico, con cifras de prevalencia de este indicador muy inferiores a los hombres, sin embargo en la serie se observa una tendencia al alza desde 2014.

La ingesta excesiva en una misma ocasión (binge drinking) descendió con un PCA -1,99% (p<0,05) en hombres y permanece estable en mujeres PCA=0,26% (N.S.).

Tabla 20. Prevalencia de bebedores/as habituales (*) por variables sociodemográficas, mujeres, hombres y totales. Comunidad de Madrid. Año 2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre		Mujer			
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	102	54,8(47,7-61,7)	81	41,1(34,4-48,2)	183	47,8(42,9-52,7)
	De 30 a 44 años	230	61,7(56,6-66,4)	141	36,9(32,3-41,8)	371	49,1(45,7-52,6)
	De 45 a 64 años	289	70(65,4-74,2)	187	41,6(37,1-46,2)	476	55,2(52-58,3)
País de Nacimiento	España	536	65,8(62,5-68,9)	334	40,4(37,2-43,8)	870	53(50,7-55,3)
	Otro País	77	53,1(45-61)	61	34,3(27,6-41,6)	138	42,7(37,5-48,2)
Nivel educativo	Primarios/ sin estudios	76	57,1(48,6-65,3)	26	23,2(16,3-31,9)	102	41,6(35,7-47,8)
	Secundarios	319	60,1(55,9-64,1)	189	35(31,1-39,1)	508	47,4(44,5-50,4)
	Universitarios	226	73,4(68,1-78)	194	51,1(46,4-56,5)	420	61,3(57,6-64,9)
Ocupación	Trabaja	490	66,2(62,7-69,5)	289	44,6(40,8-48,4)	779	56,1(53,6-58,7)
	Paro	40	48,8(38,2-59,5)	48	37,5(29,6-46,2)	88	41,9(35,4-48,7)
	Estudiante	28	45,2(33,3-57,6)	21	33,9(23,2-46,5)	49	39,5(31,3-48,4)
	Trabajo no remunerado**	1	100(100-100)	29	22(15,7-29,8)	30	22,6(16,3-30,4)
	Jubilación/pensionista	46	69,7(57,6-79,6)	8	26,7(13,9-44,9)	54	56,3(46,3-65,8)
Clase social	Alta	150	61(54,7-66,9)	116	39,1(33,7-44,7)	266	49(44,8-53,2)
	Media	153	68,6(62,2-74,3)	73	38,6(31,9-45,8)	226	54,9(50,1-59,5)
	Baja	240	61,2(56,3-65,9)	165	39,9(35,3-44,6)	405	50,2(46,9-53,6)
Total		621	63,9(60,9-66,8)	409	39,7(36,8-42,8)	1030	51,5(49,4-53,6)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

El 51,5% de las personas entrevistadas de 18 a 64 años, son bebedores/as habituales en la actualidad, con una diferencia hombres mujeres importante (63,9 % y 39,7% respectivamente, p<0,05), hecho que se repite en la totalidad de las variables sociodemográficas que se muestran en la tabla 20.

4.8.- PRÁCTICAS PREVENTIVAS

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

En este apartado se recoge la situación relativa a un conjunto de factores sobre los que el nivel institucional de Atención Primaria señala una serie de recomendaciones clínicas a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)^{24,25}, como la medición de la tensión arterial (TA), la medición del colesterol, la realización de citologías, la realización de mamografías, la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. De las prácticas citadas, las cuatro primeras han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid ¹¹, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de SOH y de colonoscopias o sigmoidoscopias, indicadores cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013.

En las tablas 21-22 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el PAPPS ^{25,26}.

La medición de TA y colesterol se cumple en todos los casos por encima del 86% excepto en la medición de colesterol alguna vez en la vida en hombres <35 años que fue del 71,5%. El mayor cumplimiento se produce en la recomendación de medir la TA en un período menor o igual a 2 años en mayores de 40 años 91,6% y colesterol menor de 5 años en mujeres de 46 años o más 95%(Tabla 21).

Un 16,1% de los entrevistados afirmó que un médico o enfermera le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada. De ellos, el 57,9% estaba tomando medicación, un 13,2% había reducido la ingesta de sal, y un 16,4% hacía ejercicio físico. El 97,1% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial, un 2,9 % no realizaba ninguna.

A un 28,2 % le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 22), de ellos, un 32% tomaba medicamentos, el 46,9% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 13,8 % practicaba ejercicio físico. El 92,7% seguía alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 7,3% no realizaba ninguna.

Por otro lado, un 3,8 % de las mujeres de 25-34 años y un 8 % de las de 35-64 años no se habían realizado una citología nunca, y un 1,0% de las mujeres de 25-34 años y un 6,8 % de las de 35 a 64 años no se había realizado citologías desde hacía cinco años o más.

En cuanto a la mamografía, un 2,4 % de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 88,3% se había realizado la mamografía con fines preventivos, y el 90,7% de las mujeres de 50 a 64 años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años, en el año 2017 (tabla 23).

Tabla 21. Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol. Comunidad de Madrid, 2017.

	Grupo etáreo	
	%(IC*)	%(IC*)
Medición de tensión arterial <5 años(a)	18 - 40 años	88,3(86,1-90,3)
Medición de tensión arterial <=2 años	> 40 años	91,6(89,8-93,1)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	71,5(65,9-76,4)
	Mujeres < 46 años	86,5(83,6-89,0)
Medición de colesterol <5 años(b)	Hombres >=35 años	89,1(86,6-91,3)
	Mujeres >=46 años	91,5(88,5-93,8)

*Intervalo de confianza al 95%; (a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años. (b) Análisis de colesterol en los últimos 5 años.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 22. Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	SEXO			EDAD		
	Total	Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)
Tensión arterial elevada	16,1(14,6-17,8)	17,6(15,4-20,1)	14,8(12,7-17,1)	8,6(6,2-11,9)	11,9(9,8-14,4)	23,2(20,5-26,1)
Colesterol elevado	28,2(26,2-30,3)	29,8(26,8-33,0)	26,7(24,0-29,6)	16,8(12,8-21,7)	23,1(20,0-26,4)	36,3(33,0-39,6)

*Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

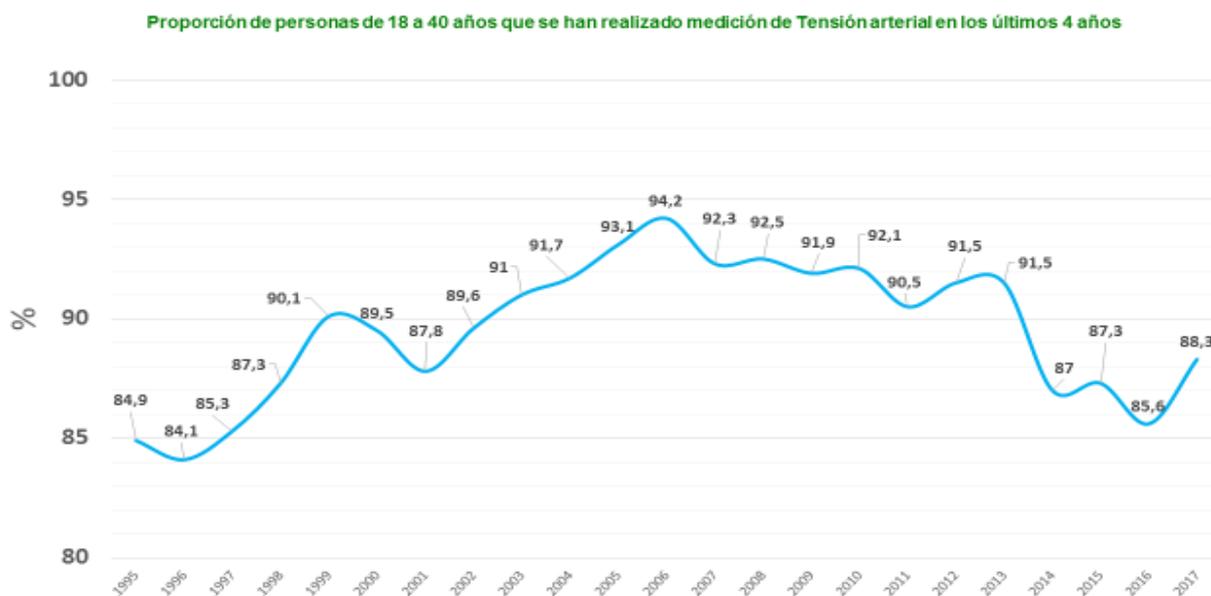
Tabla 23. Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 2017.

	EDAD	TOTAL
		%(IC)*
Realización de citologías < 5 años	25-34 años	85,2(79,3-89,6)
	>=35 años	88,6(86,2-90,7)
Realización de mamografías <=2 años	>=50 años	90,4(86,7-93,2)

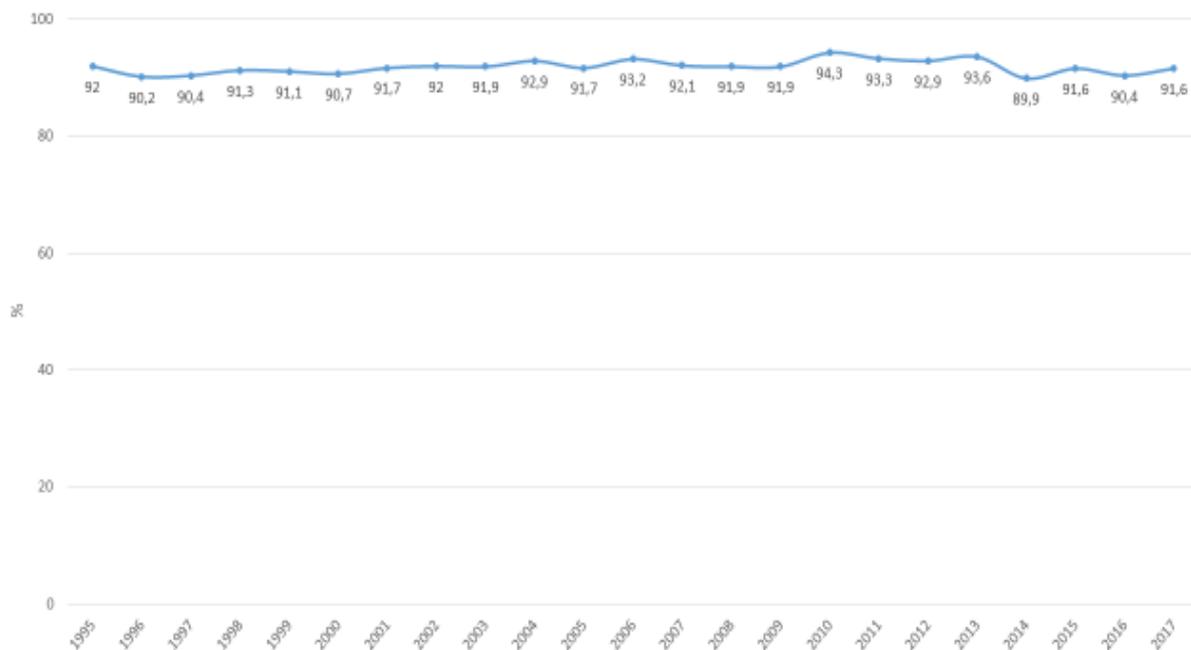
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Todos estos indicadores se encuentran dentro de los intervalos de la serie de los últimos 20 años, con ligeras variaciones como puede observarse en la figuras 16 a 18.

Figura 16. Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2017



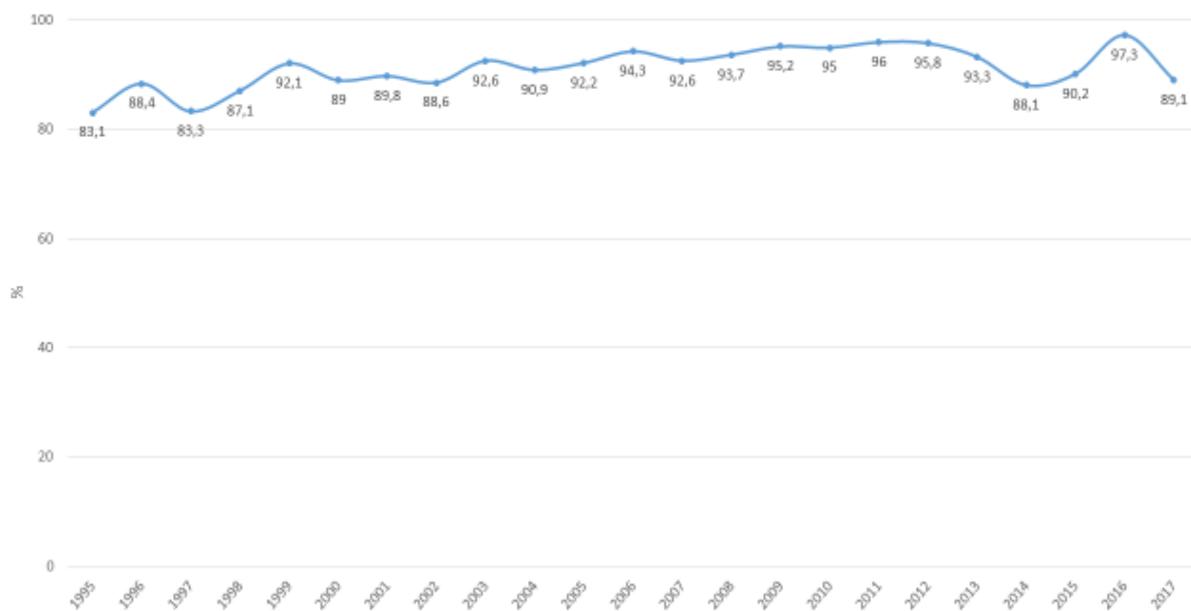
Proporción de personas mayores de 40 años que se han realizado medición de Tensión arterial en los últimos 2 años

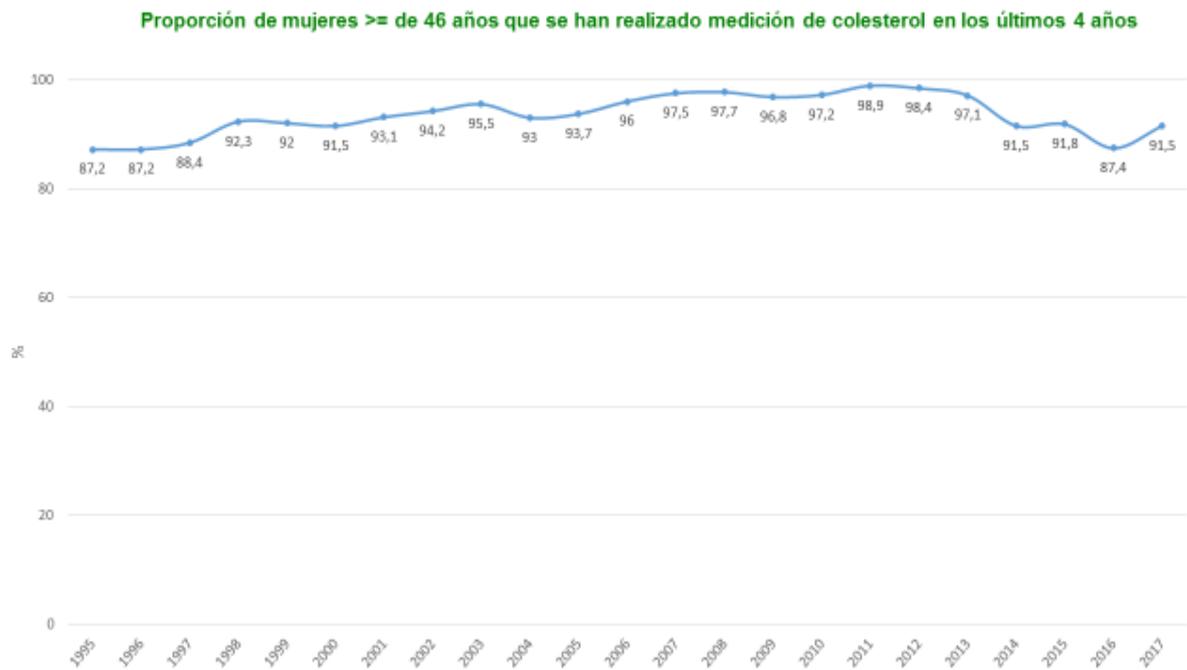


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 17. Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2017.

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



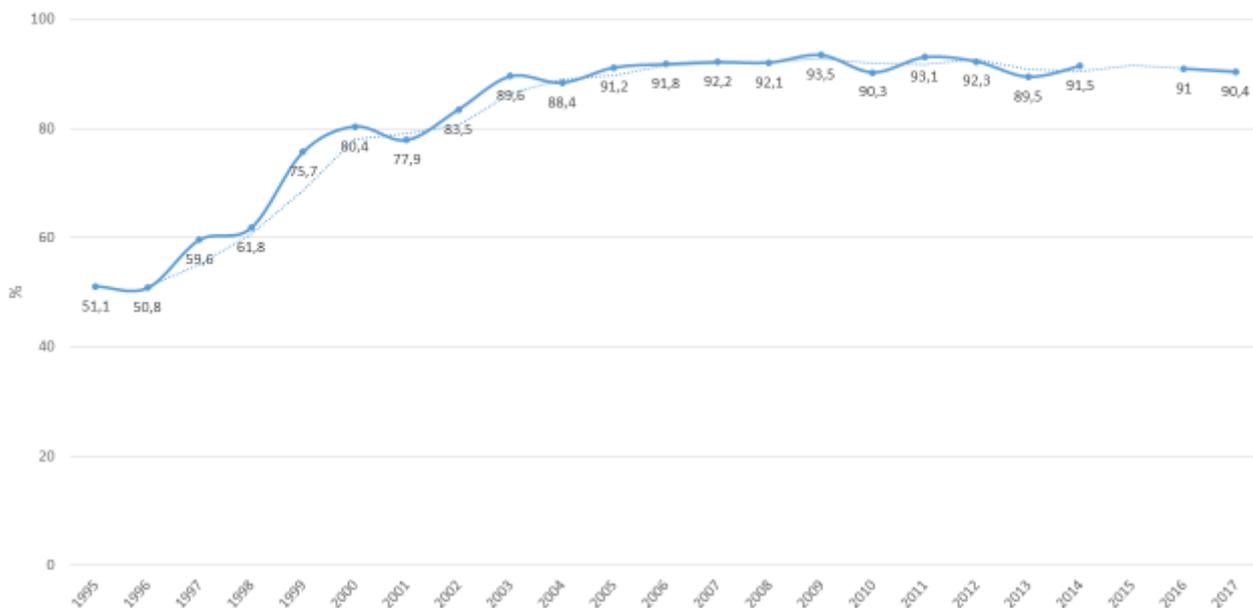


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 18. Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2017.



Proporción de mujeres >= de 50 años que se han realizado alguna mamografía en los últimos 2 años (*)



(*) Para el año 2015 no se ofrece valor, al haberse detectado problemas e inconsistencias en este indicador, de forma puntual este año. Se realiza una estimación para 2015 empleando el método de medias móviles con la serie de los 19 años previos, que se representa en el gráfico y se ofrece el dato real de la encuesta SIFRENT-A 2016 y 17 ya disponible, que como puede verse mantiene la serie.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

En la tabla 24 se presenta la proporción de personas a las que habían realizado un test de sangre oculta en heces y la proporción de personas a las que habían realizado una colonoscopia o una sigmoidoscopia. La población a la que se refieren los resultados es la de 50 a 64 años.

El 56,4% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces, el 30,9% se lo había realizado hace 2 años o menos y el 10,9% hace más de 3 años (tabla 23).

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, el 67,9% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas, el 25 % se había realizado la prueba hace 4 años o menos y el 7,1 % restante hace más de 4 años (tabla 24).

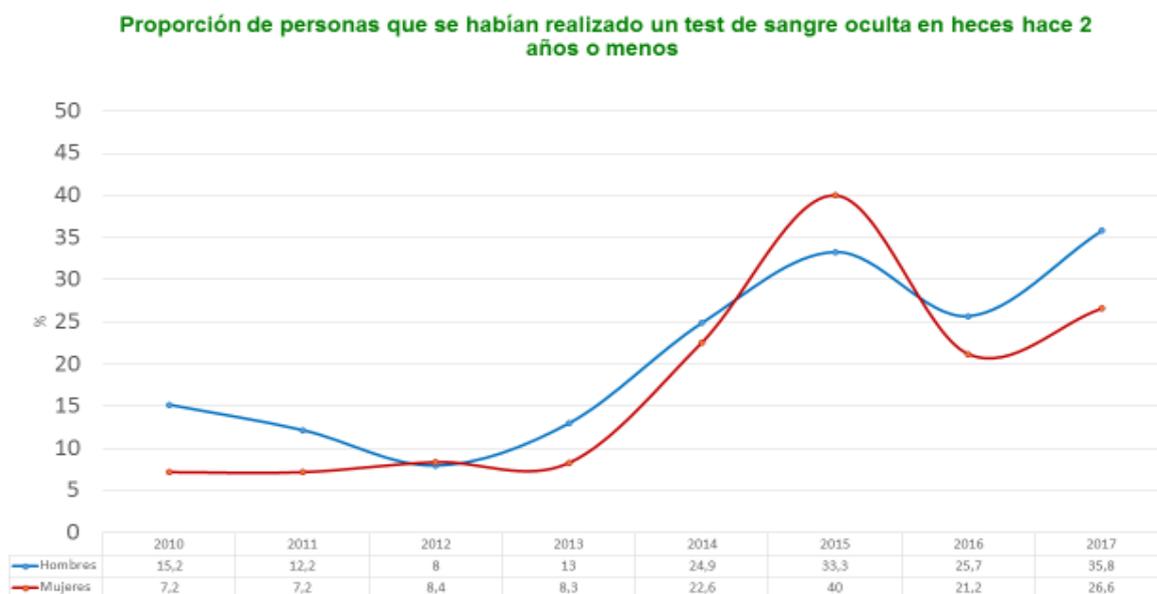
Tabla 24. Realización del test de sangre oculta en heces y de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	SEXO		
	TOTAL	Hombre	Mujer
	%(IC)*	%(IC)*	%(IC)*
Test de sangre oculta en heces hace 2 años o menos	30,9 (27,4-34,6)	35,8 (30,4-41,5)	26,6 (22,1-31,6)
Colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos	25 (21,8-28,6)	28,8 (21,8-25)	21,8 (17,6-26,6)

*Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 19. Evolución de la realización del test de sangre oculta en heces. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 20. Evolución de la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2017



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

En las figuras 19 y 20 se muestra la evolución de la realización del test de sangre oculta en heces y colonoscopia/sigmoidoscopia desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas venía siendo más frecuente en hombres que en mujeres.

La realización de la prueba de sangre oculta en heces en los últimos 2 años o menos en 2017, fue ligeramente superior en hombres 35,7% frente al 29,1% de las mujeres.

Por otro lado, comparando los dos primeros años, 2010/2011, con los dos últimos, 2016/2017, aumenta 1,2 veces en hombres y 2,3 veces en mujeres la realización del test de sangre oculta en heces durante los 2 últimos años.

La realización de la colonoscopia o sigmoidoscopia en los últimos 4 años, objetiva un aumento de un 43,9% en hombres y de un 51,3% en mujeres.

4.9.- ACCIDENTES

Un 7 % había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, la frecuencia de accidentes fue menor en las mujeres (6,8% frente a los hombres 7,2%); por edad los jóvenes obtuvieron el porcentaje más alto con un 9,7% y del 6,6 al 6,1 respectivamente en los grupos mayores.

Un 3,5 % de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico.

Durante los últimos 12 meses un 0,8 % del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 2,7 % fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observó una reducción en la frecuencia de accidentes de cualquier tipo, con una disminución del 39% en hombres y del 55% en mujeres durante el 2016/2017 respecto a 1995/1996 (figura 21).

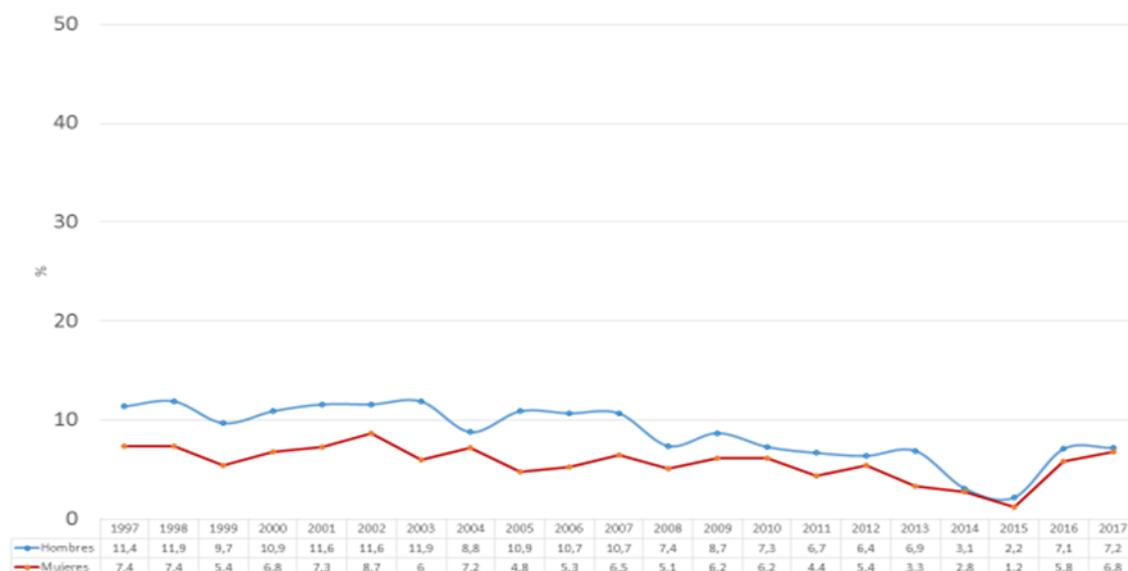
Tabla 25.-Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	SEXO			EDAD		
	TOTAL	Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)
Algún accidente	7 (6,0-8,2)	7,2 (5,7-9,0)	6,8 (5,4-8,5)	9,7 (7,1-13,1)	6,6 (5,1-8,6)	6,1 (4,7-8,0)
Accidente de tráfico	3,5 (2,5-4,8)	3,5 (2,5-4,9)	3,5 (2,5-4,8)	4,7 (3-7,3)	3,3 (2,2-4,9)	3,1 (2,2-4,5)

*Intervalo de confianza 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 21.- Evolución de la proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017.



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

Tabla 26.- Accidentes de tráfico en los último 12 meses por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		SEXO				Total	IC(95%)*
		Hombre	%(IC95%)*	Mujer	%(IC95%)*		
		n		n		n	
Edad	De 18 a 29 años	10	5,4(2,9-9,7)	8	4,1(2,1-7,8)	18	4,7(3-7,3)
	De 30 a 44 años	12	3,2(1,8-5,6)	13	3,4(2-5,8)	25	3,3(2,2-4,9)
	De 45 a 64 años	12	2,9(1,7-5)	15	3,3(2-5,5)	27	3,1(2,2-4,5)
País de Nacimiento	España	30	3,7(2,6-5,2)	30	3,6(2,6-5,1)	60	3,7(2,8-4,7)
	Otro País	4	2,8(1-7,1)	6	3,4(1,5-7,3)	10	3,1(1,7-5,7)
Nivel educativo	Primarios/sin estudios	4	2,4(1-5,6)	3	2,7(0,9-8)	7	2,9(1,4-5,9)
	Secundarios	22	2,4(1-5,6)	22	4,1(2,7-6,1)	44	4,1(3,1-5,5)
	Universitarios	8	2,4(1-5,6)	11	2,9(1,6-5,2)	19	2,8(1,8-4,3)
Ocupación	Trabaja	28	3,8(2,6-5,4)	29	4,5(3,1-6,4)	57	4,1(3,2-5,3)
	Paro	2	2,4(0,6-9,2)	3	2,3(0,8-7)	5	2,4(1-5,6)
	Estudiante	2	3,2(0,8-12,1)	2	3,2(0,8-12,1)	4	3,2(1,2-8,3)
	Trabajo no remunerado**	0	...	0	...	0	...
	Jubilación/pensionista	2	3(0,8-11,3)	2	6,7(1,7-23,1)	4	4,2(1,6-10,6)
Clase social	Alta	8	3,3(1,6-6,4)	12	4(2,3-7)	20	3,7(2,4-5,6)
	Media	9	4(2,1-7,6)	5	2,6(1,1-6,2)	14	3,4(2-5,7)
	Baja	14	3,6(2-1,6)	14	3,4(2-5,6)	28	3,5(2,4-5)
Total		34	3,5(2,5-4,9)	36	3,5(2,5-4,8)	70	3,5(2,8-4,4)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Un 3,5% declaran haber tenido un accidente de tráfico que ha requerido asistencia médica en los últimos 12 meses. El comportamiento de este indicador por determinantes sociodemográficos puede observarse en la tabla 26.

Tabla 27.- Accidentes de trabajo en los últimos 12 meses por variables sociodemográficas, hombres, mujeres y totales. SIVFRENT, Comunidad de Madrid, 2017.

		SEXO				Total	
		Hombre		Mujer		Total	
		n	%(IC95%)*	n	%(IC95%)*	n	IC(95%)*
Edad	De 18 a 29 años	9	4,8(2,5-9)	5	2,5(1,1-5,9)	14	3,7(2,2-6,1)
	De 30 a 44 años	30	8(5,7-11,3)	13	3,4(2-5,8)	43	5,7(4,3-7,6)
	De 45 a 64 años	12	2,9(1,7-5)	15	3,3(2-5,5)	27	3,1(2,2-4,5)
País de Nacimiento	España	42	5,2(3,8-6,9)	28	3,4(2,3-4,9)	70	4,3(3,4-5,4)
	Otro País	9	6,2(3,3-11,5)	5	2,8(1,2-6,6)	14	4,3(2,6-7,2)
Nivel educativo	Primarios o sin estudios	11	8,3(4,6-14,3)	5	4,5(1,9-10,3)	16	6,5(4-10,4)
	Secundarios	31	5,8(4,1-8,2)	18	3,3(2,1-5,2)	49	4,6(3,5-6)
	Universitarios	9	2,9(1,5-5,5)	10	2,7(1,4-4,9)	19	2,8(1,8-4,3)
Ocupación	Trabaja	48	6,5(4,9-8,5)	32	4,9(3,5-6,9)	80	5,8(4,7-7,1)
	Paro	2	2,4(0,6-9,3)	1	0,8(0,1-5,3)	3	1,4(0,5-4,3)
	Estudiante	1	1,6(0,2-10,6)	0	0(0-0)	1	0,8(0,1-5,5)
	Trabajo no remunerado**	0		0		0	
	Jubilación/pensionista	0		0		0	
Clase social	Alta	16	6,5(4-10,3)	5	1,7(0,7-4)	21	3,9(2,5-5,8)
	Media	6	2,7(1,2-5,9)	7	3,7(1,8-7,6)	13	3,2(1,8-5,4)
	Baja	21	5,4(3,5-8,1)	15	3,6(2,2-5,9)	36	4,5(3,2-6,1)
Total		51	5,4(4,1-7)	33	3,3(2,4-4,6)	84	4,3(3,5-5,3)

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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Un 4,3%, de la población estudiada declara haber tenido un accidente de trabajo en los últimos 12 meses, es más elevado en hombres (5,4%) que en mujeres (3,3%). (Tabla 27).

4.10. SEGURIDAD VIAL

El 1,9 % de las personas que viajaron en coche no utilizaron siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se redujo al 0,8 % en la conducción por carretera.

Un 8,9 % viajó en moto por ciudad durante el último mes, de los cuales un 1,1 % manifestó no haber utilizado siempre el casco.

El 6,9 % de los entrevistados viajó en moto por carretera en el último mes. El 1,4% de ellos manifestó no haber utilizado el casco siempre.

En las figuras 22 y 23 se puede apreciar el cambio tan favorable que se ha producido en todos los indicadores a lo largo de estos años (entre 1995 y 2017).

Tabla 28. No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	SEXO			EDAD		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC)*	%(IC)*	%(IC)*	%(IC)*	%(IC)*	%(IC)*
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	1,9 (1,3-2,6)	2,2 (1,5-1,9)	1,5 (0,9-2,5)	3,1 (1,7-5,5)	0,9 (0,4-1,9)	2,2 (1,4-3,5)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	0,8 (0,5-1,4)	1,1 (0,6-2,0)	0,5 (0,2-1,3)	0,3 (0,0-2,0)	0,7 (0,3-1,7)	1,2 (0,6-2,3)
No utilización del casco en moto por ciudad	1,1 (0,3-4,4)	0,8 (0,1-5,6)	1,8 (0,3-11,6)	0	1,4 (0,2-9,5)	1,8 (0,2-11,5)
No utilización del casco en moto por carretera	1,4 (0,4-5,6)	1,9 (0,5-7,4)	0	0	1,8 (0,3-11,6)	2,1 (0,3-13,7)

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

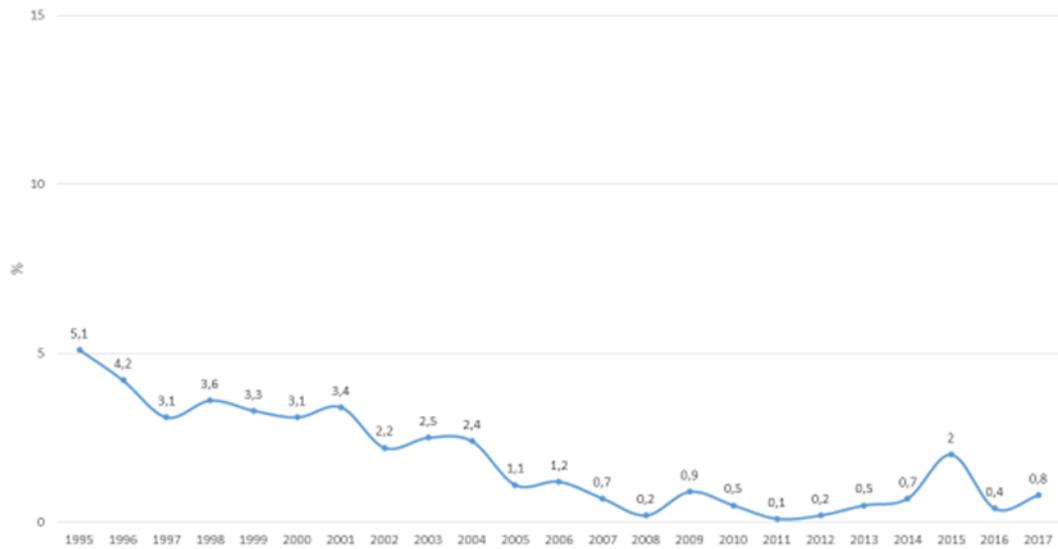
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 22 .Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2017

a) Por ciudad



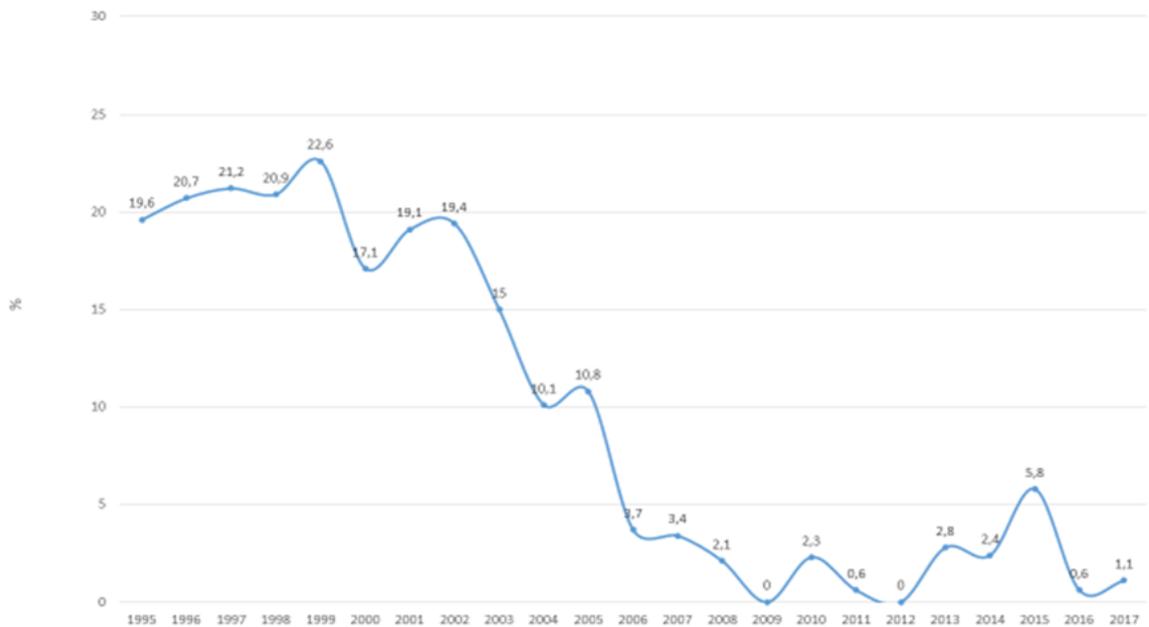
b) Por carretera



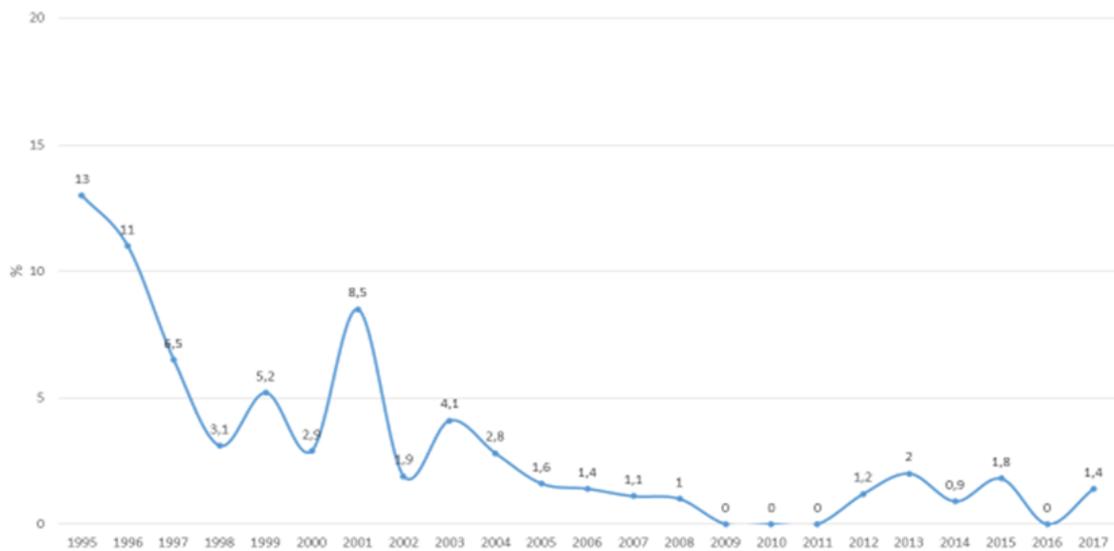
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 23. Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2017

a) Por ciudad



b) Por carretera



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

4.11.-VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA O EXPAREJA

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²⁰. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A. Los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente al año 2011.

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

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública ²⁶. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A.

El módulo se dirigió a las mujeres que durante los 12 meses previos a la fecha de la entrevista tuvieran o hubieran tenido una pareja o contactos con alguna expareja.

Para detectar si había existido violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

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

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

En 2017, de las mujeres que señalaron tener o haber tenido relación con pareja o expareja durante el último año (el 89,1 % de todas las entrevistadas), un 1% afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,5 % indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 3,7 % que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (tabla 15).

En total, el 5,1 % de las mujeres con pareja o expareja habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año.

Esta situación fue más frecuente en el grupo de 18 a 29 años (tabla 29 y figura 23).

Lo datos que se presentan se refieren al periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2017.

Tabla 29. Proporción de mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.

	EDAD			
	TOTAL	18-29	30-44	45-64
	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)	%(IC*)
Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	1 (0,5-2,0)	1,4 (0,3-5,4)	0,9 (0,3-2,7)	0,9 (0,3-2,8)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,5 (0,8-2,6)	1,4 (0,3-5,3)	1,8 (0,8-3,9)	1,2 (0,4-3,2)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quién podía hablar o dónde podía ir	3,7 (2,6-5,2)	4,1 (1,9-8,9)	3,3 (1,8-5,8)	3,9 (2,3-6,6)
TOTAL (sufrió cualquiera de los incidentes anteriores)	5,1 (3,8-6,9)	5,6 (2,8-10,7)	5,2 (3,3-8,3)	4,8 (3,0-7,8)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Tabla 30.- Violencia (1) contra las mujeres por pareja o expareja por variables sociodemográficas, mujeres. SIVFRENT, Comunidad de Madrid.2017.

		Total	
		n	%(IC)*
Edad(años)	De 18 a 29	8	5,6 (2,8-10,7)
	De 30 a 44	17	5,2 (3,3-8,3)
	De 45 a 64	16	4,8 (3-7,8)
País de Nacimiento	España	27	4,2 (2,9-6)
	Otros países	11	8,3 (4,6-14,3)
Nivel educativo	Primarios/ sin estudios	8	11,3 (5,7-21)
	Secundarios	20	4,8 (3,1-7,4)
	Universitarios	13	4,2 (2,4-7,0)
Ocupación	Trabaja	25	4,9 (3,3-7,1)
	Paro	6	6,3 (2,9-13,1)
	Estudiante	1	2,3(0,3-14,5)
	Trabajo no remunerado**	7	6,5(3,1-13,0)
	Jubilación/pensionista	0	...
Clase social	Alta	11	4,6 (2,6 8,1)
	Media	10	6,6 (3,6 11,8)
	Baja	14	4,6 (2,7 7,6)
Total		41	5,1 (3,8-6,9)

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

(1) Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta (tabla 29)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Un 5,1% de las mujeres entrevistadas, respondieron afirmativamente a haber padecido violencia ⁽¹⁾ de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja; por edad, destaca que la prevalencia de violencia/control fue más alta en las más jóvenes(5,6%). Por país de nacimiento las nacidas en otros países presentan valores de prevalencia que duplican a las nacidas en España (8,3% vs 4,2%); las mujeres con nivel educativo “primarios/sin estudios” casi duplican a los otros dos niveles; en ocupación la situación de paro o trabajo no remunerado obtuvo un porcentaje superior al 6%; dentro de la clase social, la media es la que tiene una prevalencia más alta, 6,6%.

4.12. AGREGACIÓN DE FACTORES

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

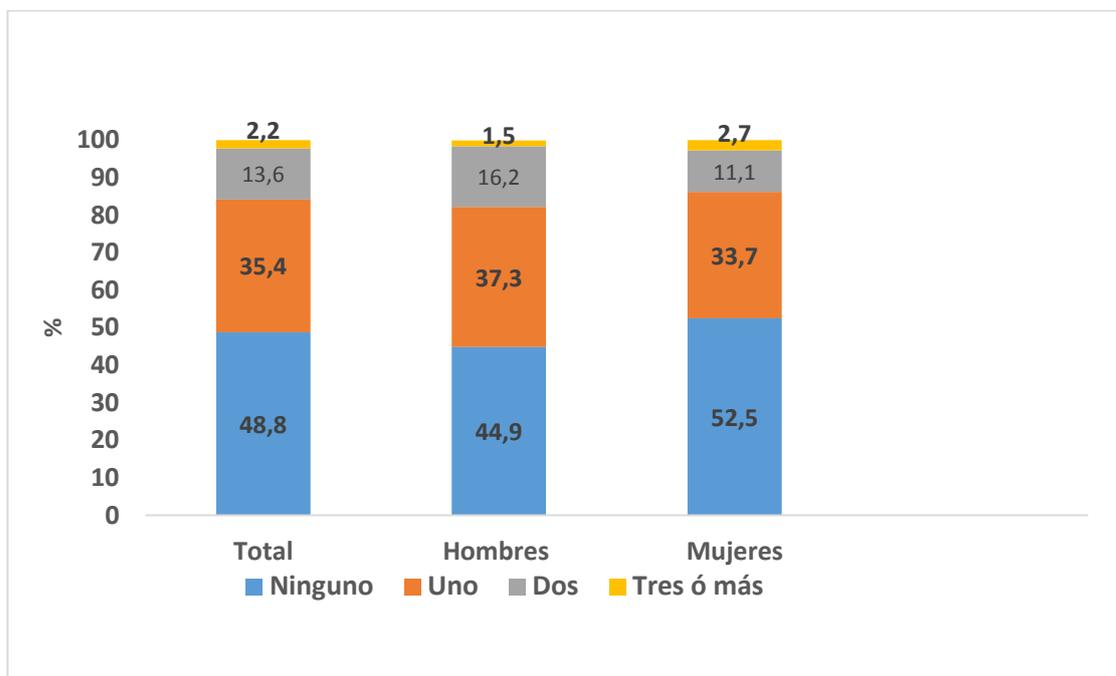
En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio de alcohol de riesgo. Para la actividad física se incluyó un indicador que aglutina simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral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

De acuerdo con los criterios expuestos, el 48,8 % de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 35,4 % tenía uno, el 13,6 % dos, el 2,2 % tres o más factores de riesgo (figura 25). Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por grupos de edad en 2017 la prevalencia de 2 o más factores de riesgo es superior en mujeres en la edad de 18 a 29 años y en los grupos de mayor edad ha sido mayor en los hombres. (Figuras 25-27).

Por último, en la figura 26 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo es descendente, con una disminución porcentual durante 2015/2017 comparado con 1995/1996 del 41% en hombres y del 17,5% las mujeres. En mujeres durante el periodo 1995/2017 el descenso de la proporción de las que presentan 2.

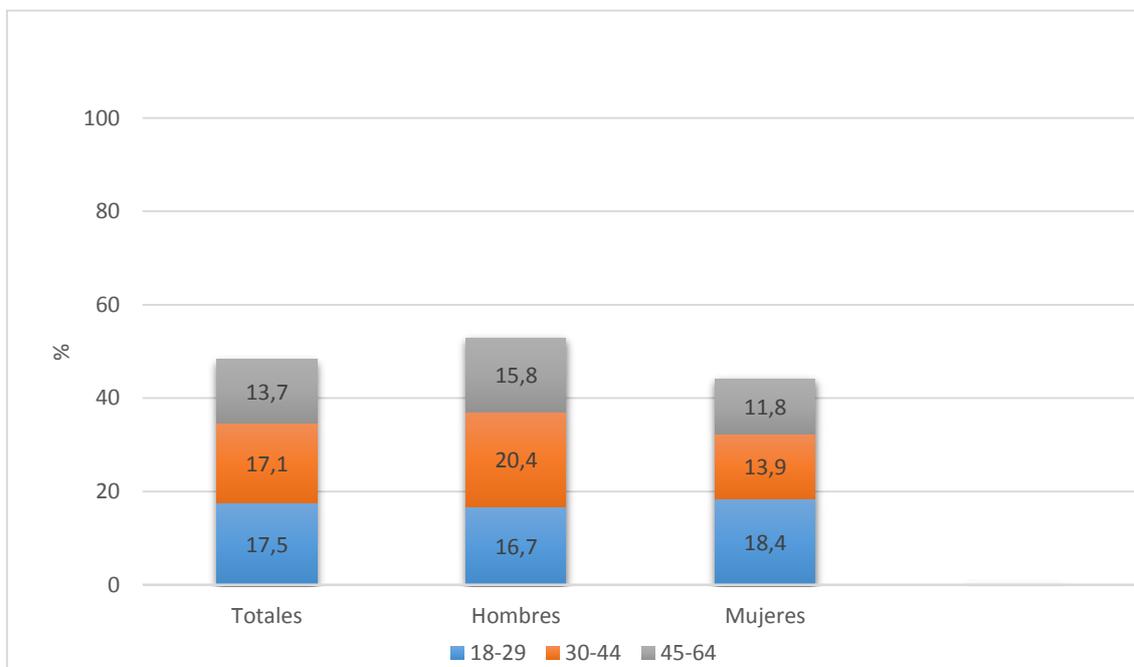
Por grupos de edad tener un factor de riesgo obtuvo un porcentaje mayor en los más jóvenes tanto en mujeres como en hombres, y para dos factores y tres ó más, el grupo de 30 a 44 años fue el que dio el porcentaje más alto en ambos sexos; destaca que en el grupo de 18 a 29 años la puntuación de las mujeres con tres o más factores fue 5,1%, mayor que en los hombres de su misma edad con 1,1%.

Figura 25. Agregación de factores de riesgo*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.



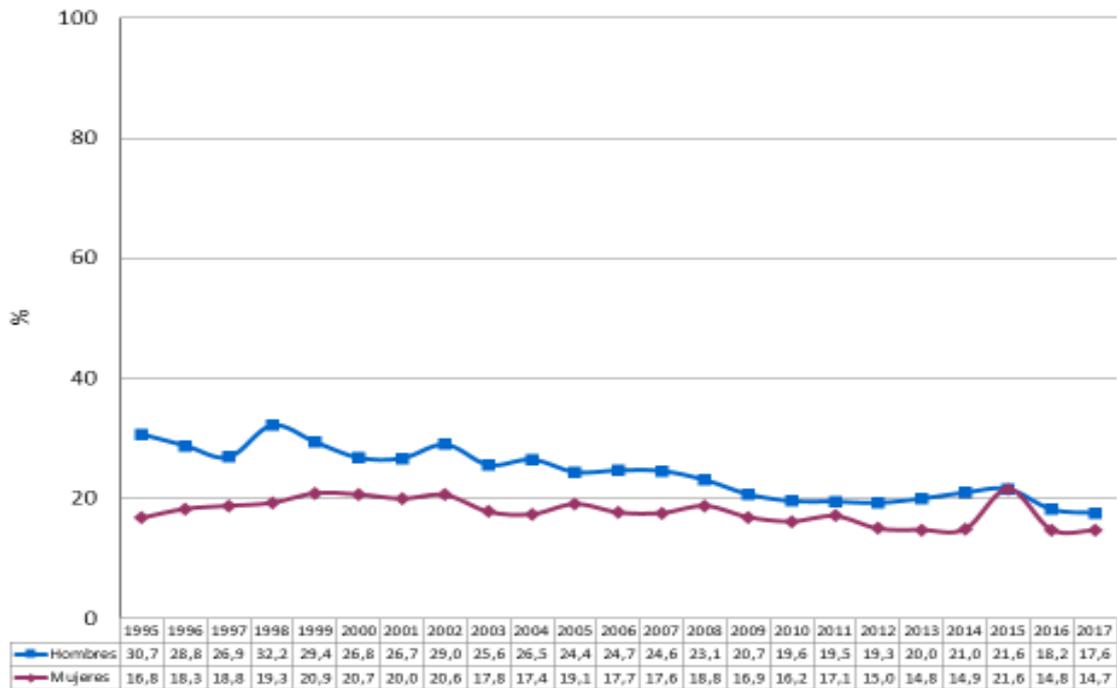
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 26. Proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo, según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2017.



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

Figura 27. Evolución de la proporción de personas que tienen dos o más factores de riesgo*, según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2017



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

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A17).

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Informes de Salud y Estudios por el apoyo prestado en la obtención de la muestra, para realizar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. - Global burden of diseases and risk factors. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL editores. New York: Oxford University Press; 2006.
2. - WHO | Global burden of disease. WHO.
http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ (accessed 29 May 2017)
3. - World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
4. - Informe del estado de salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles.
<http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/8.aspx> (accessed 1 Nov 2018).
5. - Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86: 625-7.
6. - Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19: 145-51.
- 7.- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12): 3-15.
- 8.- Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2017.
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/factores-riesgo-enfermedad> (7 Nov 2018).
- 9.- Cibeles (Información de TIS en la Comunidad de Madrid a 31 de diciembre de 2016, datos internos. Consejería de Sanidad.
- 10.- Real Decreto 1039/2017, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2017
- 11.-Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
- 12.- Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
- 13.-Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
- 14.-NIH. National Cancer Institute. Joinpoint Regression Program, Version 4.6.0.0 - April 2018. <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
- 15.-Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates" Statistics in Medicine 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).

16. Clegg LX, Hankey BF, Tiwari R, Feuer EJ, Edwards BK. Estimating average annual percent change in trend analysis. *Statistics in Medicine* 2009; 28(29): 3670-82.
17. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 18.- Ainsworth BE , Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Aug; 43(8):1575-81.
- 19.- Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev* 1983; 52:697-708.
- 20.- Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:587-597.
- 21.- Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J. Estud. Alcohol.* 1994; 55:471-474.
- 22.- Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc* 1997; 157: 1529-1535.
- 23.- Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav* 2004; 29: 867-878.
- 24.- Maiques A, Brotons C, Villar F, Martín E, Banegas JR, Navarro J, Alemán JJ, Lobos-Bejarano JM, Ortega R, Orozco-Beltrán D, Gil V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 3-15.
- 25.- Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, Melús-Palazón E. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* 2014; 46 Supl 4: 24-41.
- 26.- Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science.* 2013; 340:1527-8.