

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO de la Comunidad de Madrid

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA



Nº 6.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 6. Volumen 21. Junio 2015

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2014**



Edita:

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
www.madrid.org/boletinepidemiologico

Coordina:

Servicio de Epidemiología
C/ San Martín de Porres nº 6, 1ª planta
28035 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org

Edición: Octubre 2015

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

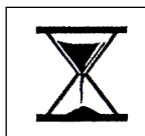
de la Comunidad de Madrid

Nº 6.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 6. Volumen 21. Junio 2015

ÍNDICE

	<i>Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2014.</i>	5
	<i>EDO. Semanas 23 a 26 (del 1 al 28 de junio de 2015).</i>	56
	<i>Brotos Epidémicos. Semanas 23 a 26, 2015.</i>	57
	<i>Red de Médicos Centinela, semanas 23 a 26, 2015.</i>	58
	<i>Vigilancia epidemiología del VIH/SIDA, junio 2015.</i>	62

**INFORME:**

Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2014.

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2014.

Informe elaborado por: Lucía Díez-Gañán, Dra., PhD.

Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Correo electrónico: lucia.diez@salud.madrid.org

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. METODOLOGÍA.....	8
4. RESULTADOS.....	9
4.1. Ejercicio físico.....	10
4.2. Alimentación.....	13
4.3. Percepción de la imagen corporal, dietas para adelgazar y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario	21
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	22
4.5. Consumo de tabaco.....	24
4.6. Consumo de alcohol.....	26
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	30
4.8. Relaciones sexuales.....	36
4.9. Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja.....	38
4.10. Accidentes.....	40
4.11. Seguridad vial.....	41
4.12. Información sobre temas de salud.....	44
4.13. Agregación de factores.....	48
4.14. Evolución de los indicadores.....	49
5. BIBLIOGRAFÍA.....	53

1. RESUMEN

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

Metodología: Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente en función de las necesidades de salud pública. En 2011, se introdujeron nuevos indicadores en el apartado de alimentación para poder realizar una vigilancia más completa del patrón alimentario. Desde esta edición se incorporan, en concreto, los resultados relativos a la ingesta de bebidas industriales (zumos envasados y refrescos) en esta población. También en 2011 se incorporó un módulo para medir la violencia en los jóvenes en el contexto de las relaciones de pareja, cuyos resultados constituyen, también desde esta edición, una nueva sección de este informe.

Así, en este informe se analizan los indicadores correspondientes al año 2014 agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, accidentabilidad, seguridad vial e información sobre temas de salud.

Resultados: En 2014, el 37,8% de las chicas y el 12,8% de los chicos no realizaban al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantuvo un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería, chucherías saladas y bebidas industriales: un 64,8% no consumía al menos dos raciones de fruta al día y un 39,9% no consumía al menos una de verdura; el 66,5% consumía dos o más raciones diarias de cárnicos, el 21,0% dos o más raciones de galletas o productos de bollería y el 50,4% consumía bebidas industriales todos o casi todos los días. El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, muestra que un 20,0% de los chicos y el 9,6% de las chicas tenían sobrepeso u obesidad.

En cuanto al consumo de sustancias, el 6,9% fumaba diariamente, siendo mayor la prevalencia en las chicas (7,6%), que en los chicos (6,2%). La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida fue un 3,2%. Este consumo se realizó principalmente en fines de semana, lo que dio lugar a ingestas excesivas agudas: el 29,2% había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los

últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 19,6% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, con un 11,4% de consumidores en los últimos 12 meses. El 17,1% refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 7,4% en los últimos 30 días.

El 29,5% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 21,1% no había utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.

Un 11,2% de los jóvenes refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual en el último año por parte de su pareja o expareja.

Un 13,7% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo casi dos veces más frecuente en los chicos (17,7%) que en las chicas (9,4%). La utilización del casco en moto continuó siendo baja ya que el 43,7% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección.

En relación a la información sobre diversos temas de salud, la proporción de jóvenes que no había recibido información durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, osciló entre el 22,4% sobre el consumo de drogas de comercio ilegal y el 58,2% en el caso del SIDA.

Las tendencias 1996-2014 muestran un importante avance en algunos de los indicadores estudiados, siendo especialmente reseñable por su magnitud la disminución del consumo de tabaco y de drogas de comercio ilegal, así como el incremento de las prácticas preventivas de seguridad vial. También hay que destacar, aunque en menor medida, el consumo de alcohol, ya que, si bien ha disminuido la cantidad de consumo, los cambios han sido menores en los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, los indicadores relacionados con el balance energético (alimentación y actividad física) siguen mostrando un patrón de dieta desequilibrada e inactividad física, con un incremento global durante este periodo del sobrepeso y obesidad que afecta a hombres y mujeres. La violencia en el ámbito de las relaciones de pareja afectó en el último año a uno de cada nueve jóvenes en la región. La proporción de jóvenes que no recibieron información sobre diversos temas de salud siguió siendo muy elevada, sobre todo en los temas que guardan alguna relación con la sexualidad (información sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, o sobre métodos anticonceptivos).

Conclusiones: Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2014 ponen de manifiesto la necesidad de prestar la máxima atención a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un patrón de dieta desequilibrada, especialmente en los hombres, y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; así como a los relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, a pesar de las mejoras observadas, debido a su gran impacto sobre la salud. La violencia en el contexto de las relaciones de pareja es otro de los problemas que requieren importante atención. Asimismo, es importante incrementar las acciones de educación para la salud en general y, en concreto, las referidas a la sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

2. INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid, la mortalidad o los ingresos hospitalarios alcanzan las cifras más bajas en la adolescencia^{1,2}. Sin embargo, algunos problemas de salud adquieren especial importancia, como por ejemplo los embarazos no deseados (en el año 2014 se realizaron en la Comunidad de Madrid 1.581 interrupciones voluntarias en menores de 20 años, el 9,7% del total)³, los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad. Por otro lado, la adolescencia es una etapa crítica, ya que en esta época se pueden adquirir y consolidar determinados comportamientos⁴, como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el de otras sustancias adictivas o los malos hábitos de consumo alimentario y de ejercicio físico, que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias graves a medio y largo plazo si estos factores no se modifican⁵⁻⁸, como la aparición de tumores malignos, enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas.

Durante el año 2014 se ha realizado la decimonovena encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)⁹⁻¹⁸, cuyo objetivo es conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada permite comparar los diferentes indicadores durante estos diecinueve años de estudio.

Como en años anteriores, el trabajo de campo de esta encuesta fue realizado con la colaboración de la Dirección General de Educación Secundaria y Enseñanzas Profesionales de la Consejería de Educación.

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Población escolarizada en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) de la Comunidad de Madrid.

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La **muestra** de población a estudiar se extrae cada año mediante un muestro de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa, por las aulas. 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 **asignación muestral** en cada estrato es proporcional al número de alumnos matriculados en 4º de la E.S.O.

Como **fFuente de datos** para la selección muestral se utilizó el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación. La **selección** de las unidades de primera etapa (centros escolares) se realizó con probabilidad proporcional al número de alumnos matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa fue constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

La **técnica de entrevista** se basó en un cuestionario autoadministrado en aula, cuya duración media de cumplimentación fue de 45 minutos.

En 2014, el **tamaño muestral** fue de 2.045 entrevistas distribuidas en 91 aulas de 46 centros escolares.

Las entrevistas se **realizaron** durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 2014.

3.3. CUESTIONARIO

Se utilizó el mismo cuestionario que en los años precedentes, estructurado en los siguientes apartados: ejercicio físico, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, accidentes, seguridad vial, salud mental e información sobre temas de salud.

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante el programa STATA versión 10.0¹⁹.

4. RESULTADOS

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

Del total de centros inicialmente seleccionados, 10 no colaboraron en el estudio (17,9%). Un 14,1% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, 1 cuestionario fue excluido por presentar más del 50% en blanco (0,04%) y 20 se descartaron por presentar inconsistencias (0,83%). No se registró ninguna negativa a participar en el estudio. La **tasa de respuesta global** fue 69,4%.

En el análisis de resultados referidos a los totales y sexo se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar únicamente los jóvenes de 15 y 16 años, no exponiendo información estratificada para los que tenían 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 y más años no son representativos del conjunto de jóvenes de estas

edades escolarizados en la Comunidad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que, por diferentes circunstancias, han repetido uno o más cursos y presentan, probablemente, unos indicadores con prevalencias diferentes a las del conjunto de jóvenes de 17 y más años.

Tabla 1.
Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2014

Tamaño muestral:	
Nº estudiantes	2045
Nº Colegios	46
Nº aulas	91
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	82,1
Estudiantes	84,5
Global	69,4
Sexo (%)	
Hombres	52,1
Mujeres	47,9
Edad (%)	
15	40,2
16	42,7
17 y más	17,1
Titularidad (%)	
Pública	51,4
Concertada/Privada	48,6

4.1. EJERCICIO FÍSICO

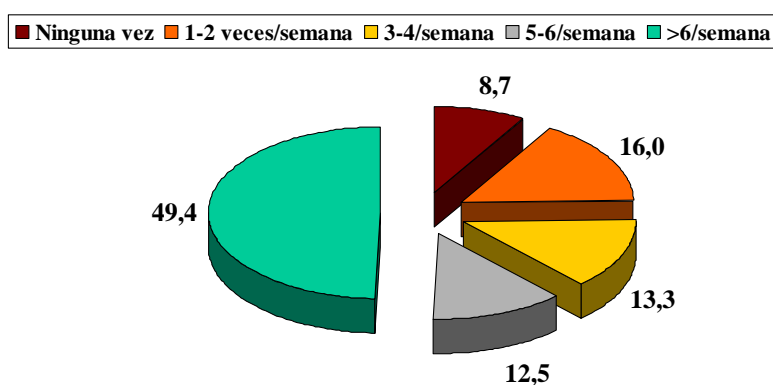
Una gran parte de los jóvenes, un 77,3%, realizaron **alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar** la mayoría de los días. Sin embargo, un 6,8% de los chicos y un 12,8% de las chicas no llegaron a realizar **algún tipo de actividad** de forma regular al menos 3 veces a la semana.

Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practicaron este tipo de

ejercicio al menos 3 veces a la semana fue 24,7%, destacando que un 8,7% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 1). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,8% de los chicos no realizaron al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 37,8% de las chicas.

Figura 1.

**Frecuencia de realización de ejercicio físico vigoroso o intenso* de forma semanal.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2014**



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

Tabla 2.

**Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana,
según sexo y edad: % (IC95%)**

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	9,7 (7,9-11,5)	6,8 (5,0-8,7)	12,8 (10,0-15,6)	9,3 (6,4-12,2)	10,0 (7,4-12,6)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	24,7 (21,7-27,8)	12,8 (10,2-15,3)	37,8 (33,4-42,2)	23,9 (19,3-28,6)	24,8 (21,0-28,6)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

En la Tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado, con gran diferencia sobre el siguiente, fue el fútbol, dado que un 63,9% lo practicaba alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el footing (41,1%) y el tercero, las pesas/gimnasia con aparatos (38,7%). Con una frecuencia ligeramente inferior a las pesas, el baloncesto (36,7%) y, por último, la bicicleta (29,8%). En las chicas, el footing fue la actividad más frecuente, aunque sólo el 31,5% lo practicó con una periodicidad al menos semanal. En segundo lugar, el baile/ballet, que realizó al menos semanalmente un 29,9% de las chicas. Las pesas/gimnasia con aparatos ocuparon el tercer lugar (23,7%), seguido de la bicicleta (20,5%) y el aerobio (19,5%).

Tabla 3.
Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo

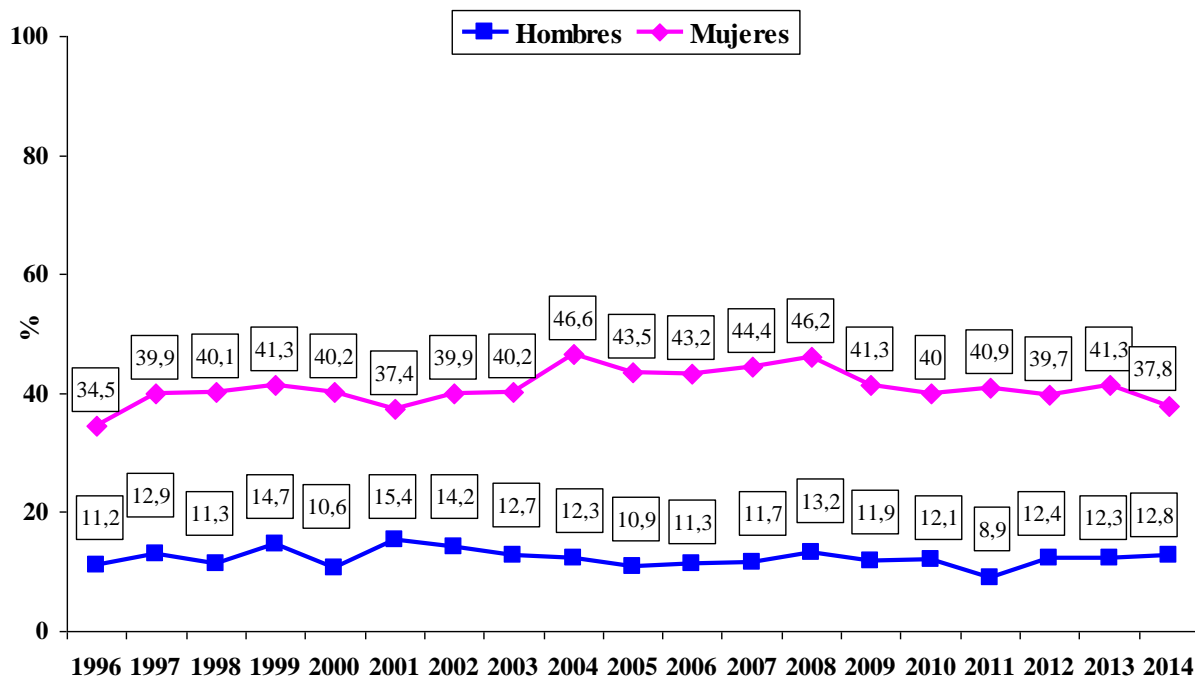
HOMBRES		MUJERES	
Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana	Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana
1. Fútbol	63,9	1. Footing	31,5
2. Footing	41,1	2. Baile/ballet	29,9
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	38,7	3. Pesas/Gimnasia con aparatos	23,7
4. Baloncesto	36,7	4. Bicicleta	20,5
5. Bicicleta	29,8	5. Aerobic	19,5

Comparando la estimación promedio de 2013/2014 con la de 1996/1997, en la proporción de jóvenes que no realizaron ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 2) se observa un incremento porcentual del 4,1% en los chicos y del 6,3% en las chicas.

Figura 2.

Evolución de la proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico intenso* 3 ó más días a la semana. Población de 15-16 años.

Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

4.2. ALIMENTACIÓN

Para recoger la información de este apartado se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo no cuantitativo, diferenciado para cada una de las cinco comidas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena). El cuestionario no incluye una lista exhaustiva de alimentos sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos. Posteriormente, estas frecuencias se acumulan para valorar su consumo diario, expresando la ingesta en número de veces/día que equiparamos a raciones/día. Además de esta herramienta, para algunos alimentos como las chucherías saladas o las bebidas industriales, se emplearon también preguntas para registrar la frecuencia de consumo en términos globales (frecuencia de consumo habitual a lo largo del año).

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de leche en esta población fue de 1,5 raciones/día. El 16,2% de los jóvenes no llegó a consumir una ración de leche al día y un 67,1% no alcanzó las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche desnatada o semidesnatada fue muy frecuente: un 65,6% de las chicas y un 54,3% de los chicos que tomaron este producto, lo consumieron de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Considerando el grupo de leche y derivados lácteos en su conjunto, el consumo fue de 3,1 raciones/día. Un 49,0% de los jóvenes presentaron un consumo inferior a las tres raciones diarias, un 24,6% consumió menos de 2 raciones/día y un 4,9% no llegó a tomar al menos una ración/día.

Comparando con el promedio 1996/1997, en 2013/2014 se observó un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consumió menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 16,9%) como en las chicas (aumento del 9,1%) (Figura 3).

FRUTA

El consumo medio de fruta fue de 1,5 raciones diarias (1,4 raciones/día los chicos y 1,6 raciones/día las chicas). Un 36,5% de los jóvenes no llegó a consumir al menos una ración diaria de fruta y, en concreto, el 3,9% (4,2% de los chicos y 3,6% de las chicas) por lo general no tomó nada de fruta. El 64,8% no ingirió al menos dos raciones y el 84,8% (88,9% de los chicos y 80,3% de las chicas) ingirió menos de tres raciones/día. Tanto el consumo medio de fruta como la proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones de fruta al día, continuó siendo superior en las chicas que en los chicos.

Como se puede observar en el Figura 4, en el periodo 1996/1997-2013/2014 el consumo de frutas en los jóvenes empeoró tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de 2 raciones de fruta al día (aumento del 26,3% en los chicos y del 25,6% en las chicas).

VERDURAS Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) fue de 1,3 raciones diarias (1,1 raciones/día los chicos y 1,5 raciones/día las chicas). Un 39,9% de los jóvenes consumieron menos de una ración diaria y, en concreto, el 4,5% (5,2% de los chicos y 3,9% de las chicas) no tomó nada de verdura. El consumo de verduras fue más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumieron al menos una ración al día.

Como en las frutas, en el periodo 1996/1997-2013/2014 el consumo de verduras empeoró al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de una ración de verdura al día (aumento del 12,5% en los chicos y del 26,7% en las chicas) (Figura 5). Además, como se observa en la Figura 5, aunque en las chicas es menor la proporción de aquellas con un consumo menor de una ración al día, es en éstas en quienes más ha empeorado este indicador entre 1996/1997 y 2013/2014.

Valorando **conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras**, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 55,6% no llegó a consumir al menos 3 raciones/día (el 60,9% de los chicos y el 49,8% de las chicas). Sólo el 15,4% (10,8% de los chicos y 20,4% de las chicas) ingirió la **cantidad recomendada, 5 o más raciones al día**.

CARNE Y DERIVADOS

El consumo medio agrupado de carne (filete de ternera/vaca/cerdo, pollo, hamburguesa, otras carnes) y derivados (embutidos y salchichas) fue de 2,8 raciones diarias. El consumo de embutidos fue de 0,8 raciones diarias. La frecuencia de consumo fue superior en los chicos que en las chicas, tanto de forma media (2,9 raciones/día los chicos y 2,6 raciones/día las chicas), como en la proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones diarias (71,1% los chicos y 61,4% las chicas) (Tabla 4).

Comparando el periodo 2013/2014 con 1996/1997, se observó un descenso superior al 10% en este indicador, tanto en chicos como en chicas (descenso del 15,1% en los chicos y del 16,0% en las chicas) (Figura 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos fue de 1,1 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que los consumieron dos o más veces al día fue de un 22,0% (22,8% los chicos y 21,0% las chicas).

Tanto en los chicos como en las chicas, se observó una disminución muy notable en el consumo de bollería en los dos últimos años de la serie (2013/2014) respecto a los dos primeros (1996/1997), habiendo disminuido el porcentaje de chicos y chicas con consumos de 2 ó más raciones al día un 39,2% y un 22,8%, respectivamente (Figura 7).

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

El consumo de estos productos continuó siendo muy extendido en la población adolescente. El 8,6% de los chicos y el 10,1% de las chicas consumieron chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto presentaron un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y bollería y menor de fruta y verdura.

BEBIDAS INDUSTRIALES

Estos productos se caracterizan, entre otros aspectos, por ser nutricionalmente muy pobres y tener importantes cantidades de azúcares añadidos (lo que les convierte en productos de alta densidad energética), además de numerosos aditivos, sin ninguna función nutritiva, para simular sabores, aromatizantes y conservantes.

En 2011 se introdujeron varios indicadores para poder realizar la vigilancia del consumo de estos productos en la población. A partir de este año se incorporan, mediante este apartado, los resultados principales.

En 2014, la ingesta de **zumos envasados** fue de 0,9 raciones/persona/día (0,9 raciones/persona/día los chicos y 1,0 raciones/persona/día las chicas). El 29,3% de la población refirió tomarlos todos o casi todos los días* (28,5% de los chicos y 30,2% de las chicas), un 5,3% dos o más veces al día (4,3% de los chicos y 6,2% de las chicas). La ingesta de **refrescos**** fue de 0,9 raciones/persona/día (0,9 raciones/persona/día los chicos y 0,8 raciones/persona/día las chicas). El 25,6% de la población refirió tomarlos

todos o casi todos los días* (30,2% de los chicos y 20,6% de las chicas), un 9,0% dos o más veces al día (9,9% de los chicos y 7,9% de las chicas).

Globalmente, la ingesta de **bebidas industriales** fue de 1,8 raciones/persona/día (1,8 raciones/persona/día los chicos y 1,8 raciones/persona/día las chicas). El 50,4% de la población refirió tomar alguna de estas bebidas todos o casi todos los días* (54,5% de los chicos y 46,0% de las chicas), un 14,9% dos o más veces al día (15,3% de los chicos y 14,4% de las chicas). Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2014, en comparación con los dos primeros años de la serie (2011/2012) la ingesta de estos productos durante los dos últimos años (2013/2014) descendió un 9,1% en los chicos y un 13,2% en las chicas (Figura 8).

*Ingesta todos o casi todos los días: ingesta 5 ó más días a la semana.

**Refrescos: se refiere a bebidas tipo coca-cola, tónica, fanta, nestea, aquarius, etc, pero no zumos envasados.

OTROS ALIMENTOS

El consumo de **pan** fue de 1,8 raciones diarias, con un mayor consumo por parte de los chicos. El consumo acumulado de **arroz y pasta** fue de 6-7 raciones a la semana, y el de **legumbres** de 2-3. Por otro lado, la ingesta de **huevos** o tortilla fue de 4-5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de **pescado** fue de 3-4 raciones a la semana, siendo superior el consumo de este alimento en las mujeres que en los hombres.

No se registraron grandes variaciones en el consumo de estos alimentos respecto a años anteriores.

En conjunto en la alimentación, a pesar de la mejora en algunos indicadores, se sigue observando un patrón de consumo alimentario con un exceso en el consumo de productos cárnicos, de bollería y de bebidas industriales, un defecto en la ingesta de verduras y fruta, así como un consumo inferior a lo recomendado de leche y derivados lácteos en un porcentaje elevado de jóvenes, sin olvidar la elevada ingesta de chucherías saladas en una parte importante de esta población.

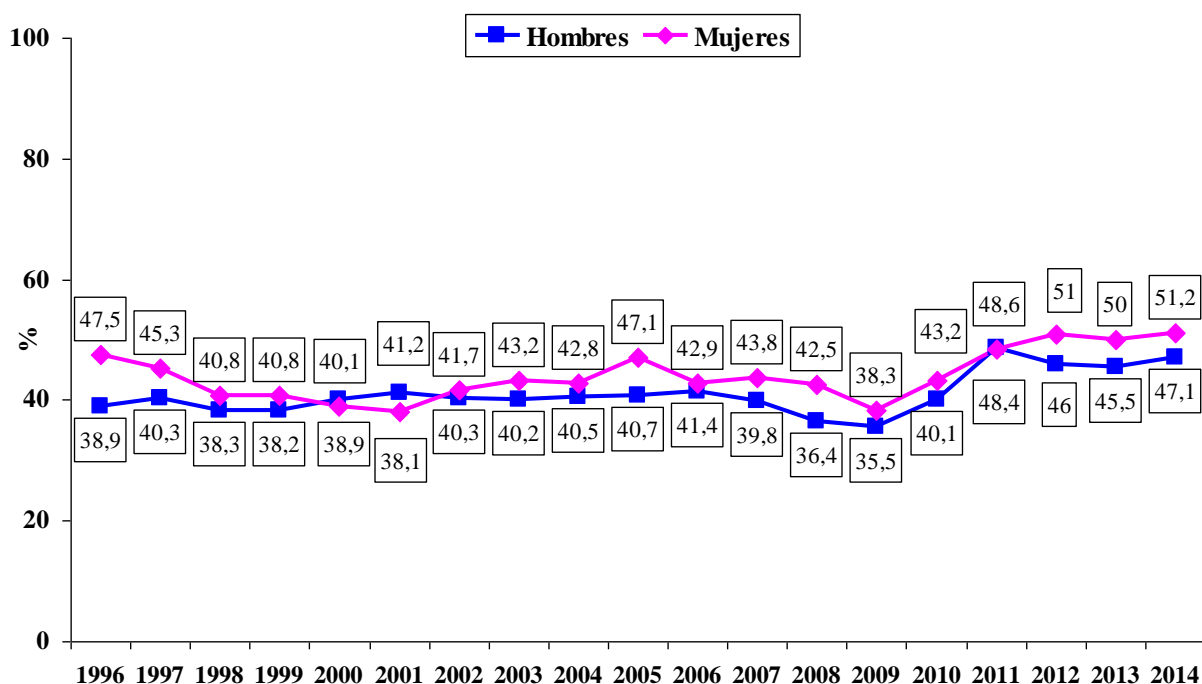
Tabla 4.**Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad: % (IC95%)**

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Consumo <1 ración de leche/día	16,2 (14,5-18,0)	13,2 (10,8-15,7)	19,5 (16,5-22,5)	13,7 (11,2-16,2)	16,3 (13,8-18,8)
Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	49,0 (46,3-51,7)	47,1 (43,1-51,1)	51,2 (47,4-55,0)	50,2 (46,0-54,4)	47,2 (43,7-50,7)
Consumo <2 raciones de fruta/día	64,8 (62,0-67,6)	69,0 (65,8-72,3)	60,3 (56,4-64,1)	63,4 (59,8-66,9)	65,3 (61,2-69,4)
Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	39,9 (37,2-42,5)	46,0 (42,7-49,2)	33,2 (29,7-36,7)	38,9 (35,4-42,5)	40,1 (36,4-43,8)
Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	66,5 (63,9-69,0)	71,1 (68,2-74,1)	61,4 (58,1-64,7)	62,8 (58,5-67,0)	66,5 (63,3-69,7)
Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	22,0 (19,4-24,5)	22,8 (19,9-25,7)	21,0 (17,4-24,7)	21,1 (17,8-24,5)	21,5 (18,3-24,6)
Consumo de bebidas industriales ≥5 días/semana (todos o casi todos los días)	50,4 (47,0-53,9)	54,5 (51,0-58,1)	46,0 (41,8-50,2)	47,9 (43,4-52,4)	48,9 (44,4-53,3)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 3.

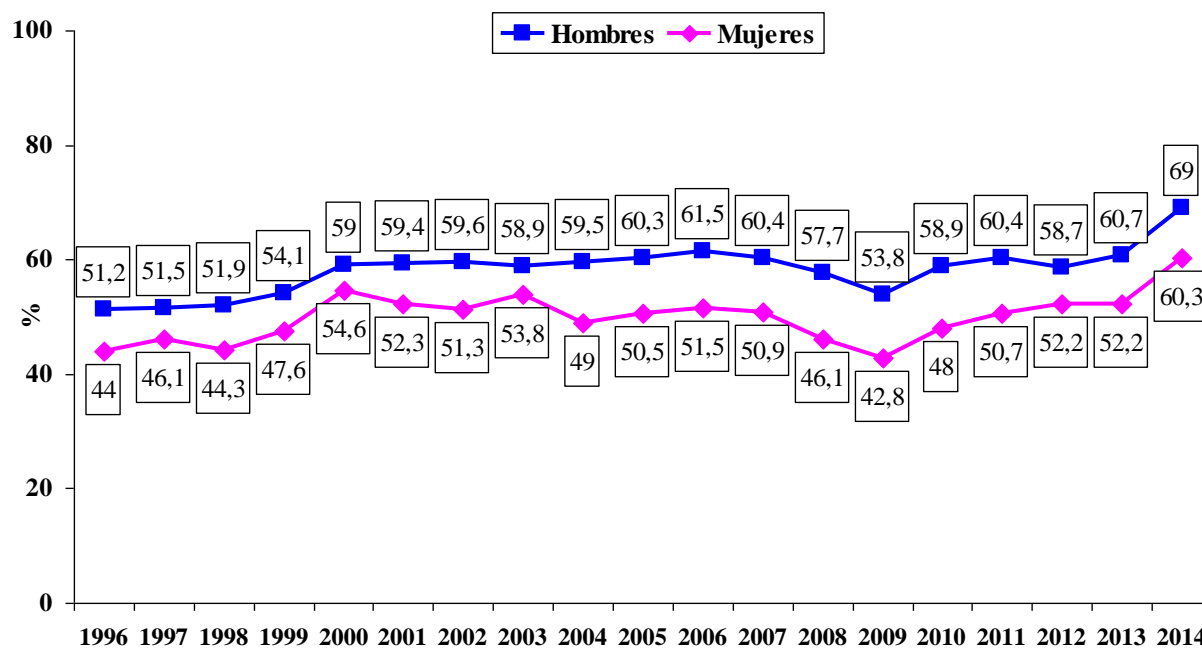
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <3 raciones de leche y derivados al día. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

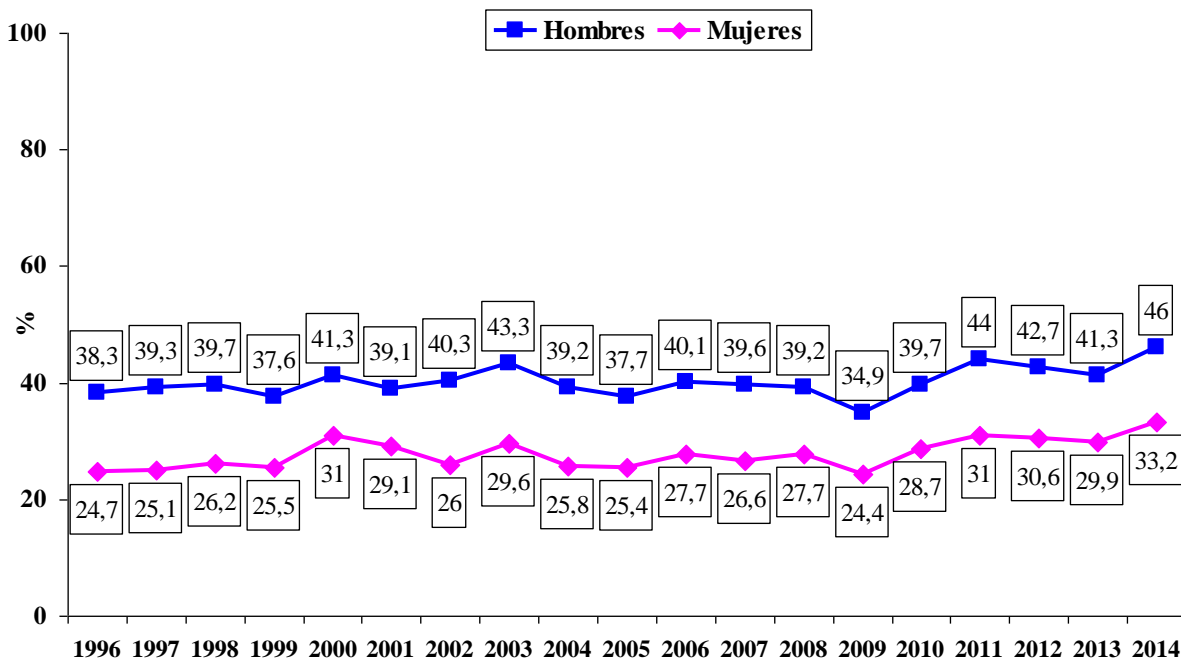
Figura 4.

Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <2 raciones de fruta al día. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



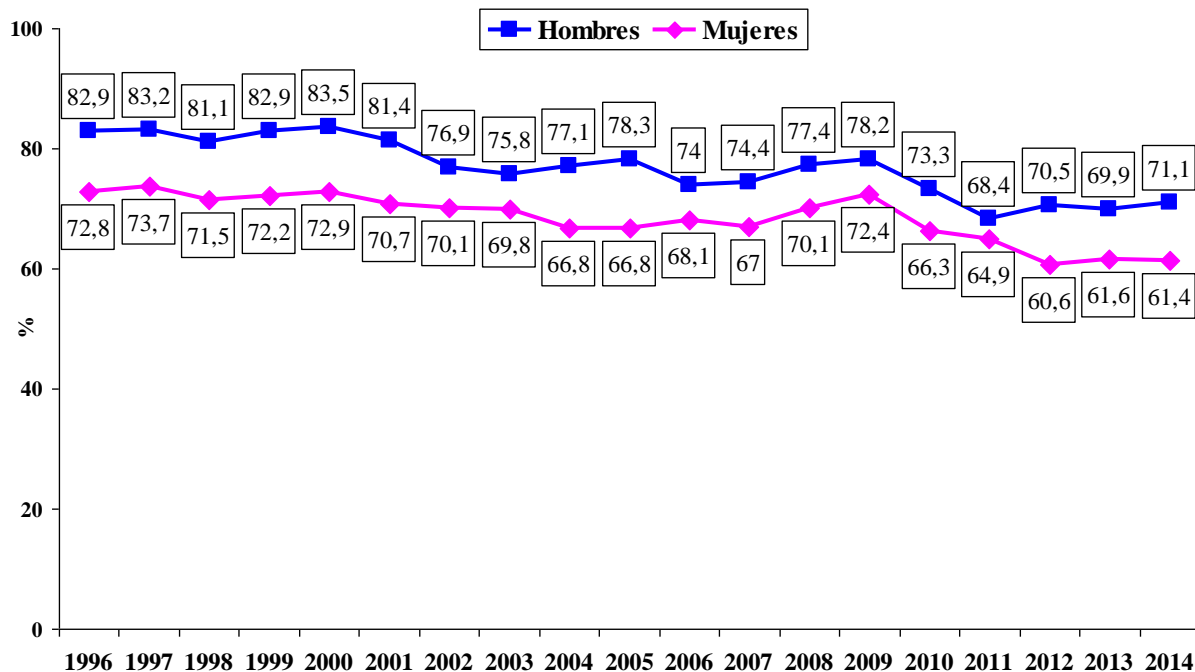
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 5.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo <1 ración de verdura al día.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



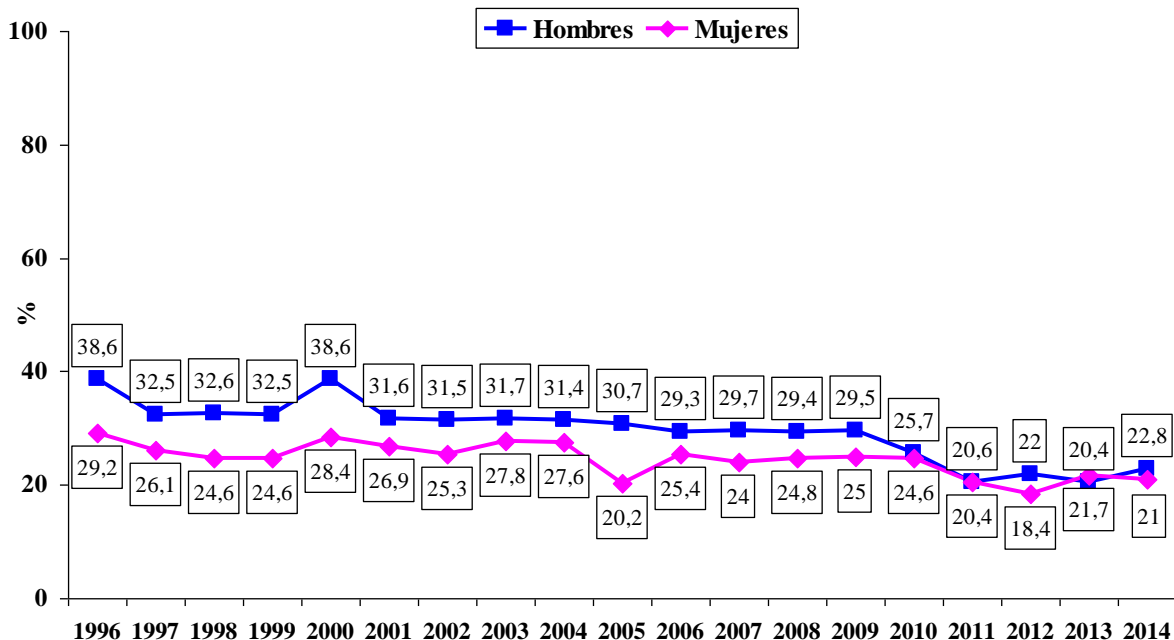
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 6.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥2 raciones de productos
cárnicos al día. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



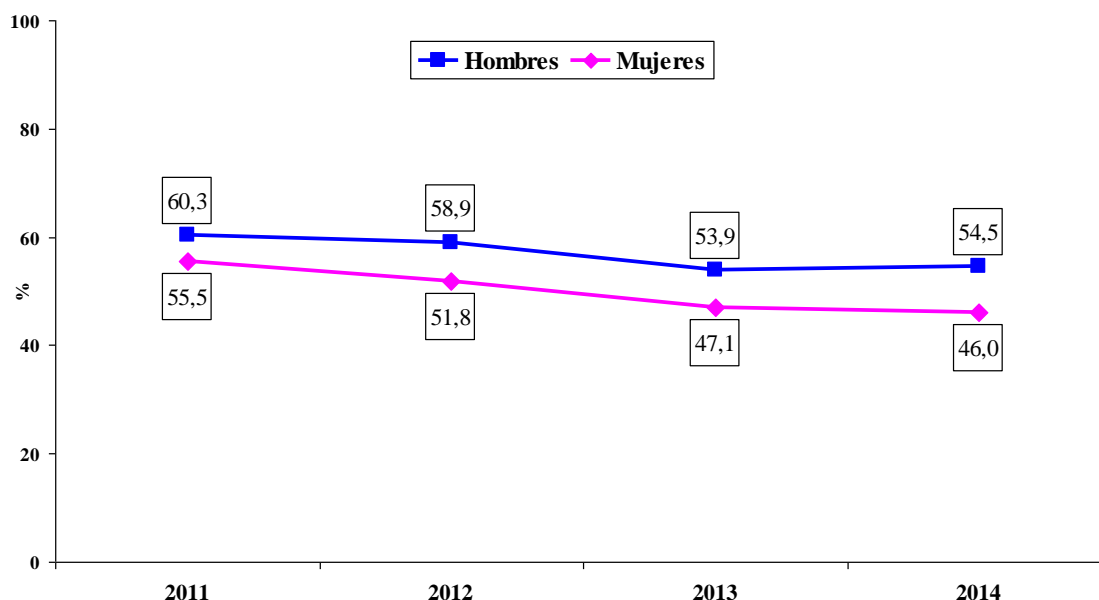
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 7.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo ≥ 2 raciones de bollería al día.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 8.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de bebidas industriales* todos o casi todos los días.**
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2011-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

*Bebidas industriales: zumos envasados y refrescos. **Todos o casi todos los días: 5 o más días a la semana.

4.3. PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, REALIZACIÓN DE DIETAS PARA ADELGAZAR, Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

El 21,1% de los chicos y el 42,2% de las chicas consideraron que tenían exceso de peso o que estaban obesos.

El 31,4% de los jóvenes afirmó haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 20,3% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizaron dietas para adelgazar tres veces más frecuentemente que los chicos, alcanzando ellos una prevalencia del 9,9% y ellas del 31,7%.

En los años 2013/2014 comparando con el promedio de 1996/1997, la proporción de jóvenes que realizaron dietas para adelgazar se incrementó un 86,2% en los chicos y un 11,9% en las chicas (Figura 9).

Tabla 5.
Percepción de la imagen corporal, realización de dietas para adelgazar, y conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	31,2 (29,0-33,4)	21,1 (17,9-24,4)	42,2 (39,4-44,9)	32,6 (29,2-36,0)	28,5 (24,9-32,1)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	31,4 (29,3-33,5)	21,5 (19,1-24,0)	42,1 (38,9-45,3)	31,1 (27,5-34,6)	30,3 (27,3-33,3)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	20,3 (18,5-22,1)	9,9 (8,0-11,8)	31,7 (28,9-34,5)	21,1 (18,1-24,2)	19,7 (17,3-22,1)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	8,0 (6,3-9,7)	3,1 (2,2-4,1)	13,3 (10,3-16,2)	6,6 (4,4-8,8)	8,1 (5,6-10,3)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	5,4 (4,1-6,8)	2,0 (0,8-3,1)	9,2 (6,7-11,7)	6,0 (4,1-7,8)	5,3 (3,7-6,9)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	2,6 (1,8-3,3)	1,2 (0,7-1,8)	4,0 (2,7-5,3)	1,7 (0,9-2,5)	2,9 (1,6-4,1)

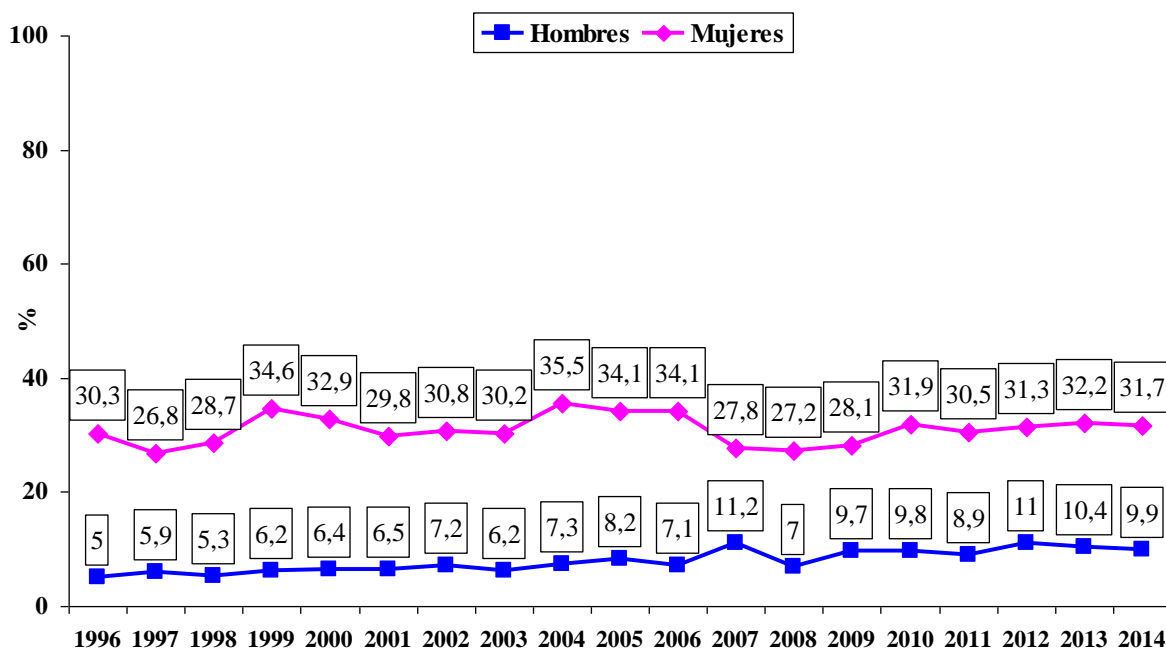
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

En esta encuesta se ha continuado con las preguntas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario incluidas en el cuestionario desde 1999¹³, con objeto de conocer la frecuencia de determinadas conductas para evitar un incremento de peso. Se estima la proporción de personas que no han ingerido ningún alimento en 24 horas, aquellas que se han provocado vómitos, así como las que han utilizado laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes en los últimos 12 meses.

El 4,8% de los chicos y el 20,0% de las chicas respondió afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 4,9% del total de mujeres respondió a dos y el 0,7% a los tres). Concretamente, durante el último año el 13,3% de las chicas no había ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 9,2% se había provocado vómitos para perder peso, y un 4,0% había utilizado diuréticos, laxantes o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 9.

Evolución de la proporción de jóvenes que han realizado dietas para adelgazar en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC), estimado a partir de los datos de peso y talla corporales referidos por la persona encuestada. El IMC se calculó como el cociente del peso corporal en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m²). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se emplearon los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al²⁰. Conviene mencionar que la prevalencia de

sobrepeso y obesidad estimados, al estar basada en datos subjetivos, está infraestimada respecto a la prevalencia observada en mediciones objetivas. Teniendo en cuenta el error de medida para el sobrepeso y obesidad de forma conjunta, la prevalencia real podría ser un 50% superior a la observada de forma subjetiva²¹.

El 13,7% de los jóvenes tenían sobrepeso y el 1,4% obesidad, siendo el sobrepeso dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

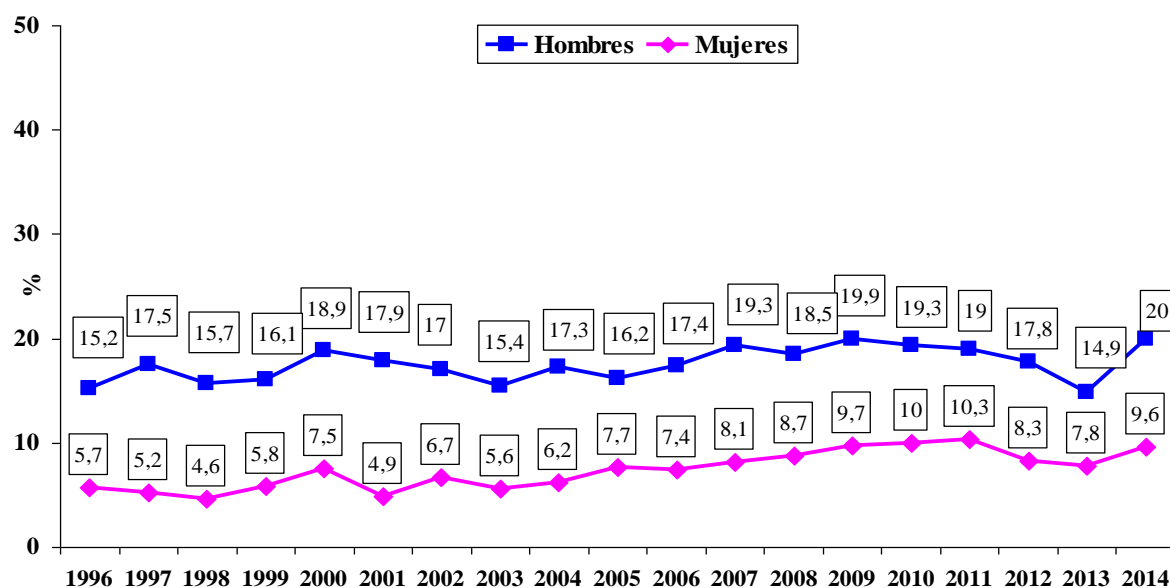
La evolución de la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad entre 1996/1997 y 2013/2014 presentó un incremento del 59,6% en las chicas y del 6,7% en los chicos (Figura 10).

Tabla 6.
Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad*, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	13,7 (11,8-15,5)	18,0 (15,4-20,6)	8,9 (6,9-19,9)	11,4 (8,8-14,0)	15,2 (12,0-18,4)
Obesidad	1,4 (1,0-1,9)	2,0 (1,2-2,8)	0,8 (0,2-1,3)	1,3 (0,6-2,0)	1,1 (0,4-1,8)

*Según puntos de corte internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al. (IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 10.
Evolución de la proporción de jóvenes con sobrepeso u obesidad*.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Según puntos de cortes internacionales para el Índice de Masa Corporal propuestos por Cole et al.

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el Figura 11 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 20,8% refirió fumar con mayor o menor asiduidad, un 66,7% no fumaba y el 12,5% eran exfumadores. Del total de jóvenes, el 6,9% indicó fumar diariamente y el 5,7% fumar alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 12,6% de fumadores habituales.

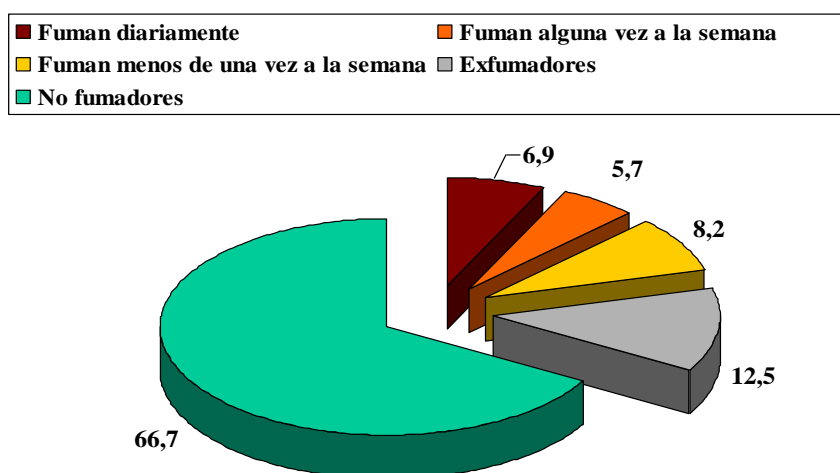
La proporción de jóvenes que indicó **fumar diariamente** fue mayor en las mujeres (7,6%) que en los hombres (6,2%) y la prevalencia se incrementó rápidamente con la edad: el 6,3% de los jóvenes de 16 años fumaba diariamente frente al 4,1% de los que tenían 15 años. La prevalencia de consumo superior a 10 cigarrillos al día fue un 0,7% en hombres y un 0,5% en mujeres.

El 4,9% del total de entrevistados refirió tener **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 32,1% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban. Cuando no fumaba ninguno refirió tener permiso el 3,7%, cuando fumaba alguno de los dos, el 4,1%, mientras que cuando fumaban ambos padres lo tenían el 9,6%. La influencia del entorno familiar a la hora de adquirir determinadas conductas de salud se manifiesta claramente en el caso del consumo de tabaco. Cuando ambos padres fumaban, el consumo de tabaco de forma diaria de los hijos se observó en el 9,2%, reduciéndose al 7,9% cuando fumaba sólo uno de los progenitores y al 5,3% cuando no fumaba ninguno.

Al comparar el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2013/2014) frente a los dos primeros (1996/1997), se observó una disminución porcentual muy importante en la proporción de jóvenes con este consumo. En concreto, una disminución del 74,2% en los chicos y del 72,3% en las chicas (Figura 12).

Figura 11.

Consumo de tabaco. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2014



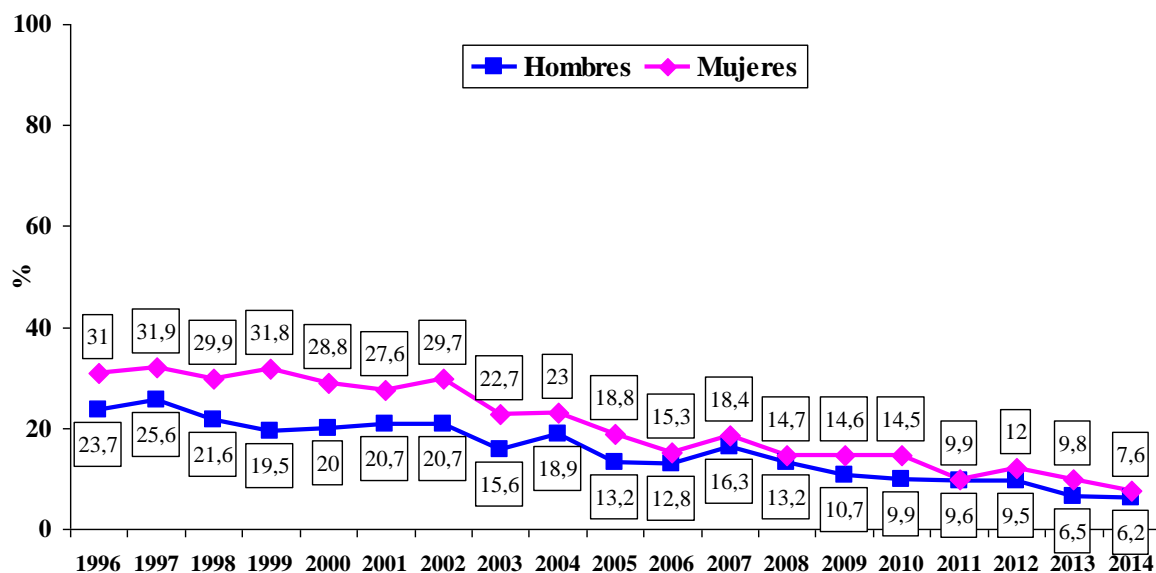
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Tabla 7.
Proporción de jóvenes fumadores diarios y permiso de los padres para fumar, según sexo y edad: % (IC95%)

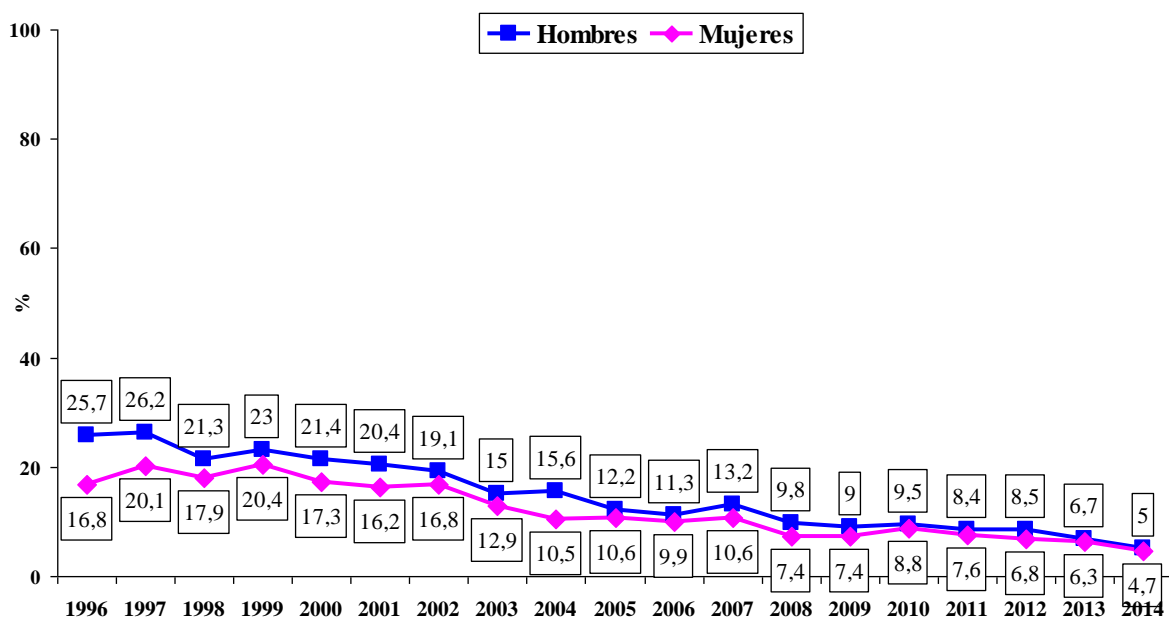
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	6,9 (5,4-8,4)	6,2 (4,3-8,1)	7,6 (5,5-9,6)	4,1 (2,4-5,9)	6,3 (4,3-8,1)
Fumadores >10 cigarrillos	0,6 (0,2-1,0)	0,7 (0,1-1,2)	0,5 (0,06-1,0)*	0,2 (--)*	0,6 (--)*
Permiso de los padres para fumar	4,9 (3,6-6,1)	5,0 (3,5-6,5)	4,7 (3,0-6,4)	3,2 (1,8-4,6)	3,8 (2,5-5,1)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%
 (--)*: Variación superior al 100%

Figura 12.
Evolución de la prevalencia de fumadores diarios.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 13.**Evolución de la proporción de jóvenes con permiso de los padres para fumar.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014**

SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

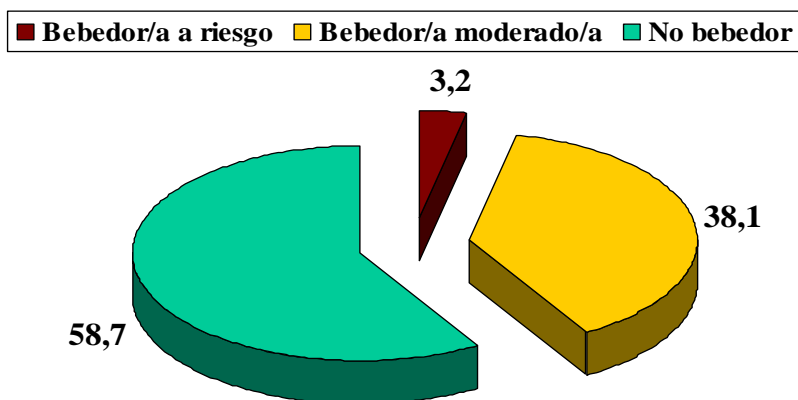
4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El 49,1% de los jóvenes había consumido algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la entrevista y el 8,1% (9,1% de los chicos y 7,0% de las chicas) había ingerido alcohol 6 o más días. El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supuso en esta población una ingesta de 43,0 cc de alcohol puro semanal (43,1 cc/semana en los chicos y 43,0 cc/semana en las chicas). Se observó un incremento del consumo con la edad, con 36,2 cc de consumo semanal en los adolescentes de 15 años y 41,8 cc/semanal en los de 16 años. La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, fue el combinado o cubata, que representó el 46,6% del total de alcohol puro consumido.

Siguiendo el criterio utilizado en la población adulta para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol, se han considerado bebedores/as moderados/as aquellos sujetos cuyo consumo promedio diario es de 1-49 cc en el caso de los hombres, y de 1-29 cc en el caso de las mujeres. Bebedores/as a riesgo serían aquellos chicos y chicas con consumos diarios de 50 cc o más y de 30 cc o más, respectivamente.

Globalmente, el 3,2% de los jóvenes fueron clasificados como **bebedores a riesgo**, el 38,1% como bebedores moderados y el 58,7% como no bebedores (Figura 14). La proporción de bebedores a riesgo fue notablemente superior en mujeres (4,8%) que en hombres (1,7%), y en jóvenes de 16 años (3,2%) frente a los de 15 años (2,3%).

Figura 14.
Clasificación según la cantidad de alcohol consumido*.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

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

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 29,2% de los entrevistados afirmó haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo similar en las mujeres (29,7%) y en los hombres (28,7%), y más frecuente en los jóvenes de 16 años (28,8%) que en los de 15 años (24,7%).

El 38,4% afirmó haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses y el 19,6% en los últimos 30 días. Por último, el 17,4% de los jóvenes había **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

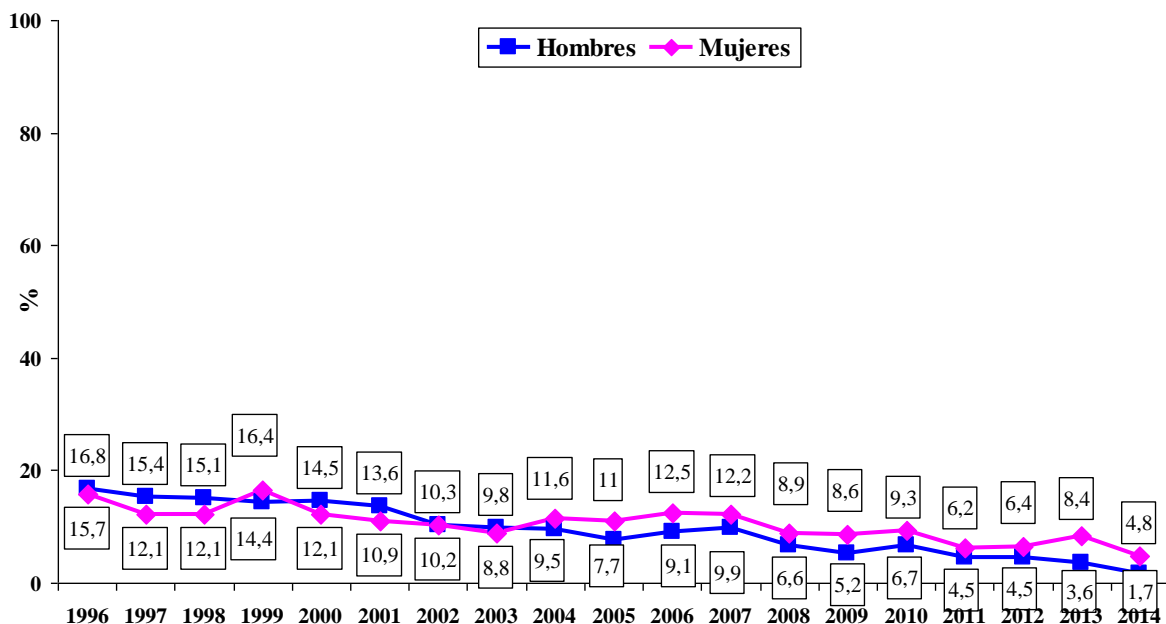
La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco. Comparando los dos últimos años (2013/2014) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 83,5% en los chicos y del 52,5% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores fueron, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas (descenso en el porcentaje con un consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días del 37,2% en los chicos y del 18,1% en las chicas; descenso en el porcentaje de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses del 24,5% en los chicos y del 13,8% en las chicas; y descenso en el porcentaje que ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor se encontraba bajo los efectos del alcohol del 21,5% en los chicos y del 16,5% en las chicas) (Figuras 15-18).

Tabla 8.
Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	3,2 (2,1-4,3)	1,7 (0,8-2,6)	4,8 (3,1-6,5)	2,3 (1,0-3,6)	3,2 (1,8-4,7)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	29,2 (26,0-32,3)	28,7 (25,2-32,2)	29,7 (25,5-33,8)	24,7 (20,9-28,6)	28,8 (22,4-33,2)
Borrachera en los últimos doce meses	38,4 (35,6-41,3)	37,1 (34,2-40,1)	39,8 (35,2-44,4)	34,4 (30,1-38,8)	39,0 (35,0-43,1)
Borrachera en los últimos 30 días	19,6 (17,4-21,8)	19,6 (17,0-22,2)	19,5 (16,1-23,0)	15,8 (13,1-18,6)	21,8 (18,2-25,5)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	17,4 (15,5-19,4)	18,1 (15,4-20,9)	16,7 (13,7-19,7)	14,0 (11,6-16,4)	17,2 (14,5-19,9)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

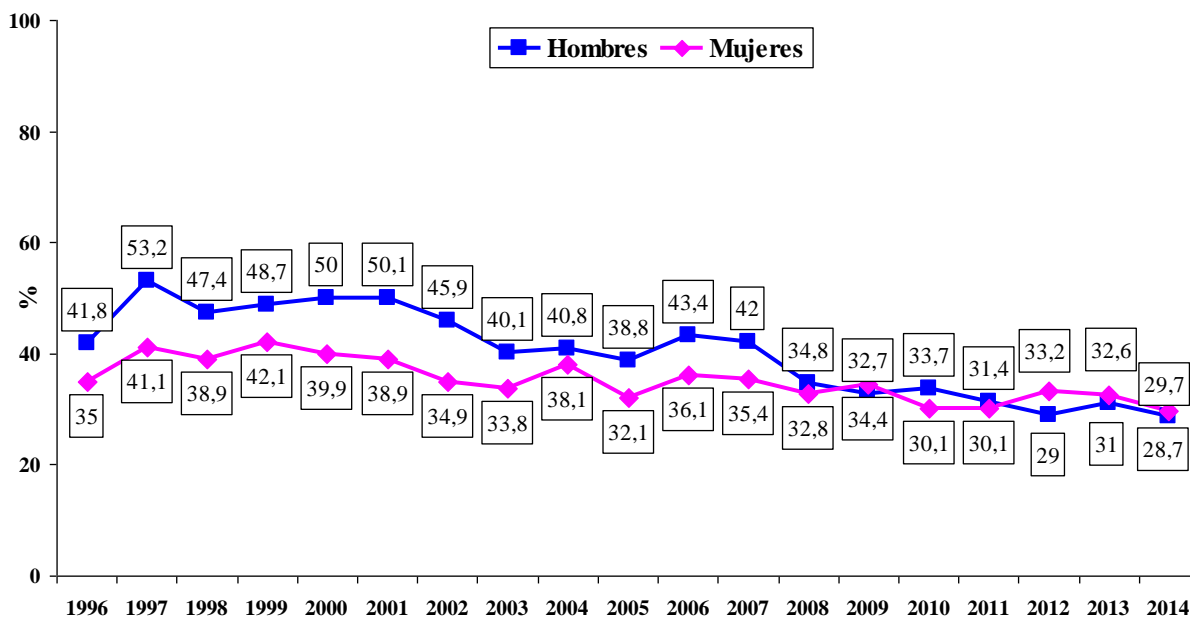
Figura 15.
Evolución de la proporción de bebedores a riesgo*.
Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

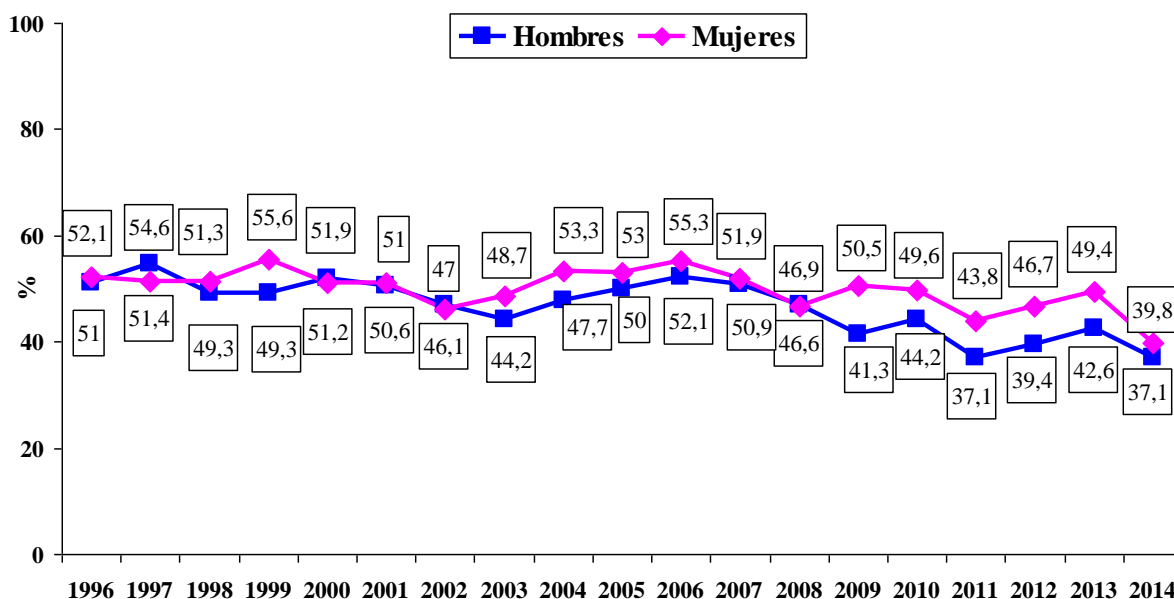
Figura 16.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de alcohol excesivo* en una misma ocasión en los últimos 30 días. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

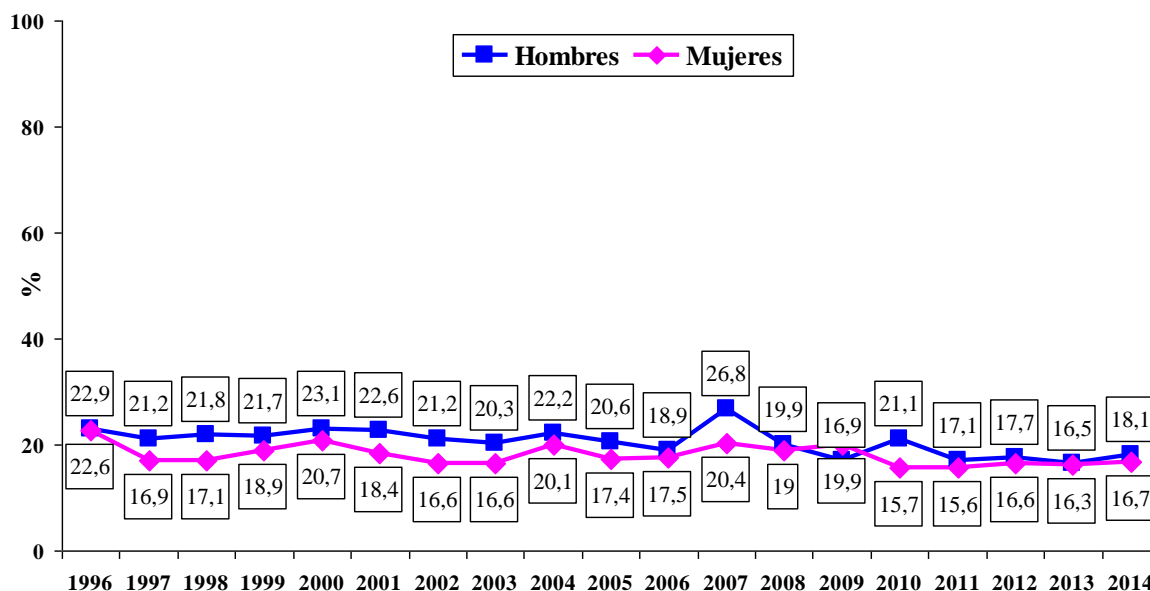
Figura 17.
Evolución de la proporción de jóvenes que se han emborrachado en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 18.

Evolución de la proporción de jóvenes que han viajado en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.7. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continuó siendo el hachís, refiriendo su consumo alguna vez durante los últimos 12 meses un 11,4% de los jóvenes y alguna vez en los últimos 30 días el 7,1%. La segunda sustancia más frecuentemente consumida fueron los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses en el 2,9% de los jóvenes. La droga menos consumida fue la heroína.

En el caso de la heroína, así como en las sustancias volátiles, se observan algunos grupos con prevalencias de consumo de 0,0%, mientras la prevalencia total registrada era superior. En este sentido, hay que recordar que, como se explicó al comienzo del apartado de resultados, las estimaciones referidas al total y por sexo han considerado toda la población encuestada, lo que incluye a jóvenes de 17 y más años que pueden presentar diferencias en los comportamientos en comparación con los sujetos de menor edad (15 y 16 años). Por otro lado, estas prevalencias de 0,0% representan una prevalencia poblacional efectivamente muy baja, pero no pueden interpretarse como la ausencia absoluta de casos. Es decir, en la muestra estudiada, los grupos que presentan una prevalencia de 0,0% son grupos en cuya muestra extraída, efectivamente, no existe ningún caso de consumo declarado. Pero, en términos poblacionales, hay que recordar que cuanto menor es la prevalencia de un factor,

mayor ha de ser el tamaño muestral para poder identificar casos y alcanzar la suficiente precisión en las estimaciones.

De forma agregada, el 14,8% de los jóvenes había realizado en los doce últimos meses algún consumo de alguna de estas sustancias y un 8,9% en los últimos 30 días.

Al 17,1% de los jóvenes les habían **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 7,4% en los últimos 30 días.

Entre 1996/1997 y 2013/2014 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 18,5% en el caso de los tranquilizantes sin prescripción, hasta el 86,9% en el caso de los alucinógenos. Hay que tener en cuenta que en todas las sustancias para las que se registran prevalencias de consumo muy bajas (cocaína, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos y sustancias volátiles), pequeños cambios absolutos pueden traducirse en grandes cambios relativos (Figura 19).

Tabla 9. Proporción de jóvenes con consumo de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,9 (2,0-3,4)	1,7 (0,9-2,5)	4,2 (2,8-5,6)	3,1 (1,3-4,8)	2,7 (1,5-3,9)
Hachís	11,4 (8,8-14,0)	12,8 (9,9-15,7)	9,9 (6,8-13,1)	9,9 (6,3-13,5)	9,5 (6,9-12,1)
Cocaína	0,9 (0,4-1,5)	1,4 (0,5-2,4)	0,4 (--)*	0,5 (0,02-1,0)	0,9 (0,2-1,7)
Heroína	0,1 (--)*	0,3 (--)*	0,0 (--)*	0,0 (--)*	0,0 (--)*
Speed o anfetaminas	0,3 (0,05-0,6)	0,6 (0,03-1,1)	0,1 (--)*	0,2 (--)*	0,2 (--)*
Éxtasis u otras drogas de diseño	0,3 (0,02-0,6)	0,3 (--)*	0,3 (--)*	0,1 (--)*	0,3 (--)*
Alucinógenos	0,5 (0,2-0,9)	0,7 (0,05-1,3)	0,4 (--)*	0,4 (--)*	0,5 (--)*
Sustancias volátiles	0,4 (0,05-0,7)	0,6 (--)*	0,2 (--)*	0,0 (--)*	0,5 (--)*

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%; (--)*: Variación superior al 100%

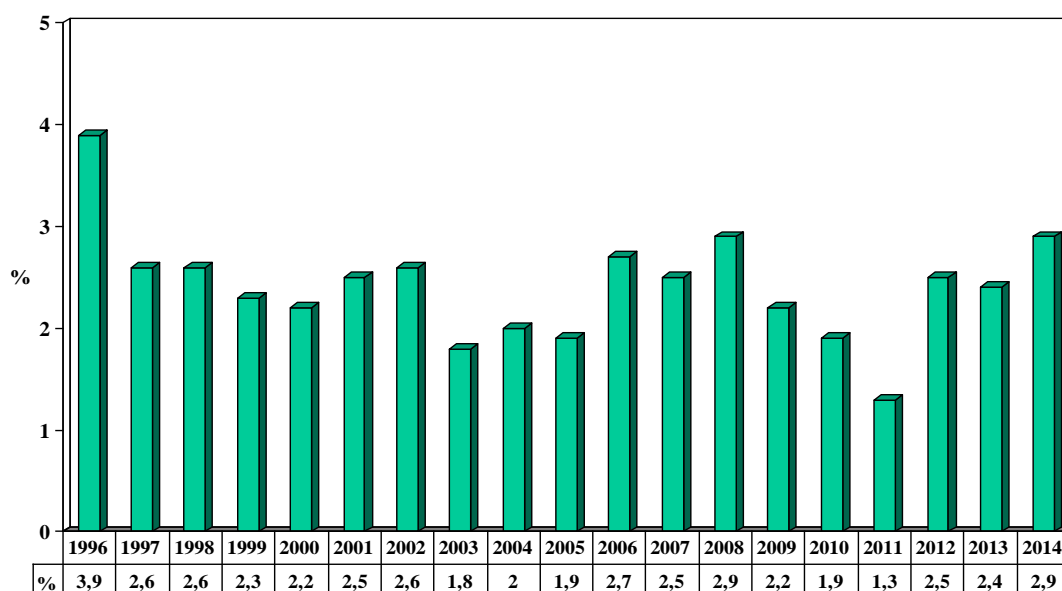
Tabla 10.
Proporción de jóvenes a los que han ofrecido drogas de comercio ilegal, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	17,1 (14,7-19,4)	19,2 (16,1-22,2)	14,8 (12,2-17,5)	14,4 (11,6-17,2)	18,0 (14,2-21,9)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	7,4 (5,4-9,3)	8,9 (6,3-11,5)	5,7 (4,0-7,5)	5,4 (3,6-7,1)	8,8 (6,0-11,5)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

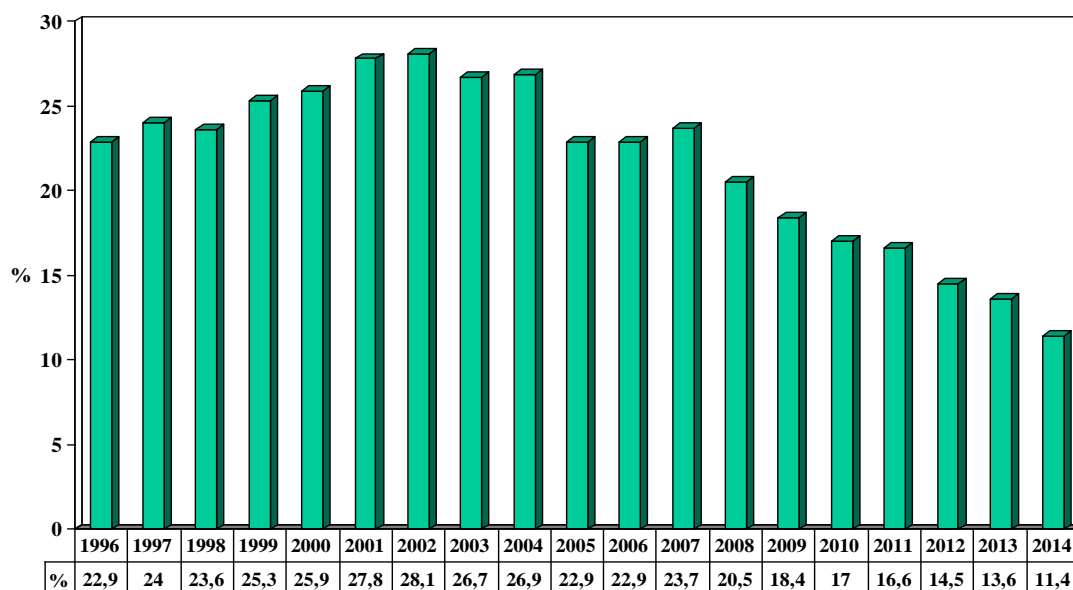
Figura 19.
Evolución de la proporción de jóvenes con consumo de diversas drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN



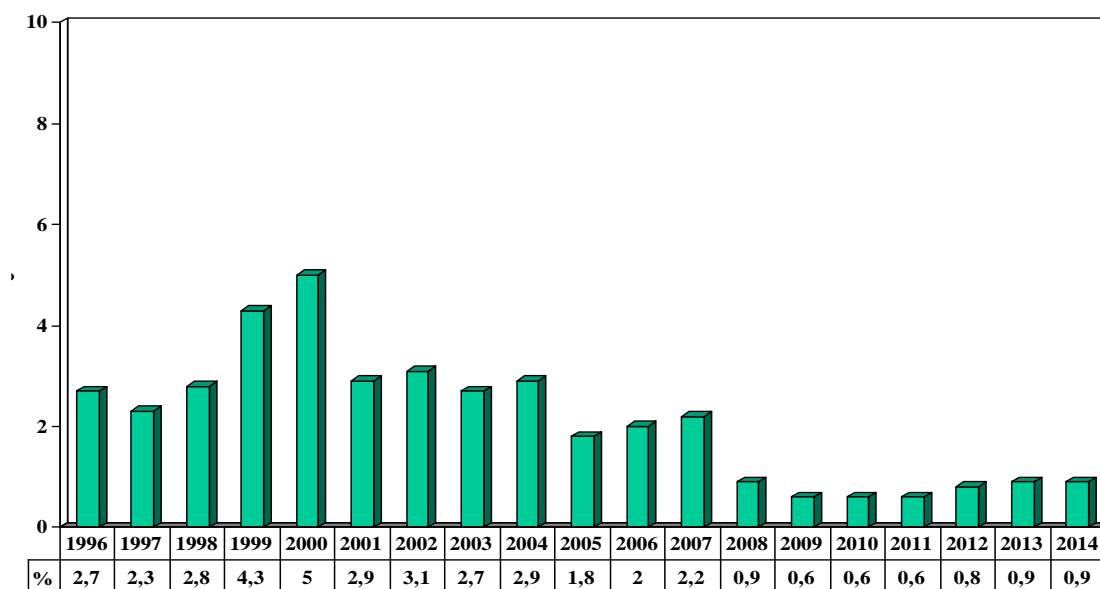
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HACHÍS



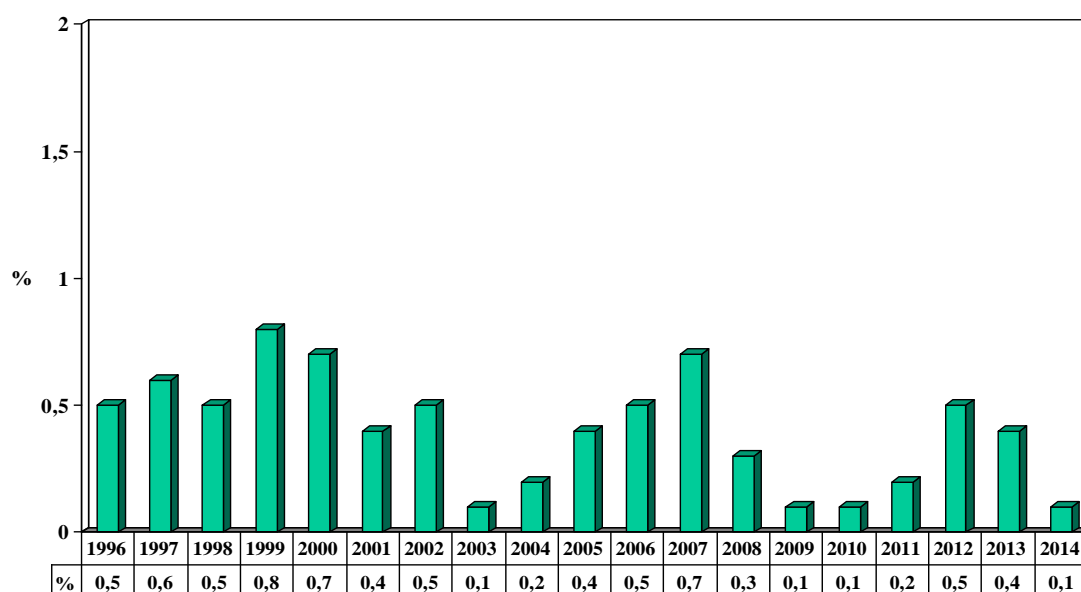
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

COCAÍNA



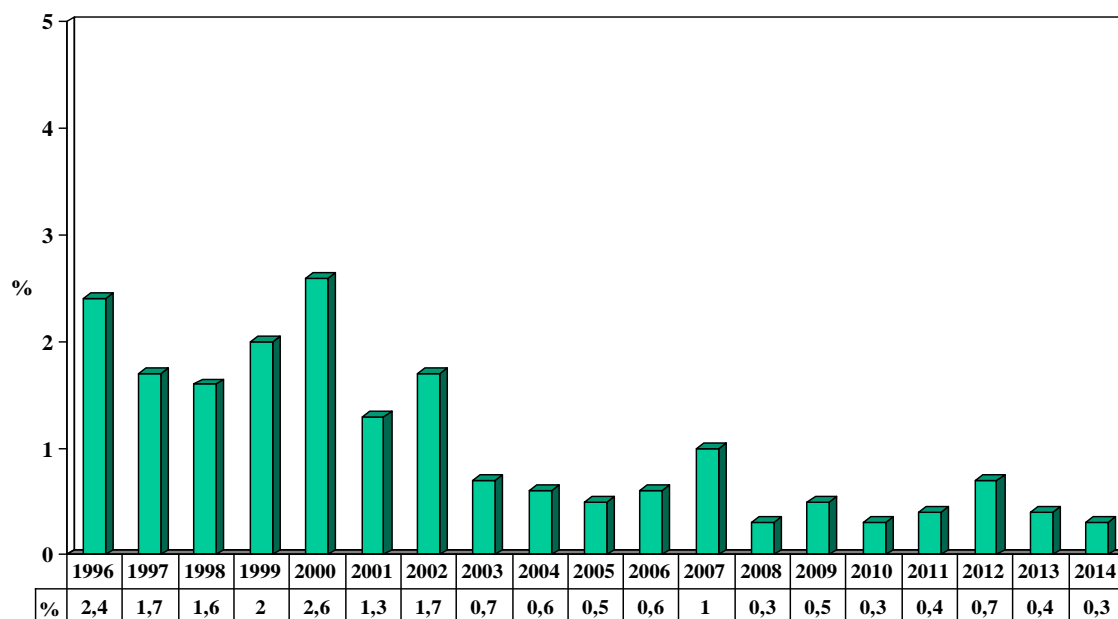
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HEROÍNA



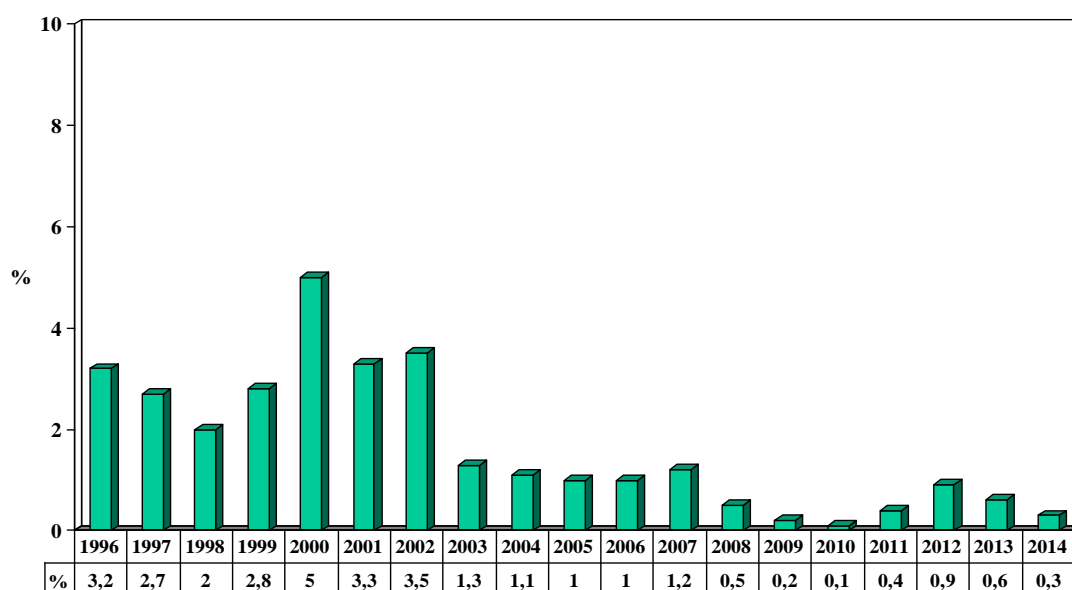
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS



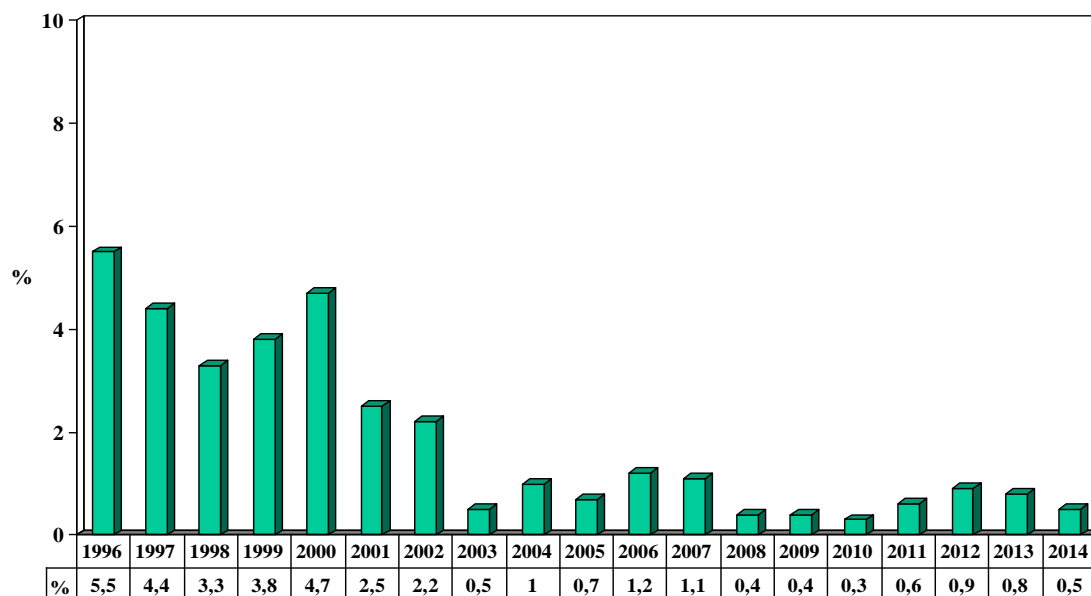
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRA DROGAS DE DISEÑO



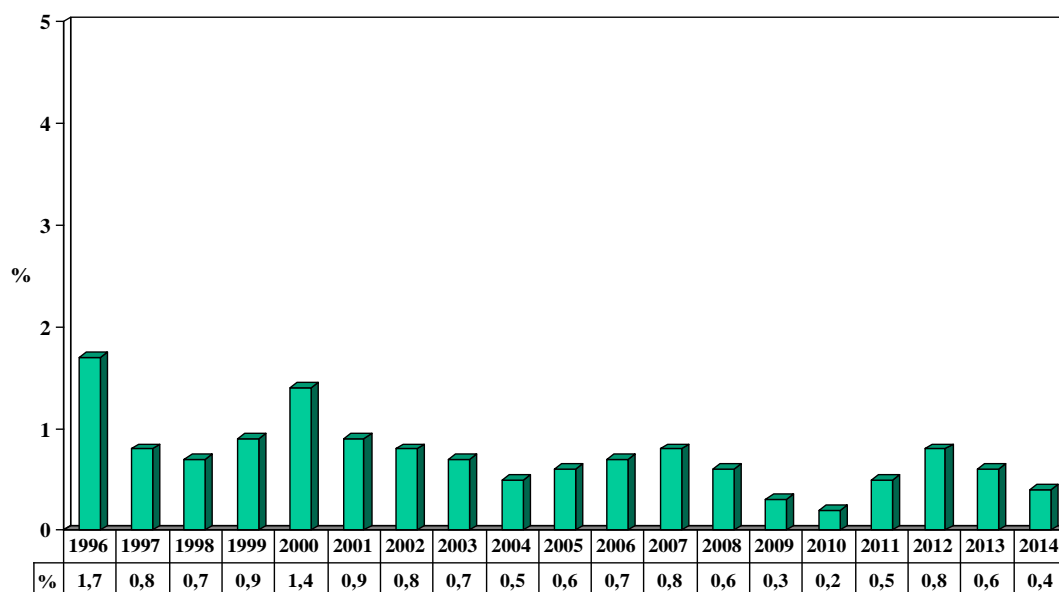
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ALUCINÓGENOS



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SUSTANCIAS VOLÁTILES



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 29,5% de los jóvenes habían tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (31,5% de los chicos y 27,1% de las chicas). En los jóvenes de 16 años este porcentaje fue del 27,8% frente al 18,5% en los de 15 años. Un 82,0% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual. Un 21,1% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (pues no utilizaron ningún método, o utilizaron marcha atrás, el método de Ogino, o no sabían con seguridad que método habían utilizado)²².

Tabla 11.

Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según sexo y edad: % (IC95%)

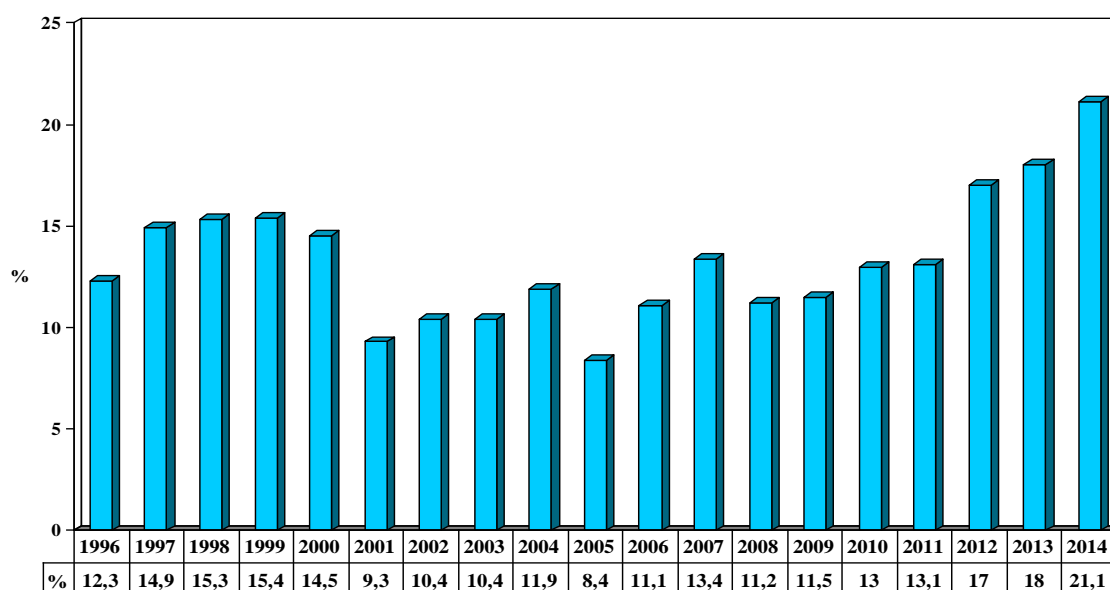
	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	29,5 (26,4-32,6)	31,5 (27,8-35,2)	27,4 (23,9-30,9)	18,5 (15,9-21,0)	27,8 (24,0-31,6)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	82,0 (78,2-85,8)	84,4 (80,6-88,1)	79,0 (73,3-84,8)	83,4 (76,2-90,7)	84,1 (79,7-88,5)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	21,1 (15,6-26,7)	20,4 (14,5-26,4)	22,0 (15,2-28,8)	18,8 (10,8-26,7)	20,8 (13,3-28,2)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2013/2014 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 43,8% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (Figura 20).

Figura 20.

Evolución de la proporción de jóvenes que no han utilizado métodos anticonceptivos eficaces* en su última relación sexual. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.9. VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DE LAS RELACIONES DE PAREJA

La violencia en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública²³⁻²⁶. 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-J. Se incluyen por primera vez en este informe los resultados observados desde la introducción de este apartado en 2011.

Para detectar la presencia de violencia por parte de su pareja o expareja se emplearon las siguientes preguntas:

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

Entre 2011 y 2013, estas preguntas se dirigieron a todos los jóvenes, con las siguientes opciones de respuesta:

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

Desde 2014, estas preguntas se dirigieron sólo a los jóvenes que, en una pregunta previa, respondieron estar saliendo o haber salido con alguien durante el último año, quedando, por tanto, como opciones de respuesta a las preguntas sobre violencia, las siguientes:

- Sí, el chico con el que estoy o estaba saliendo.
- Sí, la chica con el que estoy o estaba saliendo.
- No.
- No estoy seguro/No puedo contestar.

Se consideró que existía violencia cuando se respondió afirmativamente a cualquiera de las situaciones descritas en las preguntas anteriores. Para las estimaciones no se tuvieron en cuenta los sujetos que respondieron a ambas preguntas “no estar seguros/no poder contestar” (1 sujeto, el 0,05% de la muestra total de 2045 entrevistados), aquellos que dejaron ambas preguntas en blanco (2 sujetos, el 0,10% de la muestra total de 2045 entrevistados), o cualquier combinación de las anteriores (no estar seguros/no poder contestar en una de las preguntas y en blanco la otra, circunstancia que en 2014 no presentó ningún sujeto). Los sujetos que respondieron

no haber salido con ningún/a chico/a en el periodo indicado (36,58% de la muestra total de los 2045 entrevistados) o aquellos que dejaron esa pregunta sin responder (1,17% de la muestra total de los 2045 entrevistados) no se consideraron en el denominador.

En 2014, entre la población juvenil que tenía o había tenido alguna pareja durante el último año, un 7,6% (8,1% de los chicos y 7,1% de las chicas) afirmó haber sufrido algún tipo de agresión física (violencia física) y un 5,9% (5,1% de los chicos y 6,7% de las chicas) haber sufrido alguna agresión de tipo sexual (violencia sexual) por parte de su pareja o expareja.

Un 5,6% de los sujetos con pareja (71 sujetos) respondieron negativamente a una de las dos preguntas sobre violencia (es decir, indicando no sufrir esa situación), pero dejaron la otra pregunta sin responder o respondieron “no poder contestar/no estar seguros”, con lo que no es posible tener la certeza de si sufrieron o no alguno de los tipos de violencia indagados. Considerando sólo a los sujetos con pareja que respondieron a ambas preguntas sobre violencia, en total, el 11,2% de los jóvenes con pareja o expareja en los últimos 12 meses, habían sido víctimas de algún tipo de violencia física o sexual por parte de sus parejas o exparejas (10,8% de los chicos y 11,6% de las chicas).

Considerando el periodo del que se dispone de información hasta el momento (años 2011-2014), en comparación con los dos primeros años de la serie (2011/2012), la violencia física y/o sexual durante los dos últimos años (2013/2014) aumentó un 47,6% en los chicos y un 31,1% en las chicas (Figura 21).

Tabla 12.

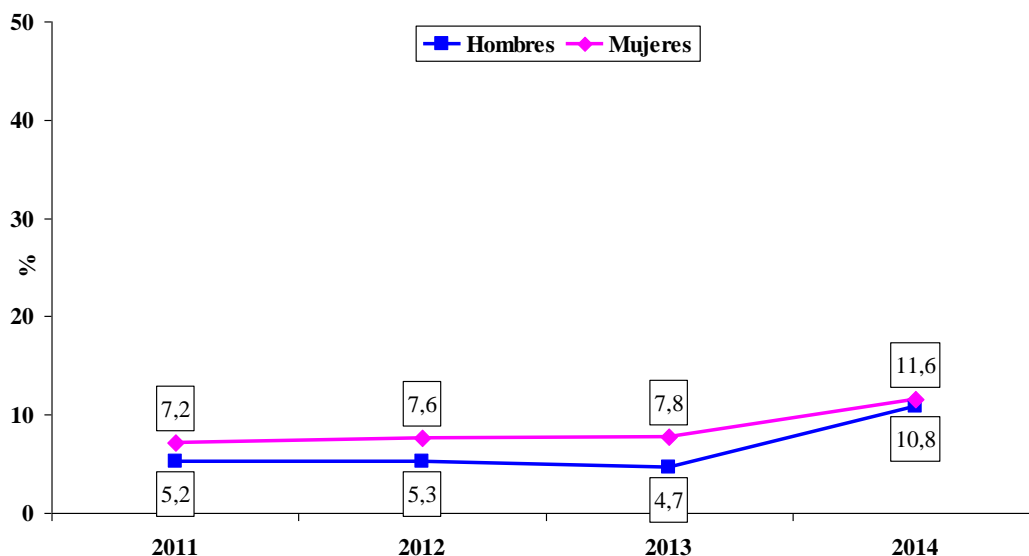
Violencia en el ámbito de las relaciones de pareja. Proporción de jóvenes con pareja o expareja que en el último año sufrieron violencia por parte de su pareja o expareja, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Edad (años)			
		Hombre	Mujer	15	16
Violencia física	7,6 (4,1-11,2)	8,1 (3,9-12,3)	7,1 (3,1-11,1)	7,0 (3,3-10,7)	6,8 (3,0-10,7)
Violencia sexual	5,9 (3,9-7,9)	5,1 (2,7-7,5)	6,7 (4,5-8,9)	6,3 (3,8-8,7)	6,0 (3,0-8,9)
TOTAL: violencia física y/o sexual	11,2 (7,4-14,9)	10,8 (6,4-15,2)	11,6 (7,3-15,8)	11,2 (7,2-15,2)	10,2 (6,1-14,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 21.

Evolución de la proporción de jóvenes con pareja o expareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja en el último año. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2011-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.10. ACCIDENTES

El 13,7% de los jóvenes entrevistados había tenido en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo casi 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente, ambas con la misma frecuencia, fueron la práctica deportiva/centro deportivo (29,9%) y la casa (29,9%), seguido de la calle (10,3%) y la moto (8,7%). En las mujeres, los accidentes se originaron fundamentalmente en casa (46,7%) seguido del centro de estudios (12,0%) y la calle y el coche, ambos con la misma frecuencia (9,8% respectivamente). La frecuencia de accidentes ha venido reduciéndose tanto en chicos como en chicas, principalmente, desde 2004/2005 (Figura 22). El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2013/2014 fue del 16,5% en los chicos y del 29,4% en las chicas (Figura 22).

Tabla 13.

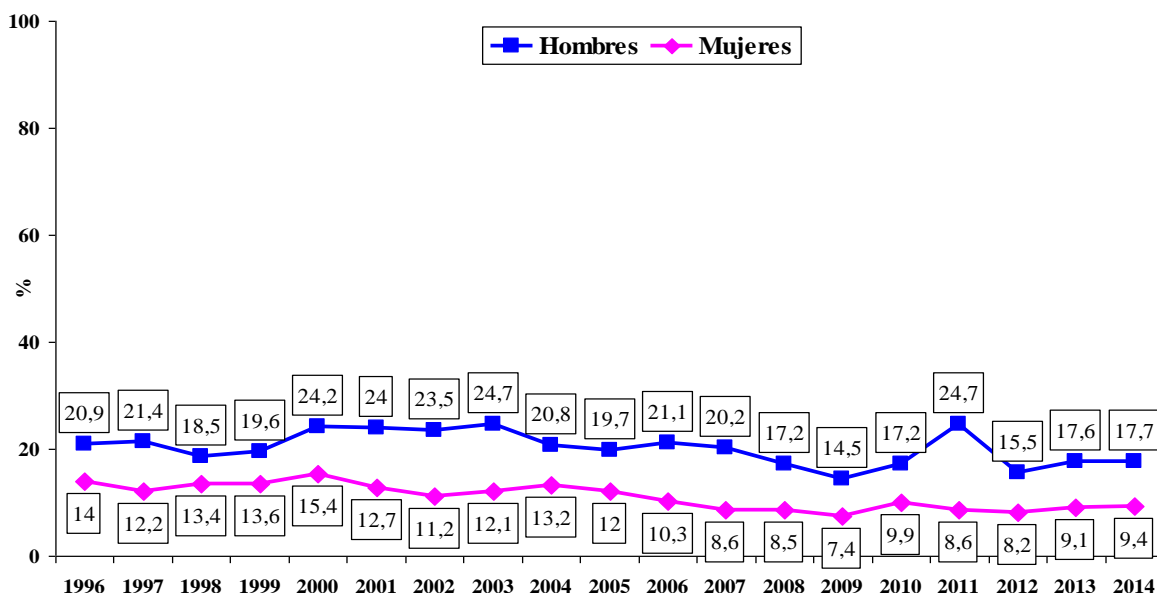
Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	13,7 (11,8-15,6)	17,7 (15,0-20,5)	9,4 (7,2-11,6)	12,1 (9,9-14,3)	13,8 (11,1-16,5)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 22.

Evolución de la proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.11. SEGURIDAD VIAL

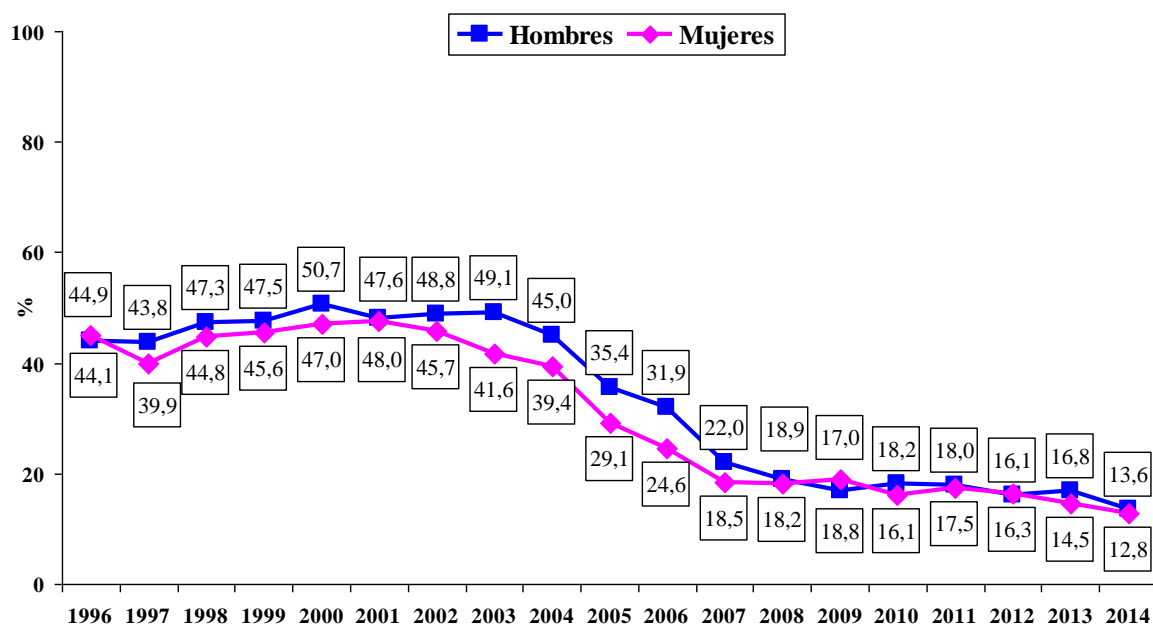
El 13,2% de los jóvenes entrevistados no utilizó siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje fue del 8,0% en la circulación por carretera. La no utilización del **casco en moto** fue muy alta, dado que todavía el 43,7% refirió no ponérselo siempre. La utilización del **casco en bicicleta** continuó siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 88,8% de los jóvenes señaló no utilizarlo habitualmente. La situación sobre estos hábitos relacionados con la seguridad vial empezaron a mejorar de forma notable en torno a 2004 y, aunque más lentamente desde 2008, han seguido mejorando (Figuras 23-24), salvo la utilización del casco en moto, que muestra un empeoramiento desde 2010 (Figura 25).

Tabla 14.
Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad (años)	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	13,2 (11,7-14,8)	13,6 (11,9-15,4)	12,8 (10,3-15,3)	12,0 (9,2-14,8)	13,1 (10,5-15,6)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	8,0 (6,7-9,3)	9,0 (7,4-10,7)	6,9 (4,8-9,1)	8,2 (6,3-10,1)	7,3 (5,5-9,0)
No utilización del casco en moto	43,7 (38,8-48,5)	45,5 (40,1-51,0)	41,4 (34,3-48,6)	38,1 (31,7-44,6)	43,6 (37,2-50,0)
No utilización del casco en bicicleta	88,8 (86,7-90,9)	88,1 (85,6-90,7)	89,8 (87,2-92,4)	88,4 (85,3-91,5)	87,6 (84,8-90,4)

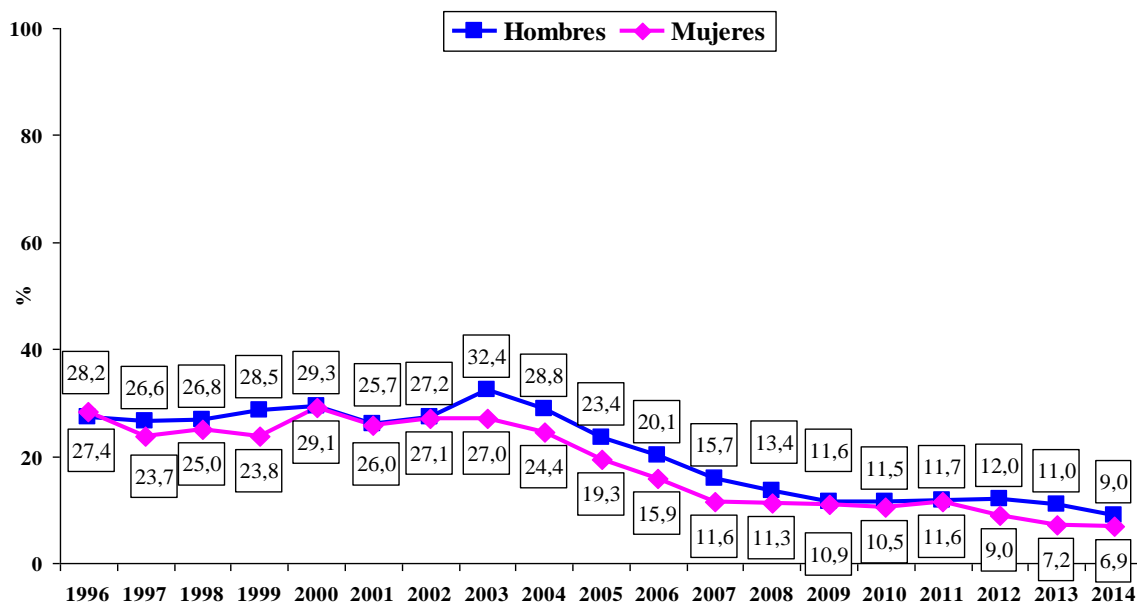
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 23.
Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



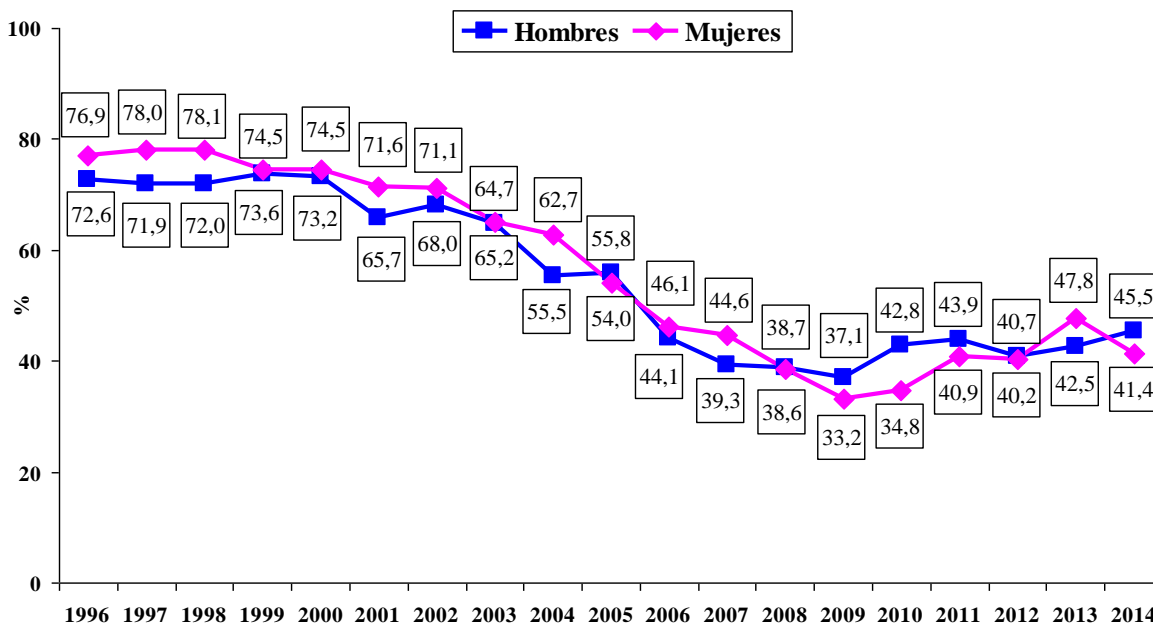
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 24.
Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por carretera. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Figura 25.
Evolución de la proporción de jóvenes que no utilizan siempre el casco en moto. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

4.12. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que no había recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, osciló entre el 22,4% sobre el consumo de drogas de comercio ilegal y el 58,2% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas de comercio ilegal (Figura 26). Estudiando los dos últimos años (2013/2014) frente a los dos primeros (1996/1997), las menores mejoras se observaron en los temas que guardan alguna relación con la sexualidad (información sobre enfermedades de transmisión sexual o sobre métodos anticonceptivos), llegando a registrarse un empeoramiento por ejemplo en la información sobre el SIDA (en 2013/2014 señalaron no haber recibido información un 39,8% más de jóvenes que en 1996/1997) (Figura 26).

Tabla 15.
Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%)

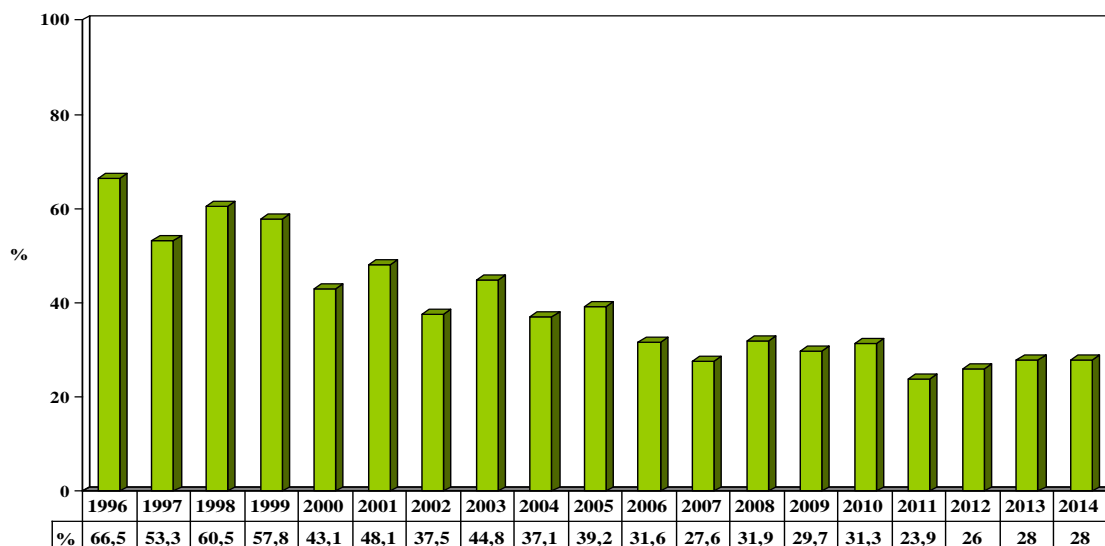
Tabaco	28,0 (23,2-32,9)
Alcohol	22,5 (17,6-27,3)
Drogas de comercio ilegal	22,4 (17,7-27,1)
Métodos anticonceptivos	35,2 (28,8-41,7)
SIDA	58,2 (52,5-63,8)
Enfermedades de transmisión sexual	39,6 (33,6-45,6)
Accidentes	40,4 (30,9-44,8)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

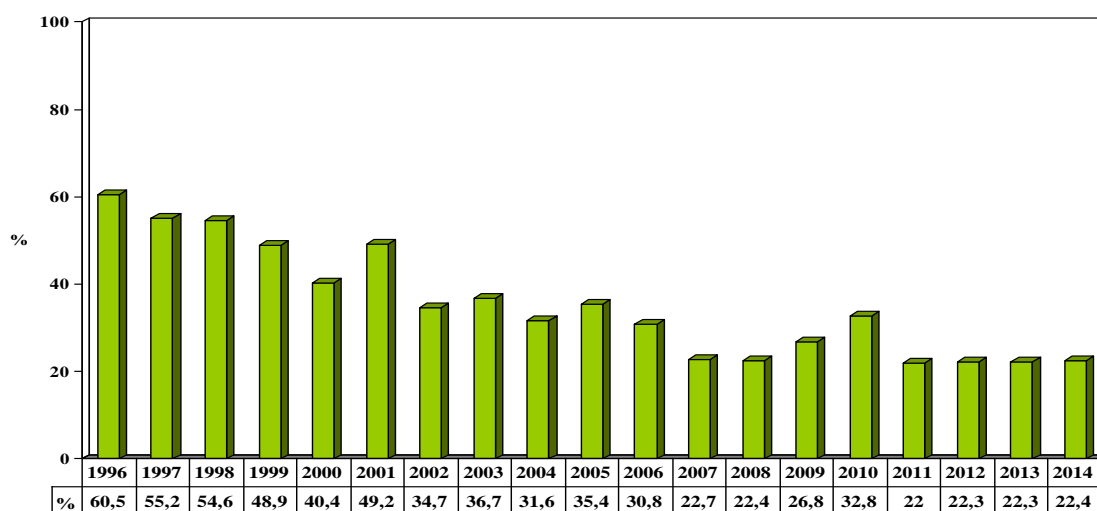
Figura 26.

Evolución de la proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2014

TABACO

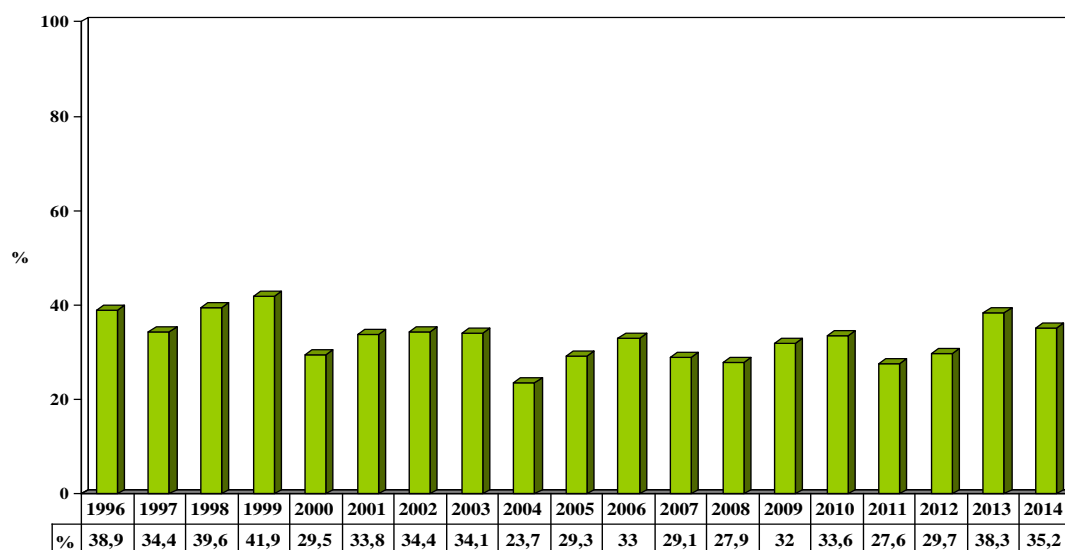


DROGAS



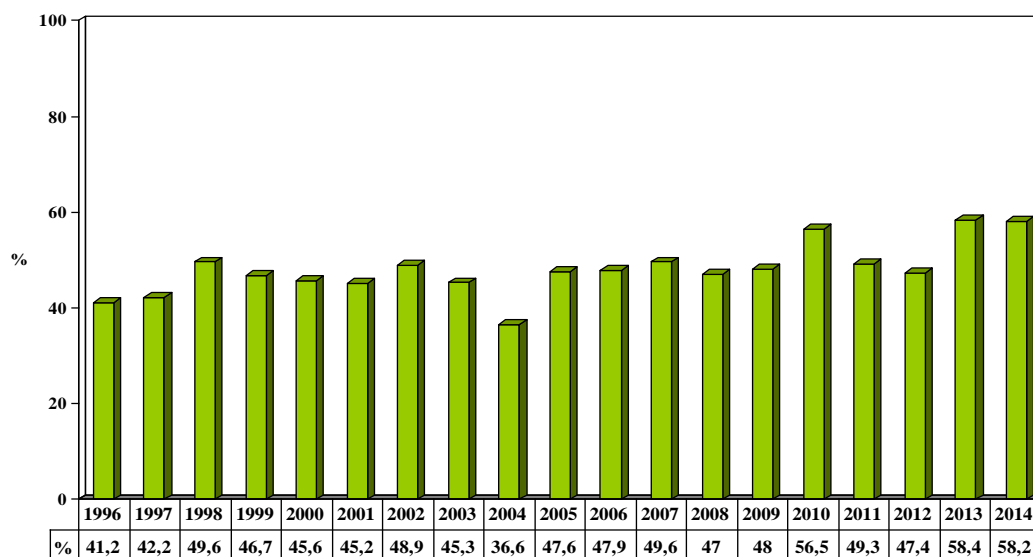
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



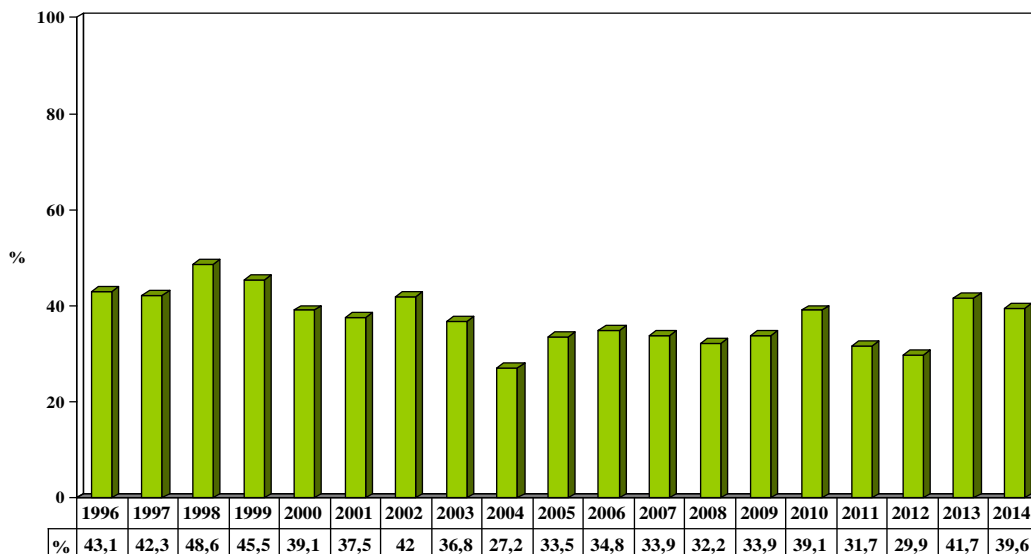
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SIDA



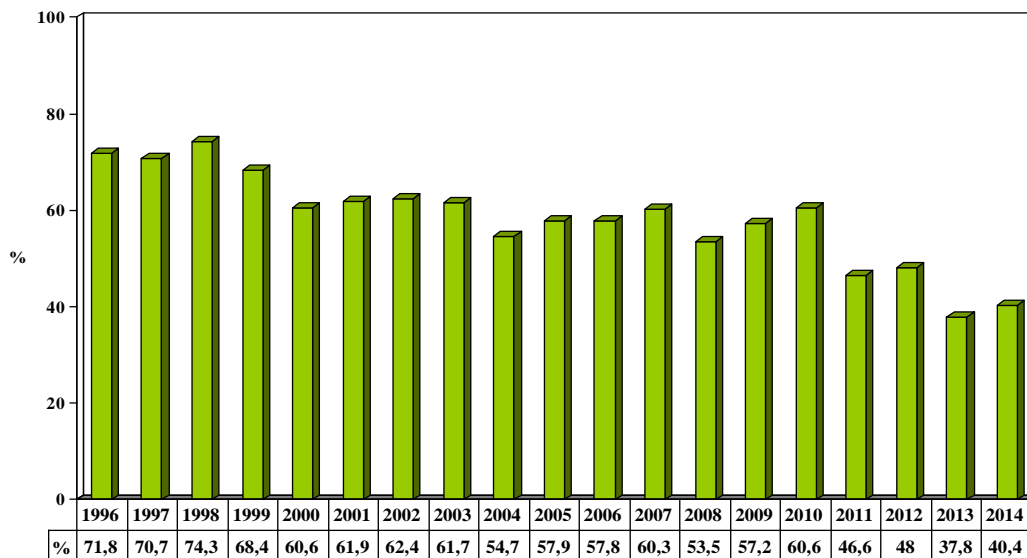
SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ACCIDENTES



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

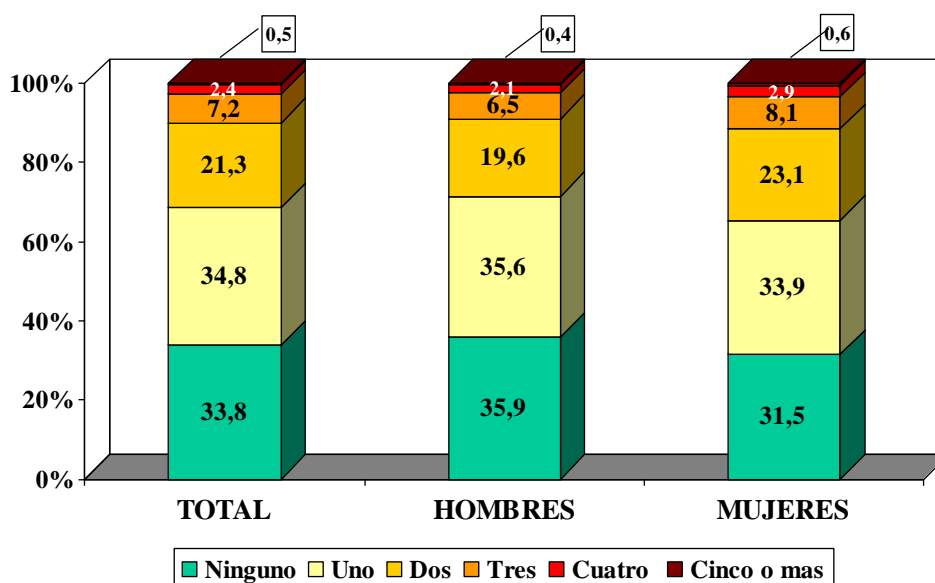
4.13. AGREGACIÓN DE FACTORES

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

El 66,2% del total de jóvenes presentó algún factor de riesgo (uno o más). El 21,3% de ellos dos, el 7,2% tres, el 2,4% cuatro y el 0,5% cinco o más. La agregación de estos comportamientos fue un poco más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 27).

Figura 27.

Agrupación de factores de riesgo*. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2014



SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

* Sedentarios; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada; consumo de drogas ilegales; no utilización de métodos anticonceptivos eficaces; no utilización del casco en moto.

4.14. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

A continuación, se reproduce sintéticamente la evolución de los principales indicadores, mostrando el cambio porcentual (o cambio relativo) de las prevalencias medias en el período 2013/2014 respecto a las de 1996/1997 (ó 2011/2012, en el caso de algunos indicadores más recientes).

Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico sólo posibilita el análisis de forma conjunta. En las Tablas 16-21 se recogen los indicadores que presentaron cambios porcentuales (incrementos o disminuciones) superiores al 10%. En el resto de indicadores (no tabulados) se registraron cambios inferiores al 10%.

Por ejemplo, el incremento del 86,2% del primer indicador de la Tabla 16, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de calcular la diferencia entre la prevalencia promedio de este indicador en 2013/2014 y la prevalencia promedio en 1996/1997, expresando el resultado en porcentaje.

Tabla 16.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 (ó 2011/2012)* mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+86,2
Violencia física y/o sexual*	+47,6
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+26,3
Consumo <3 raciones de leche y derivados al día	+16,9
Consumo <1 ración de verduras al día	+12,5

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

Tabla 17.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 (ó 2011/2012)* mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+59,6
Violencia física y/o sexual*	+31,1
Consumo <1 ración de verduras al día	+26,7
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+25,6
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+11,9

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

Tabla 18.

Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alcohol de riesgo	-83,5
Permiso de los padres para fumar	-77,5
Consumo de tabaco de forma diaria	-74,2
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-65,7
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-63,0
Consumo \geq 2 raciones de bollería al día	-39,2
No utilización del casco en moto	-39,1
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-37,2
Borrachera en los últimos 12 meses	-24,5
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-21,5
Accidentes en los últimos doce meses	-16,5
Consumo \geq 2 raciones de productos cárnicos al día	-15,1

Tabla 19.

Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 (ó 2011/2012)* mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-72,8
Consumo de tabaco de forma diaria	-72,3
Permiso de los padres para fumar	-70,2
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-67,5
Consumo de alcohol de riesgo	-52,5
No utilización del casco en moto	-42,4
1.1.1.1 Accidentes en los últimos doce meses	-29,4
Consumo \geq 2 raciones de bollería al día	-22,8
1.1.1.2 Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-18,1
1.1.1.3 Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-16,5
1.1.1.4 Consumo \geq 2 raciones de productos cárnicos al día	-16,0
1.1.1.5 Borrachera en los últimos 12 meses	-13,8
1.1.1.6 Ingesta de bebidas industriales \geq5 días/semana (todos o casi todos los días)*	-13,2

El periodo de referencia de inicio de la serie en el caso de los indicadores señalados con el símbolo del asterisco () es 2011/2012, pues dichos indicadores comenzaron a medirse en 2011.

Tabla 20.

Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
No utilización de métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	+43,8

Tabla 21.

Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2013/2014 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	-86,9
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-84,7
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-78,0
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	-64,0
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-60,0
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-54,5
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	-46,7
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-18,5

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 15 (10): 3-73.
2. Pedrero P, Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas. Comunidad de Madrid, 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2014; 20 (2): 3-61.
3. Servicio de Epidemiología. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2014. Consejería de Sanidad. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2015; 21 (2): 32-42.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la Asociación Médica Americana para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. JAMA 1999; 281: 727-735.
6. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. Int J Sports Med 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
7. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360: 473-482.
8. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 1212-1218.
9. 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.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1996. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (22):3-16.

11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5 (8):3-17.
12. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1998. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998; 5 (20):3-21.
13. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6 (6):3-31.
14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000, 2001 y 2002. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 2001 y 2002, respectivamente. Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2000, 2001 y 2002, respectivamente [citado el 30 de Julio de 2015]. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
15. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003, 2004, 2005 y 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente. Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente [citado el 30 de Julio de 2015]. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
16. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007, 2008 y 2009. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008, 2009 y 2010, respectivamente. Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2008, 2009 y 2010, respectivamente [citado el 30 de Julio de 2015]. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
17. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2010. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17 (4):3-38. Madrid: Consejería de Sanidad, 2011. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
18. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2011, 2012 y 2013. Resultados del Sistema de Vigilancia de

Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Años 2011, 2012 y 2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012 y 2013, respectivamente. Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2012, 2013 y 2014, respectivamente [citado el 30 de Julio de 2015]. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/

19. StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10 College Station, TX: Stata Corporation.
20. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320:1-6.
21. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. *Gac Sanit* 2001; 15:490-497.
22. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 2010.
23. O'Leary KD, Slep AM. Prevention of partner violence by focusing on behaviors of both young males and females. *Prev Sci* 2012; 13(4): 329-39
24. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med* 2013; 10(5): e1001439.
25. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S4, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health* 2014; 54(1): 3-13.
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.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 23 a 26 (del 1 al 28 de junio de 2015)

	Casos Semanas 23 a 26	Casos Acumulados Semanas 1 a 26	Tasas* Semanas 23 a 26	Tasas* Acumulados Semanas 1 a 26
Infecciones que causan meningitis				
Enfermedad meningocócica	9	30	0,1	0,5
Enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i>	1	14	0,0	0,2
Meningitis bacterianas, otras	0	25	0,0	0,4
Meningitis víricas	59	171	0,9	2,6
Enfermedad neumocócica invasora	38	290	0,6	4,5
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	2	23	0,0	0,4
Hepatitis B	8	35	0,1	0,5
Hepatitis víricas, otras				
Enfermedades transmisión por alimentos				
Botulismo	0	1	0,0	0,0
Cólera	0	0	0	0
Disentería	2	21	0,0	0,3
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,0	0,0
Triquinosis	0	0	0	0
Enfermedades transmisión respiratoria				
Gripe	67	109659	1,0	1699,0
Legionelosis	6	39	0,1	0,6
Varicela	873	4157	13,5	64,4
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección Gonocócica	32	223	0,5	3,5
Sífilis	22	130	0,3	2,0
Antropozoonosis				
Brucelosis	1	4	0,0	0,1
Leishmaniasis	0	38	0,0	0,6
Rabia	0	0	0	0
Enfermedades prevenibles inmunización				
Difteria	0	0	0	0
Parotiditis	54	297	0,8	4,6
Poliomielitis	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Sarampión	2	5	0,0	0,1
Tétanos	0	0	0	0
Tos ferina	74	293	1,1	4,5
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	0	0	0
Paludismo	5	26	0,1	0,4
Peste	0	0	0	0
Tuberculosis				
Tuberculosis	44	354	0,7	5,5
Enfermedades notificadas por sistemas especiales				
Encefalopatía Espongiforme trans. humana	1	5	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	0	0	0

* Según padrón continuo publicado por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.



Brotos Epidémicos

Comunidad de Madrid. Año 2015, semanas 23 a 26

(del 1 al 28 de junio de 2015)

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 Brotos Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Brotos de origen alimentario. Año 2015. Semanas 23-26

Lugar de consumo	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 23-26			Semanas 1-26			Semanas 1-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Restaurantes, bares y similares	4	96	8	17	336	39	15	96	5
Centros educativos	0	0	0	3	101	2	4	247	0
Residencias geriátricas	0	0	0	1	99	0	2	75	1
Domicilios	8	30	16	17	71	27	11	42	7
Residencias no geriátricas	0	0	0	2	15	0	0	0	0
Otros lugares	1	5	1	1	5	1	2	33	0
Desconocido	1	2	0	1	2	0	1	3	1
Comedores de empresa	0	0	0	0	0	0	3	55	0
Total	14	133	25	42	629	69	38	551	14

Brotos de origen no alimentario. Año 2015. Semanas 23-26

Tipo de brote*	Año 2015						Año 2014		
	Semanas 23-26			Semanas 1-26			Semanas 1-26		
	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit	Brotos	Casos	Hospit
Gastroenteritis aguda	6	132	0	20	521	7	20	1006	10
Conjuntivitis vírica	0	0	0	5	143	0	3	128	0
Varicela	1	3	0	11	78	1	8	77	2
Tos ferina	7	16	2	25	60	12	14	48	5
Escarlatina	0	0	0	4	25	0	2	11	0
Meningitis vírica	4	8	8	7	16	15	0	0	0
Parotiditis	0	0	0	4	9	0	3	7	0
Escabiosis	0	0	0	2	8	0	2	51	0
Enfermedad pie, mano y boca	0	0	0	1	5	0	7	70	0
Shigelosis	0	0	0	1	5	0	0	0	0
Giardiasis	1	2	0	2	4	2	0	0	0
Hepatitis A	1	2	0	2	4	0	0	0	0
Mononucleosis infecciosa	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	1	3	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	1	3	3	0	0	0
Legionelosis	0	0	0	1	2	2	0	0	0
Total	20	163	10	88	889	42	59	1398	17

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



Red de Médicos Centinela

Periodo analizado: Año 2015, semanas 23 a 26
(del 1 al 28 de junio de 2015)

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 122 médicos de atención primaria que atienden a una población representativa de la Comunidad de Madrid (170.450 habitantes, 2,6% de la población). 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%2FPagina%2FPTSA_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 90,9% (población cubierta / población teórica x 100).

En la tabla 1 se resumen los casos notificados durante el periodo de estudio y acumulados en 2015.

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2015.

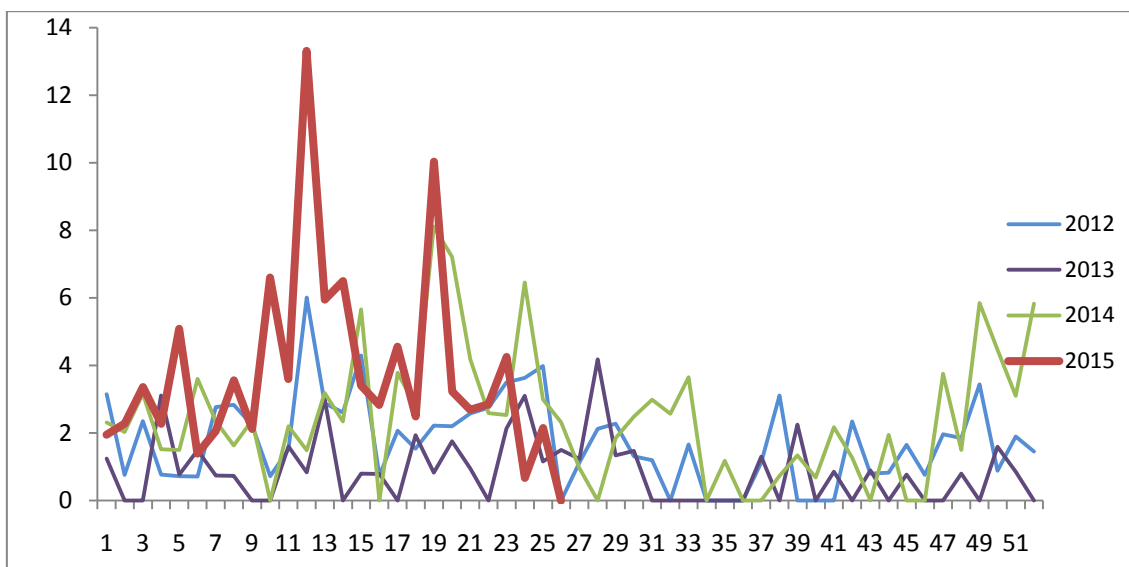
	Sem. 23 a 26 de 2015	Año 2015
Gripe*	--	2262*
Varicela	9	122
Herpes zoster	41	235
Crisis asmáticas	66	591

* De la semana 40 de 2014 hasta la 20 de 2015

VARICELA

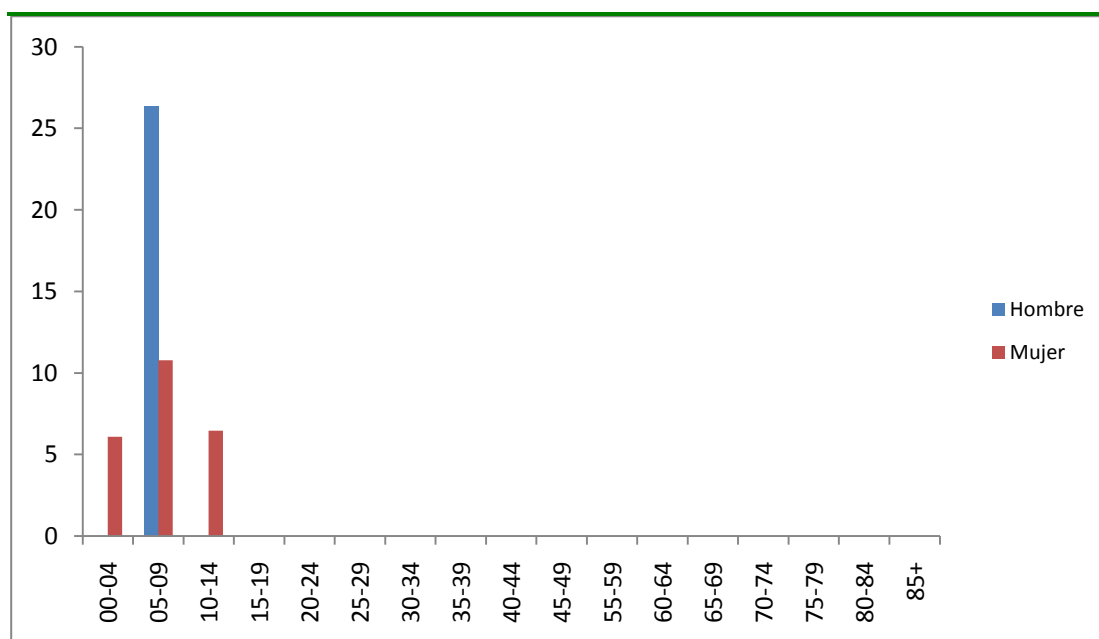
Durante las semanas 23 a 26 del año 2015 se han declarado 9 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada del período ha sido de 7,08 casos por 100.000 personas (IC 95%: 2,60 – 11,56). En el gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela en los años 2012-2014 y desde la semana 1 a la 26 de 2015.

GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2012-2015.



De los 9 casos notificados, 5 (55%) eran hombres y 4 (45%) mujeres. El 100% de los casos son menores de 15 años. En el gráfico 2 se muestran las incidencias específicas por grupos de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2015



HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 41 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2015, lo que representa una incidencia acumulada en el período de 29,93 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 20,72 – 39,15). El gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid desde el año 2012 hasta la semana 26 de 2015. El 65,8% de los casos se dio en mujeres (27 casos). El 75,6% de los casos se dieron en mayores de 44 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. Años 2012-2015.

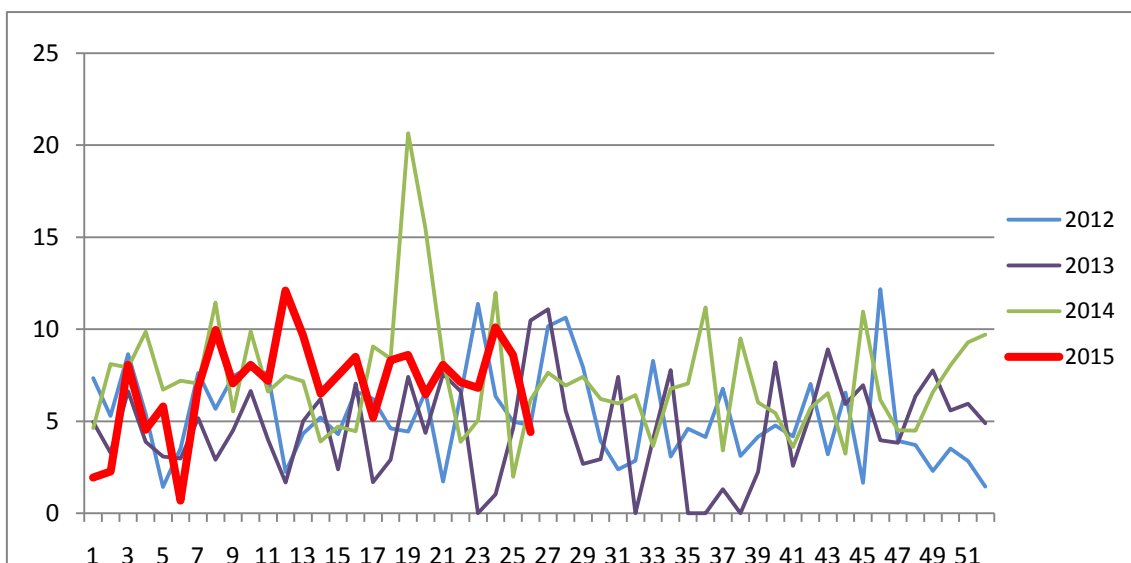
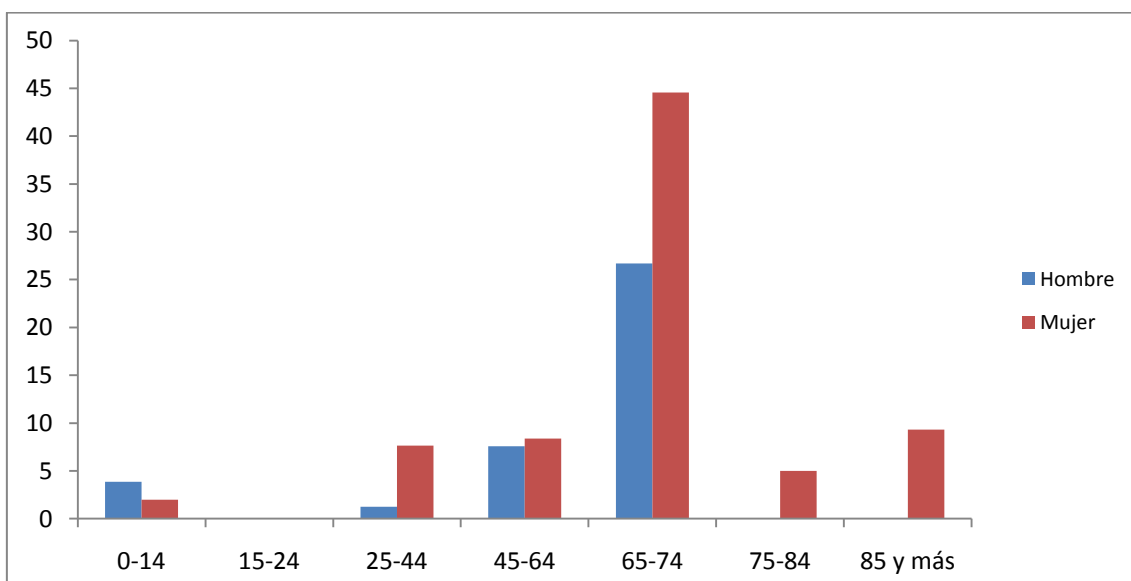
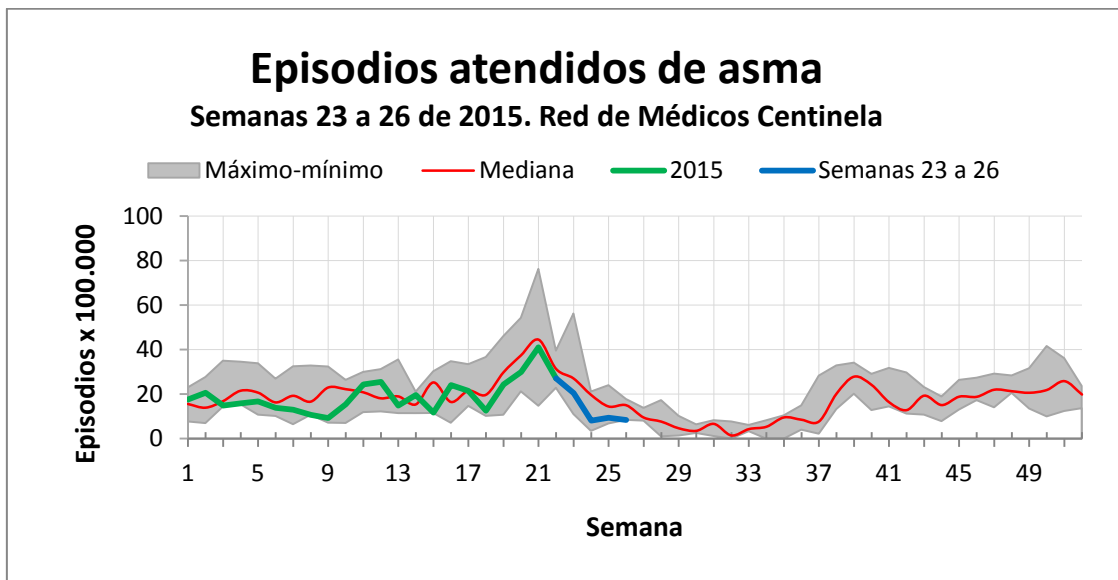


GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad y sexo. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 23 a 26 de 2015.



CRISIS ASMÁTICAS

Durante las semanas 23 a 26 de 2015 la Red de Médicos Centinela notificó 66 episodios de asma. 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 se corresponde con los valores esperados en esta época del año y se mantiene por debajo de la mediana del quinquenio.



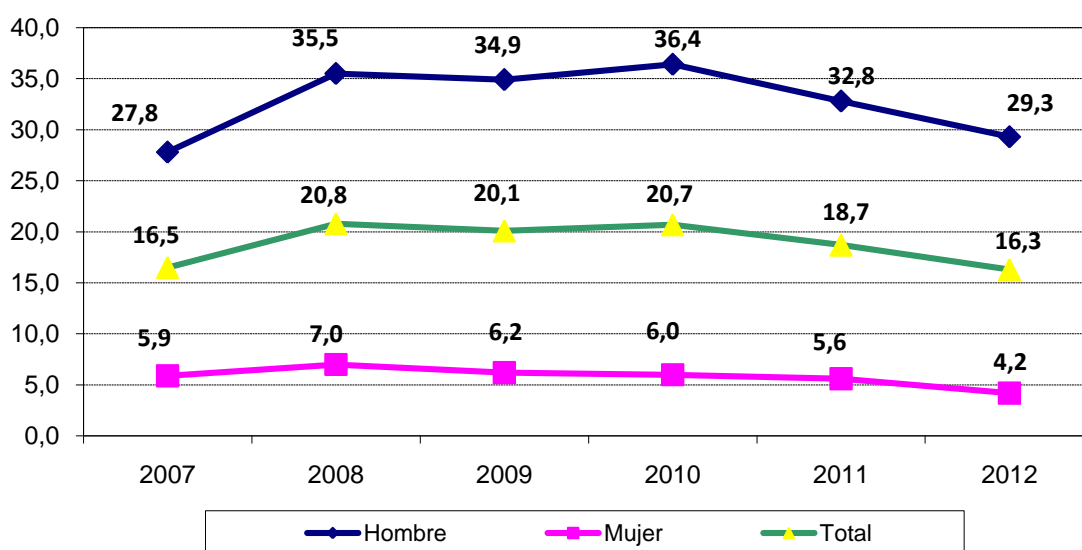


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA

CARACTERÍSTICAS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH. Junio 2015.

Desde el año 2007 hasta el 31 de mayo de 2015 se han notificado 8.608 nuevos diagnósticos de infección por VIH en la CM. El 84,7% son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,6). El 45,3% habían nacido fuera de España. Un 2,9% (252) 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.

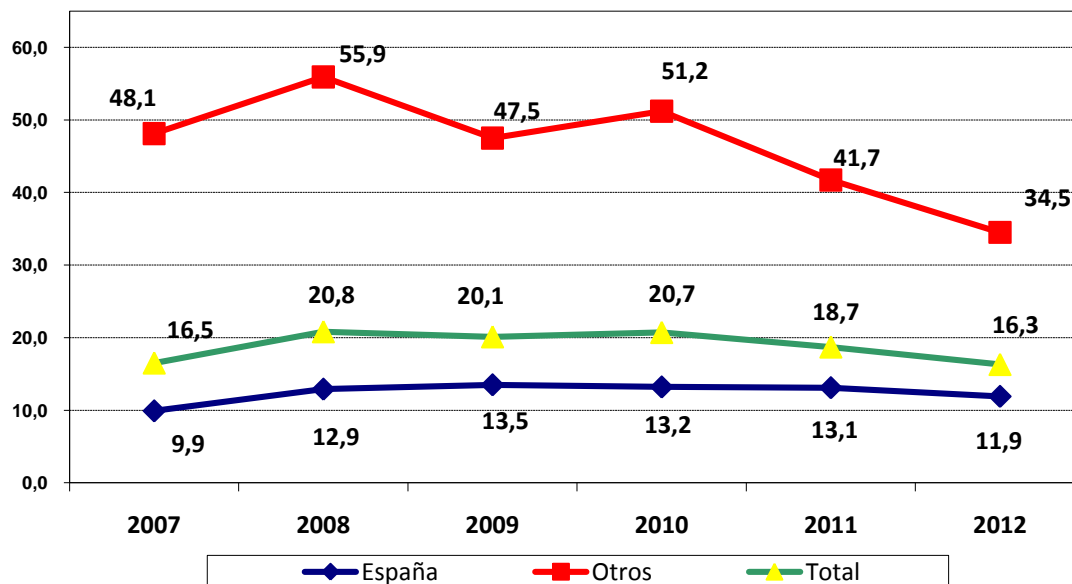
Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 12,9; H: 23,4; M: 3,1.

Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 8,1; H: 14,8; M: 2,0

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

	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
2007	818	81,5	186	18,5	1004
2008	1080	82,7	226	17,3	1306
2009	1079	84,1	204	15,9	1283
2010	1136	85,0	200	15,0	1336
2011	1028	84,5	188	15,5	1216
2012	916	86,6	142	13,4	1058
2013*	732	87,5	105	12,5	837
2014*	458	87,2	67	12,8	525
2015*	42	97,7	1	2,3	43
Total	7289	84,7	1319	15,3	8608

*Años no consolidados

Gráfico 2. Tasas de incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico VIH.

* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

Año 2013 no consolidado. Tasas: T: 12,9; E: 9,6; O: 27,0. Año 2014 no consolidado. Tasas: T: 8,1; E: 6,1; O: 17,1

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	190	4,4	78	2,6	50	12,7	9	1,0	
HSH	3340	77,4	2074	69,8					
HTX	393	9,1	614	20,6	306	77,4	896	96,9	
Otros	8	0,2	15	0,5	15	3,8	8	0,9	
Desconocido/ N.C.	382	8,9	195	6,5	24	6,1	11	1,2	
Total	4313	100	2976	100	395	100	924	100	

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

Retraso en el diagnóstico

El 16,3% de las personas diagnosticadas de infección por VIH han sido diagnosticadas también de sida en este periodo. Este porcentaje es de 14,4% en autóctonos y del 18,7% 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)	DT (<350 células/μl)	<500 células/μl
2007	783	4	342	31,0	51,0	70,2
2008	1086	7	391	25,0	42,9	63,6
2009	1073	21	401	26,0	43,2	61,5
2010	1093	14	400	24,4	42,3	61,3
2011	1017	21	381	27,2	46,3	64,4
2012	921	32	417	24,3	41,5	60,6
2013	737	44	434	23,5	40,3	58,8
2014-15	503	44	432	24,2	41,1	60,2
07 -14	7213	187	398 (RI: 194-618)	25,7	43,6	62,7

* Cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico disponible en 7213 nuevos diagnósticos (83,8%).

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.

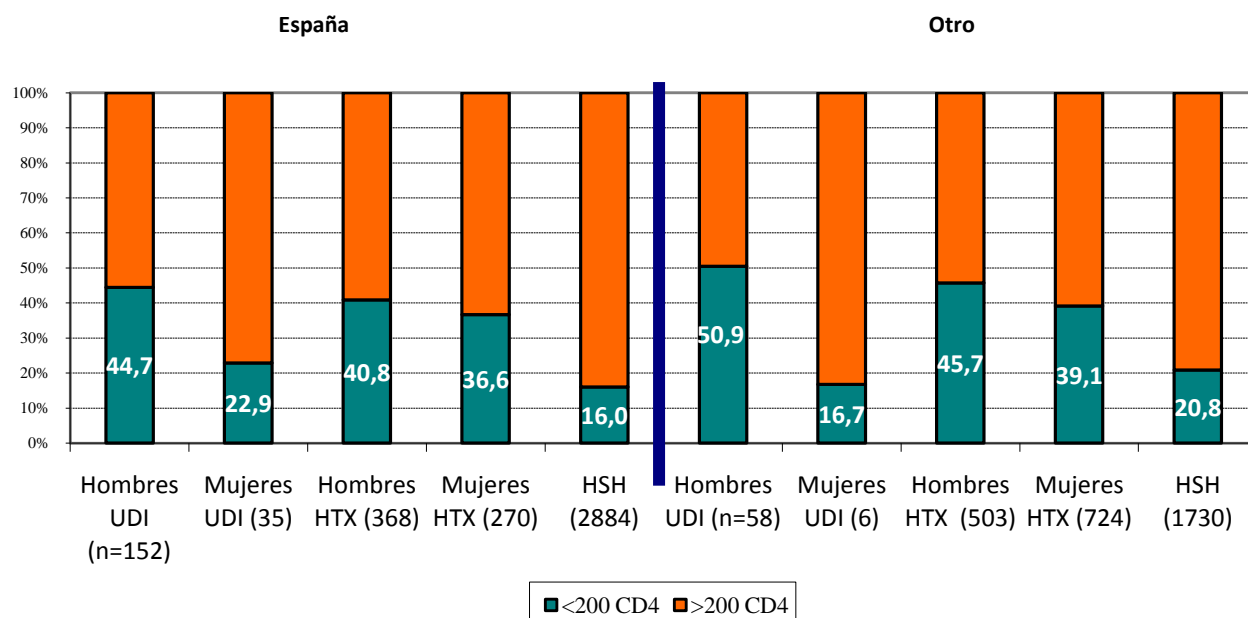
PEA: Presentación con enfermedad avanzada, DT: Diagnóstico tardío.

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

		<200 CD4	<350 CD4	<500 CD4)
Sexo	Hombre (n=6135)	23,7%	41,2%	60,7%
	Mujer (1078)	37,6%	57,4%	73,9%
Edad al diagnóstico de VIH	13-19 años (106)	9,4%	22,6%	41,5%
	20-29 (2154)	14,6%	32,2%	53,7%
	30-39 (2688)	25,0%	43,0%	62,1%
	40-49 (1510)	35,0%	53,5%	71,1%
	>49 años (727)	45,0%	63,0%	77,7%
Mecanismo de transmisión	UDI (248)	42,3%	58,9%	70,6%
	HTX (1883)	40,8%	60,4%	76,8%
	HSH (4677)	17,8%	35,3%	55,9%
País de origen	España (4019)	22,2%	38,5%	57,5%
	Otros: (3194)	30,2%	50,1%	69,2%
	1. Europa Occidental (277)	13,4%	32,5%	57,8%
	2. Europa Oriental (219)	36,1%	48,9%	61,2%
	3. América Latina y Caribe (2020)	29,0%	49,5%	68,7%
	4. África Subsahariana (538)	40,0%	61,7%	80,1%
5. Norte de África y Oriente Medio (65)	43,1%	63,1%	73,8%	

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

Gráfico 3. 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE SIDA Y FALLECIDOS CON VIH. JUNIO 2015.

Casos de sida 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de diagnóstico	2007	316	76,3	98	23,7
	2008	317	73,2	116	26,8
	2009	303	77,3	89	22,7
	2010	278	75,5	90	24,5
	2011	248	79,7	63	20,3
	2012	209	76,8	63	23,2
	2013*	145	78,0	41	22,0
	2014*	82	80,4	20	19,6
	2015*	15	78,9	4	21,1
	07-15	1913	76,6	584	23,4
Edad media (años)		41,6 ± 10,4		39,6 ± 9,8	
País de origen		España: 65,4%		España: 54,6%	
Mecanismo transmisión		HSH: 43,6%		HTX: 67,5%	

* Años no consolidados.

Fallecidos con infección VIH. 2007-2015		Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
Año de éxitus	2007	261	79,6	67	20,4
	2008	282	79,0	75	21,0
	2009	217	77,5	63	22,5
	2010	238	80,4	58	19,6
	2011	236	84,0	45	16,0
	2012	174	77,3	51	22,7
	2013*	92	78,6	25	21,4
	2014*	35	74,5	12	25,5
	2015*	8	100,0	0	0,0
	07-15	1543	79,6	396	20,4
Edad media (años)		48,0 ± 9,7		45,1 ± 9,6	
País de origen		España: 91,1%		España: 87,1%	
Mecanismo transmisión		UDI: 66,8%		UDI: 63,9%	

Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:

www.madrid.org/boletinepidemiologico

El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid

