

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

INFORMES:

- **Vigilancia de violencia de pareja en adolescentes según el SIVFRENT-J 2011 y 2012.**








BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

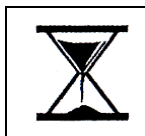
de la Comunidad de Madrid

10

Índice

INFORMES:

	Vigilancia de violencia de pareja en adolescentes según el SIVFRENT juvenil 2011 y 2012.	3
	EDO. Semanas 40 a 43 (del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2013)	23
	Brotos Epidémicos. Semanas 40 a 43, 2013.	24
	Red de Médicos Centinela, semanas 40 a 43, 2013.	25
	Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, Octubre 2013.	29



INFORME:

VIGILANCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA EN ADOLESCENTES SEGÚN EL SIVFRENT-J 2011 Y 2012

Elaborado por::

Myrian Pichiule, Ana Gandarillas, Lucía Díez, Michela Sonego, María Ordobás.
Servicio de Epidemiología

Agradecimientos:

Belén Zorrilla, Iñaki Galán, Marisa Pires, Luisa Lasheras, Ana Anes, Jesús Sánchez.

1. Resumen:

Antecedentes y Objetivos: La violencia de pareja en la adolescencia es un importante problema no solo por su magnitud sino por las repercusiones en salud. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de violencia de pareja en adolescentes a partir de una muestra representativa de 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en Madrid, según los principales factores sociodemográficos y las conductas y factores de riesgo para la salud en 2011 y 2012.

Metodología: Los datos proceden del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) dirigido a población juvenil, que recoge anualmente información de una muestra representativa de la población escolarizada en 4º curso de la E.S.O. de la Comunidad de Madrid. Para monitorizar la violencia de pareja en los últimos 12 meses se realizaron dos preguntas: ‘¿Alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera?’ y ‘¿Alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas?’ Se consideró “víctima de violencia física (VF)” a aquel sujeto que respondió afirmativamente a la primera pregunta, “víctima de violencia sexual (VS)” al que respondió afirmativamente a la segunda pregunta; y “víctima de algún tipo de violencia física y/o sexual (VFS)” al que respondió afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas. Se analizó la información correspondiente a los años 2011 y 2012 y se calculó la prevalencia VF, VS y VFS en los adolescentes que refirieron estar saliendo con alguien en el momento de realizar la encuesta o haber salido con alguien en los 12 meses previos a la encuesta, asimismo se calculó la prevalencia de VFS según las principales características sociodemográficas y las principales conductas y factores de riesgo para la salud. El cálculo de las prevalencias y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) se realizaron con el módulo “Survey Data” de STATA v.11.0. Se consideró significativo un p-valor menor igual a 0,05.

Resultados: Se analizó la información de 3.377 jóvenes, 1.713 mujeres y 1.664 varones, con pareja en la actualidad o durante los 12 meses previos a la encuesta. La prevalencia de VF fue 3,4% (IC95%: 2,8-4,1), 2,9% (IC95%: 2,0-3,9) en chicas y 4,0% (IC95%: 2,9-5,0) en chicos. La prevalencia de VS fue 3,9% (IC95%: 3,1-4,6 5,3), 5,3% (IC95%: 4,1-6,5) en chicas y 2,4% (IC95%: 1,6-3,2) en chicos ($p < 0,001$). La prevalencia de VFS fue 6,1% (IC95%: 5,2-7,1), 7,1% (IC95%: 5,6-8,6) en chicas y 5,1% (IC95%: 4,0-6,3) en chicos ($p < 0,05$).

Al analizar la prevalencia de VFS en **todos los jóvenes**, encontramos una mayor prevalencia en mujeres (7,1%; IC95%: 5,6-8,6), en extranjeros (9,0%; IC95%: 6,8-11,1), en aquellos que declararon bajos resultados escolares (8,3%; IC95%: 6,0-10,5), con percepción de imagen corporal distinta a normal (7,5%; IC95%: 5,4-9,7 en delgados/muy delgados y 7,5%; IC95%: 5,6-9,4 entre aquellos con sobrepeso/obesidad), con desórdenes alimentarios (13,4%; IC95%: 9,7-17,0), con conductas sexuales de riesgo (CSR) (12,0%; IC95%: 9,2-14,8), con consumo de tabaco (9,1%; IC95%: 7,0-11,2), con consumo de alcohol (7,0%; IC95%: 5,3-8,7 entre aquellos bebedores sin consumo excesivo y 8,0%; IC95%: 6,4-9,7 en bebedores con consumo excesivo) y con consumo de drogas (10,3%; IC95%: 7,5-13,1), así como entre aquellos con una salud autopercebida como regular/mala/muy mala (11,5%; IC95%: 8-15), y entre aquellos con malestar psicológico (9,7%; IC95%: 6,5-12,9).

En chicas, se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellas con una percepción de imagen corporal distinta a normal, (9,5%; IC95%: 5,6-13,3 en delgadas/muy delgadas y 8,7%; IC95%: 6,2-11,2 entre aquellas con sobrepeso/obesidad), con desórdenes alimentarios (12,9%; IC95%: 8,9-16,8), con CSR (12,5%; IC95%: 8,2-16,9), con consumo de tabaco (10,1%; IC95%: 7,0-13,2), con consumo de alcohol (7,8%; IC95%: 5,1-10,5% en bebedoras sin consumo excesivo y 9,0%; IC95%: 6,7-11,3 en bebedoras con consumo excesivo), con consumo de drogas (10,4%; IC95%: 6,9-14,0), entre aquellas con una salud autopercebida como regular/mala/muy mala (12,4%; IC95%: 7,4-17,5) y aquellas con malestar psicológico (11,3%; IC95%: 7,5-15,1).

En chicos, se encontró una mayor prevalencia entre aquellos ≥ 17 años (7,6%; IC95%: 5,3-10,0), extranjeros (9,5%; IC95%: 6,2-12,8), entre aquellos cuyas madres no tienen un trabajo remunerado (7,4%; IC95%: 4,6-10,1), que declararon bajos resultados escolares (7,4% IC:4,8-10,0), con desórdenes alimentarios (15,2% IC:7,7-23,3), con CSR (11,6% IC:7,5-15,7), con consumo de tabaco (7,9% IC:5,2-10,5), con consumo de alcohol (6,0%; IC95%: 3,8-8,3 entre aquellos bebedores sin consumo excesivo y 7,0%; IC95%: 4,8-9,2 en bebedores con consumo excesivo), con consumo de drogas (10,2% IC:6,6-13,8) y con la salud autopercebida como regular/mala/muy mala (9,8% IC:5,2-14,4)

Recomendaciones/Conclusiones: La prevalencia de VF fue similar en chicas y chicos, sin embargo se encontró una mayor prevalencia de VS en chicas. La violencia de pareja se presentó asociada a características sociodemográficas y a otras conductas de riesgo para la salud por lo que es necesario desarrollar estrategias integrales de prevención que incluyan la prevención de violencia de pareja en jóvenes.

2. Introducción:

En la pasada década, la violencia de pareja ha emergido como un importante problema de salud pública y aunque son muchas las investigaciones realizadas en adultos, son pocos aún los estudios realizados en adolescentes. La violencia de pareja en la adolescencia es un importante problema, no sólo por su magnitud sino por las repercusiones en la salud física y mental.

La violencia de pareja en la adolescencia se ha asociado con depresión y bajos resultados escolares, así como con el uso de drogas, alcohol (1) y conductas sexuales de riesgo (2), asimismo hay mayor probabilidad de desarrollar desordenes alimentarios (3), incluso algunos jóvenes han considerado ideas y tentativas suicidas (4). Los jóvenes que son víctimas de violencia de pareja en la adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar estos problemas en la vida adulta (5).

Los adolescentes tienen dificultades para reconocer el abuso físico y sexual por parte de su pareja ya que comportamientos de control y de celos pueden percibirse como signos de amor (6). En un estudio realizado en una amplia muestra de jóvenes de colegio, de aquellos que habían experimentado violencia física, sólo el 28% de chicos y el 21% de chicas afirmó haber roto la relación como respuesta a la agresión (7).

Según el Youth Risk Behaviour Surveillance System Survey (YRBSS), que analizó datos de 2011 de EEUU, el 9,4% de estudiantes a nivel nacional fueron golpeados, recibieron bofetadas o fueron lastimados físicamente con intención por sus novias o novios, y el 8% fueron alguna vez forzados a tener relaciones sexuales cuando ellos no querían (8). En España, en un estudio a nivel nacional realizado en 2010 entre jóvenes escolarizados con edades entre 13 y 18 años, se encontró que un 2,7% de las chicas habían sido pegadas alguna vez y el 3,6% se habían sentido obligadas a conductas sexuales en las que no querían participar (9).

Según las estadísticas del INE, en España en 2011 se registraron 32.242 víctimas de violencia de género, definida como todo acto de violencia física o psicológica ejercida contra una mujer por parte del hombre que sea o haya sido su cónyuge o haya estado ligado a ella por una relación similar. Según grupos de edad se registraron en España 571 víctimas menores de 18 años, lo que representa una tasa de 67,1 por 100.000 mujeres de 14 a 17 años (10).

Por todo esto resulta fundamental conocer la magnitud de la violencia de pareja en jóvenes, determinar a quiénes afecta así como los factores asociados, para poder identificar aquellos grupos en los que podemos intervenir y establecer indicadores para la monitorización de las estrategias preventivas implantadas. Con esta finalidad se incluyó en 2011 la vigilancia de la violencia de pareja dentro del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) en la Comunidad de Madrid.

3. Objetivos:

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de violencia de pareja en adolescentes que tenían pareja en el momento de la encuesta o habían tenido pareja en los 12 meses previos a la encuesta, a partir de una muestra representativa de la población escolarizada en el 4º curso de la E.S.O. en la región de Madrid, y su asociación con los principales factores sociodemográficos y las principales conductas y factores de riesgo para la salud en 2011 y 2012.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas y las conductas y factores de riesgo para la salud de los jóvenes que tenían pareja en el momento de la encuesta o habían tenido pareja en los 12 meses previos a la encuesta.
- Determinar la prevalencia de violencia física, violencia sexual y de cualquiera de ellas en los últimos 12 meses en estos jóvenes.
- Determinar los principales factores sociodemográficos y conductas y factores de riesgo para la salud asociados con la presencia de algún tipo de violencia (física y/o sexual) en estos jóvenes.

4. Aspectos metodológicos:

Diseño y población de estudio:

Los datos proceden del SIVFRENT-J. Este sistema de vigilancia monitoriza los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Para ello, cada año estudia una muestra aproximada de 2.000 individuos, representativa de la población escolarizada en el 4º curso de la Enseñanza Superior Obligatoria (E.S.O.) de la Comunidad de Madrid. Este sistema se puso en marcha en 1996 y se basa en la realización de encuestas autoadministradas en aula escolar. El objetivo del SIVFRENT-J es medir la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud así como evaluar el efecto de las intervenciones.

La selección de la muestra se realiza mediante un muestreo por conglomerados bietápico con estratificación de unidades en primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa por las aulas. La asignación muestral en cada estrato es proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados y los criterios de estratificación son: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados). La selección de las unidades en la segunda etapa es constante y aleatoria, muestreando dos aulas por centro escolar. La técnica de la entrevista se basa en un cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación es de 45 minutos. La participación de los alumnos es voluntaria y anónima (11,12).

El cuestionario del SIVFRENT-J se estructura en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentes, seguridad vial e información sobre temas de salud.

Tomando como modelo la encuesta del YRBSS, que monitoriza comportamientos de riesgo para la salud que contribuyen con las principales causas de discapacidad tanto en población adulta como adolescente, se diseñó un módulo para la vigilancia de la violencia de pareja. Se realizaron dos preguntas, una de ellas relacionada con la violencia física y la otra con violencia sexual, dirigidas a jóvenes de ambos sexos. Este módulo se incluyó en el SIVFRENT-J a partir del año 2011. Asimismo, en 2012 se incluyeron preguntas de salud mental según el General Health Questionnaire (GHQ).

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Encuestas del SIVFRENT-J cumplimentadas en los años 2011 y 2012.

Criterios de exclusión:

- Sujetos que no contestaron a ninguna de las dos preguntas de violencia de pareja.
- Sujetos que contestan a las dos preguntas “No estoy seguro/No puedo contestar”.
- Sujetos que no contestan una de las preguntas de violencia de pareja y contesten a la otra pregunta “No estoy seguro/ No puedo contestar”.
- Sujetos sin pareja en el último año.

Variables del estudio:

La violencia de pareja se estudió a través de las siguientes preguntas:

P.37.A En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera?

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo
- Sí, la chica con la que estoy o estaba saliendo
- No
- No he salido con ningún/ninguna chico/a
- No estoy seguro/a/ No puedo contestar

P.37.B En los últimos 12 meses, ¿alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas?

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo
- Sí, la chica con la que estoy o estaba saliendo
- No
- No he salido con ningún/ninguna chico/a
- No estoy seguro/a/ No puedo contestar

Violencia Física:

Se consideró que un joven fue víctima de violencia física (VF) cuando a la pregunta P.37.A. respondió: “Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo” o “Sí, la chica con la que estoy o estaba saliendo”; cuando la respuesta a esta pregunta fue “No” se consideró que no fue víctima de violencia física.

Violencia Sexual:

Se definió que un joven fue víctima de violencia sexual (VS) cuando a la pregunta P.37.B. respondió: “Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo” o “Sí, la chica con la que estoy o estaba saliendo”; cuando la respuesta a esta pregunta fue “No” se consideró que no fue víctima de violencia sexual.

Algún tipo de violencia:

Se definió que un joven fue víctima de algún tipo de violencia física y/o sexual (VFS) cuando respondieron **sí** a cualquiera de las dos preguntas de VF ó VS, en caso contrario se consideró que no fue víctima de VFS.

Jóvenes con pareja:

No existió una única pregunta para identificar a los jóvenes con pareja que serían los sujetos a riesgo de sufrir algún tipo de violencia de pareja, por lo que en base a las respuestas a las preguntas P.37.A y P.37.B. se definió:

- Jóvenes sin pareja, cuando respondieron:
 - “No he salido con ningún/ninguna chico/chica” a las dos preguntas ó
 - “No he salido con ningún/ninguna chico/chica” a una pregunta y no respondió a la otra pregunta.
- Jóvenes con pareja: cuando las respuestas fueron distintas a lo descrito para definir joven sin pareja. Es decir, la consideración de joven con pareja se realizó por exclusión, cuando respondió otra cosa diferente a “No he salido con ningún/ninguna chico/chica”. Además, se dejó al joven que decidiera lo que considera ‘salir con chico/chica’ (lo que consideramos tener pareja).

Otras Variables de estudio:

Características sociodemográficas:

- ***Sexo***
- ***Edad***
- ***País de nacimiento:*** según hayan nacido en territorio español o fuera de España.
- ***Convivencia con padres:*** según convivan o no con ambos padres.
- ***Situación laboral de los padres:*** Según tengan o no un trabajo remunerado fuera del hogar.
- ***Nivel de estudios de los padres:*** Se consideró el nivel más alto de estudios de los padres en tres categorías, según sean universitarios, secundarios y primaria/menos de primaria.
- ***Resultados escolares:*** aquellos con bajos resultados escolares (los que responden que sus resultados se encuentran dentro del grupo medio-bajo o sacan las peores notas) o

en el grupo medio/alto (los que responden que sus resultados se encuentran dentro del grupo medio, medio/alto o sacan las mejores notas).

Conductas y factores de riesgo para la salud asociados a la violencia de pareja:

- **Sobrepeso/Obesidad:** a partir de la información de peso y talla autoreferido, se calculó el índice de masa corporal (IMC: peso corporal en kilogramos dividido entre la talla corporal en metros al cuadrado) y se clasificó a los sujetos según presentaran o no sobrepeso u obesidad según los criterios de cole. (13).
- **Percepción de la imagen corporal:** en tres categorías, según percibían tener un peso apropiado, estar delgados/muy delgados o estar en sobrepeso/obesidad.
- **Desórdenes alimentarios:** según presentaran o no, en los últimos 12 meses, alguno de los comportamientos alimentarios para perder peso o controlar la figura: estar sin comer 24 horas o más, vómitos provocados o uso de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes.
- **Conductas sexuales de riesgo (CSR):** en base a los hallazgos de algunos autores que estudiaron las conductas sexuales de riesgo (2), se construyó un indicador en función de si cumplieron o no alguno de los siguientes criterios: haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, no haber usado preservativo en la última relación sexual o haber tenido más de tres parejas sexuales en los últimos 6 meses.
- **Consumo actual de tabaco:** se clasificó según fueran o no fumadores activos, independientemente de la cantidad de tabaco que consumían.
- **Consumo de alcohol:** a partir de la información de consumo de al menos una bebida que contuviera alcohol y del consumo de ≥ 6 unidades de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días, se categorizó como: “no bebedores” (aquellos que no consumieron alcohol en los últimos 30 días), “bebedores sin consumo excesivo” (aquellos que consumieron ≥ 1 bebida durante los últimos 30 días, pero que no realizan un consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión) y “bebedores con consumo excesivo” (aquellos que consumieron 6 o más unidades de alcohol en una misma ocasión “binge drinking”)
- **Consumo de drogas:** según hayan consumido en los últimos 12 meses alguna de las siguientes sustancias: tranquilizantes, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos o sustancias volátiles.
- **Salud Percibida:** en dos categorías según considerasen su salud como buena/muy buena o regular/mala/muy mala.
- **Malestar psicológico:** evaluado mediante el GHQ-12 validado para su uso en español. Se utilizó la versión de 12 preguntas que incluye preguntas relacionadas con: concentración, sueño, desempeño de un papel útil en la vida, toma de decisiones, sensación de agobio y/o tensión, superación de dificultades, disfrute de las actividades cotidianas, afrontamiento de problemas, sensación de depresión, pérdida de confianza en uno mismo, valía personal y sensación de felicidad. Estas preguntas tienen cuatro opciones de respuesta, las cuales se han analizado según el método clásico en el que las opciones “No, en absoluto” o “No más de lo habitual” reciben 0 puntos y “Algo más de lo habitual” o “Mucho más de lo habitual” reciben un punto; siendo el rango de la escala global de 0 a 12, se consideró el punto de corte ≥ 3 para clasificar a los individuos con posible malestar psicológico (14).

Análisis estadístico:

Se calcularon las prevalencias anuales y acumuladas para el periodo 2011-2012 de VF, VS y VFS en los últimos 12 meses entre los jóvenes que salieron con algún chico o chica. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC95%) ajustando por el efecto de diseño muestral.

Para analizar las características sociodemográficas y las conductas y factores de riesgo para la salud asociados a VFS y para incrementar la precisión estadística de las estimaciones se agrupó la información de los años 2011 y 2012. Se calculó la prevalencia de violencia según características sociodemográficas y según factores de riesgo para la salud con IC95%. Se realizó el cálculo para todos los jóvenes y según sexo.

El cálculo de las prevalencias y los intervalos de confianza se realizaron con STATA v.11.0 (1984-2010 StataCorp., Texas, USA). Se utilizó el módulo “Survey Data” que tiene en cuenta el tipo de muestreo realizado. Se consideró significativo un p-valor menor igual a 0,05.

4. Resultados:

La información analizada procede de las encuestas realizadas los años 2011 y 2012, en 92 centros escolares y 178 aulas. Las características generales de la muestra para los años 2011 y 2012 se describen en los respectivos informes anuales sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid (11, 12), de los que se ha tomado la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra en los años 2011 y 2012.

	Año 2011	Año 2012
Tamaño muestral:		
-Nº de estudiantes	2.011	2.087
-Nº de colegios	45	47
-Nº de aulas	89	89
Tasa de respuesta (%)		
-Colegios	78,9	85,5
-Estudiantes	90,5	90,2
-Global	71,4	77,1
Sexo (%)		
-Masculino	51,2	51,3
-Femenino	48,8	48,7
Edad (%)		
-15	36,5	38,4
-16	43,1	40,8
-17 y mas	20,4	20,7
Titularidad (%)		
-Pública	54,6	55,6
-Privada/Concertada	45,4	44,4

Fuente: Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2011 (11) y 2012 (12). Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J).

Se obtuvo una tasa de respuesta a las preguntas de violencia de pareja superior al 95%. La tasa de respuesta a cada una de las preguntas se presenta en la siguiente tabla. Para los análisis sobre la violencia de pareja, de todas las encuestas, se excluyeron 91 sujetos (2,2%) que no respondieron a ninguna de las dos preguntas de violencia de pareja y, posteriormente, tras analizar las respuestas a estas dos preguntas, se excluyeron otros 630 sujetos (15,4%) que se consideró que no tuvieron pareja durante el último año, por lo que los sujetos incluidos en nuestro análisis fueron 3377 (82,4%).

Tabla 2. Tasa de respuesta a las preguntas relativas a la violencia de pareja.

	Año 2011	Año 2012
Tasa de respuesta a la pregunta de VF: n (%)	1.954 (97,2)	2.011 (96,4)
Tasa de respuesta a la pregunta de VS: n (%)	1.952 (97,1)	2.002 (95,9)
Tasa de respuesta a alguna de las dos preguntas: n (%)	1.972 (98,1)	2.035 (97,5)
Sujetos incluidos en el análisis	1.665	1.712

Características de los jóvenes con pareja en el último año:

Las características sociodemográficas de los 3377 jóvenes con pareja en el último año, quienes representan el 82,4% de los sujetos encuestados, se presentan en la tabla 4. El 76,9% de los jóvenes tenían entre 15 y 16 años. No se encontraron diferencias significativas al realizar el análisis según sexo. Un 19% de los jóvenes habían nacido fuera de España. En cuanto al lugar de nacimiento, más del 60% provenía del continente americano (58,6% de Sudamérica, 6,5% de Centro América y el Caribe y el 2,2% de América del Norte), seguido de Europa (17,7% de la Unión Europea y 2,5% del resto de Europa), África (8,9%) y Asia (3,6%). Según país de nacimiento, cinco países concentraron más del 65% de los jóvenes extranjeros: Ecuador (25,8%), Rumanía (12,9%), Colombia (11,7%), Perú (8,2%) y Marruecos (6,4%). No se encontraron diferencias significativas al realizar el análisis de país de nacimiento según sexo.

El 80,1% de los jóvenes convivían con ambos padres. Se encontraron diferencias significativas al analizar el trabajo y los máximos estudios alcanzados por el padre, según sexo. En cuanto a los resultados escolares, se encontraron diferencias significativas según sexo. Las mujeres refirieron mejores resultados escolares: el 80,6% refirió resultados dentro del grupo medio/alto frente a un 74,5% en varones.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los jóvenes con pareja en el último año, según sexo.

Variables		Total		Mujeres		Varones		p
		N	%	N	%	N	%	
General		3377	100,0	1713	50,7	1664	49,3	
Edad	15 años	1198	35,7	626	36,7	572	34,7	0,1313
	16 años	1383	41,2	713	41,8	670	40,7	
	≥17 años	773	23,1	367	21,5	406	24,6	
País de nacimiento	España	2721	80,8	1357	79,4	1164	82,3	0,0700
	Otro país	647	19,2	353	20,6	294	17,7	
Convivencia con ambos padres	Sí	2701	80,1	1365	79,8	1336	80,4	0,6680
	No	670	19,9	345	20,2	325	19,6	
Trabaja el padre	Sí	2859	89,5	1422	88,2	1437	90,7	0,0155
	No	337	10,5	190	11,8	147	9,3	
Trabaja la madre	Sí	2400	72,3	1218	72,1	1182	72,6	0,7846
	No	918	27,7	471	27,9	447	27,4	
Estudios del padre	Universitarios	1046	35,0	504	33,3	542	36,8	0,0499
	Secundarios	952	31,9	479	31,6	473	32,1	
	Primaria o menos	988	33,1	531	35,1	457	31,1	
Estudios de la madre	Universitarios	1091	35,0	541	33,9	550	36,2	0,0984
	Secundarios	1023	32,8	514	32,2	509	33,5	
	Primaria o menos	1001	32,1	541	33,9	460	30,3	
Resultados escolares	Medio/alto	2619	77,8	1379	80,6	1240	74,5	0,0006
	Bajo	749	22,2	331	19,4	418	25,2	

En la tabla 4 se presentan las conductas y los factores de riesgo para la salud según sexo. Al analizar el IMC autorreferido, encontramos que las mujeres tenían un menor porcentaje de sobrepeso/obesidad (10,4% frente al 19,6% en varones); sin embargo cuando se analizó la autopercepción de la imagen corporal, las mujeres refieren un mayor porcentaje de sobrepeso/obesidad (32,3% frente al 15,6%) y un menor porcentaje de delgadez (11,12% frente al 21,5%). Los desórdenes alimentarios fueron 4 veces más frecuentes en mujeres (17,8% en mujeres frente al 4,8% en varones).

El 36,5% de los jóvenes tuvieron relaciones sexuales (RS) con penetración, de estos el 37,9% tuvieron RS antes de los 15 años, 9,6% tuvieron RS con tres parejas o más en los últimos 6 meses y el 15,9% no usó condón en la última RS. Con esta información se consideró que el 17,4% de todos los jóvenes tuvieron CSR. Al realizar el análisis según sexo, encontramos diferencias significativas al analizar la edad de inicio de RS, hubo un menor porcentaje de mujeres que tuvieron RS antes de los 15 años (31,3% frente al 44% en varones) y un menor porcentaje de mujeres con más de tres parejas (4,8% frente al 14% en varones). Las mujeres presentan un menor porcentaje de CSR (15% frente al 19,8% en varones).

Se encontraron diferencias significativas al analizar el consumo actual de tabaco según sexo, se encontró un mayor porcentaje de fumadoras entre mujeres (30,7% frente al 25,3% en varones), también se encontraron diferencias en cuanto al consumo de alcohol, el consumo de alcohol fue un poco más frecuente en mujeres. En cuanto al consumo de drogas, la marihuana fue la más consumida ya que un 17,1% de los jóvenes consumieron esta sustancia en el último

año, seguido de los tranquilizantes con un 1,9%, las otras sustancias fueron consumidas por menos del 1% de los jóvenes. Al analizar el consumo global de drogas en el último año se encontraron diferencias significativas según sexo, hubo un menor porcentaje de mujeres que consumieron drogas en el último año (16,5% frente al 21,7% en varones).

Las mujeres refirieron un mayor porcentaje de salud autopercebida como regular/mala/muy mala (11,8% frente al 7,3%); asimismo al analizar los resultados del GHQ se encontró un mayor porcentaje de malestar psicológico en mujeres (44,9% frente al 28% en varones).

Tabla 4. Conductas y factores de riesgo para la salud en los jóvenes con pareja en el último año, según sexo.

Variables		Total		Mujeres		Varones		p
		N	%	N	%	N	%	
Sobrepeso / Obesidad	No	2769	85,2	1480	89,9	1289	80,4	<0,0001
	Sí	481	14,8	167	10,4	314	19,6	
Percepción de imagen corporal	Peso apropiado	2005	59,7	967	56,6	1038	62,9	<0,0001
	Muy delgado/delgado	544	16,2	190	11,1	354	21,5	
	Sobrepeso/Obesidad	809	24,1	551	32,3	258	15,6	
Desórdenes alimentarios	No	2975	88,6	1402	82,2	1573	95,2	<0,0001
	Sí	382	11,4	303	17,8	79	4,8	
Conductas sexuales de riesgo	No	2769	82,6	1446	85,0	1323	80,2	0,0005
	Sí	582	17,4	255	15,0	327	19,8	
Consumo actual de tabaco	No fumador	2426	72,0	1185	69,3	1241	74,7	0,0030
	Fumador	945	28,0	525	30,7	420	25,3	
Consumo de alcohol	No bebedor	1328	39,5	630	36,9	698	42,1	0,0120
	Bebedor sin consumo excesivo	943	28,0	513	30,0	430	26,0	
	Bebedor con consumo excesivo	1095	32,5	566	33,1	529	31,9	
Consumo de drogas	Nunca/alguna vez	2676	80,9	1404	83,5	1272	78,3	0,0004
	En los 12 últimos meses	631	19,1	278	16,5	353	21,7	
Salud percibida	Buena/Muy Buena	3048	90,4	1509	88,3	1539	92,7	0,0001
	Regular/Mala/Muy mala	323	9,6	201	11,8	122	7,3	
Malestar psicológico	No	1077	63,2	489	55,1	588	72,0	<0,0001
	Sí	627	36,8	398	44,9	229	28,0	

^sSolo datos de 2012.

Prevalencia de violencia de pareja

Se identificaron 207 casos de algún tipo de violencia física y/o sexual, solo el 4,8% de los casos de violencia ocurrieron entre parejas del mismo sexo.

Al analizar la violencia física acumulada para 2011 y 2012, encontramos una prevalencia de 3,4% (IC95%: 2,8-4,1), mayor en varones (4,0%; IC95%: 2,9-5,0) que en mujeres (2,9%; IC95%: 2,0-3,9), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.1454).

Se encontró una prevalencia acumulada para 2011 y 2012 de violencia sexual de 3,9% (IC95% 3,1-4,6), mayor en mujeres 5,3% (IC95% 4,1-6,5) que en varones 2,4% (IC95% 1,6-3,2), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

La prevalencia de algún tipo de violencia de pareja (física y/o sexual) acumulada para 2011 y 2012 fue de 6,1% (IC95% 5,2-7,1). La prevalencia de violencia de pareja fue superior en mujeres 7,1% (IC95% 5,6-8,6) comparada con varones 5,1% (IC95% 4,0-6,3) ($p=0,0329$).

La información detallada según año y sexo se presenta en la tabla 3. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar la evolución de la violencia según los años de estudio, tipo de violencia y sexo.

Tabla 5. Prevalencia de violencia en el último año entre aquellos jóvenes con pareja.

2011									
Tipo de Violencia	Mujeres			Varones			Total		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%
VF	801	3,2	(1,7-4,8)	833	3,8	(2,5-5,2)	1634	3,5	(2,5-4,6)
VS	805	4,8	(3,2-6,5)	834	1,9	(0,8-3,0)	1639	3,4	(2,3-4,4)
VFS	822	6,9	(4,7-9,2)	843	5,1	(3,5-6,7)	1665	6,0	(4,7-7,3)
2012									
Tipo de Violencia	Mujeres			Varones			Total		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%	N	%	IC95%
VF	871	2,6	(1,6-3,7)	805	4,1	(2,5-5,7)	1676	3,3	(2,4-4,3)
VS	873	5,7	(4,0-7,5)	804	2,9	(1,6-4,1)	1677	4,4	(3,3-5,4)
VFS	891	7,3	(5,3-9,3)	821	5,1	(3,3-6,9)	1712	6,3	(4,8-7,7)

Violencia de pareja en ambos sexos:

La información detallada de la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS) según las características de los jóvenes se presentan en la tabla 6. La prevalencia de VFS fue de 6,1% (IC95% 5,2-7,1), se encontró una mayor prevalencia en mujeres 7,1% (IC95% 5,6-8,6), no se encontraron diferencias significativas al realizar el análisis de la prevalencia según edad.

Al analizar el país de nacimiento se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos jóvenes nacidos fuera de España 9,0% (IC95% 6,8-11,1), superior a la prevalencia encontrada en españoles.

Al analizar la situación laboral de los padres, el máximo nivel de estudios alcanzados por éstos y el hecho de convivir con ambos padres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La prevalencia de VFS entre aquellos jóvenes que refirieron tener bajos resultados escolares fue de 8,3% (IC95% 6,0-10,5), esta prevalencia fue superior a la que se encontró entre los que refirieron un resultado escolar medio/alto.

Se encontraron diferencias significativas al analizar la prevalencia de VFS según percepción de la imagen corporal; la prevalencia de VFS fue de 7,5% (IC95% 5,4-9,7) entre aquellos que se consideraban delgados/muy delgados, similar a la prevalencia encontrada

entre los que percibían tener sobrepeso u obesidad 7,5% (IC95% 5,6-9,4), la prevalencia en estos grupos fue superior al compararla con la prevalencia de VFS entre los sujetos que refirieron tener normopeso.

Se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos con desórdenes alimentarios 13,4% (IC95% 9,7-17,0), superior al compararla con los sujetos sin desórdenes alimentarios, esta fue la prevalencia más alta al estudiar de manera independiente los factores asociados a VFS.

En cuanto a las CSR, se encontró una prevalencia de VFS de 12,0% (IC95% 9,2-14,8) entre aquellos que presentaron estas conductas.

Al estudiar el consumo de sustancias tóxicas se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos que refirieron consumo actual de tabaco 9,1% (IC95% 7,0-11,2), entre aquellos que consumen alcohol, tanto si son bebedores sin consumo excesivo 7,0% (IC95% 5,3-8,7) como entre aquellos bebedores con consumo excesivo 8,0% (IC95% 6,4-9,7). Asimismo se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos que consumieron drogas en los últimos 12 meses 10,3% (IC95% 7,5-13,1).

En relación a la salud percibida encontramos una mayor prevalencia de VFS entre aquellos que perciben su salud como regular/mala/muy mala 11,5% (IC95% 8,0-15,0), así como entre aquellos con malestar psicológico 9,7% (IC95% 6,5-12,9), este último análisis corresponde únicamente a 2012.

Tabla 6. Prevalencia de VFS en los jóvenes con pareja en el último año, según características sociodemográficas y conductas y factores de riesgo para la salud.

Variables		N	%	IC95%
General		3377	6,1	(5,2-7,1)
Sexo *	Varones	1664	5,1	(4,0-6,3)
	Mujeres	1713	7,1	(5,6-8,6)
Edad	15	1198	5,8	(4,3-7,2)
	16	1383	5,9	(4,6-7,2)
	>=17	773	7,1	(5,1-9,1)
País nacimiento**	España	2721	5,4	(4,5-6,3)
	Otro país	647	9,0	(6,8-11,1)
Convivencia con los dos padres	Sí	2701	5,9	(4,9-7,0)
	No	670	7,0	(4,8-9,2)
Trabaja el padre	Sí	2859	5,9	(5,0-6,9)
	No	337	6,5	(3,6-9,5)
Trabaja la madre^	Sí	2400	5,7	(4,8-6,7)
	No	918	7,0	(5,0-8,9)
Estudios del padre	Universitarios	1046	6,2	(4,6-7,8)
	Secundarios	952	6,0	(4,3-7,7)
	Primaria o menos	988	6,5	(4,7-8,3)
Estudios de la madre	Universitarios	1091	6,1	(4,6-7,7)
	Secundarios	1023	6,1	(4,5-7,6)
	Primaria o menos	1001	6,4	(4,8-8,0)
Resultados escolares *	Medio/alto	2619	5,5	(4,5-6,5)
	Bajo	749	8,3	(6,0-10,5)
Sobrepeso / Obesidad ^^	No	2769	6,5	(5,4-7,6)
	Sí	481	4,4	(2,6-6,1)
Percepción de imagen corporal*	Peso apropiado	2005	5,2	(4,1-6,3)
	Algo delgado	544	7,5	(5,4-9,7)
	Sobrepeso	809	7,5	(5,6-9,4)
Desórdenes alimentarios **	No	2975	5,2	(4,3-6,1)
	Sí	382	13,4	(9,7-17,0)
Conductas sexuales de riesgo**	No	2769	4,8	(4,0-5,7)
	Sí	581	12,0	(9,2-14,8)
Consumo actual de tabaco**	No fumador	2426	4,9	(4,0-5,8)
	Fumador	945	9,1	(7,0-11,2)
Consumo de alcohol **	No bebedor	1328	3,9	(2,8-5,0)
	Bebedor sin consumo excesivo	943	7,0	(5,3-8,7)
	Bebedor con consumo excesivo	1095	8,0	(6,4-9,7)
Consumo de drogas **	Nunca/alguna vez	2676	5,2	(4,3-6,1)
	En los últimos 12 meses	631	10,3	(7,5-13,1)
Salud percibida **	Buena/Muy Buena	3048	5,5	(4,6-6,5)
	Regular/Mala/Muy mala	323	11,5	(8,0-15,0)
§ Malestar Psicológico**	No	1077	4,3	(2,9-5,7)
	Sí	627	9,7	(6,5-12,9)

§ Solo datos de 2012.

^ p<0,20

^^ p<0,10

* p<0,05

** p<0,01

Violencia de pareja en mujeres:

La información detallada de la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS) según las características de las chicas se presentan en la tabla 7. La prevalencia de VFS en mujeres fue de 7,1% (IC95% 5,6-8,6). No se encontraron diferencias significativas al analizar las características sociodemográficas y su asociación con VFS en chicas.

En cuanto a las conductas y factores de riesgo para la salud, encontramos diferencias significativas al estudiar la percepción de la imagen corporal, encontramos una prevalencia de 9,5% (IC95% 5,6-13,3) entre aquellas que se consideraban delgadas/muy delgadas, y una prevalencia de 8,7% (IC95% 6,2-11,2) entre aquellas que percibían tener sobrepeso/obesidad; estas prevalencias son superiores a las encontradas entre aquellas que refirieron tener peso apropiado.

En cuanto a los desórdenes alimentarios, se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellas con desórdenes alimentarios 12,9% (IC95% 8,9-16,8), superior a la que se encuentra entre aquellas sin desórdenes alimentarios, esta fue la prevalencia más alta al estudiar de manera independiente los factores asociados a VFS.

Así mismo se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellas que tuvieron CSR 12,5% (IC95% 8,2-16,9), superior a la encontrada entre las jóvenes que no presentaron estas conductas.

Al estudiar la prevalencia de VFS según el consumo de sustancias tóxicas, se encontró una mayor prevalencia entre aquellas que refieren un consumo actual de tabaco 10,1% (IC95% 7,0-13,2), entre aquellas que consumen alcohol, tanto si son bebedoras sin consumo excesivo 7,8% (IC95% 5,1-10,5%) como si son bebedoras con consumo excesivo 9,0% (IC95% 6,7-11,3). Asimismo se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellas jóvenes con consumo de drogas en los últimos 12 meses 10,4% (IC95% 6,9-14,0).

En relación a la salud percibida encontramos una prevalencia de VFS de 12,4% (IC95% 7,4-17,5) entre aquellas que perciben su salud como regular/mala/muy mala, superior a la prevalencia encontrada en jóvenes que perciben su salud como buena/muy buena. Al analizar los resultados del GHQ, encontramos una prevalencia de VFS de 11,3% (IC95% 7,5-15,1) entre aquellas con malestar psicológico, superior a la que se encuentra entre aquellas sin malestar psicológico.

Tabla 7. Prevalencia de VFS en mujeres con pareja en el último año, según características sociodemográficas y conductas y factores de riesgo para la salud.

Variables		N	%	IC95%
Mujeres		1713	7,1	(5,6-8,6)
Edad	15	626	7,7	(5,3-10,0)
	16	713	7,0	(5,2-8,8)
	>=17	367	6,5	(3,8-9,3)
País nacimiento	España	1357	6,7	(5,2-8,2)
	Otro país	353	8,5	(5,3-11,7)
Convivencia con los dos padres [^]	Sí	1365	6,6	(5,0-8,2)
	No	345	9,3	(5,9-12,6)
Trabaja el padre	Sí	1422	6,9	(5,4-8,4)
	No	190	7,9	(3,6-12,2)
Trabaja la madre	Sí	1218	7,1	(5,4-8,7)
	No	471	6,6	(4,1-9,1)
Estudios del padre	Universitarios	504	7,7	(5,1-10,4)
	Secundarios	479	7,1	(4,5-9,7)
	Primaria o menos	531	7,0	(4,5-9,4)
Estudios de la madre	Universitarios	541	7,0	(4,4-9,6)
	Secundarios	514	7,6	(5,0-10,2)
	Primaria o menos	541	7,0	(4,7-9,3)
Resultados escolares [^]	Medio/alto	1379	6,6	(4,9-8,3)
	Bajo	331	9,4	(5,9-12,8)
Sobrepeso / Obesidad	No	1480	7,5	(5,8-9,2)
	Sí	167	6,0	(2,5-9,5)
Percepción de imagen corporal*	Peso apropiado	967	5,8	(4,1-7,5)
	Algo delgado	190	9,5	(5,6-13,3)
	Sobrepeso	551	8,7	(6,2-11,2)
Desórdenes alimentarios**	No	1402	5,9	(4,4-7,4)
	Sí	303	12,9	(8,9-16,8)
Conductas sexuales de riesgo**	No	1446	6,1	(4,5-7,6)
	Sí	255	12,5	(8,2-16,9)
Consumo actual de tabaco*	No fumador	1185	5,7	(4,0-7,3)
	Fumador	525	10,1	(7,0-13,2)
Consumo de alcohol*	No bebedor	630	4,9	(3,2-6,6)
	Bebedor sin consumo excesivo	513	7,8	(5,1-10,5)
	Bebedor con consumo excesivo	566	9,0	(6,7-11,3)
Consumo de drogas*	Nunca/alguna vez	1404	6,5	(4,9-8,0)
	En los últimos 12 meses	278	10,4	(6,9-14,0)
Salud percibida*	Buena/Muy Buena	1509	6,4	(4,9-7,8)
	Regular/Mala/Muy mala	201	12,4	(7,4-17,5)
§Malestar Psicológico*	No	489	4,1	(1,9-6,3)
	Sí	398	11,3	(7,5-15,1)

§Solo datos de 2012.

^ p<0,20

^^ p<0,10

* p<0,05

** p<0,01

Violencia de pareja en varones:

La información detallada de la prevalencia de violencia física y/o sexual (VFS) según las características de los chicos se presentan en la tabla 8. La prevalencia VFS en varones fue de 5,1% (IC95% 4,0-6,3). Al analizar la VFS según las características sociodemográficas, encontramos que la prevalencia de VFS aumenta a medida que aumenta la edad; encontrando una prevalencia más alta entre aquellos con edad ≥ 17 años 7,6% (IC95% 5,3-10,0), esta prevalencia es superior a la que presentan los jóvenes de 15 años.

Al analizar el país de nacimiento se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos jóvenes nacidos fuera de España 9,5% (IC95% 6,2-12,8), siendo ésta superior a la de los españoles.

Cuando se analiza la situación laboral y el máximo nivel de estudios alcanzado por los padres sólo se encuentran diferencias significativas al analizar la situación laboral de la madre, encontrando mayor prevalencia de VFS entre aquellos cuyas madres no trabajan fuera del hogar 7,4% (IC95% 4,6-10,1), esta prevalencia es superior a la que presentan los jóvenes cuyas madres tienen un trabajo remunerado.

La prevalencia de VFS entre aquellos jóvenes que refirieron tener bajos resultados escolares fue de 7,4% (IC95% 4,8-10,0), esta prevalencia fue superior a la que se encontró entre los que refirieron un resultado escolar medio/alto.

En cuanto a las conductas y factores de riesgo para la salud, se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos con desórdenes alimentarios 15,2% (IC95% 7,7-23,3), superior al compararla con los chicos sin desórdenes alimentarios, esta fue la prevalencia más alta al estudiar de manera independiente los factores asociados a VFS.

Asimismo se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos que tuvieron CSR 11,6% (IC95% 7,5-15,7), la prevalencia en estos jóvenes fue superior a la encontrada entre aquellos que no presentan estas conductas.

En cuanto al consumo de sustancias tóxicas, se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos con consumo actual de tabaco 7,9% (IC95% 5,2-10,5), entre aquellos que consumen alcohol, tanto si son bebedores sin consumo excesivo 6,0% (IC95% 3,8-8,3) como si son bebedores con consumo excesivo 7,0% (IC95% 4,8-9,2). Asimismo se encontró una mayor prevalencia de VFS entre aquellos que consumieron drogas en los últimos 12 meses 10,2% (IC95% 6,6-13,8).

En relación a la salud percibida encontramos una prevalencia de VFS de 9,8% (IC95% 5,2-14,4) entre aquellos que perciben su salud como regular/mala/muy mala, superior a la que se encuentra en los jóvenes que perciben su salud como buena/muy buena.

Tabla 8. Prevalencia de VFS en varones con pareja en el último año, según características sociodemográficas y conductas y factores de riesgo para la salud.

Variables		N	%	IC95%
Varones		1664	5,1	(4,0-6,3)
Edad *	15	572	3,7	(2,1-5,2)
	16	670	4,8	(3,0-6,5)
	>=17	406	7,6	(5,3-10,0)
País nacimiento**	España	1364	4,1	(3,1-5,1)
	Otro país	294	9,5	(6,2-12,8)
Convivencia con los dos padres	Sí	1336	5,2	(4,0-6,5)
	No	325	4,6	(2,1-7,1)
Trabaja el padre	Sí	1437	5,0	(3,8-6,2)
	No	147	4,8	(1,4-8,1)
Trabaja la madre*	Sí	1182	4,3	(3,1-5,5)
	No	447	7,4	(4,6-10,1)
Estudios del padre	Universitarios	542	4,8	(2,9-6,7)
	Secundarios	473	4,9	(2,7-7,0)
	Primaria o menos	457	5,9	(3,7-8,1)
Estudios de la madre	Universitarios	550	5,3	(3,4-7,2)
	Secundarios	509	4,5	(2,8-6,3)
	Primaria o menos	460	5,7	(3,6-7,7)
Resultados escolares*	Medio/alto	1240	4,3	(3,0-5,5)
	Bajo	418	7,4	(4,8-10,0)
Sobrepeso / Obesidad	No	1289	5,4	(4,0-6,7)
	Sí	314	3,5	(1,4-5,6)
Percepción de imagen corporal ^	Peso apropiado	1038	4,6	(3,2-6,1)
	Algo delgado	354	6,5	(3,8-9,2)
	Sobrepeso	258	5,0	(2,4-7,7)
Desórdenes alimentarios**	No	1573	4,6	(3,4-5,7)
	Sí	79	15,2	(7,7-23,3)
Conductas sexuales de riesgo**	No	1323	3,5	(2,5-4,4)
	Sí	327	11,6	(7,5-15,7)
Consumo actual de tabaco*	No fumador	1241	4,2	(3,1-5,3)
	Fumador	420	7,9	(5,2-10,5)
Consumo de alcohol**	No bebedor	698	3,0	(1,5-4,5)
	Bebedor sin consumo excesivo	430	6,0	(3,8-8,3)
	Bebedor con consumo excesivo	529	7,0	(4,8-9,2)
Consumo de drogas**	Nunca/alguna vez	1272	3,8	(2,7-4,8)
	En los últimos 12 meses	353	10,2	(6,6-13,8)
Salud percibida*	Buena/Muy Buena	1539	4,7	(3,6-5,9)
	Regular/Mala/Muy mala	122	9,8	(5,2-14,4)
§ Malestar Psicológico	No	588	4,4	(2,7-6,1)
	Sí	229	7,0	(3,0-10,9)

§ Solo datos de 2012.

^ p<0,20

^^ p<0,10

* p<0,05

** p<0,01

Conclusiones:

- La prevalencia de violencia física fue similar en chicas y chicos, sin embargo se encontró una mayor prevalencia de violencia sexual en chicas.
- La prevalencia de violencia física, sexual y algún tipo de violencia (física y/o sexual) no presentaron diferencias significativas al analizar la evolución en estos dos años de estudio.
- Al analizar la prevalencia de algún tipo de violencia de pareja en ambos sexos, encontramos una mayor prevalencia en mujeres, en los nacidos fuera de España, en los jóvenes con bajos resultados escolares, entre aquellos con una percepción de imagen corporal distinta a peso apropiado, entre aquellos con los desórdenes alimentarios, con conductas sexuales de riesgo, con consumo de tabaco, con consumo de alcohol y con consumo de drogas así como entre aquellos con salud autopercebida regular/mala/muy mala, y entre aquellos con malestar psicológico.
- En chicas, la prevalencia de violencia de pareja se asoció significativamente con una percepción de imagen corporal distinta a peso apropiado, con los desórdenes alimentarios, con las conductas sexuales de riesgo, con el consumo de tabaco, con el consumo de alcohol, con el consumo de drogas, y con la salud percibida regular/mala/muy mala así como con el malestar psicológico.
- En chicos, se encontró una mayor prevalencia entre aquellos con 17 años o más, extranjeros, cuyas madres no trabajan, con bajos resultados escolares, con desórdenes alimentarios, con conductas sexuales de riesgo, con consumo de tabaco, con consumo de alcohol de riesgo, con consumo de drogas y entre aquellos con la salud percibida distinta a buena/muy buena.
- La violencia de pareja se presentó asociada a características sociodemográficas y a otras conductas de riesgo para la salud por lo que es necesario realizar un abordaje integral de prevención en jóvenes.

Referencias Bibliográficas

1. Banyard VL, Cross C. Consequences of teen dating violence: understanding intervening variables in ecological context. *Violence Against Women*. 2008;14(9):998-1013
2. Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A., & Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(5), 572-579.
3. Ackard DMD, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 26 (2002) 455-473

4. Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Sep;157(9):875-81.
5. Smith PH, White JW, Holland L. A Longitudinal Perspective on Dating Violence Among Adolescent and College-Age Women. *Am J Public Health.* 2003 July; 93(7): 1104–1109.
6. Levy, B. Abusive teen dating relationship: An emerging issue for the 90s. Response to the Victimization of Women and Children, 1990 13(1), 59.
7. Watson JM, Cascardi M, Avery-Leaf S, O'Leary KD. High school students' responses to dating aggression. *Violence Vict.* 2001 Jun;16(3):339-48.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2011. *Morbidity & Mortality Weekly Report.* 2012; 61(4).
9. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Martín J. Igualdad y prevención de violencia de género en la adolescencia. Ministerio de Igualdad-Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, España 2010
10. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género Año 2011. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np780.pdf>
11. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2011. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Consejería de Sanidad; 2012 [citado el 30/09/2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
12. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2012. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2012. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Consejería de Sanidad; 2013 [citado el 30/09/2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630 (pendiente de publicación).
13. Cole T, Bellizzi M, Flegal M, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240–3
14. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine.* 1998; 28,915-921.
15. Wolitzky-Taylor KB, Ruggiero KJ, Danielson CK, Resnick HS, Hanson RF, Smith DW, et al. Prevalence and correlates of dating violence in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Jul;47(7):755-62.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria

Comunidad de Madrid. Año 2013, semanas 40 a 43 (del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2013)

	Casos Semanas 40 a 43	Casos Acumulados Semanas 1 a 43	Tasas Semanas 40 a 43	Tasas Acumulados Semanas 1 a 43
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	4	32	0,1	0,5
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	7	0,0	0,1
Meningitis bacterianas, otras	5	45	0,1	0,7
Meningitis víricas	15	230	0,2	3,5
Enfermedad neumocócica invasora	22	305	0,3	4,7
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	8	59	0,1	0,9
Hepatitis B	5	31	0,1	0,5
Hepatitis víricas, otras	6	111	0,1	1,7
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	3	16	0,0	0,2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	4	0	0,1
Triquinosis	0	28	0	0,4
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	543	54272	8,4	835,1
Legionelosis	3	61	0,0	0,9
Varicela	372	4703	5,7	72,4
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	43	500	0,7	7,7
Sífilis	43	525	0,7	8,1
Antropozoonosis				
Brucelosis	0	1	0,0	0,0
Leishmaniasis	3	65	0,0	1,0
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	97	1812	1,5	27,9
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	1	0	0,0
Sarampión	0	2	0	0,0
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	14	196	0,2	3,0
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	14	122	0,2	1,9
Peste	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0
Tuberculosis *				
Tuberculosis respiratoria*	57	548	0,9	8,4
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme transmisible humana	1	7	0,0	0,1
Lepra	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0
Parálisis flácida aguda (<15 años)	0	1	0	0,1

* Según padrón continuo del año 2012, población Comunidad de Madrid 6.498.560



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 40 a 43 (del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2013)

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

Brotes de origen alimentario. Año 2013. Semanas 40-43

Lugar de consumo	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 40-43			Semanas 1-43			Semanas 1-43		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Centros educativos	1	181	0	5	317	0	13	1536	21
Restaurantes, bares y similares	2	53	0	30	243	20	27	386	6
Domicilios	3	19	1	21	135	22	39	243	55
Residencias no geriátricas	2	43	1	5	129	6	0	0	0
Centros geriátricos	0	0	0	2	81	0	4	185	1
Otros lugares	1	3	0	4	33	0	0	0	0
Comedores de empresa	0	0	0	1	27	0	0	0	0
Total	9	299	2	68	965	48	83	2350	83

Brotes de origen no alimentario. Año 2013. Semanas 40-43

Tipo de brote*	Año 2013						Año 2012		
	Semanas 40-43			Semanas 1-43			Semanas 1-43		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	4	62	0	20	489	5	28	1391	3
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	180	0	5	144	0
Parotiditis	0	0	0	30	161	2	7	45	2
Escabiosis	1	10	0	4	45	0	4	74	0
Hepatitis A	0	0	0	6	18	4	4	12	2
Tos ferina	0	0	0	6	16	5	3	9	0
Enf. de mano, pie y boca	0	0	0	2	14	0	4	29	0
Meningitis vírica	0	0	0	5	10	9	5	13	12
Molusco contagioso	0	0	0	1	3	0	2	9	0
Escarlatina	0	0	0	1	2	0	7	45	1
Total	5	72	0	80	938	25	69	1771	20

*Aparecen sólo los procesos que se han presentado como brotes a lo largo del año en curso.



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2013, semanas 40 a 43
(Del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2013)**

Esta sección incluye información mensual procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. La actual red cuenta con 112 médicos de atención primaria que atienden a unas 155.000 personas, (aproximadamente un 2,3% de la población madrileña). Los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe sobre la cual se difunden informes semanales independientes. Los informes generados a través de la RMC son publicados en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid disponible en Portal Salud-Profesionales-Salud Pública.

[http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630](http://intranet.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1265618561630)

La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 71,8% (nº de semanas en que se ha enviado notificación / nº de semanas teóricas x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2013.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2013.

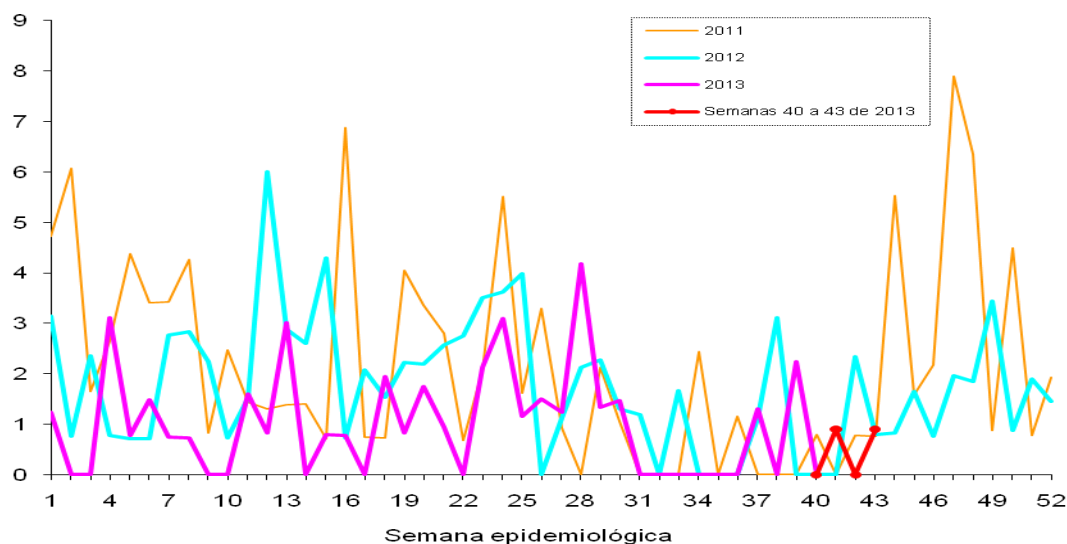
	Semana 40 a 43 de 2013	Año 2013
Gripe*	43	43*
Varicela	2	48
Herpes zoster	28	213
Crisis asmáticas	61	582

* De la semana 40 de 2013 hasta la 20 de 2014

VARICELA

Durante las semanas 40 a 43 del año 2013 se han declarado 2 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 1,7 casos por 100.000 personas (IC 95%: -0,7 – 4,2). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela desde el año 2011 hasta la semana 43 de 2013.

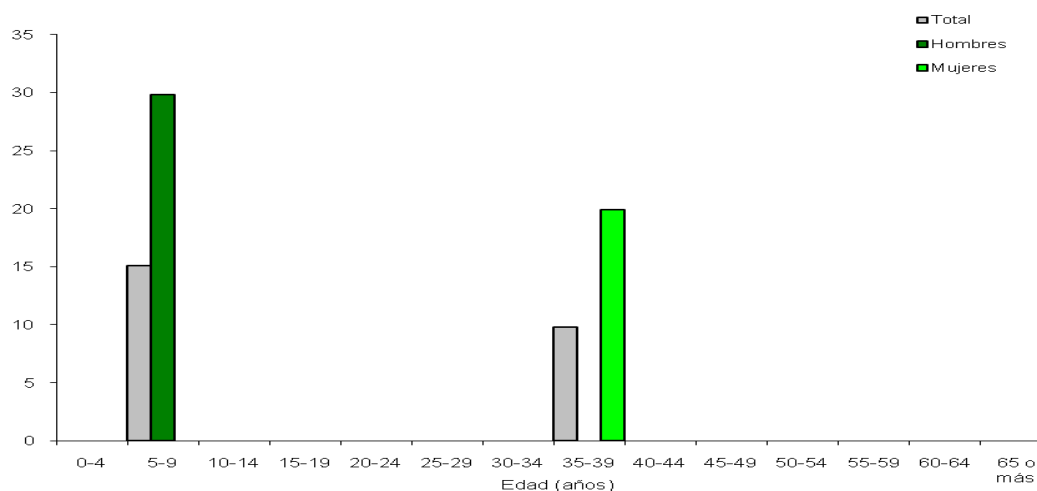
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2011-2013 y semana 40 a 43 de 2013.



De los 2 casos notificados, uno era hombre y el otro mujer, con 8 y 37 años respectivamente. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

El caso del niño de 8 años estuvo expuesto a otro caso de varicela en el hogar, del otro caso se desconoce la fuente y el lugar de exposición.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2013



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 28 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2013, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 24,9 por 100.000 habitantes (IC 95%: 15,6 – 34,1). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2011 hasta la semana 43 de 2013. El 60,7% de los casos se dio en mujeres (17 casos). La mediana de edad fue de 65 años con un mínimo de 7 y un máximo de 91 años. La incidencia por grupos de edad y sexo puede verse en el gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2013

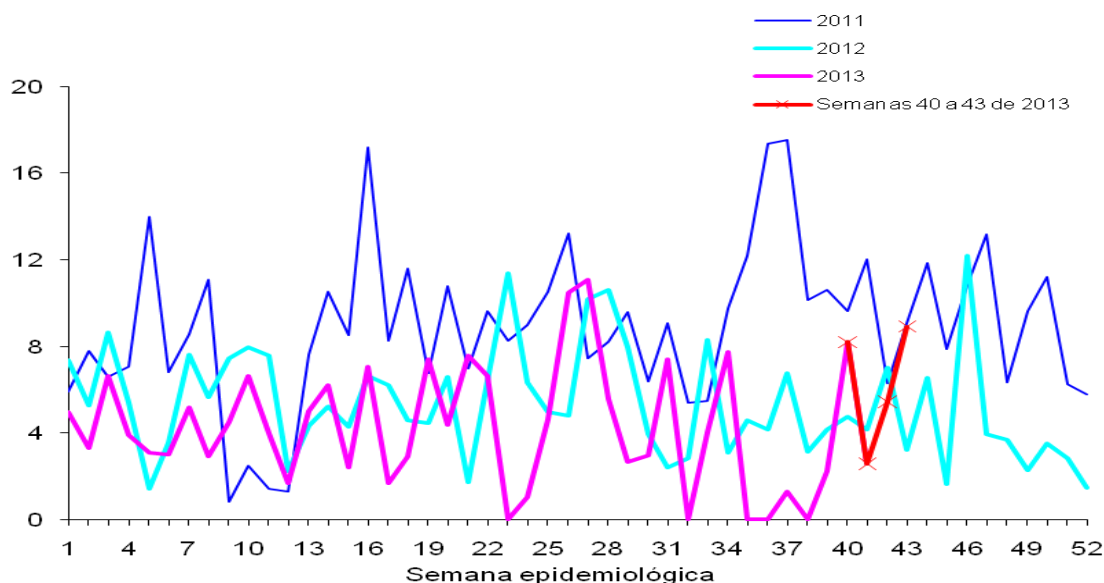
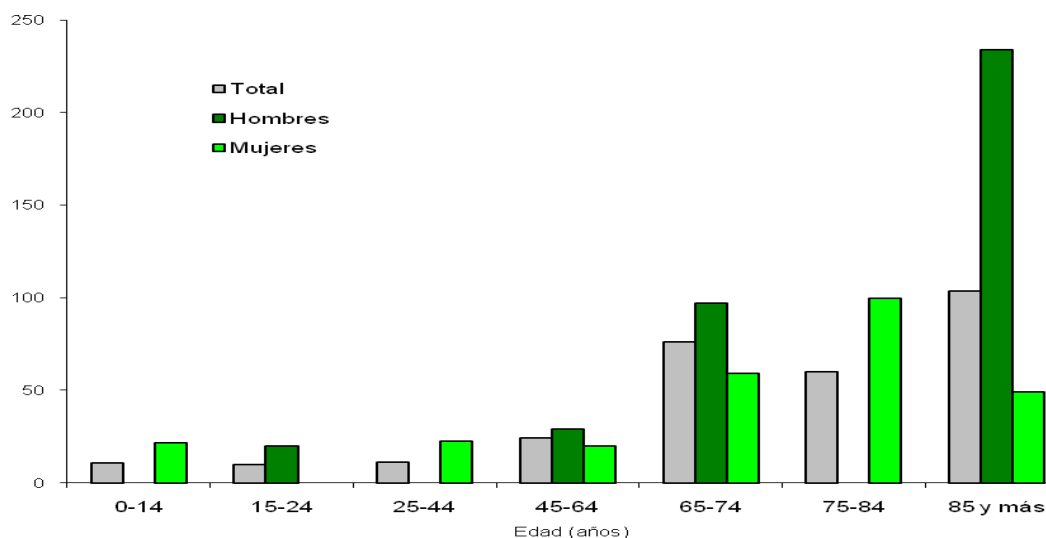


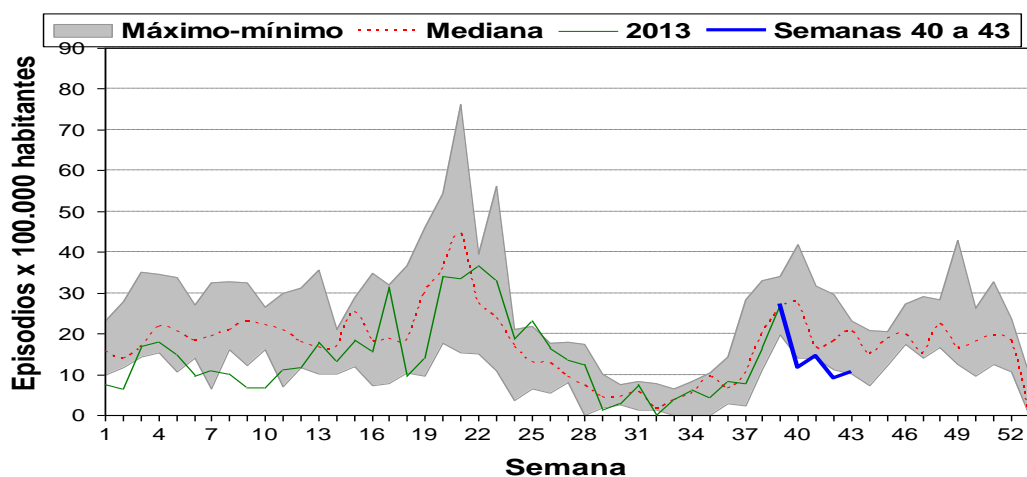
GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 40 a 43 de 2013



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 40 a 43 de 2013 la Red de Médicos Centinela notificó un total de 61 episodios de asma (23 corresponden a médicos de familia y 58 a pediatras). Se representan los episodios atendidos semanales por 100.000 habitantes, junto con el canal epidémico formado por los valores semanales máximo, mínimo y mediana de los últimos 5 años. La incidencia disminuye respecto al mes de septiembre, alcanzando niveles ligeramente inferiores a años anteriores. Al igual que el mes de septiembre la mayoría de casos son pediátricos.

Episodios de asma. Año 2013 Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid Semanas 40 a 43



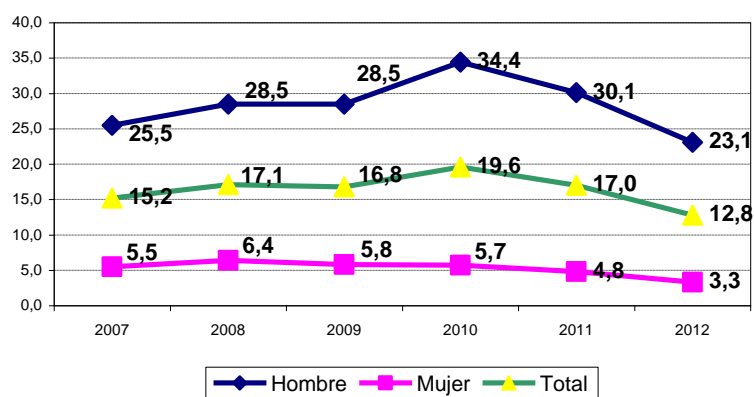


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH OBTUBRE 2013.

Desde el año 2007 hasta el 30 de septiembre de 2013 se han notificado 6.432 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 83,6% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). El 46,8% habían nacido fuera de España. Un 3,3% (206) del total de nuevos diagnósticos sabemos que han fallecido.

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico de infección VIH.



* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.
Año 2012 no consolidado

Tabla 1. Diagnósticos de infección por VIH por año de diagnóstico.

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2007	753	81,3	173	18,7	926
2008	866	80,7	207	19,3	1073
2009	882	82,3	190	17,7	1072
2010	1074	85,0	189	15,0	1263
2011	943	85,3	162	14,7	1105
2012*	723	86,7	111	13,3	834
2013*	133	83,6	26	16,4	159
Total	5374	83,6	1058	16,4	6432

* Años no consolidados

Tabla 2. Distribución según país de nacimiento y mecanismo de transmisión según sexo.

	Hombres				Mujeres			
	España		Otro		España		Otro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mecanismo de transmisión								
UDI	153	4,9	71	3,1	39	12,6	7	0,9
HSH	2397	77,0	1535	67,9				
HTX	297	9,5	504	22,3	241	77,8	723	96,6
Otros	8	0,3	9	0,4	15	4,8	8	1,1
Desconocido/N.C.	258	8,3	142	6,3	15	4,8	10	1,4
Total	3113	100,0	2261	100,0	310	100,0	748	100,0

* UDI: Usuarios de drogas inyectadas; HSH: Hombres que tienen sexo con hombres; HTX: relaciones heterosexuales; N.C.: No consta

Diagnóstico tardío

El 17,9% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 15,7% en autóctonos y del 20,5% en foráneos.

Tabla 3. Porcentaje de retraso en el diagnóstico y mediana de linfocitos CD4 por año de diagnóstico.

	N	Infecciones agudas y recientes	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/µl)	RD (<350 células/µl)	<500 células/µl
2007	752	2	340	31,5	51,3	70,9
2008	910	7	358	28,7	48,1	68,8
2009	931	14	363	29,3	47,6	65,8
2010	1066	9	397	24,9	42,6	62,1
2011	950	16	378	27,5	45,9	64,5
2012	728	26	411	25,3	40,8	59,5
2013	137	13	347	29,9	45,3	65,0
07-13	5474	87	373 (RI: 174-580)	27,8	46,0	65,0

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 5.474 nuevos diagnósticos (85,1%).

La "N" incluye las infecciones agudas y recientes. El valor de linfocitos CD4 de las infecciones agudas y recientes no se ha considerado para el cálculo de la mediana. Las infecciones agudas y recientes se han considerado diagnósticos precoces con independencia de la cifra de CD4.

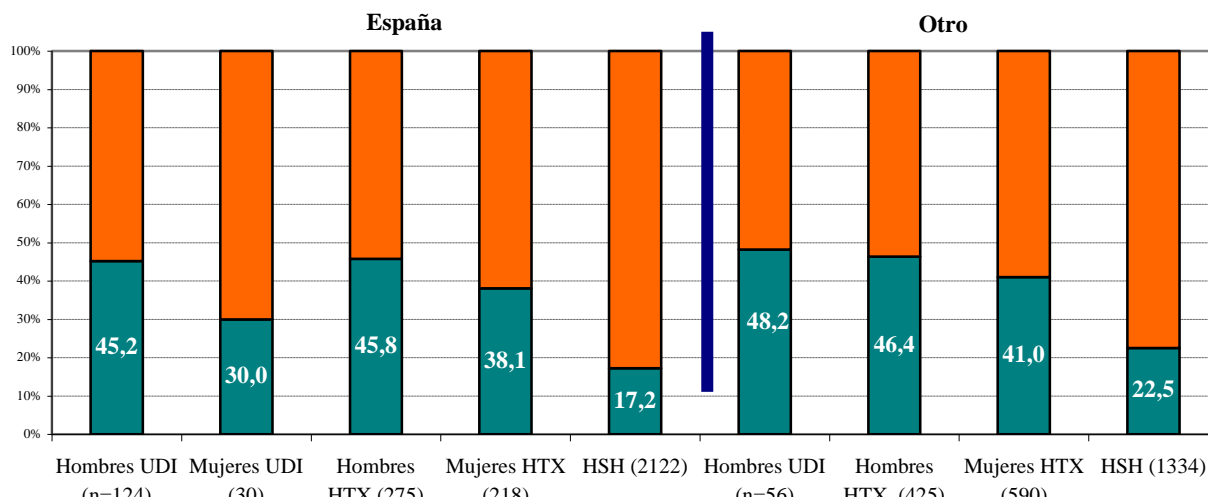
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, RD: Retraso diagnóstico.

Tabla 4. Porcentaje de retraso en el diagnóstico de infección por VIH.

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
Sexo	Hombre (n=4602)	25,6%	43,4%	63,3%
	Mujer (872)	39,4%	59,3%	75,1%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (75)	10,7%	24,0%	42,7%
	20-29 (1636)	15,9%	34,9%	56,8%
	30-39 (2062)	27,4%	45,5%	64,8%
	40-49 (1135)	38,0%	55,7%	72,9%
	>49 años (543)	47,1%	64,6%	80,1%
Mecanismo de transmisión	UDI (214)	43,0%	61,7%	73,4%
	HTX (1508)	43,0%	62,2%	77,9%
	HSH (3456)	19,3%	37,1%	58,5%
País origen de	España (2961)	24,1%	40,8%	60,3%
	Otros: (2513)	32,1%	52,0%	71,0%
	1. Europa Occidental (214)	16,4%	32,7%	57,5%
	2. Europa Oriental (187)	35,3%	48,1%	60,4%
	3. América Latina y Caribe (1560)	30,8%	51,4%	71,1%
	4. África Subsahariana (439)	41,7%	64,5%	81,5%
5. Norte de África y Oriente Medio (54)	40,7%	61,1%	72,2%	

UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

Gráfico 2. Porcentaje de casos con presentación con enfermedad avanzada de VIH por sexo y mecanismo de transmisión según país de nacimiento.



UDI: usuarios de drogas inyectadas; HTX: heterosexual; HSH: hombres que tienen sexo con hombres.

(1) Entre paréntesis, número de nuevos diagnósticos de infección VIH en cada categoría, con cifra conocida de linfocitos CD4 al diagnóstico. Hay 4 mujeres foráneas UDI, todas con más de 200 CD4 al diagnóstico.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. Octubre 2013.

Casos de sida. 2007-2013	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
Año de diagnóstico	2007	311	77,0	93	23,0
	2008	309	73,7	110	26,3
	2009	299	77,3	88	22,7
	2010	263	75,6	85	24,4
	2011	234	79,9	59	20,1
	2012*	161	76,3	50	23,7
	2013*	41	70,7	17	29,3
	07-13	1618	76,3	502	23,7
Edad media (años)	41,6 ± 10,4		39,0 ± 9,5		
País de origen	España: 65,0%		España: 54,0%		
Mecanismo transmisión	HSH: 41,7%		HTX: 67,5%		

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2013	Hombres		Mujeres		
	n	%	n	%	
Año de éxitus	2007	256	79,8	65	20,2
	2008	268	78,1	75	21,9
	2009	208	77,0	62	23,0
	2010	221	79,5	57	20,5
	2011	230	83,9	44	16,1
	2012*	158	79,0	42	21,0
	2013*	36	73,5	13	26,5
	07-13	1377	79,4	358	20,6
Edad media (años)	47,8 ± 9,6		44,8 ± 9,6		
País de origen	España: 91,3%		España: 86,0%		
Mecanismo transmisión	UDI: 67,2%		UDI: 63,1%		



La suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, se puede realizar desde la misma página web del Boletín.

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

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

Link directo:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagename=PortalSalud%2FPagina%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1156329914017