

---

# **BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO**

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad  
de Madrid**

# Nº 3.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 29. Marzo 2024

## INFORMES:

- **Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022–2023. Estudio ELOIN. Prevalencia a los 14 años de edad y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años.**
- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2021 y 2022.**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)

**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

**Coordina:**

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: [isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org)

**Edición:** Marzo 2024

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

# Nº 3.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 29. Marzo 2024

## ÍNDICE

	<i>Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022–2023. Estudio ELOIN. Prevalencia a los 14 años de edad y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años.</i>	4
	<i>Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2021 y 2022.</i>	29

**INFORME:**

## **Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

### **Estudio ELOIN**

**Prevalencia a los 14 años de edad y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años**

## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
2.1. Población de estudio a los 14 años .....	8
2.2. Variables y recogida de datos.....	8
2.3. Evolución de las prevalencias a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad.....	9
2.4. Aspectos éticos .....	9
2.5. Análisis estadístico.....	9
<b>3. RESULTADOS</b> .....	<b>9</b>
3.1. Características de la población de estudio a los 14 años .....	9
3.2. Parámetros antropométricos a los 14 años y su evolución de los 4 a los 14 años de edad .....	9
3.3. Sobrepeso y obesidad general.....	11
3.3.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad general a los 14 años por edad y sexo .....	11
3.3.2. Prevalencia de obesidad general a los 14 años de edad, según factores sociodemográficos .....	13
3.3.3. Evolución del sobrepeso y la obesidad general a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad .....	15
3.3.4. Persistencia de sobrepeso y obesidad general de los 4 a los 14 años de edad .....	17
3.4. Obesidad abdominal.....	19
3.4.1. Prevalencia de obesidad abdominal a los 14 años y su evolución de los 4 a los 14 años de edad.....	19
3.4.2. Persistencia de la obesidad abdominal de los 4 a los 14 años de edad .....	20
3.5. Obesidad infantil y presión arterial .....	20
3.5.1. Asociación del sobrepeso, obesidad general y abdominal con la presión arterial .....	20
3.5.2. Asociación de la obesidad general y abdominal con la presión arterial elevada.....	22
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>23</b>
<b>5. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>25</b>
<b>6. INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b> .....	<b>26</b>

## RESUMEN

**Antecedentes y objetivos.** La obesidad infantil continúa siendo uno de los mayores problemas actuales de salud pública a nivel mundial. Este informe tiene como objetivos: 1) estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad (general y abdominal) en la población de 14 años de edad de la Comunidad de Madrid, 2) describir su evolución de los 4 a los 14 años de edad, y 3) determinar la asociación del sobrepeso, la obesidad general y abdominal con la presión arterial elevada en la infancia.

**Métodos.** Se presentan los resultados del corte transversal de los 14 años de edad del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN), iniciado el año 2012 con una muestra de niños/as de 4 años de edad seleccionada de los cupos de los pediatras de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, así como los datos de prevalencia de los estudios transversales anteriores de los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Los datos antropométricos (peso, talla y circunferencia de cintura) y de presión arterial, proceden de la exploración física realizada por pediatras y enfermeros/as de atención primaria; los datos sociodemográficos proceden de la entrevista telefónica realizada a los progenitores.

El estado ponderal (obesidad general, sobrepeso, normopeso y bajo peso), medido a través del índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$ ), fue definido a partir de las tablas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007); otras clasificaciones utilizadas fueron, la de la *International Obesity Task Force* (IOTF-2000), y las tablas españolas de la Fundación Orbegozo de 1988 (FO-1988) y de 2004 (FO-2004). La obesidad abdominal se definió a partir de la circunferencia de cintura estandarizada (percentil 90) según tablas y criterios de la *International Diabetes Federation* (IDF). La presión arterial se estandarizó según talla, edad y sexo, y se consideró presión arterial elevada a partir del percentil 90, según criterios para niños/as y adolescentes de la Sociedad Europea de Hipertensión.

Se estimaron frecuencia y valores medios, y se realizaron comparaciones mediante  $\chi^2$  y t de Student. Para analizar las asociaciones, se estimaron coeficientes  $\beta$  y odds ratio (OR) mediante modelos de regresión lineal y logística, ajustando por características sociodemográficas.

En este estudio fueron incluidos 3.074 participantes que disponían de exploración física a los 14 años de edad.

**Resultados.** De los 3.074 participantes, el 50,5% eran niños, con una media de edad en años de 14,23 (DE: 0,30). Respecto a la población diana de la cohorte ELOIN de los 4 años ( $n = 4.571$ ), la tasa de respuesta en el estudio de los 14 años fue de 67,2%.

Según criterios de la OMS-2007, la prevalencia de sobrepeso a los 14 años de edad fue de 19,2%, y de 7,9% de obesidad general, siendo esta última, superior en niños (9,5%), que en niñas (6,2%). Aproximadamente, uno de cada cuatro niños/as (27,1%) estaba en exceso de peso (sobrepeso + obesidad). La prevalencia de obesidad abdominal fue de 9,8%, similar en niños y en niñas. El riesgo de padecer obesidad general, fue 2–3 veces superior en los menores que vivían en familias de menor nivel adquisitivo respecto a los que vivían en familias de mayor nivel adquisitivo, así como en aquellos que tenían madres con estudios de educación secundaria o inferiores respecto a los que tenían madres universitarias.

Las prevalencias de obesidad general y abdominal a los 14 años fueron inferiores a las prevalencias observadas a la edad de 9 y 12 años de edad. Las mayores prevalencias de obesidad general se observaron a los 9 años de edad y de obesidad abdominal a los 12 años. La persistencia de obesidad general y abdominal de los 4, 6, 9, y 12 a los 14 años de edad se situó en torno al 40–50%.

Por otro lado, los niños/as con sobrepeso, obesidad general u obesidad abdominal tuvieron niveles medios superiores de presión arterial sistólica, con unos coeficientes  $\beta$  de 6,50, 10,28 y 8,85,

respectivamente; y de presión arterial diastólica de 3,63, 6,74 y 6,40, respectivamente; así como un mayor riesgo de presentar presión arterial elevada (OR: 4,44 en obesidad general y 3,46 en obesidad abdominal), respecto a los que estaban en normopeso o sin obesidad abdominal. Este riesgo fue similar en niños y en niñas.

**Conclusiones y recomendaciones.** La prevalencia de exceso de peso resulta elevada en la población infantil que reside en la Comunidad de Madrid y superior en aquellos que viven en hogares con menor nivel socioeconómico y educativo. Se observa que aproximadamente uno de cada dos niños/as que estaban en obesidad general u abdominal a los 4, 6, 9 o 12 años persistieron en obesidad a los 14 años de edad. Además, el riesgo de padecer presión arterial elevada aumenta de forma importante en los niños/as con obesidad general u obesidad abdominal respecto a los niños/as sin obesidad.

La vigilancia del sobrepeso y la obesidad en la infancia a través del estudio ELOIN, aporta información que confirma la necesidad de considerar la obesidad infantil como un problema prioritario de salud pública en la Comunidad de Madrid para su prevención y control, que afecta a la población infantil en general, y de manera especial a la más vulnerable.

Tal y como recomiendan la OMS, la Unión Europea y el Plan Estratégico Nacional para reducir la obesidad infantil (2022–2030), es necesario fomentar una vida saludable desde el nacimiento, con intervenciones adaptadas a las diferentes etapas de la infancia, dirigidas a disminuir la brecha social y de género en el acceso a los estilos de vida saludables. Es prioritario el abordaje conjunto de la dieta y el ejercicio físico, en edades tempranas de la vida en el ámbito familiar, escolar y en el entorno social.

Finalmente, la vigilancia de la obesidad infantil mantiene especial interés dentro de los programas de Vigilancia en Salud Pública en la Comunidad de Madrid para disponer de información epidemiológica actualizada y orientar las acciones de prevención y control.

## 1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia (conocido como exceso de peso cuando se analizan juntos) es un problema importante de salud pública. La Organización Mundial de la Salud para la Región Europea estima que el 29,5% y el 11,6% de los niños/as de 5 a 9 años tienen exceso de peso y obesidad respectivamente, mientras que en el grupo de edad de 10 a 19 años alcanza el 24,9% y el 7,0% respectivamente<sup>1</sup>.

El estudio ALADINO (Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad), realizado en menores españoles de entre 6 y 9 años de edad, estimó para 2019 (según criterios OMS–2007), una prevalencia de exceso de peso de 44,1% en niños y de 36,9% en niñas; y de obesidad de 19,4% y 15,0% respectivamente. Y aunque las cifras siguen siendo preocupantes, la tendencia de la obesidad infantil ha sido muy estable en la última década<sup>2</sup>. Por otro lado, los resultados de la encuesta nacional del Estudio ENE-COVID de 2020, en población de 2 a 17 años, estimaron una prevalencia de exceso de peso y obesidad en España del 30,0% y 10,7% respectivamente. Las prevalencias, tanto de obesidad como de exceso de peso, fueron superiores en niños que en niñas (exceso de peso: 33,7% vs. 26,0%; obesidad: 13,4% vs. 7,9%; respectivamente)<sup>3</sup>.

En la Comunidad de Madrid, el Estudio de Malnutrición Infantil realizado en 2016 en población de 2 a 14 años, con datos objetivos y según criterios de la OMS-2007, mostró que la prevalencia de exceso de peso fue de 29,7% (32,3% en niños y 26,9% en niñas) y de obesidad de 11,4%, siendo mayor en niños (14,2%) que en niñas (8,4%). La mayor prevalencia de obesidad y de exceso de peso se encontró en el grupo de edad entre 8 y 10 años en ambos sexos<sup>4</sup>. La Comunidad de Madrid se sitúa en prevalencias inferiores de obesidad y de exceso de peso infantil a las estimadas a nivel nacional<sup>2</sup>.

Por otra parte, en los países occidentales, entre ellos España, se observa una clara correlación entre el nivel socioeconómico y la obesidad, con altas prevalencias asociadas a bajos niveles de renta<sup>5</sup>, de modo que en la población infantil que vive en hogares con bajo nivel socioeconómico y educativo también se observan mayores prevalencias de obesidad<sup>3,6</sup>.

La obesidad infantil, tanto la general como la abdominal, está asociada con dislipemia, prediabetes, resistencia a la insulina y una elevación de la presión arterial, lo que conlleva mayor riesgo cardiovascular desde los primeros años de la vida<sup>7</sup>; además, su persistencia en la edad adulta produce mayor riesgo de enfermedades cardiometabólicas, tumorales, alteraciones músculo–esqueléticas, trastornos psicoafectivos y peor calidad de vida a lo largo de la vida<sup>8</sup>.

Por todos estos motivos, se recomienda disponer de programas adecuados de vigilancia epidemiológica de obesidad en la infancia y adolescencia para poder conocer sus características e implantar políticas de salud pública para su prevención y control.

Los datos que se presentan en este informe proceden del Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (estudio ELOIN), iniciado en 2012, e incluido en los sistemas de vigilancia de la Dirección General de Salud Pública. Es un estudio de cohortes prospectivo y tiene el objetivo de estimar las variaciones de sobrepeso y obesidad en la población de 4 a 14 años de la Comunidad de Madrid, así como determinar su asociación con factores de riesgo, y sus posibles efectos negativos en la salud infantil<sup>9</sup>. El estudio ELOIN es el único estudio de cohortes sobre obesidad infantil realizado en España con datos antropométricos objetivos y muestras de sangre, para valorar otros factores de riesgo cardiometabólico.

Este informe tiene como objetivos: 1) estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad (general y abdominal) en la población de 14 años de edad de la Comunidad de Madrid, 2) describir su evolución desde los 4 a los 6, 9, 12 y 14 años de edad, y 3) estudiar la asociación del sobrepeso, la obesidad general y abdominal con la presión arterial elevada en la infancia.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Población de estudio a los 14 años

Se presenta el estudio transversal de prevalencias de sobrepeso, obesidad general y obesidad abdominal de los 14 años de edad y los resultados de los estudios de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años del estudio ELOIN. El diseño del estudio ELOIN ha sido publicado previamente<sup>9</sup>.

La población de estudio fueron 4.571 niños/as de 4 años, incluidos en la cohorte basal. La población de estudio de los 14 años fueron los 3.570 niños/as que habían participado total o parcialmente a los 4, 6, 9 o 12 años de edad y no habían sido excluidos del estudio. Se analizan finalmente los datos de 3.074 participantes que disponían de exploración física a los 14 años, y para el análisis de evolución de los indicadores se utilizaron datos de los diferentes estudios transversales previos.

### 2.2. Variables y recogida de datos

La recogida de información se realizó de marzo de 2022 a diciembre de 2023, a través de una exploración física a los menores y de una entrevista telefónica a los padres/madres sobre alimentación y estilos de vida, que incluía variables sociodemográficas.

La exploración física se realizó en los 31 centros de salud por pediatras y profesionales de enfermería colaboradores en el estudio. Se recogió el peso, la talla, la circunferencia de cintura y la presión arterial sistólica y diastólica. El peso se midió con báscula con escala digital y la talla mediante tallímetro telescópico. La circunferencia de cintura se obtuvo en bipedestación, justo por encima de las crestas ilíacas superiores, mediante cinta métrica inextensible. Se realizaron dos mediciones de peso, talla, cintura y presión arterial. El valor final fue la media de dos mediciones.

El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de los valores medios de peso y talla con la fórmula de dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado (peso (kg)/talla (m)<sup>2</sup>).

*Clasificación del sobrepeso u obesidad general a partir del IMC.* En este informe se han tenido en cuenta cuatro criterios para clasificar el estado ponderal (*obesidad, sobrepeso, normopeso y bajo peso*), a partir de los valores interpolados de IMC por edad (en meses) y sexo: las tablas de crecimiento de la OMS-2007<sup>10,11</sup>, de la *International Obesity Task Force (IOTF)*<sup>12</sup>, y las tablas españolas de la Fundación Orbegozo (FO-1998 y FO-2004)<sup>13</sup>. Para este informe se ha elegido el de la OMS-2007 como criterio principal de clasificación, debido a que progresivamente es el más utilizado en los estudios nacionales e internacionales.

*Clasificación de obesidad abdominal a partir de la circunferencia de cintura.* Los valores medios de la circunferencia de cintura, interpolados por edad en meses y sexo, fueron estandarizados con las tablas de referencia propuestas por Fernández et al<sup>14</sup>. Se utilizó el percentil  $\geq 90$  como punto de corte para definir la obesidad abdominal de acuerdo a las recomendaciones de la *International Diabetes Federation (IDF)*.

También se calculó el índice de cintura-talla que suele utilizarse para establecer el grado de adiposidad central y de obesidad abdominal.

*Presión arterial.* Se midió utilizando el método auscultatorio en el brazo derecho. Se realizaron 2 mediciones separadas al menos 2 minutos y se utilizó el promedio de las mediciones para los análisis. Los valores de presión arterial fueron estandarizados según edad en meses, sexo y altura, usando las tablas de referencia del cuarto informe de hipertensión arterial para niños y adolescentes del *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (NHBP)*<sup>15</sup>. Siguiendo las recomendaciones de la Asociación Europea de Hipertensión Arterial para niños y adolescentes, se utilizó el percentil 90 (p90) como punto de corte para definir la presión arterial elevada<sup>16</sup>.

*Covariables.* Edad en meses (a partir de la fecha de nacimiento y de la exploración física), sexo, nivel de estudios de la madre más alto alcanzado y nivel socioeconómico familiar, medido a partir de la escala *Family Affluence Scale (FAS-II)*<sup>17</sup>. Este índice FAS-II fue estimado mediante cuatro ítems con una puntuación de 0 a 9 puntos: 1) número de veces que los menores salieron de vacaciones con su familia en los últimos 12 meses, 2) tener coche propio o furgoneta en la familia, 3) tener dormitorio para él/ella solo/a y 4) número de ordenadores en el hogar. Según la puntuación obtenida cada participante fue clasificado en bajo (0–3 puntos), medio (4–5) y alto (6–9)<sup>18</sup>.

### 2.3. Evolución de las prevalencias a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad

Los datos que se presentan a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad proceden de las exploraciones realizadas en cada uno de los cortes transversales del estudio ELOIN desde el estudio basal del año 2012. Para el análisis de las prevalencias de cada estudio transversal fueron incluidos los niños/as explorados/as en ese corte, independientemente de si había participado en los estudios de seguimiento anteriores.

### 2.4. Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Los padres/madres o tutores del menor dieron su consentimiento informado por escrito.

### 2.5. Análisis estadístico

Se estimaron las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; y valores medios y desviación estándar para las cuantitativas, en el supuesto de que siguieran una distribución normal, junto con el intervalo de confianza del 95%. Se consideró el estado ponderal (obesidad, sobrepeso, normopeso y bajo peso), la obesidad abdominal y la presión arterial como variables principales.

La comparación de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de Chi<sup>2</sup>, y el test de la t de Student para analizar las diferencias entre dos medias y el análisis de la varianza para comparar 3 o más medias. Mediante regresión logística se estimó la odds ratio (OR) de asociación, entre la obesidad y factores sociodemográficos; y mediante modelos regresión lineal (coeficientes  $\beta$ ) y logística (OR), se estimó la asociación entre la obesidad general y abdominal (variable independiente) y la presión arterial elevada (variable dependiente) ajustando por variables sociodemográficas.

Se estableció el nivel de significación estadística en  $p < 0,05$  para todos los estimadores. Los análisis se realizaron con el programa STATA 16.1 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

## 3. RESULTADOS

### 3.1. Características de la población de estudio a los 14 años

En el estudio de los 14 años, fueron incluidos 3.074 participantes, de los cuales el 50,5% eran niños con una media de edad en años de 14,23 (DE: 0,30). Respecto a la población diana de la cohorte basal del ELOIN de los 4 años ( $n = 4.571$ ), la tasa de respuesta fue de 67,2%.

### 3.2. Parámetros antropométricos a los 14 años y su evolución de los 4 a los 14 años de edad

En la Tabla 1 se presentan los principales valores antropométricos medios a los 14 años de edad. Las variables antropométricas incluidas fueron el peso, talla, IMC, circunferencia de cintura e índice cintura-talla, cuyos valores medios fueron 56,7kg, 164,3cm, 20,9kg/m<sup>2</sup>, 75,1cm y 0,46, respectivamente.

**Tabla 1. Parámetros antropométricos medios y percentiles a los 14 años de edad según sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	N	Media (DE)	Percentiles				
			5	25	50	75	95
<b>TOTAL</b>							
Peso (kg)	3.074	56,7 (12,5)	40,7	48,4	54,7	62,7	80,6
Talla (cm)	3.074	164,3 (8,3)	151,5	158,8	164,0	170,0	178,4
IMC <sup>a</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	3.074	20,9 (3,9)	16,2	18,2	20,1	22,8	28,4
Circunferencia cintura (cm)	1.922	75,1 (10,3)	62,0	68,0	73,0	80,1	95,5
Índice cintura–talla <sup>b</sup>	1.922	0,46 (0,06)	0,38	0,41	0,44	0,49	0,57
<b>NIÑOS</b>							
Peso (kg)	1.552	58,6 (13,6)	40,2	49,7	56,4	65,0	84,3
Talla (cm)	1.552	167,9 (8,3)	154,0	162,8	168,2	173,5	181,0
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.552	20,7 (4,0)	15,8	17,9	19,7	22,5	28,6
Circunferencia cintura (cm)	956	76,2 (10,4)	63,0	69,0	74,0	81,3	98,0
Índice cintura–talla	956	0,45 (0,06)	0,38	0,41	0,44	0,48	0,57
<b>NIÑAS</b>							
Peso (kg)	1.522	54,8 (10,9)	41,0	47,4	53,0	60,2	75,0
Talla (cm)	1.522	160,7 (6,6)	150,5	156,5	161,0	165,0	171,2
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.522	21,2 (3,8)	16,6	18,6	20,4	23,1	28,3
Circunferencia cintura (cm)	966	74,0 (10,0)	61,0	67,0	72,0	79,0	93,0
Índice cintura–talla	966	0,46 (0,06)	0,38	0,42	0,45	0,50	0,57

DE: Desviación Estándar. <sup>a</sup> Índice de Masa Corporal. <sup>b</sup> Índice cintura–talla: cintura(cm)/talla (cm)

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Los niños presentaron valores antropométricos medios de peso y talla superiores que las niñas; no obstante, el IMC medio fue similar en ambos sexos. En los cortes transversales realizados a los 4, 6, 9, 12 y 14 años se observa la evolución ascendente con la edad de los parámetros antropométricos de peso, talla, IMC y circunferencia de cintura; a los 4 años era de 15,9 y a los 14 de 20,9 kg/m<sup>2</sup>. Esta tendencia fue similar en ambos sexos, aunque con valores ligeramente superiores en niños. El índice cintura–talla tuvo una evolución estable de los 6 a los 14 años (Tabla 2).

**Tabla 2. Parámetros antropométricos medios en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	4 años		6 años		9 años		12 años		14 años	
	N	Media (DE)	N	Media	N	Media	N	Media (DE)	N	Media (DE)
<b>TOTAL</b>										
Peso (kg)	3.186	17,1 (2,5)	3.060	22,5 (4,1)	2.924	33,7 (7,9)	2.724	48,3 (11,7)	3.074	56,7 (12,5)
Talla (cm)	3.185	103,5 (4,4)	3.060	117,4 (5,2)	2.924	136,3 (6,6)	2.724	154,3 (7,6)	3.074	164,3 (8,3)
IMC <sup>a</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	3.185	15,9 (1,6)	3.060	16,1 (2,1)	2.924	18,0 (3,2)	2.724	20,1 (3,9)	3.074	20,9 (3,9)
Circunferencia	3.144	52,0 (4,1)	3.026	56,4 (5,6)	2.861	64,5 (8,3)	1.617	73,1 (10,3)	1.922	75,1 (10,3)
Índice cintura–talla <sup>b</sup>	3.146	0,50 (0,04)	3.025	0,47 (0,04)	2.861	0,47 (0,1)	1.617	0,47 (0,1)	1.922	0,46 (0,06)
<b>NIÑOS</b>										
Peso (kg)	1.629	17,2 (2,4)	1552	22,6 (4,1)	1447	34,0 (7,8)	1332	48,3 (12,3)	1552	58,6 (13,6)
Talla (cm)	1.629	104,0 (4,5)	1551	117,0 (5,3)	1447	136,5 (6,4)	1332	153,9 (8,3)	1552	167,9 (8,3)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.629	15,9 (1,5)	1551	16,2 (2,0)	1447	18,0 (3,2)	1332	20,2 (4,0)	1552	20,7 (4,0)
Cintura (cm)	1.603	52,0 (3,9)	1537	56,3 (5,3)	1414	64,5 (8,2)	792	74,0 (10,5)	956	76,2 (10,4)
Índice cintura–talla	1.603	0,50 (0,03)	1536	0,47 (0,03)	1414	0,47 (0,05)	792	0,48 (0,05)	956	0,45 (0,06)
<b>NIÑAS</b>										
Peso (kg)	1.557	16,9 (2,5)	1.509	22,2 (4,1)	1.477	33,5 (8,0)	1.392	48,2 (11,1)	1.522	54,8 (10,9)
Talla (cm)	1.556	103,0 (4,4)	1.509	116,9 (5,1)	1.477	136,0 (6,8)	1.392	154,7 (6,9)	1.522	160,7 (6,6)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.556	15,9 (1,5)	1.509	16,1 (2,1)	1.477	18,0 (3,2)	1.392	20,0 (3,8)	1.522	21,2 (3,8)
Cintura (cm)	1.541	52,3 (4,4)	1.489	56,4 (5,9)	1.447	64,5 (8,4)	825	72,2 (10,1)	966	74,0 (10,0)
Índice cintura–talla	1.543	0,51 (0,04)	1.489	0,48 (0,04)	1.447	0,47 (0,05)	825	0,47 (0,05)	966	0,46 (0,06)

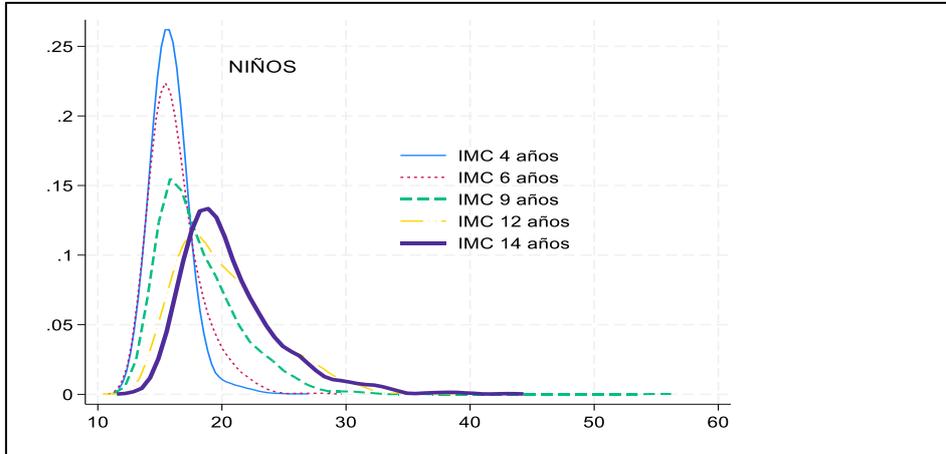
(DE): Desviación Estándar. <sup>a</sup> Índice de Masa Corporal. <sup>b</sup> Índice cintura–talla: cintura(cm)/talla (cm)

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

En los gráficos 1 y 2 se muestra la curva de distribución del IMC en niños y niñas a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Se observa que a medida que aumenta la edad, la curva del IMC se desplaza hacia la derecha y se hace más asimétrica, siendo reflejo de que los valores de IMC son más altos y

desplazados a la derecha de la curva según aumenta la edad por el aumento del IMC en los percentiles superiores. Esta distribución asimétrica es similar en niños (Gráfico 1) y en niñas (Gráfico 2).

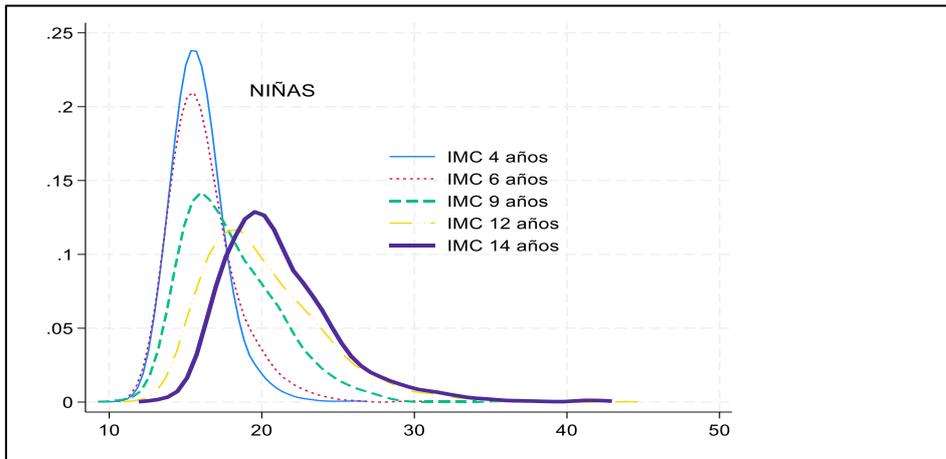
**Gráfico 1. Evolución de la curva de distribución del IMC en población masculina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**



IMC: índice de masa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

**Gráfico 2. Evolución de la distribución del IMC en población femenina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**



IMC: índice de masa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### 3.3. Sobrepeso y obesidad general

#### 3.3.1 Prevalencia de sobrepeso y obesidad general a los 14 años por edad y sexo

La Tabla 3 muestra, según los 4 criterios utilizados en el estudio, las prevalencias de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso (sobrepeso y obesidad). En la población de 14 años de la Comunidad de Madrid, según criterios de la OMS–2007 la prevalencia de sobrepeso fue de 19,2% (IC95%: 17,9–20,7), 18,6% en niños y 19,8% en niñas; la prevalencia de obesidad general fue 7,9% (IC95%: 6,9–8,9), siendo mayor en niños (9,5%, IC95%: 8,1–11,1), que en niñas (6,2%; IC95%: 5,0–7,5;  $p < 0,05$ ). Aproximadamente, uno de cada cuatro niños/as de 14 años estaba en exceso de peso (27,1%). La prevalencia de exceso de peso en niños fue de 28,2% y 26,0% en niñas.

**Tabla 3. Estado ponderal a los 14 años de edad según criterios OMS–2007, totales y por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

		Total (N = 3.074)			Niños (N = 1.552)			Niñas (N = 1.522)		
		n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
<b>OMS (2007)</b>	Obesidad	242	7,9	6,9–8,9	148	9,5*	8,1–11,1	94	6,2	5,0–7,5
	Sobrepeso	591	19,2	17,9–20,7	289	18,6	16,7–20,6	302	19,8	17,9–21,9
	Normopeso	2.174	70,7	69,1–72,3	1066	68,7	66,3–71,0	110	72,8	70,5–75,0
	Bajo peso	67	2,2	1,7–2,8	49	3,2	2,3–4,2	18	1,2	0,7–1,9
	Exceso de peso	833	27,1	25,5–28,7	437	28,2*	25,9–30,5	396	26,0	23,8–28,3
<b>IOTF (2000)</b>	Obesidad	160	5,2	4,4–6,1	92	5,9	4,8–7,2	68	4,5	3,5–5,6
	Sobrepeso	536	17,4	16,1–18,8	272	17,5	15,7–19,5	264	17,3	15,5–19,3
	Normopeso	2.338	76,1	74,5–77,6	1.165	75,1	72,8–77,2	1.17	77,1	74,9–79,2
	Bajo peso	40	1,3	0,9–1,8	23	1,5	0,9–2,2	17	1,1	0,7–1,8
	Exceso de peso	696	22,6	21,2–24,2	364	23,4	21,4–25,6	332	21,8	19,8–24,0
<b>FO (2004)</b>	Obesidad	370	12,0	10,9–13,2	166	10,7*	9,2–12,3	204	13,4	11,7–15,2
	Sobrepeso	248	8,1	7,1–9,1	88	5,7*	4,6–6,9	160	10,5	9,0–12,2
	Normopeso	2.421	78,8	77,3–80,2	1.276	82,2	80,2–84,1	1.14	75,2	73,0–77,4
	Bajo peso	35	1,1	0,8–1,6	22	1,4	0,9–2,1	13	0,9	0,5–1,5
	Exceso de peso	618	20,1	18,7–21,6	254	16,4*	14,6–18,3	364	23,9	21,8–26,1
<b>FO (1988)</b>	Obesidad	372	12,1	11,0–13,3	216	13,9*	12,2–15,7	156	10,2	8,8–11,9
	Sobrepeso	223	7,3	6,4–8,2	117	7,5	6,3–9,0	106	7,0	5,7–8,4
	Normopeso	2.454	79,8	78,4–81,2	1.206	77,7	75,6–79,8	1.24	82,0	80,0–83,9
	Bajo peso	25	0,8	0,5–1,2	13	0,8	0,4–1,4	12	0,8	0,4–1,4
	Exceso de peso	595	19,4	18,0–20,8	333	21,5*	19,5–23,6	262	17,2	15,4–19,2

IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo

\*Diferencias significativas entre ambos sexos ( $p < 0,05$ ). IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

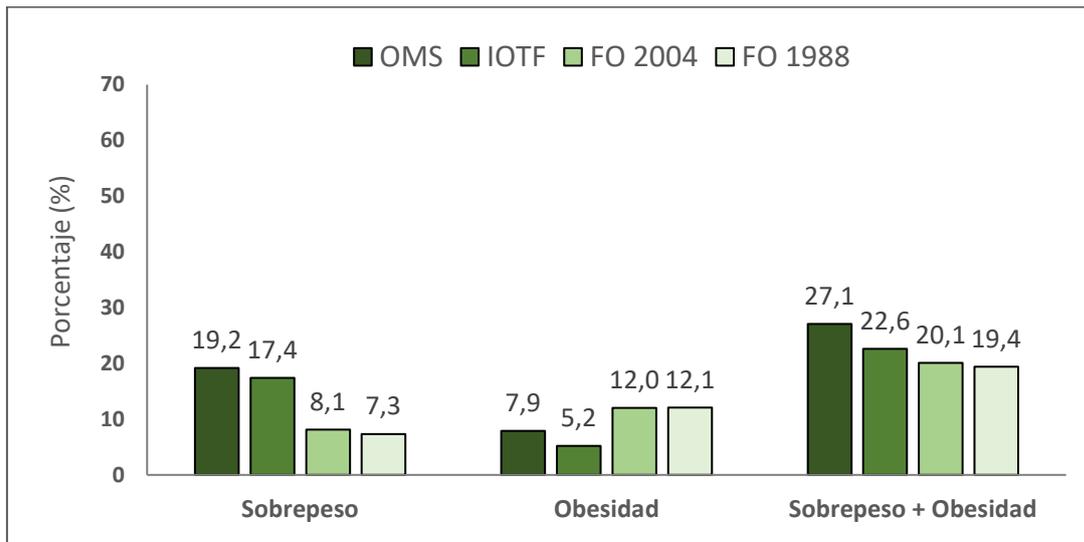
Se puede observar que las prevalencias de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso varían sustancialmente en función del criterio de clasificación utilizado, debido a los diferentes puntos de corte empleados para categorizar el estado ponderal infantil de manera estandarizada (Tabla 3).

A los 14 años, las prevalencias de sobrepeso obtuvieron los valores más altos mediante el criterio de clasificación de la OMS–2007 (19,2%), y valores inferiores con las tablas de referencia para la población infantil española de la FO–1988 (7,3%). Sin embargo, las mayores prevalencias de obesidad general se observaron con el criterio de la FO–1988 (12,1%), y las menores con el criterio de la IOTF–2000 (5,2%). Las prevalencias de bajo peso variaron del 0,8% según la FO–1988, al 2,2% según la OMS–2007.

En relación a la distribución por sexo, se observó, según el criterio de clasificación de la FO–2004, una prevalencia de sobrepeso y obesidad general superior en niñas que en niños (10,5% vs. 5,7%, y 13,4% vs. 10,7% y  $p < 0,05$ , respectivamente).

En el Gráfico 3 se presentan las prevalencias de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso (sobrepeso más obesidad) según los cuatro criterios de clasificación. La mayor prevalencia de exceso de peso se observó con el criterio de la OMS–2007 (27,1%) y la inferior con el criterio de la FO–1988 (19,4%). Se observa mayor prevalencia de exceso de peso en niños que en niñas con los criterios de la FO–2024 y la FO–1988.

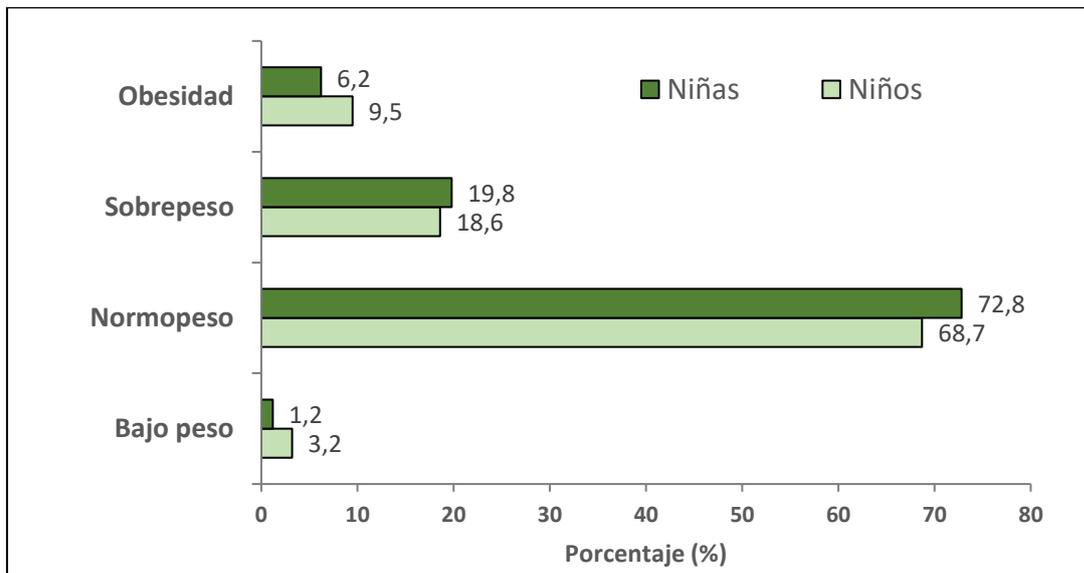
**Gráfico 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad a los 14 años de edad según diferentes criterios de clasificación. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**



OMS: Organización Mundial de la Salud. IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbeozo  
Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

El Gráfico 4 muestra, por sexo, la distribución proporcional del bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad a los 14 años según criterios de la OMS–2007.

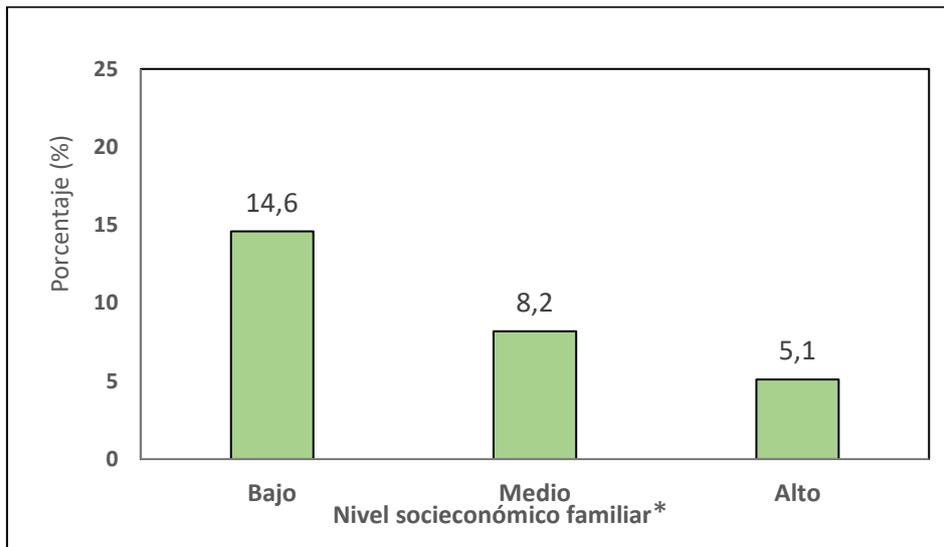
**Gráfico 4. Distribución del estado ponderal a los 14 años de edad según sexo. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**



Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

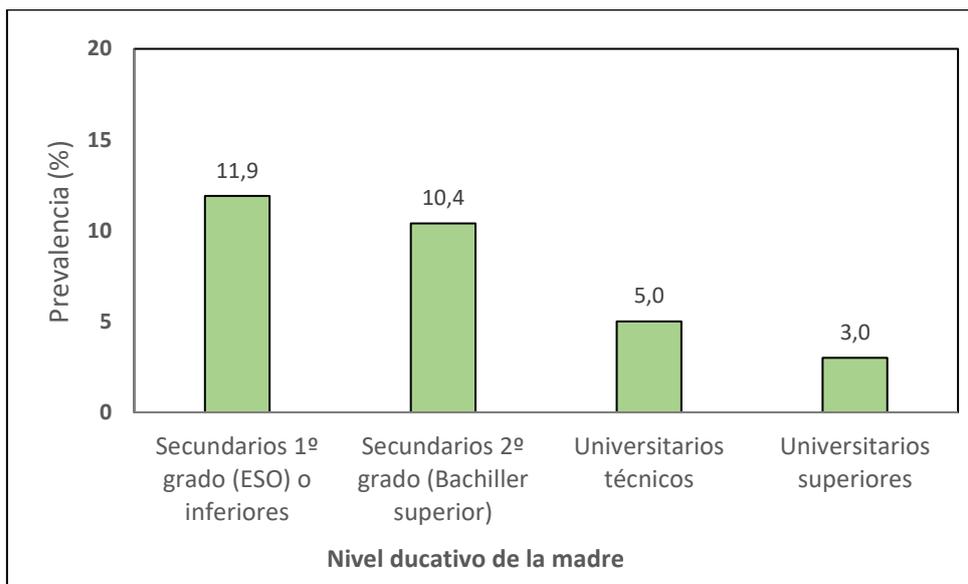
### 3.3.2. Prevalencia de obesidad general a los 14 años de edad, según factores sociodemográficos

En los Gráficos 5 y 6 se muestran la prevalencia de obesidad general según el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estudios de la madre. Se observa un gradiente negativo de la prevalencia de obesidad general con el nivel socioeconómico familiar y con el nivel de estudios de la madre. Los participantes con alto nivel socioeconómico o con madres universitarias tenían una prevalencia de obesidad general de 5,1% y 3,0%, respectivamente, mientras que los participantes con bajo nivel socioeconómico o con madre con estudios secundarios de primer grado tenían una prevalencia de obesidad general de 14,6% y 11,9%, respectivamente.

**Gráfico 5. Prevalencia de obesidad a los 14 años de edad según nivel socioeconómico familiar. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

\* Medido a partir de la Family Affluence Scale (FAS-II)

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

**Gráfico 6. Prevalencia de obesidad a los 14 años de edad según nivel de estudios de la madre. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

La prevalencia de obesidad general fue superior en niños que en niñas, con un OR de 1,6 (IC95%: 1,2–2,1); los niños/as participantes con familias de bajo nivel socioeconómico presentaron un OR de 2,4 (IC95%: 1,6–3,4) respecto a los de alto nivel socioeconómico, y los participantes con madre con nivel de estudios secundarios de primer grado o inferior un OR de 3,2 (IC95%: 2,0–5,2) respecto a los de madres con estudios universitarios superiores (Tabla 4).

**Tabla 4. Asociación entre la obesidad general a los 14 años de edad con el sexo, el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estudios de la madre. Criterios OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	n	Prevalencia	OR <sup>a</sup> (IC95%)	p–valor
<b>Total (N = 3.074)</b>	242	7,9 (6,9–8,9)	–	–
<b>Sexo (N = 3.074)</b>				
Niñas	94	6,2 (5,0–7,5)	1 (ref)	
Niños	148	9,5 (8,1–11,1)	1,6 (1,2–2,1)	<0,001
<b>Nivel socioeconómico (N = 2.922)</b>				
Alto	77	5,1 (4,0–6,3)	1 (ref)	
Medio	72	8,2 (6,4–10,2)	1,3 (0,9–1,8)	0,129
Bajo	76	14,6 (11,7–17,9)	2,4 (1,6–3,4)	<0,001
<b>Nivel de estudios de la madre (N = 2.858)</b>				
Universitarios superiores	26	3,0 (1,9–4,3)	1 (ref)	
Universitarios técnicos	18	5,0 (3,0–7,7)	1,7 (0,9–3,1)	0,110
Secundarios 2º grado (Bachiller superior)	101	10,4 (8,5–12,4)	3,4 (2,2–5,3)	<0,001
Secundarios 1er. grado (ESO) o inferiores	77	11,9 (9,5–14,7)	3,2 (2,0–5,2)	<0,001

<sup>a</sup> OR: Odds ratio estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad, nivel socioeconómico familiar y educativo de la madre. IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### 3.3.3. Evolución del sobrepeso y la obesidad general a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad

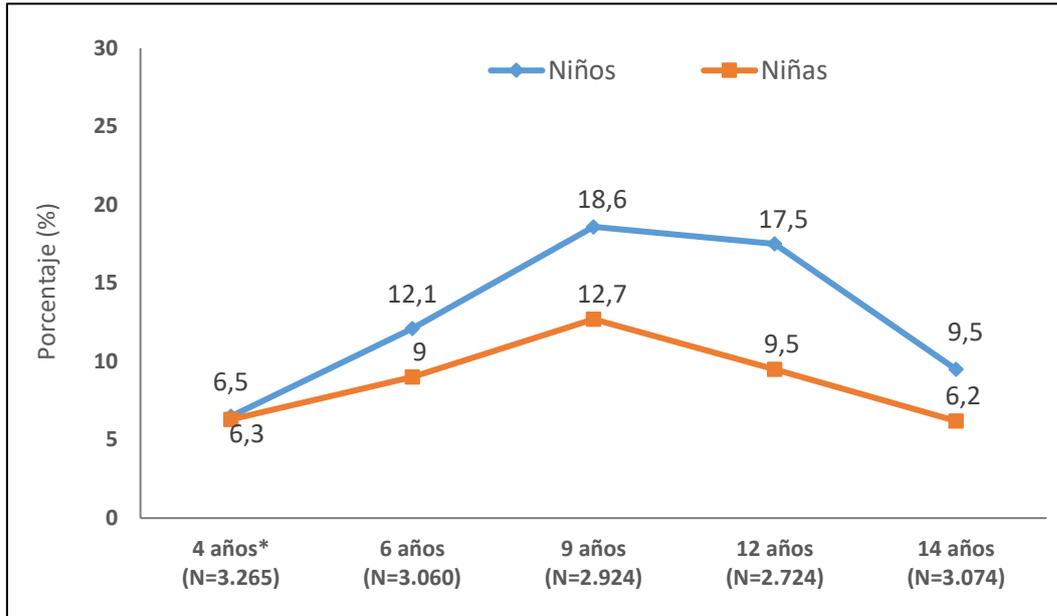
Según el criterio OMS–2007, la prevalencia de sobrepeso y obesidad general aumentó de manera progresiva y significativa. La obesidad aumentó del 6,4% a 15,6% de los 4 a los 9 años, descendiendo al 13,4% y 7,9% a los 12 y 14 años de edad, respectivamente. Y el sobrepeso aumentó de 17,2% a 25,5% de los 4 a los 12 años. Por sexo, se observan mayores prevalencias de obesidad general en niños que en niñas a los 6, 9, 12 y 14 años de edad (Tabla 5 y Gráfico 7).

**Tabla 5. Evolución del estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, ambos sexos. Criterios OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

		4 años (N = 3.256)		6 años (N = 3.060)		9 años (N = 2.924)		12 años (N = 2.724)		14 años (N = 3.074)	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Total</b>	<b>Obesidad</b>	6,4	5,5–7,2	10,6	9,4–11,6	15,6	14,3–17,0	13,4	12,1–14,7	7,9	6,9–8,9
	<b>Sobrepeso</b>	17,2	15,8–18,5	17,1	15,7–18,4	22,5	21,1–24,1	25,5	23,8–27,2	19,2	17,9–20,7
	<b>Normopeso</b>	75,5	73,9–76,9	71,1	69,5–72,7	60,4	58,6–62,2	58,9	57,0–60,4	70,7	69,1–72,3
	<b>Bajo peso</b>	1,0	0,6–1,3	1,2	0,8–1,7	1,5	1,1–2,0	2,2	1,7–2,9	2,2	1,7–2,8
<b>Niños</b>	<b>Obesidad</b>	6,5	5,3–7,8	12,1	10,4–13,7	18,6	16,6–20,6	17,5	15,5–19,6	9,5	8,1–11,1
	<b>Sobrepeso</b>	17,4	15,6–19,3	17,7	15,7–19,6	21,5	19,5–23,7	26,0	23,6–28,4	18,6	16,7–20,6
	<b>Normopeso</b>	75,3	73,1–77,3	69,1	66,7–71,4	58,6	56,0–61,1	54,2	51,5–56,9	68,7	66,3–71,0
	<b>Bajo peso</b>	0,8	0,4–1,3	1,2	0,6–1,8	1,4	0,9–2,1	2,3	1,6–3,3	3,2	2,3–4,2
<b>Niñas</b>	<b>Obesidad</b>	6,3	7,1–9,9	9,0	7,6–10,5	12,7	11,1–14,5	9,5	8,0–11,1	6,2	5,0–7,5
	<b>Sobrepeso</b>	16,9	15,1–18,8	16,4	14,5–18,4	23,5	21,4–25,7	25,0	22,7–27,4	19,8	17,9–21,9
	<b>Normopeso</b>	75,6	73,4–77,7	73,2	70,9–75,4	62,3	59,8–64,7	63,4	60,8–65,9	72,8	70,5–75,0
	<b>Bajo peso</b>	1,2	0,7–1,8	1,3	0,8–2,0	1,6	1,0–2,3	2,2	1,5–3,1	1,2	0,7–1,9

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

**Gráfico 7. Prevalencia de obesidad general en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, según sexo. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

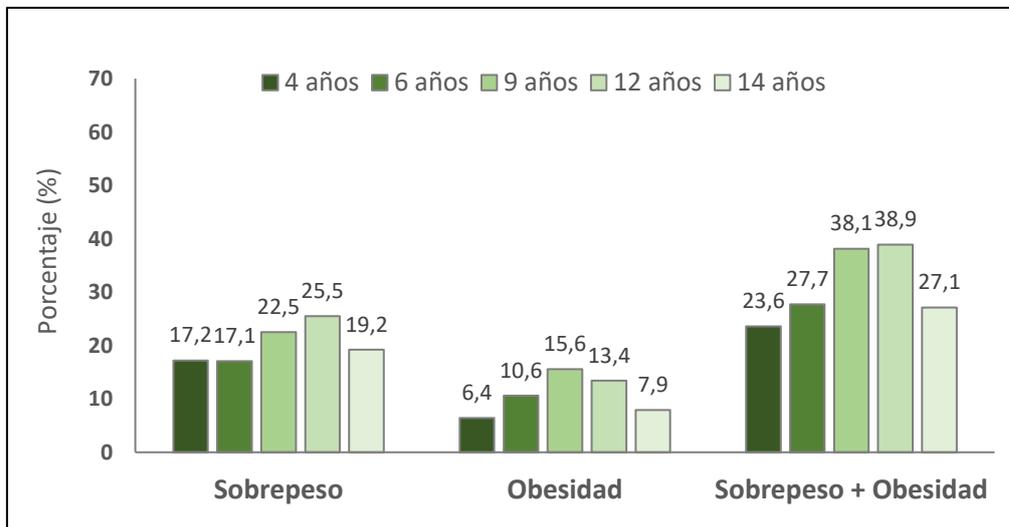


\*Estudio de los 4 años (años 2012–2013), 6 (2014–2015), 9 (2017–2018) 12 (2020–2021) y 14 años (2022–2023)

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

En el Gráfico 8 y la Tabla 6, se muestra la evolución del estado ponderal según los criterios de la IOTF–2000 y la FO, totales y por sexo. Según los diferentes criterios se observan grandes variaciones de las prevalencias tanto en sobrepeso como en obesidad, así como en niños y niñas.

**Gráfico 8. Prevalencia de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Ambos sexos. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**



Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

**Tabla 6. Estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, según criterios de clasificación de la IOTF y la FO. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

TOTAL		4 años (N = 3.256)		6 años (N = 3.060)		9 años (N = 2.924)		12 años (N = 2.724)		14 años (N = 3.074)	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
IOTF (2000)	Obesidad	3,7	3,0–4,4	7,5	6,5–8,5	7,8	6,9–8,8	7,5	6,5–8,5	5,2	4,4–6,1
	Sobrepeso	9,3	8,3–10,3	23,3	21,7–24,9	20,9	19,5–22,4	23,3	21,7–24,9	17,4	16,1–18,8
	Normopeso	83,8	82,5–85,0	67,7	68,9–69,4	70,0	68,3–71,6	67,7	68,9–69,4	76,1	74,5–77,6
	Bajo peso	3,2	2,6–3,8	1,58	1,1–2,1	1,3	0,9–1,7	1,58	1,1–2,1	1,3	0,9–1,8
FO (2004)	Obesidad	5,0	4,2–5,8	16,8	15,4–18,2	10,7	9,6–11,9	16,8	15,4–18,2	12,0	10,9–13,2
	Sobrepeso	6,6	5,7–7,4	9,3	8,2–10,4	7,5	6,6–8,5	9,3	8,2–10,4	8,1	7,1–9,1
	Normopeso	85,6	84,4–86,6	72,5	70,8–74,2	80,0	78,5–81,4	72,5	70,8–74,2	78,8	77,3–80,2
	Bajo peso	2,8	2,2–3,4	1,5	1,1–2,0	1,8	1,4–2,3	1,5	1,1–2,0	1,1	0,8–1,6
FO (1988)	Obesidad	4,7	3,9–5,4	17,8	16,3–19,3	15,7	14,5–17,1	17,8	16,3–19,3	12,1	11,0–13,3
	Sobrepeso	3,4	2,6–4,2	10,4	9,3–11,6	8,7	7,8–9,8	10,4	9,3–11,6	7,3	6,4–8,2
	Normopeso	86,5	85,2–87,8	71,4	69,7–73,1	75,0	73,4–76,6	71,4	69,7–73,1	79,8	78,4–81,2
	Bajo peso	5,4	4,6–6,2	0,4	0,2–0,7	0,5	0,3–0,8	0,4	0,2–0,7	0,8	0,5–1,2
NIÑOS		4 años (N = 1.660)		6 años (N = 1.551)		9 años (N = 1.447)		12 años (N = 1.332)		14 años (N = 1.552)	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
IOTF (2000)	Obesidad	2,9	2,1–3,8	6,1	4,9–7,4	8,1	6,8–9,6	9,2	7,7–10,8	5,9	4,8–7,2
	Sobrepeso	7,8	6,5–9,2	13,8	12,1–15,6	20,2	18,2–22,4	24,7	22,4–	17,5	15,7–19,5
	Normopeso	86,5	84,7–88,1	78,3	76,2–80,3	70,9	68,5–73,2	64,8	62,2–	75,1	72,8–77,2
	Bajo peso	2,8	2,0–3,6	1,7	1,1–2,5	0,8	0,5–1,5	1,4	0,8–2,1	1,5	0,9–2,2
FO (2004)	Obesidad	3,8	2,9–4,8	7,4	6,1–8,7	8,4	07,1–09,9	14,6	12,8–	10,7	9,2–12,3
	Sobrepeso	5,3	4,2–6,4	7,9	6,6–9,3	6,2	05,1–7,6	8,6	7,1–10,2	5,7	4,6–6,9
	Normopeso	88,1	86,4–89,5	83,8	81,8–85,5	84,2	82,2–86,0	75,4	73,0–	82,2	80,2–84,1
	Bajo peso	2,8	2,0–3,7	1,0	0,5–1,5	1,2	0,7–1,9	1,4	0,9–2,2	1,4	0,9–2,1
FO (1988)	Obesidad	4,8	3,8–5,9	8,8	7,4–10,3	18,1	16,2–20,2	20,8	18,6–	13,9	12,2–15,7
	Sobrepeso	6,7	5,5–7,9	8,2	6,8–9,6	8,6	7,4–10,1	11,1	9,5–12,9	7,5	6,3–9,0
	Normopeso	81,9	79,9–83,7	19,9	77,8–81,9	72,9	70,6–75,2	67,9	65,4–	77,7	75,6–79,8
	Bajo peso	6,6	5,4–7,8	3,0	2,2–4,0	0,3	0,1–0,8	0,2	0,0–0,6	0,8	0,4–1,4
NIÑAS		4 años (N = 1.596)		6 años (N = 1.509)		9 años (N = 1.477)		12 años (N = 1.392)		14 años (N = 1.522)	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
IOTF (2000)	Obesidad	4,6	3,6–5,7	6,6	5,4–8,0	7,5	6,2–8,9	5,8	4,6–7,1	4,5	3,5–5,6
	Sobrepeso	10,8	9,2–12,4	15,1	13,3–17,0	21,6	19,5–23,8	21,9	19,8–	17,3	15,5–19,3
	Normopeso	81,0	79,0–82,9	76,3	74,0–78,4	69,2	66,8–71,5	70,4	67,9–	77,1	74,9–79,2
	Bajo peso	3,6	2,7–4,6	2,0	1,3–2,8	1,7	1,1–2,5	1,8	1,2–2,6	1,1	0,7–1,8
FO (2004)	Obesidad	6,3	5,0–7,5	7,8	6,4–9,2	12,9	11,3–14,8	18,8	16,8–	13,4	11,7–15,2
	Sobrepeso	7,9	6,6–9,3	10,7	9,2–12,4	8,7	7,4–10,3	9,9	8,4–11,6	10,5	9,0–12,2
	Normopeso	83,1	81,1–84,8	81,2	79,1–83,1	75,9	73,7–78,1	69,8	67,3–	75,2	73,0–77,4
	Bajo peso	2,8	2,0–3,6	0,3	0,1–0,7	2,4	1,7–3,3	1,5	0,9–2,3	0,9	0,5–1,5
FO (1988)	Obesidad	4,6	3,6–5,7	5,8	4,6–7,0	13,3	11,7–15,2	14,9	13,1–	10,2	8,8–11,9
	Sobrepeso	5,1	4,1–6,3	7,2	5,9–8,5	8,9	07,5–10,4	9,8	8,4–11,6	7,0	5,7–8,4
	Normopeso	86,2	84,3–87,8	84,9	82,9–86,6	77,1	74,8–79,2	74,7	72,3–	82,0	80,0–83,9
	Bajo peso	4,1	3,2–5,2	2,2	1,5–3,0	0,7	0,4–1,3	0,6	0,2–1,1	0,8	0,4–1,4

IOTF: International Obesity Task Force. FO: Fundación Orbegozo

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### 3.3.4. Persistencia de sobrepeso y obesidad general de los 4 a los 14 años de edad

Durante el seguimiento de la población infantil de los 4 a los 14 años de edad, se estudiaron las variaciones del estado ponderal de los 4, 6, 9 y 12 años a los 14 años de edad.

La persistencia de la obesidad general ocurre con frecuencia durante las primeras etapas de la vida y posteriormente hasta la edad adulta. En nuestro estudio, los niños/as que habían estado en obesidad general a los 4, 6, 9 y 12 años permanecieron en obesidad a la edad de 14 años en torno al 40-50%: el 50,0% de los 4 a los 14 años, el 45,1% de los 6 a los 14 años, el 42,3% de los 9 a los 14 años y el

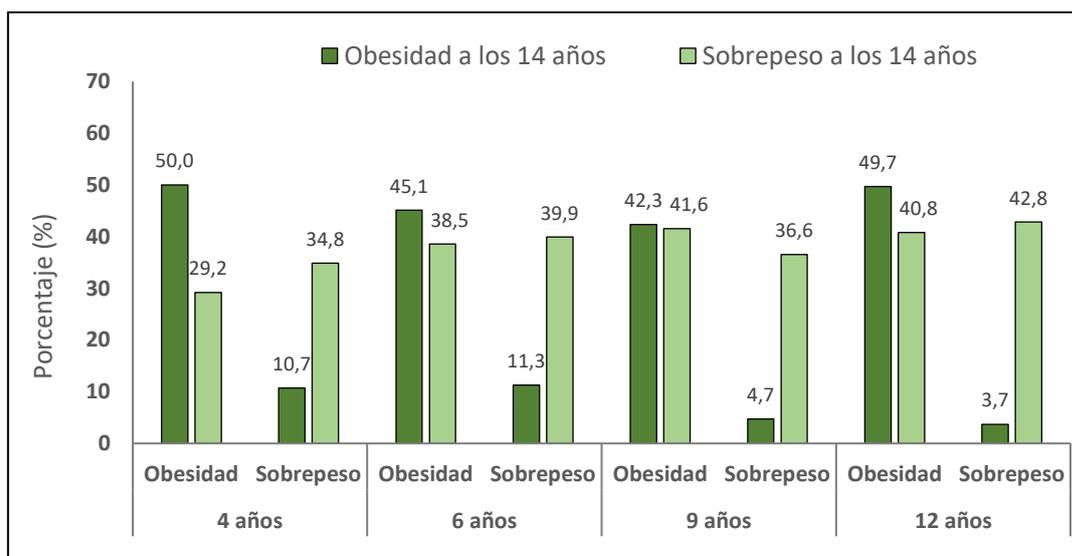
49,7% de los 12 a los 14 años. Los niños que a los 4, 6, 9 o 12 años estaban en sobrepeso, a los 14 años permanecieron en sobrepeso el 34,8%, 39,9%, 36,6% y 42,8 % respectivamente. De los que estaban con obesidad en algún momento desde los 4 a los 12 años, pasaron a normopeso a los 14 años entre el 9,5% (con obesidad a los 12 años) y el 20,8% (con obesidad a los 4 años) (Tabla 7 y Gráfico 9).

**Tabla 7. Variaciones del estado ponderal de los 4, 6, 9 y 12 años a los 14 años de edad. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

Estado ponderal a los 4 años	Estado ponderal a los 14 años					
	Obesidad		Sobrepeso		Normopeso	
	n	%	n	%	n	%
Obesidad (n = 144)	72	50,0	42	29,2	30	20,8
Sobrepeso (n = 419)	45	10,7	146	34,8	228	54,5
Normopeso (n = 1.882)	76	8,1	273	14,5	1533	81,4
Estado ponderal a los 6 años	n	%	n	%	n	%
Obesidad (n = 275)	12	45,1	106	38,5	45	16,4
Sobrepeso (n = 471)	53	11,3	188	39,9	230	48,8
Normopeso (n = 1.920)	34	1,8	223	11,6	1663	86,6
Estado ponderal a los 9 años	n	%	n	%	n	%
Obesidad (n = 397)	16	42,3	165	41,6	64	16,1
Sobrepeso (n = 610)	29	4,7	223	36,6	358	58,7
Normopeso (n = 1.602)	2	0,1	110	6,9	1490	93,0
Estado ponderal a los 12 años	n	%	n	%	n	%
Obesidad (n = 348)	17	49,7	142	40,8	33	9,5
Sobrepeso (n = 682)	25	3,7	292	42,8	365	53,5
Normopeso (n = 1.618)	3	0,2	74	4,6	95,24	88,2

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

**Gráfico 9. Persistencia de obesidad general y sobrepeso de los 4, 6 y 9 y 12 años a los 14 años de edad. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**



Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### 3.4. Obesidad abdominal

#### 3.4.1. Prevalencia de obesidad abdominal a los 14 años y su evolución de los 4 a los 14 años de edad

La prevalencia de obesidad abdominal, a los 14 años de edad fue del 9,8% (IC95%: 8,5–11,2), siendo similar en niños (9,5%) que en niñas (10,1%). En la Tabla 8 se observa cómo la prevalencia de obesidad abdominal aumentó progresivamente desde los 4 años (7,8%) hasta los 12 años (16,5%), descendiendo al 9,8% a los 14 años de edad. La prevalencia de obesidad abdominal fue superior en niñas que en niños hasta los 9 años de edad; y similar a los 12 y 14 años en ambos sexos.

Por sexo, la tendencia de la obesidad abdominal es creciente en el tiempo, aumentando de 6,6% a 16,5% de los 4 a los 12 años en los niños, siendo similar en las niñas, donde aumentó de 9,1% a 16,5% respectivamente. De los 12 a los 14 años la prevalencia de obesidad abdominal descendió en ambos sexos.

**Tabla 8. Prevalencia de obesidad abdominal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

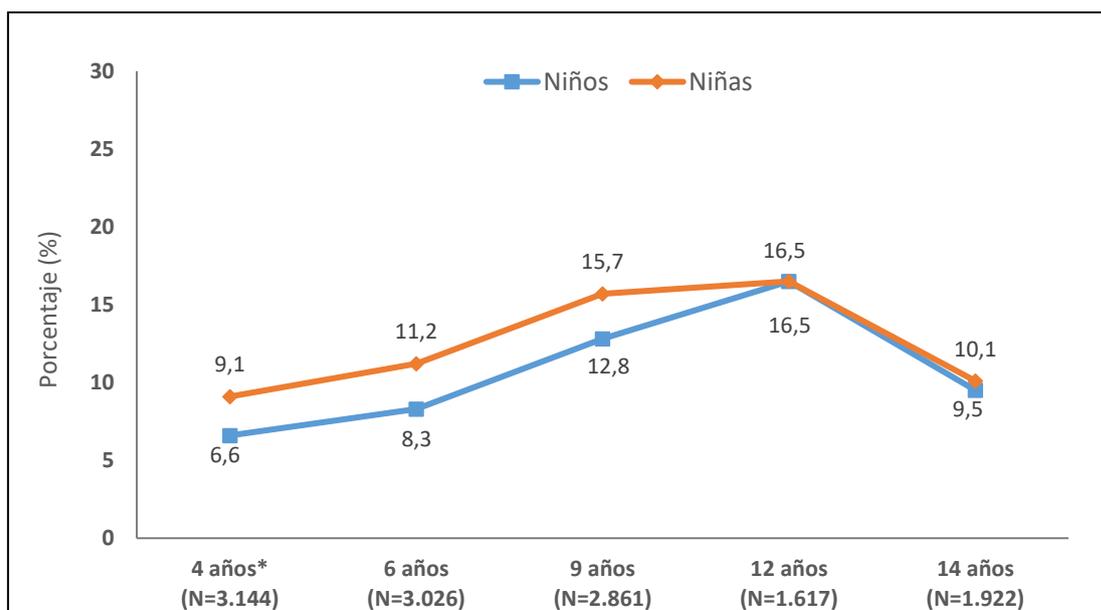
	4 años (N = 3.278)		6 años (N = 3.263)		9 años (N = 2.971)		12 años (N = 1.617)		14 años (N = 1.921)	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Total</b>	7,8	6,9–8,8	9,7	8,7–10,8	14,3	13,0–15,6	16,5	14,7–18,4	9,8	8,5–11,2
<b>Niños</b>	6,6	5,5–7,9	8,3	7,0–9,7	12,8	11,2–14,7	16,5	14,0–19,3	9,5	7,8–11,6
<b>Niñas</b>	9,1	7,7–10,6	11,2	9,7–12,8	15,7	13,9–17,6	16,5	14,0–19,2	10,1	8,3–12,1

Obesidad abdominal: percentil  $\geq 90$  de la circunferencia de cintura estandarizada según consenso de la IDF

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad Madrid

La prevalencia de obesidad abdominal por sexo a los 4, 6, 9, 12 y 14 años se muestra en el Gráfico 10. A los 4, 6 y 9 años las prevalencias de obesidad abdominal fueron ligeramente superiores en niños que en niñas y similares a los 12 y 14 años de edad.

**Gráfico 10. Prevalencia de obesidad abdominal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**



\* Estudio de los 4 años (años 2012–2013), 6 (2014–2015), 9 (2017–2018) 12 (2020–2021) y 14 años (2022–2023)

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Madrid

### 3.4.2. Persistencia de la obesidad abdominal de los 4 a los 14 años de edad

La persistencia de obesidad abdominal de los 4, 6, 9 y 12 años hasta los 14 años de edad fue de 33,6%, 46,6%, 46,3% y 48,7% respectivamente (Tabla 9).

**Tabla 9. Persistencia de la obesidad abdominal de los 4, 6, 9 y 12 a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023.**

Obesidad abdominal <sup>a</sup> a los 4 años	Obesidad abdominal a los 14 años			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Sí (n=128)	43	33,6	85	66,4
No (n=1.427)	112	7,9	1.315	92,1
Obesidad abdominal a los 6 años	Sí		No	
	n	%	n	n
	Sí (n=161)	75	46,6	86
No (n=1.530)	92	6,0	1.438	94,0
Obesidad abdominal a los 9 años	Sí		No	
	n	%	n	n
	Sí (n=253)	117	46,3	136
No (n=1.489)	53	3,6	1.436	96,4
Obesidad abdominal a los 12 años	Sí		No	
	n	%	n	n
	Sí (n= 197)	96	48,7	101
No (n= 964)	17	1,8	947	98,2

<sup>a</sup> Obesidad abdominal: percentil  $\geq 90$  de la circunferencia de cintura

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

### 3.5. Obesidad infantil y presión arterial

#### 3.5.1 Asociación del sobrepeso, obesidad general y abdominal con la presión arterial

Los niveles medios de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) fueron de 110,4 mmHg y 64,8 mmHg, respectivamente. La PAS fue mayor en niños (112,4 mmHg) que en niñas (108,5 mmHg) y la PAD fue similar en ambos sexos.

La Tabla 10 presenta las medias de PAS y PAD según las categorías del estado ponderal. Los valores medios de la PAS y PAD aumentan de forma progresiva de normopeso, a sobrepeso y obesidad general, siendo la media de PAS y PAD de 108,4 mmHg y 63,6 mmHg para el normopeso y de 119,0 mmHg y 70,3 mmHg para la obesidad, respectivamente. Este incremento se observa también en niños y niñas, así los niños en normopeso tenían una PAS de 110,3 mmHg y los que estaban en obesidad general de 120,9 mmHg; en las niñas el cambio fue de 106,5 a 116,2 mmHg, respectivamente.

**Tabla 10. Distribución de valores medios de presión arterial sistólica y diastólica según estado ponderal y sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	Presión arterial sistólica (mmHg)		
	Media (DE)		
	Total	Niños	Niñas (N=1.479)
<b>Total</b>	110,4 (12,4)	112,4 (12,7)	108,5 (11,8)
<b>Normopeso</b>	108,4 (12,0)	110,3 (12,4)	106,5 (11,4)
<b>Sobrepeso</b>	114,7 (11,6)	116,0 (12,2)	113,5 (10,9)
<b>Obesidad<sup>a</sup></b>	119,0 (11,6)	120,9 (11,2)	116,2 (11,8)
	Presión arterial diastólica (mmHG)		
	Media (DE)		
	Total	Niños	Niñas (N=1.479)
<b>Total</b>	64,8 (8,9)	64,8 (9,1)	64,8 (8,7)
<b>Normopeso</b>	63,6 (8,6)	63,6 (8,6)	63,6 (8,5)
<b>Sobrepeso</b>	67,2 (8,8)	66,4 (9,3)	67,9 (8,3)
<b>Obesidad<sup>a</sup></b>	70,3 (9,0)	70,7 (9,3)	69,7 (8,5)

DE: Desviación estándar. <sup>a</sup> Estado ponderal: según criterios de la OMS–2007.

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

Los valores medios de PAS y PAD son superiores en el grupo con obesidad abdominal, tanto en niños como en niñas. Los participantes con obesidad abdominal tienen una media de PAS y PAD de 117,7 mmHg y 70,3 mmHG, mientras que los que no tienen obesidad general, la media de PAS y PAD era de 108,8 mmHg y 63,8 mmHG, respectivamente ( $p < 0,05$ ) (Tabla 11).

**Tabla 11. Distribución de valores medios de presión arterial sistólica y diastólica según obesidad abdominal y sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	Presión arterial sistólica (mmHG)		
	Media (DE)		
	Total(N=1.911)	Niños (N=952)	Niñas (N=959)
<b>Sin obesidad abdominal</b>	108,8 (12,1)	110,7 (12,4)	106 (11,4)
<b>Con obesidad</b>	117,7 (12,2)	122,0 (12,6)	113,6 (10,5)
	Presión arterial diastólica (mmHG)		
	Media (DE)		
	Total(N=1.911)	Niños (N=952)	Niñas (N=959)
<b>Sin obesidad abdominal</b>	63,8 (8,6)	63,7 (8,7)	63,9 (8,5)
<b>Con obesidad</b>	70,3 (9,3)	71,9 (9,9)	68,9 (8,5)

DE: Desviación estándar. <sup>a</sup> Estado ponderal: según criterios de la OMS–2007

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

La Tabla 12 muestra la relación lineal entre la obesidad general y la presión arterial. Los participantes con sobrepeso u obesidad general tienen unas medias de PAS y PAD superiores, respecto a los niños/as en normopeso. Así, respecto a los niños/as en normopeso, los niños/as en sobrepeso y obesidad general tienen un coeficiente  $\beta$  superior para la PAS de 6,50 y 10,28, y de 3,63 y 6,74 para la PAD, respectivamente, siendo similar en niños y niñas.

**Tabla 12. Asociación lineal (coef.  $\beta$ ) entre estado ponderal y presión arterial a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	Presión arterial sistólica (mmHg)		
	Coef. $\beta^b$ (IC95%)		
	Total (N=2.956)	Niños (N=1.477)	Niñas (N=1.479)
Normopeso <sup>a</sup>	(ref)	(ref)	(ref)
Sobrepeso	6,50 (5,4–7,6) <sup>††</sup>	5,79 (4,2–7,4) <sup>††</sup>	7,05 (5,6–8,5) <sup>††</sup>
Obesidad	10,28 (8,6–11,9) <sup>††</sup>	10,73 (8,5–12,9) <sup>††</sup>	9,47 (7,0–11,9) <sup>††</sup>
	Presión arterial diastólica (mmHg)		
	Coef. $\beta$ (IC95%)		
	Total (N=2.953)	Niños (N=1.476)	Niñas (N=1.477)
Normopeso	(ref)	(ref)	(ref)
Sobrepeso	3,63 (2,8–4,4) <sup>††</sup>	2,83 (1,7–4,0) <sup>††</sup>	4,30 (3,2–5,4) <sup>††</sup>
Obesidad	6,74 (5,5–7,9) <sup>††</sup>	7,03 (5,4–8,6) <sup>††</sup>	6,15 (4,3–8,0) <sup>††</sup>

<sup>a</sup> Estado ponderal: según criterios OMS–2007. <sup>b</sup>Coef.  $\beta$ : coeficiente estimado mediante regresión lineal, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. <sup>†</sup>  $p < 0,05$  <sup>††</sup>  $p < 0,001$

Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

De la misma manera, los modelos estiman que los participantes con obesidad abdominal (Tabla 13) tienen valores medios superiores de TA respecto a los niños/as sin obesidad abdominal. Así, la obesidad abdominal se asocia con un gran incremento de la PAS y PAD, observando un coeficiente  $\beta$  de 8,85 y 6,40 para la PAS y PAD, respectivamente; en los niños con obesidad abdominal los coeficientes  $\beta$  fueron de 11,09 mmHg y 7,99 mmHg y en las niñas de 6,83 mmHg y 4,87 mmHg, respectivamente.

**Tabla 13. Asociación lineal (coef.  $\beta$ ) entre obesidad abdominal y presión arterial a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

	Presión arterial sistólica (mmHg)		
	Coef. $\beta^b$ (IC95%)		
	Total (N=1.914)	Niños (N=953)	Niñas (N=961)
Sin obesidad abdominal	(ref)	(ref)	(ref)
Con obesidad abdominal <sup>a</sup>	8,85 (7,0–10,7) <sup>††</sup>	11,09 (8,4–13,8) <sup>††</sup>	6,83 (4,4–9,2) <sup>††</sup>
	Presión arterial diastólica (mmHg)		
	Coef. $\beta$ (IC95%)		
	Total (N=1911)	Niños (N=952)	Niñas (N=959)
Sin obesidad abdominal	(ref)	(ref)	(ref)
Con obesidad abdominal	6,40 (5,1–7,7) <sup>††</sup>	7,99 (6,1–9,9) <sup>††</sup>	4,87 (3,1–6,7) <sup>††</sup>

<sup>a</sup> Obesidad abdominal: percentil  $\geq 90$  de la circunferencia de cintura. <sup>b</sup> Coef.  $\beta$ : coeficiente estimado mediante regresión lineal, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar.

IC95%: intervalo de confianza al 95%. <sup>†</sup>  $p < 0,05$  <sup>††</sup>  $p < 0,001$

Fuente: Estudio ELOIN. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

### 3.5.2. Asociación de la obesidad general y abdominal con la presión arterial elevada

La prevalencia de presión arterial elevada fue del 19,8%, siendo superior en niños (21,0%) que en niñas (18,5%). La prevalencia de presión arterial elevada es superior en los niños/as que estaban en obesidad general (43,7%) u obesidad abdominal (38,3%) respecto a los niños/as sin obesidad general (15,3%) y sin obesidad abdominal (15,5%) (Tabla 14).

Según el estado ponderal, y ajustando por edad y nivel socioeconómico familiar, los niños/as en estado de sobrepeso u obesidad general a los 14 años tenían un OR de presión arterial elevada de

2,09 (IC95%: 1,7–2,6) y 4,44 (IC95%: 3,3–5,9), respectivamente, en relación a los que estaban en normopeso. Por sexo, en niños en sobrepeso y obesidad general tenían un OR de 1,85 y 4,43 y las niñas de 2,36 y 4,38, respectivamente. Respecto a la obesidad abdominal los niños/as con obesidad abdominal tienen un OR de padecer presión arterial elevada de 3,46 (IC95%: 2,5–4,8), en relación a los niños/as sin obesidad abdominal; siendo este estimador superior en niños, con un OR de 5,29 frente a las niñas, con un OR de 2,20 (Tabla 14).

**Tabla 14. Asociación (OR) entre obesidad general o abdominal y presión arterial elevada a los 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023.**

Estado ponderal <sup>b</sup>	Total (N=2.968)		Niños (N=1.489)		Niñas (N=1.479)	
	Prevalencia (%)	OR <sup>d</sup> (IC95%)	Prevalencia (%)	OR (IC95%)	Prevalencia (%)	OR (IC95%)
<b>Total</b>	19,8	–	21,0		18,5	–
<b>Normopeso</b>	15,3	1 (ref)	16,3	1 (ref)	14,3	1 (ref)
<b>Sobrepeso</b>	27,0	2,09 (1,7–2,6) <sup>††</sup>	26,4	1,85 (1,3–2,5) <sup>††</sup>	27,6	2,36 (1,7–3,2) <sup>††</sup>
<b>Obesidad</b>	43,7	4,44 (3,3–5,9) <sup>††</sup>	46,1	4,43 (3,1–6,4) <sup>††</sup>	40,0	4,38 (2,7–7,0) <sup>††</sup>
Obesidad abdominal <sup>c</sup>	Total (N=1.913)		Niños (N=952)		Niñas (N=961)	
	Prevalencia	OR (IC95%)	Prevalencia	OR (IC95%)	Prevalencia	OR (IC95%)
<b>Sin obesidad abdominal</b>	15,5	1 (ref)	16,0	1 (ref)	14,9	1 (ref)
<b>Con obesidad abdominal</b>	38,3	3,46 (2,5–4,8) <sup>††</sup>	50,6	5,29 (3,4–8,3) <sup>††</sup>	26,8	2,20 (1,3–3,6) <sup>†</sup>

<sup>a</sup> Presión arterial elevada: presión arterial sistólica o diastólica superior al percentil 90. <sup>b</sup> Estado ponderal: según criterios de la OMS–2007 basado en IMC. <sup>c</sup> Obesidad abdominal: percentil  $\geq 90$  de la circunferencia de cintura estandarizada. <sup>d</sup> OR: Odds ratio estimados mediante regresión logística, modelo ajustado por sexo, edad y nivel socioeconómico familiar. IC95%: intervalo de confianza al 95%. <sup>†</sup>  $p < 0,05$  <sup>††</sup>  $p < 0,001$ . Fuente: Estudio ELOIN. Unidad Técnica de Enfermedades No Transmisibles. DG. de Salud Pública. Comunidad de Madrid

#### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este informe se presenta la prevalencia a los 14 años de edad de sobrepeso y obesidad infantil, general y abdominal y su evolución y persistencia desde los 4 años; se analiza también su asociación con factores de riesgo sociodemográficos y con la presión arterial elevada, todo ello a partir de los datos del estudio ELOIN.

En la población de 14 años, la prevalencia de sobrepeso fue de 19,2%, y de 7,9% de obesidad general, siendo esta última mayor en niños (9,5%), que en niñas (6,2%). Aproximadamente, uno de cada cuatro niños/as (27,1%) de 14 años estaba en exceso de peso. La prevalencia de obesidad abdominal a los 14 años fue de 9,8%, siendo similar en niños que en niñas. El riesgo de padecer obesidad general, fue 2–3 veces superior en los menores que vivían en familias de bajo nivel adquisitivo respecto a las de alto nivel, así como en aquellos que tenían madres con estudios de secundaria o inferiores en relación a los de madres universitarias. Las prevalencias de obesidad general y obesidad abdominal a los 14 años fueron inferiores a las prevalencias observadas a la edad de 9 y 12 años de edad. Las mayores prevalencias de obesidad general se observaron a los 9 años de edad y de obesidad abdominal a los 12 años. La persistencia de obesidad general y obesidad abdominal de los 4, 6, 9, y 12 a los 14 años de edad se sitúa en torno al 40–50%. Finalmente, los niños y niñas en obesidad

general u obesidad abdominal tienen mayor riesgo de presentar presión arterial elevada, respecto a los que estaban en normopeso o sin obesidad abdominal respectivamente.

Los resultados muestran que, por su elevada prevalencia, –mayor en los niños/as de bajo nivel adquisitivo familiar–, su alta persistencia y su repercusión en los indicadores de salud cardiovascular, la obesidad infantil continúa siendo uno de los problemas actuales más importantes de salud pública en la Comunidad de Madrid, cuyo control supone un gran reto para las autoridades sanitarias y la sociedad en su conjunto. Se constata la necesidad de seguir insistiendo en el refuerzo de acciones de salud pública interinstitucionales de prevención y control, que aborden conjuntamente la dieta y el ejercicio físico, en edades tempranas de la vida en el ámbito familiar, escolar y en el entorno social y que contemplen programas de investigación y vigilancia.

La obesidad infantil es una prioridad a nivel autonómico, nacional e internacional. La Unión europea, la OMS y el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil (2022–2030) plantean la necesidad de abordar la obesidad de forma integral. Las principales recomendaciones van dirigidas a fomentar una vida saludable desde el nacimiento, con intervenciones adaptadas a las diferentes etapas de la infancia, y a disminuir la brecha social y de género en el acceso a los estilos de vida saludable.

En concreto, estas acciones, deben ir dirigidas fundamentalmente a promover una alimentación sana (rica en frutas, vegetales y cereales integrales, con menos proteínas y baja en grasas), un descanso y sueño adecuados, una vida activa con ejercicio físico diario y un menor uso de pantallas. Estas medidas requieren mayor intensidad en aquellos sectores de la población más desfavorecidos con incidencia en el entorno físico y social para reducir el ambiente obesogénico y esta carga de enfermedad en la población infantil.

Además, la vigilancia de la obesidad infantil mantiene especial interés dentro de los programas de Vigilancia en Salud Pública en la Comunidad de Madrid para disponer de información epidemiológica actualizada y orientar las acciones de prevención y control.

### AGRADECIMIENTOS

Los responsables del estudio y la Dirección General de Salud Pública agradecen la participación voluntaria de las familias en el estudio ELOIN a lo largo de los años; la colaboración de los/las pediatras y enfermeras/os de los centros de atención primaria que participan en el estudio.

El estudio ELOIN es promovido, financiado y coordinado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud, en el marco de la Estrategia de Vigilancia en Salud Pública de Factores de riesgo y Enfermedades No transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública.

**Cita recomendada:** Dirección General de Salud Pública. Sobrepeso y obesidad en la población infantil de la Comunidad de Madrid, 2022-2023. Prevalencia a los 14 años y su evolución a los 4, 6, 9, 12 y 14 años. Estudio ELOIN. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 29. Marzo 2024

### Informe elaborado por:

- Honorato Ortiz Marrón. *Unidad Técnica de Vigilancia en Enfermedades No Transmisibles. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. DGSP.*
- Sergio Gómez del Río. Residente 3 de Medicina Preventiva y Salud Pública
- Ana Gandarillas Grande. *Unidad Técnica de Vigilancia en Enfermedades No Transmisibles. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. DGSP.*

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. European Regional Obesity Report. 2022.  
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>
2. García-Solano M, Gutiérrez-González E, López-Sobaler AM, et al. Weight status in the 6- to 9-year-old school population in Spain: results of the ALADINO 2019 Study. *Nutr Hosp.* 2021;38(5):943-953. doi:10.20960/nh.03618
3. Gutiérrez-González E, García-Solano M, Pastor-Barriuso R, et al. A nation-wide analysis of socioeconomic and geographical disparities in the prevalence of obesity and excess weight in children and adolescents in Spain: Results from the ENE-COVID study. *Pediatr Obes.* 2024;19(1):e13085. doi:10.1111/ijpo.13085
4. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estudio de Prevalencia de Malnutrición en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Nº 9. Volumen 23. Septiembre 2017. Published online Madrid 2017. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>
5. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev.* 2007;29(1):29-48.
6. Javed Z, Valero-Elizondo J, Maqsood MH, et al. Social determinants of health and obesity: Findings from a national study of US adults. *Obesity (Silver Spring).* 2022;30(2):491-502. doi:10.1002/oby.23336
7. Leung AKC, Wong AHC, Hon KL. Childhood Obesity: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev.* 2024;20(1):2-26. doi:10.2174/1573396318666220801093225
8. Umer A, Kelley GA, Cottrell LE, Giacobbi P, Innes KE, Lilly CL. Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health.* 2017;17(1):683. doi:10.1186/s12889-017-4691-z
9. Ortiz-Marrón H, Cuadrado-Gamarra JI. Diseño del estudio ELOIN y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 años de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.* 2014;Nº 10. Volumen 20.:68-91.
10. de Onis M, Onyango A, Borghi E, et al. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr.* 2012;15(9):1603-1610. doi:10.1017/S136898001200105X
11. de Onis M, Onyango AW. WHO child growth standards. *Lancet.* 2008;371(9608):204. doi:10.1016/S0140-6736(08)60131-2
12. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320(7244):1240-1243.
13. Fundación Faustino Orbegozo. Los estudios de crecimiento. 2005. Bilbao. <http://www.fundacionorbegozo.com/el-instituto-de-investigacion-del-crecimiento-y-desarrollo/los-estudios-de-crecimiento/>
14. Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004;145(4):439-444. doi:10.1016/j.jpeds.2004.06.044
15. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004;114(2 Suppl 4th Report):555-576.
16. Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. *J Hypertens.* 2016;34(10):1887-1920. doi:10.1097/HJH.0000000000001039
17. Torsheim T, Cavallo F, Levin KA, et al. Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: a Latent Variable Approach. *Child Indic Res.* 2016;9:771-784. doi:10.1007/s12187-015-9339-x

18. ter Bogt TFM, de Looze M, Molcho M, et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study. *Addiction*. 2014;109(2):273-283. doi:10.1111/add.12373

## 6. TABLAS Y GRÁFICOS

### Tablas

Tabla 1. Parámetros antropométricos medios y percentiles a los 14 años según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	10
Tabla 2. Parámetros antropométricos medios en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	10
Tabla 3. Estado ponderal a los 14 años de edad según criterios OMS–2007, totales y por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	12
Tabla 4. Asociación entre la obesidad general a los 14 años de edad con el sexo, el nivel socioeconómico familiar y el nivel de estudios de la madre. Criterios OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	15
Tabla 5. Evolución del estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, ambos sexos. Criterios OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	15
Tabla 6. Estado ponderal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, según criterios de clasificación de la IOTF y la FO. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	17
Tabla 7. Variaciones del estado ponderal de los 4, 6,9 y 12 años a los 14 años de edad. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	18
Tabla 8. Prevalencia de obesidad abdominal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	19
Tabla 9. Persistencia de la obesidad abdominal de los 4, 6, 9 y 12 a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	20
Tabla 10. Distribución de valores medios de presión arterial sistólica y diastólica según estado ponderal y sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	21
Tabla 11. Distribución de valores medios de presión arterial sistólica y diastólica según obesidad abdominal y sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	21
Tabla 12. Asociación lineal (coef. $\beta$ ) entre estado ponderal y presión arterial a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	22
Tabla 13. Asociación lineal (coef. $\beta$ ) entre obesidad abdominal y presión arterial a los 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	22
Tabla 14. Asociación (OR) entre obesidad general o abdominal y presión arterial elevada a los 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	23

**Gráficos**

Gráfico 1. Evolución de la curva de distribución del IMC en población masculina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	11
Gráfico 2. Evolución de la distribución del IMC en población femenina en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	11
Gráfico 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad a los 14 años de edad según diferentes criterios de clasificación. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	13
Gráfico 4. Distribución del estado ponderal a los 14 años de edad según sexo. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	13
Gráfico 5. Prevalencia de obesidad a los 14 años de edad según nivel socioeconómico familiar. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	14
Gráfico 6. Prevalencia de obesidad a los 14 años de edad según nivel de estudios de la madre. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2022–2023. ....	14
Gráfico 7. Prevalencia de obesidad general en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, según sexo. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	13
Gráfico 8. Prevalencia de sobrepeso, obesidad general y exceso de peso en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9 y 12 años de edad. Ambos sexos. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	16
Gráfico 9. Persistencia de obesidad general y sobrepeso de los 4, 6 y 9 y 12 años a los 14 años de edad. Criterios de clasificación OMS–2007. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	18
Gráfico 10. Prevalencia de obesidad abdominal en los estudios transversales de seguimiento a los 4, 6, 9, 12 y 14 años de edad, por sexo. Comunidad de Madrid, 2012–2023. ....	19



## INFORME:

# HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2021 y 2022

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A), 2021 y 2022.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	29
1. INTRODUCCIÓN .....	31
2. METODOLOGÍA .....	32
3. RESULTADOS .....	35
3.1 Percepción de salud .....	35
3.2 Actividad física .....	37
3.3 Alimentación .....	40
3.4 Dietas .....	45
3.5 Antropometría .....	46
3.6 Consumo de tabaco .....	47
3.7 Consumo de alcohol .....	53
3.8 Prácticas preventivas .....	58
3.9 Accidentes .....	63
3.10 Violencia contra la mujer por su pareja o expareja .....	65
3.11 Acoso laboral .....	67
3.12 Salud mental .....	69
3.13 Agregación de factores .....	72
4. CONCLUSIONES .....	74
5. BIBLIOGRAFÍA .....	76
6. ANEXO .....	78

## RESUMEN

**Antecedentes y objetivos:** El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT), mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región. En la actualidad, consta de tres subsistemas, el dirigido a la población adulta, SIVFRENT-A, el dirigido a la población juvenil, SIVFRENT-J, y el dirigido a mayores, SIVFRENT-M. En este informe se presentan los resultados del SIVFRENT-A correspondientes a 2021 y 2022 de forma conjunta y su evolución desde 1995.

**Metodología:** El SIVFRENT-A se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de unas 2.000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad. Además, a lo largo del tiempo, y en función de las necesidades de salud pública, se introducen actualizaciones a los apartados ya existentes o se incorporan nuevos apartados. Así, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid, se incluyó en el apartado de prácticas preventivas la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces y la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia. En 2011 se incorporó un nuevo módulo para la vigilancia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja; en 2019 se incluye un grupo de preguntas sobre acoso laboral y el cuestionario PHQ-8 de desórdenes depresivos para salud mental. Se presenta la prevalencia de los indicadores con intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones de proporciones de los últimos años se realizan según el test de ji-cuadrado. La tendencia en la evolución de algunos indicadores se realiza con regresión de *jointpoint* (modelos segmentados de regresión de Poisson), con el que se calculan los puntos de inflexión en la tendencia de la serie, el porcentaje de cambio anual para cada segmento y el promedio del porcentaje de cambio anual para el periodo 1995 a 2022.

**Resultados:** El estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados en la evaluación del estado de salud de la población. De forma general en 2021 y 2022, **la percepción positiva de salud (buena o muy buena)** fue de **74,9%**, menor en mujeres (70,1%) que en hombres (80,0%). Esta prevalencia disminuye, tanto en mujeres como en hombres, con el aumento de la edad, el nivel educativo más bajo, estar en paro, o pertenecer a una clase social media o baja. En cuanto a la evolución de este indicador, de manera global, se evidenció una disminución estadísticamente significativa en 2022 comparada con 2021 pasando de 77,2% a 72,6%; al analizar la evolución por sexo, esta disminución estadísticamente significativa persiste en mujeres.

Un **50,3%** de la población resultó ser **sedentaria durante la actividad habitual/laboral**. El sedentarismo en actividad habitual es mayor en hombres que en mujeres (53,2% y 47,5%, respectivamente). A lo largo de toda la serie, en hombres se observa un incremento anual medio de 0,6% (IC95%: 0,3 a 0,9) y en mujeres de un 1,3% (IC95%: 0,9 a 1,8).

El **74,7%** no cumplió las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. El sedentarismo en tiempo libre es mayor en mujeres que en hombres (78,4% y 70,9%, respectivamente). A lo largo de toda la serie, en hombres se observa una disminución anual media de 0,2% (IC95%: -0,4 a -0,00), y en mujeres una disminución anual media de 0,3% (IC95%: -0,5 a -0,1). Pese a esto, en los últimos años se encontró un incremento de este indicador, en hombres el PCA del periodo 2018 a 2022 indica un incremento anual de 8,0% (IC95%: 5,6 a 12,1) y en mujeres en el periodo 2015 a 2022 un incremento anual del 2,0% (IC95%: 1,0 a 3,5).

El **consumo de alimentos** muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de frutas y verduras y alta ingesta de productos cárnicos. Un 9,2% no había consumido ninguna ración de fruta o verdura fresca a lo largo del último día y solo el **6,8%** cumple las recomendaciones de consumir **5 o más raciones al día** (5,6% de los hombres y 8,0% de las mujeres). El porcentaje de personas que en las últimas 24 horas **no habían consumido 3 o más raciones de frutas o verduras** fue de **57,8%** (62,9% de los

hombres y 52,8% de las mujeres). Para el periodo 1995 a 2022 no se encontraron cambios significativos en hombres ni en mujeres. En 2021 y 2022, un **39,5%** consumieron **2 o más raciones al día de productos cárnicos**, mayor en hombres (43,8%) que en mujeres (35,3%). Para el periodo 1995 a 2022 se encontró una disminución de este indicador, en hombres una disminución anual media del 0,9% (IC95%: -1,4 a -0,5) y en mujeres del 0,7% (IC95%: -1,1 a -0,3).

El **10,8%** realizó alguna **dieta para adelgazar**, este porcentaje fue similar en hombres y mujeres (10,1% y 11,4%) y no existieron cambios significativos en los últimos años. En cuanto a la evolución de este indicador estos porcentajes han sido más altos en mujeres y solo en hombres se encontró un incremento anual medio del 1,2% (IC95%: 0,2 a 3,6).

En la población de la Comunidad de Madrid se observó que en 2021 y 2022, la prevalencia de **sobrepeso y obesidad** ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) fue de **44,4%**, superior en hombres comparado con mujeres, 54,5% frente a 34,6%. De 2020 a 2022, la tendencia del indicador sobrepeso y obesidad presentó cambios estadísticamente significativos en hombres, pasando de 60,4% en 2020 a 55,1% en 2021, posteriormente este porcentaje se mantuvo en 53,8%. El análisis de la evolución de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2022, en hombres se encontró un incremento anual medio del 0,6% (IC95%: 0,4 a 1,1). En el caso de las mujeres el incremento anual medio fue de 1,1% (IC95%: 0,7 a 1,4).

Las prevalencias del **consumo de tabaco** siguen siendo muy elevadas en el momento actual. Cerca de una de cada cuatro personas (**23%**), 24,5% de los hombres y 21,5% de las mujeres son fumadores/as habituales en 2021 y 2022. A lo largo de toda la serie se aprecia una mejora en la tendencia de los indicadores de tabaquismo. Al analizar el porcentaje de los fumadores actuales, en hombres se encontró una disminución anual media del 2,5% (IC95%: -2,9 a -2,2) y en mujeres del 2,4% (IC95%: -3,1 a -1,7).

El **consumo habitual** (al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días) **de alcohol**, fue de **49,9%**. En hombres, se ha situado de forma general por encima del 60%, superior en más de 20 puntos porcentuales a la cifra en mujeres; estas diferencias se mantienen a lo largo de toda la serie. Según el consumo medio diario de alcohol, un **9,7%** realizó un **consumo de riesgo medio** y un **2,8%** un **consumo de alto riesgo**. Un **11%** consumió alcohol de forma excesiva en una misma ocasión en los últimos 30 días. Al combinar el consumo promedio de alto riesgo y el consumo excesivo en una misma ocasión, un **12,2%** realizó un consumo de alcohol "de riesgo global", estos porcentajes son cerca del doble entre los más jóvenes. Además, un **16,4%** de los bebedores habituales tienen algún consumo problemático de alcohol según el cuestionario **CAGE** (puntuación  $\geq 2$ ). En cuanto a la evolución de los indicadores, el consumo habitual de alcohol en hombres muestra a lo largo de toda la serie una disminución media anual del 0,5% (IC95%: -0,7 a -0,2); sin embargo, en las mujeres no hay cambios significativos. Lo mismo ocurre con el consumo medio diario de alto riesgo, en hombres se encontró una disminución anual media del 4,7% (IC95%: -6,1 a -3,6) y en el caso de las mujeres, no se identificó ninguna tendencia clara.

En relación a las prácticas preventivas, el seguimiento de las recomendaciones sobre medición de tensión arterial, el nivel de colesterol en sangre y la realización de citologías y mamografías fue elevado. La realización de un test de sangre oculta en heces se refiere en una de cada dos personas de la población diana (47,7%).

Un **6,5%** había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Este porcentaje fue mayor entre los más jóvenes, siendo un 9,4% en el grupo de 18 a 29 años. La evolución de los accidentes para el periodo 1995 a 2022, muestra una disminución anual media del 2,2% (IC95%: -4,2 a -0,7) y en mujeres de 1,6% (IC95%: -3,3 a -0,1).

La prevalencia de **violencia contra la mujer** durante el último año, en forma de agresiones físicas, amenazas, miedo o conductas de control de las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, fue de un **3,3%**, siendo mayor en jóvenes, 5,5%. Un **13,5%** presentó un test WAST positivo utilizando el criterio más sensible de puntuación (criterio 1).

El **acoso laboral**, agresiones físicas/psicológicas/sexuales sistemáticas, se refiere en el **14,0%**, siendo estos porcentajes más altos en mujeres que en hombres (16,9% vs. 11,0%), los ataques psicológicos sistemáticos representan el 12,8% del total.

La prevalencia de **depresión mayor** fue de **10,5%**, siendo este porcentaje cerca del doble en mujeres que en hombres (13,7% vs. 7,1%) observándose un claro gradiente por clase social y nivel educativo. Asimismo, estos porcentajes se incrementaron en los últimos años.

Una de cada dos personas entrevistadas tenía **algún factor de riesgo (50,8%)** (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo promedio de alcohol de alto riesgo). Un 13,5% tenía dos o más factores de riesgo siendo este porcentaje mayor en hombres que en mujeres. A lo largo de la serie se encontró una disminución anual media del 3,2% (IC95%: -4,1 a -2,6)  $p < 0,05$  en hombres y en mujeres del 2,0% (IC95%: -3,3 a -0,3).

**Conclusiones:** La salud autopercebida buena o muy buena se refiere en siete de cada 10 personas, aunque continúa en cifras menos favorables en mujeres que en hombres, destacando la peor salud en grupos sociales más desfavorecidos. Nuestra población muestra un patrón mayoritariamente sedentario en su actividad diaria, a pesar del incremento en actividad física en tiempo libre en algunos años: 7 de cada 10 personas no alcanza las recomendaciones de actividad física lo que indica la necesidad de potenciar intervenciones para mejorar este indicador. Por otro lado, en lo que se refiere a la composición de la dieta, se sigue constatando su pobreza en frutas frescas y verduras que, mantenida sin cambios a lo largo de la serie, destaca en niveles sociales más desfavorecidos; el indicador de ingesta de 5 piezas diarias de frutas o verduras, se alcanza en una de cada 15 personas; mientras, se aprecia exceso de productos cárnicos, con tendencia descendente en su consumo. Como consecuencia, la ausencia del adecuado balance energético se manifiesta en el progresivo incremento del sobrepeso y la obesidad en paralelo a un incremento de la realización de dietas para adelgazar, esta sobre todo en hombres. Hay una tendencia favorable en todos los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito que, en los últimos años continúa al alza, y descenso significativo tanto en el consumo actual de cualquier grado, como sobre todo en el grupo que refiere consumo  $\geq$  a 20 cigarrillos al día. Sin embargo, el margen de mejora es amplio pues el hábito, continúa presente en más de una de cada 5 personas. El hábito de consumir alcohol, continúa ampliamente extendido: una de cada dos personas refiere su consumo en los últimos 30 días, si bien en la serie anual se observa descenso del consumo en hombres, se mantiene en mujeres. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de prácticas preventivas, se refieren de modo mayoritario destacando por la necesidad de alcanzar mayor cobertura el cribado de sangre oculta en heces.

Los problemas de salud mental como la depresión, el acoso laboral o la violencia, afectan predominantemente a la mujer y continúan siendo un importante problema de salud pública que merece estrecha vigilancia. Es de destacar que las mujeres duplican la cifra de sintomatología depresiva respecto a los hombres, así como el incremento del porcentaje de depresión tras la pandemia de COVID-19. Como indicador de síntesis, la agregación de factores de riesgo considerando sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y dieta desequilibrada es elevado, una de cada dos personas presenta al menos un factor de riesgo y la prevalencia de dos o más factores de riesgo muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie.

## 1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles, enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestro medio, al igual que en el conjunto del estado español y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad superando a nivel mundial el 73% en 2017<sup>1-4</sup>. La evolución favorable de la mortalidad en este conjunto de enfermedades, ha contribuido de modo importante a la mejor esperanza de vida al nacer, siendo todavía las causas más importantes de años de vida perdidos en nuestra región<sup>4</sup>.

Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión<sup>1-3</sup>. La carga de enfermedad que generan es de grandes proporciones<sup>4</sup>, estimándose que estos factores en su conjunto son responsables del 54,9% de las muertes anuales en los países ricos y de la pérdida del 35,4% de los años de vida libres de discapacidad<sup>3</sup>.

Partiendo de la evidencia de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, es conveniente disponer de información muy precisa de los factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o evaluar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben estar orientados de forma integral para medir la carga que generan estas enfermedades, pero también para vigilar los factores de riesgo modificables que las originan<sup>5-6</sup>. En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)<sup>7</sup>, cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la población de la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2021 y 2022, con un formato similar al de las ediciones anteriores<sup>8</sup>. Tras la situación de emergencia de Salud Pública de COVID-19, cabe la pregunta de si como consecuencia de esto se continúan afectando los indicadores de situación y hábitos de salud recogidos en este sistema de vigilancia, por lo que se describe el cambio observado respecto a 2020 en aquellos casos que resulta significativo.

## 2. METODOLOGÍA

### Población

Como en los años anteriores, la población diana fue la población de 18 a 64 años residente en la Comunidad de Madrid; se ha establecido un tamaño muestral de 2.001 individuos para 2021 y de 2.002 individuos para 2022. Las entrevistas se realizaron a lo largo de todo el año (olas), excepto en agosto (es decir, en once olas), tanto en 2021 como en 2022, distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

### Diseño muestral

Para cada año, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con tarjeta sanitaria, registradas en el sistema CIBELES (sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para la Gestión de Población y Recursos Sanitarios, evolución funcional del anterior sistema de Tarjeta Sanitaria). La extracción muestral se realizó a partir de la información de CIBELES más reciente disponible. Se realizó un muestreo estratificado y los criterios de estratificación fueron los siguientes: sexo, tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 64 años) y tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios). Se tuvo en cuenta también el día de la semana para valorar el consumo de alimentos, así como el consumo de alcohol en dos grupos (de martes a viernes y de sábado a lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el Padrón Continuo, el más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral. Dentro de cada estrato, la selección del individuo a entrevistar se realizó de forma aleatoria.

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

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

### Técnica de entrevista

La encuesta se basó en la metodología de entrevista telefónica. Como técnica de entrevista se utilizó el sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*), sistema de entrevista telefónica asistida por ordenador<sup>9</sup>.

### Selección muestral

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

### Cuestionario

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

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

En 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid<sup>10</sup>, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) y de colonoscopias o sigmoidoscopias en la población de 50 y más años.

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

Los resultados relativos a estos dos apartados se incluyeron por primera vez en el informe correspondiente al año 2013 y desde 2017 se incluye en el informe la percepción de salud de la población.

A partir de 2018 se incluye un bloque de preguntas sobre acoso laboral y el cuestionario PHQ-8 para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva. En el año 2022 se pregunta además por el nivel de ingresos del hogar.

## Estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

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

- 1.- País de nacimiento: se refiere al país de nacimiento del/la entrevistado/a: nacidos en España o fuera de España.
- 2.- Nivel de estudios: se construye identificando el nivel de estudios más elevado alcanzado. Siguiendo la Clasificación Nacional de Educación de 2014 (CNED-2014), la cual está basada en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación 2011 (CINE-2011); el nivel educativo se ha agrupado en tres categorías<sup>11</sup>:
  - Superior: aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a Nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado);
  - Intermedio: aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a Nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior);
  - Básico e inferior: aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a Nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa).
- 3.- Situación laboral: Trabajo activo, paro/ERTE, estudiante, trabajo no remunerado (amas de casa) y jubilado o pensionista.
- 4.- Clase social: En base a la clasificación exhaustiva propuesta para la Clase Social Ocupacional (CSO) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)<sup>12</sup>, la cual se basa a la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CNO), se utilizó la clasificación agrupada III y se denominó las categorías como:
  - Alta: grupo I (Directores/as y gerentes y profesionales universitarios/as).
  - Media: grupo II (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia).
  - Baja: grupo III (Trabajadores manuales).

Las comparaciones de proporciones de los últimos años se realizaron según test de ji-cuadrado. Para el análisis de la tendencia de los indicadores seleccionados desde el año 1995 al 2022 se utilizó la regresión de *Jointpoint*<sup>13</sup>, llamado también modelos segmentados de regresión de Poisson. Este análisis identifica el mejor ajuste del punto de inflexión a partir del cual hay un cambio significativo en la tendencia utilizando una serie de permutaciones del test. En el análisis de *jointpoint* se consideró como variable independiente los años del periodo de estudio y se presentan los resultados para hombres y mujeres. Se identificó el año a partir del cual ocurría un cambio significativo en la prevalencia, con la utilización del modelo logarítmico natural y asumiendo una varianza constante. Se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para la serie completa se calculó también el promedio del porcentaje de cambio anual (PPCA)<sup>14</sup>. Se consideró significativo un p-valor <0,05. Se utilizó el software *Jointpoint Regression Program 5.0.2* del Instituto Nacional del Cáncer<sup>15</sup>.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados, mediante módulo de muestras complejas Stata v.18.

En el Anexo Metodológico se encuentra la definición de variables, y otros aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

### 3. RESULTADOS

Se han realizado un total de 4.003 encuestas en personas de 18 a 64 años de edad (2.001 encuestas correspondientes al año 2021 y 2.002 encuestas correspondientes a 2022). Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1. Características de la muestra.**

Año	2021		2022		TOTAL (2021 y 2022)		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Número de entrevistas</b>	2.001		2.002		4.003		
<b>Sexo (%)</b>	Hombres	985	49,2	982	49,1	1.967	49,1
	Mujeres	1.016	50,8	1.020	50,9	2.036	50,9
<b>Edad (%)</b>	18-29	429	21,4	431	21,5	860	21,5
	30-44	689	34,4	690	34,5	1.379	34,4
	45-64	883	44,1	881	44,0	1.764	44,1
<b>Tasa de respuesta</b>	80,9		63,4				
<b>Ámbito geográfico (%)</b>	Madrid capital	980	49,0	982	49,1	1.962	49,0
	Corona metropolitana	850	42,5	849	42,4	1.699	42,4
	Resto de municipios	171	8,5	171	8,5	342	8,5
<b>Nivel de estudios (%)</b>	Superior	800	40,0	919	45,9	1.719	42,9
	Intermedio	812	40,6	710	35,5	1.522	38,0
	Básico e inferior	389	19,4	373	18,6	762	19,0
<b>País de nacimiento (%)</b>	España	1.576	78,8	1.570	78,4	3.146	78,6
	Otros países	425	21,2	432	21,6	857	21,4
<b>Situación laboral (%)</b>	Trabajo activo	1.506	75,3	1.644	82,1	3.150	78,7
	Paro/ERTE	190	9,5	134	6,7	324	8,1
	Estudiante	153	7,6	109	5,4	262	6,5
	Trabajo no remunerado	71	3,5	43	2,1	114	2,8
	Jubilado/Pensionista	81	4,0	72	3,6	153	3,8
<b>Clase social (%)</b>	Alta	688	36,5	725	37,7	1.413	37,1
	Media	463	24,6	494	25,7	957	25,2
	Baja	732	38,9	703	36,6	1.435	37,7

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

A continuación, se presentan los resultados relativos a los diferentes factores de riesgo por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por sexo y edad. En las figuras se presenta datos agregados de 2021 y 2022 y la evolución desde 1995 hasta 2022.

#### 3.1 Percepción de salud

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

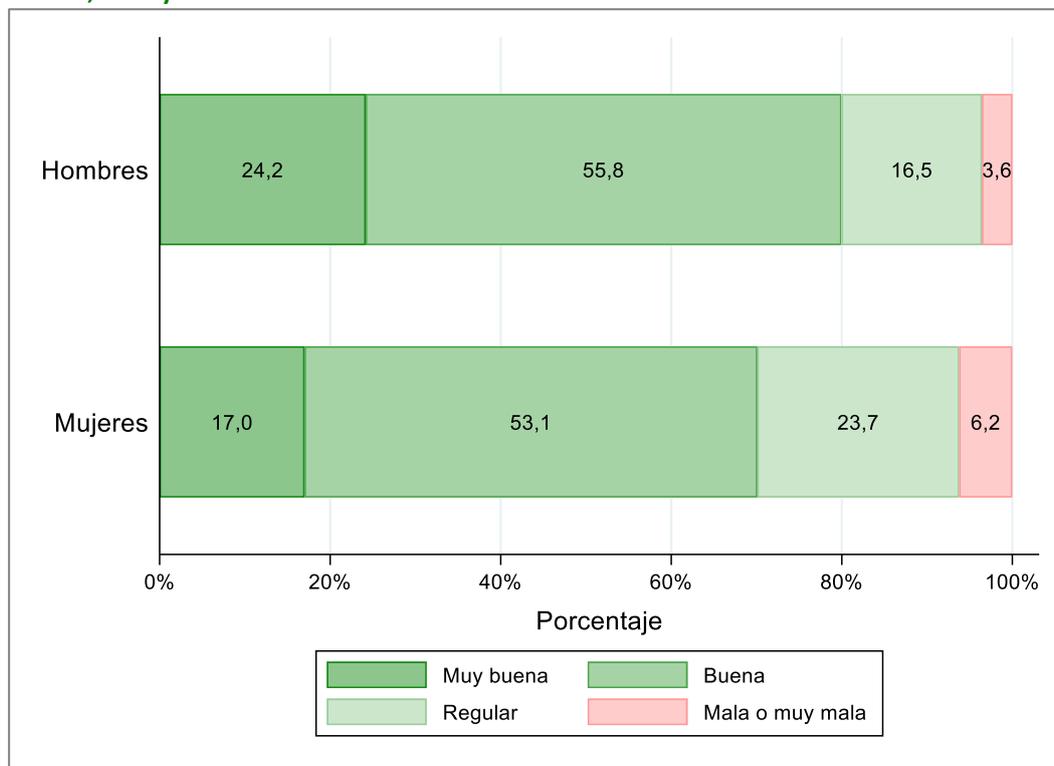
En las Figuras 1 y 2 se ofrecen los porcentajes de salud autopercebida para cada una de las categorías de la pregunta, por sexo y grupo de edad; en estos gráficos la percepción de la salud mala y muy mala se ha agrupado en una sola categoría. Para sintetizar la información, se ha elaborado también el indicador “percepción de salud buena o muy buena”, agrupando estas dos categorías. La prevalencia de percepción

de salud buena o muy buena fue de 74,9% (73,6-76,2), es menor en mujeres, 70,1% (68,1-72,0), comparada con los hombres 80,0% (78,2-81,7) (Figura 1). En la Figura 2 se aprecia cómo tanto en hombres como en mujeres la salud autopercebida empeora conforme aumenta la edad; también se aprecia cómo para cada grupo de edad, las mujeres tienen peor salud autopercebida respecto a los hombres.

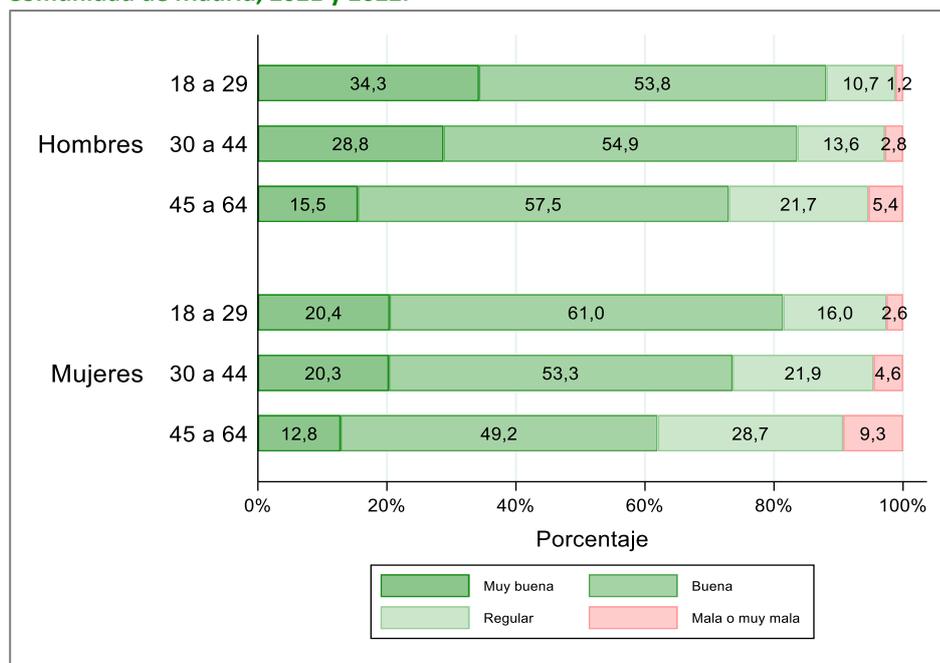
En cuanto a la evolución de este indicador de percepción positiva de salud (buena o muy buena), de manera global, se evidenció una disminución estadísticamente significativa en 2022 comparado con 2021, pasando de 77,2% en 2021 a 72,6% en 2022. Por sexo se aprecia una disminución estadísticamente significativa en mujeres, pasando de 73,6% en 2021 a 66,6% en 2022.

Se puede consultar el Anexo Tabla 1 con la información desagregada por sexo, grupo de edad, país de nacimiento, nivel educativo, ocupación y clase social. Como se aprecia en esa tabla, la percepción positiva de salud (buena o muy buena), empeora con el aumento de la edad, con la disminución del nivel educativo, con estar parado/a y con el trabajo no remunerado, desciende también de forma escalonada desde la clase social alta a la baja; la percepción de salud como buena o muy buena observada en los nacidos/as en España fue más elevada que la de los nacidos/as en otros países.

**Figura 1. Autopercepción de la salud según categorías por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 2. Auto percepción de salud según categorías por sexo y grupos de edad (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

### 3.2 Actividad física

El 50,3% (48,8-51,8) de las personas entrevistadas afirmaron estar sentadas la mayor parte del tiempo durante su actividad laboral u ocupación habitual. La frecuencia de sedentarismo en el trabajo u ocupación habitual fue mayor en los hombres que en las mujeres y disminuye con la edad (Tabla 2).

La actividad física en tiempo libre se estimó a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados a METs (*Metabolic Equivalent of Task* o gasto metabólico equivalente de las diferentes actividades, teniendo como referencia el gasto metabólico basal). Cada actividad física tiene asignada, en función de su intensidad, un valor de METs<sup>16</sup>. Por ejemplo, una actividad con un valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo. Los METs asignados a las actividades físicas se han actualizado según la última revisión de 2011.

Desde el punto de vista de la prevención del riesgo cardiovascular, se consideran personas activas a aquellas que realizaron al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa (actividades físicas con METs  $\geq 3$ ) durante 30 minutos o más cada vez. De acuerdo con esta definición, el 74,7% (73,4-76,0) de los entrevistados/as no eran activos en el tiempo libre. Las mujeres realizan menos actividad en el tiempo libre que los hombres, por edad los/as más inactivos/as son los que tienen de 45 a 64 años (Tabla 2).

**Tabla 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral y en tiempo libre por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>No activos/as en actividad habitual/laboral<sup>a</sup></b>	50,3 (48,8-51,8)	53,2 (51-55,4)	47,5 (45,3-49,7)	53,6 (50,2-56,9)	50,6 (48-53,2)	48,4 (46,1-50,8)
<b>No activos/as en tiempo libre<sup>b</sup></b>	74,7 (73,4-76,0)	70,9 (68,9-72,9)	78,4 (76,5-80,1)	63,0 (59,7-66,1)	75,0 (72,7-77,2)	80,2 (78,3-82)

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

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

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

Respecto al tipo de deporte practicado, se observaron diferencias según el sexo que podemos apreciar en la Tabla 3. En mujeres la actividad física más frecuentemente practicada fue gimnasia de mantenimiento seguida de las pesas/gimnasia con aparatos, footing, aerobic/gim jazz/danza y natación a ritmo ligero; en hombres, la actividad física más frecuente fue pesas/gimnasia con aparatos, seguido de footing, bicicleta a ritmo ligero, paddle y bicicleta a ritmo intenso.

**Tabla 3. Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

Hombres	%	Mujeres	%
1. Pesas/Gimnasia con aparatos	24,4%	1. Gimnasia de mantenimiento	17,3%
2. Footing	16,7%	2. Pesas/Gimnasia con aparatos	16,2%
3. Bicicleta a ritmo ligero	9,3%	3. Footing	7,6%
4. Paddle	9,1%	4. Aerobic/Gim Jazz/Danza...	5,4%
5. Bicicleta a ritmo intenso	7,7%	5. Natación a ritmo ligero	4,8%

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En cuanto a la evolución del sedentarismo en la actividad habitual/laboral (Figura 3), entre 2020 y 2022 no se encontraron cambios significativos. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de 28 años, en hombres se identificaron 2 puntos de inflexión; para el último periodo, 2015 a 2022, se encontró un incremento significativo de 3,5% anual y a lo largo de toda la serie un incremento medio anual del 0,6%. En mujeres se identificó un punto de inflexión; para el último periodo 2003 a 2022 no se encontraron cambios significativos y a lo largo de toda la serie se encontró un incremento medio anual de 1,3% (Tabla 4).

La evolución del sedentarismo en tiempo libre (Figura 3) presentó cambios significativos en los últimos años: respecto a 2020 se aprecia un incremento en 2021, para luego disminuir en 2022, tanto en hombres como en mujeres. Al analizar la evolución de este indicador a lo largo de toda la serie, en hombres se identificaron 2 puntos de inflexión; en el último periodo 2018 a 2022 se encontró un incremento significativo de 8,0% anual; sin embargo y a lo largo de toda la serie la disminución media anual fue del 0,2%. En mujeres se identificaron también dos puntos de inflexión; en el último periodo que va de 2015 a 2022 se encontró un incremento anual de 2,0% y a lo largo de toda la serie una disminución anual media del 0,3% (Tabla 4).

**Tabla 4. Evolución del sedentarismo por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Sedentarismo en actividad habitual/laboral\*.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	1,7	NS	2020 a 2021	4,2	NS
	2021 a 2022	0,5	NS	2021 a 2022	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2012	1,1(0,7 a 1,5)	<0,05	1995-2003	3,1(1,5 a 8,8)	<0,05
	2012-2015	-8,4(-10,4 a -3,8)	<0,05	2003-2022	0,6(-0,9 a 1,0)	NS
	2015-2022	3,5(2,2 a 5,7)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	0,6(0,3 a 0,9)	<0,05	1995-2022	1,3(0,9 a 1,8)	<0,05

\* Estar sentados/as la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral.

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

**B) Sedentarismo en tiempo libre\*.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	6,5	<0,05	2020 a 2021	8,6	<0,05
	2021 a 2022	-4,6	<0,05	2021 a 2022	-3,6	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2012	-0,5 (-0,7 a -0,1)	<0,05	1995-2012	0,2 (-0,1 a 0,4)	NS
	2012-2018	-4,7 (-7,3 a -3,4)	<0,05	2012-2015	-7,7 (-9,1 a -4,5)	<0,05
	2018-2022	8,0 (5,6 a 12,1)	<0,05	2015-2022	2,0 (1,0 a 3,5)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-0,2 (-0,4 a -0,0)	<0,05	1995-2022	-0,3 (-0,5 a -0,1)	<0,05

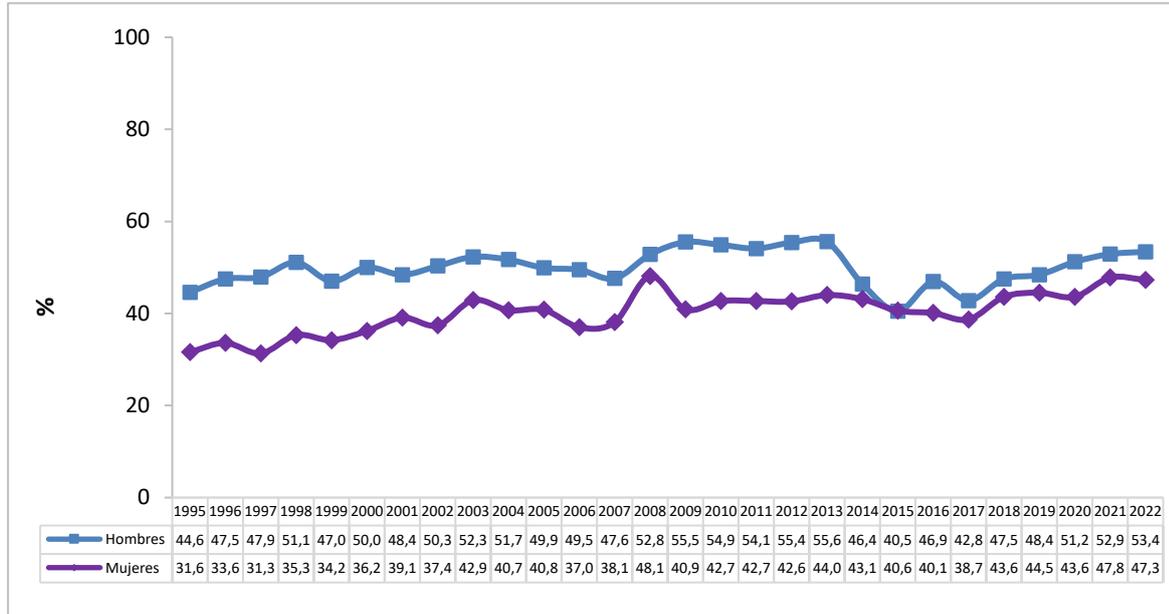
\* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas, 3 veces/semana, 30 minutos cada vez.

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

**Figura 3. Evolución del sedentarismo por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

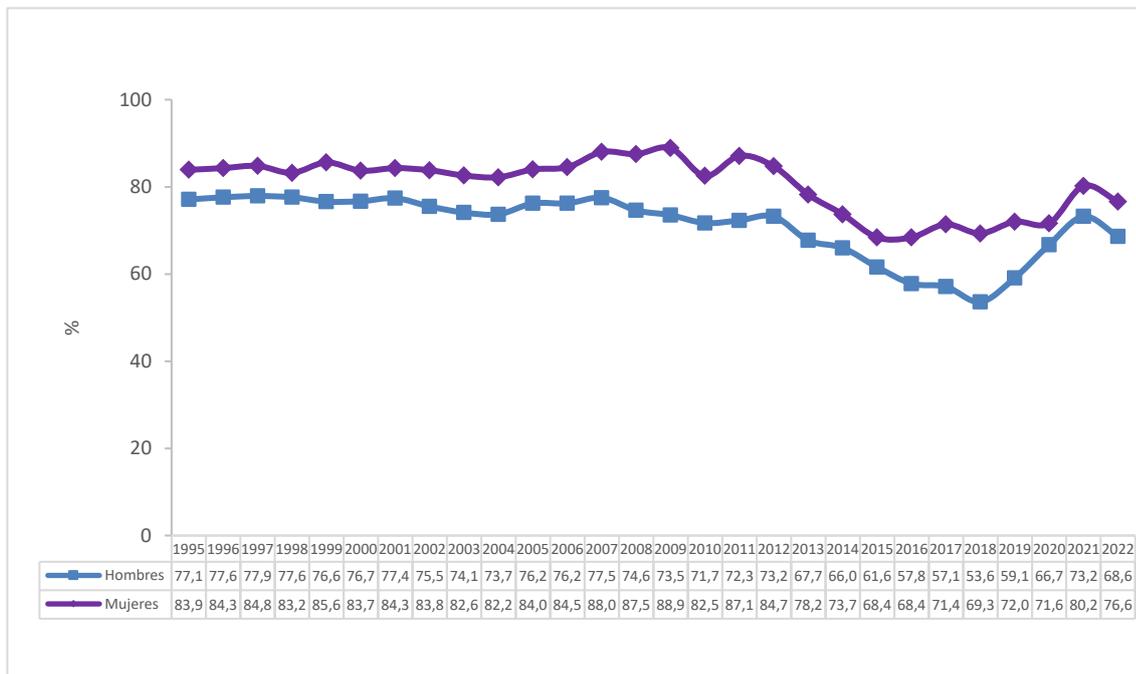
**A) Sedentarismo en la actividad habitual/laboral\*.**



\*Estar sentado la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**B) Sedentarismo en tiempo libre\*.**



\*No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min cada vez.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

El sedentarismo en la actividad habitual/laboral, muestra un gradiente por clase social siendo mucho mayor en la clase alta y media vs. clase baja; por nivel educativo, mayor en universitarios/as y en general más elevado en hombres que en mujeres (Anexo Tabla 2).

La prevalencia de indicador de sedentarismo en tiempo libre, es más elevado en mujeres que en hombres. Aumenta conforme aumenta la edad, es mayor entre aquellos con menor nivel educativo y menor clase social (Anexo Tabla 3).

### 3.3 Alimentación

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

En la Tabla 5 se presenta el porcentaje de personas que en las últimas 24 horas han consumido al menos una ración de una serie de alimentos.

**Tabla 5. Consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas por sexo y grupo de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
	%(IC95%)	Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
<b>Leche</b>	72,4 (71-73,8)	71,3 (69,2-73,2)	73,5 (71,5-75,3)	69,5 (66,4-72,5)	70,9 (68,5-73,3)	74,9 (72,9-76,9)
<b>Leche y derivados</b>	87,4 (86,3-88,4)	86,0 (84,4-87,5)	88,7 (87,3-90,0)	88,3 (85,9-90,2)	85,9 (83,9-87,6)	88,2 (86,6-89,6)
<b>Arroz</b>	19,6 (18,4-20,9)	20,8 (19,1-22,7)	18,4 (16,8-20,2)	24,3 (21,6-27,3)	20,2 (18,2-22,4)	16,8 (15,2-18,7)
<b>Pasta</b>	18,1 (16,9-19,3)	19,0 (17,4-20,8)	17,1 (15,6-18,8)	25,8 (23,0-28,9)	18,4 (16,5-20,6)	14,0 (12,5-15,7)
<b>Verdura</b>	76,8 (75,4-78)	74,2 (72,2-76,1)	79,2 (77,4-80,9)	70,5 (67,3-73,4)	76,9 (74,6-79)	79,8 (77,8-81,6)
<b>Fruta fresca</b>	69,7 (68,2-71,1)	66,1 (64-68,2)	73,1 (71,1-75)	61,2 (57,9-64,4)	66,9 (64,3-69,3)	76,0 (74,0-78,0)
<b>Legumbres</b>	19,6 (18,4-20,9)	19,9 (18,2-21,7)	19,4 (17,7-21,2)	17,6 (15,2-20,3)	19,8 (17,8-22)	20,5 (18,7-22,5)
<b>Carne</b>	67,2 (65,7-68,6)	69,3 (67,2-71,3)	65,2 (63,1-67,2)	70,3 (67,2-73,3)	69,3 (66,8-71,6)	64,1 (61,8-66,3)
<b>Carne y derivados</b>	81,1 (79,9-82,3)	83,0 (81,3-84,6)	79,2 (77,4-80,9)	83,8 (81,2-86,1)	83,4 (81,3-85,3)	77,9 (76-79,8)
<b>Huevos</b>	30,0 (28,6-31,4)	29,1 (27,1-31,1)	30,9 (28,9-32,9)	31,9 (28,8-35,1)	29,2 (26,9-31,7)	29,7 (27,6-31,9)
<b>Pescado</b>	41,6 (40,1-43,2)	40,9 (38,8-43,1)	42,3 (40,2-44,5)	34,7 (31,5-37,9)	40,2 (37,6-42,8)	46,2 (43,9-48,5)
<b>Dulces/Bollería</b>	35,5 (34,1-37)	38,1 (36,0-40,2)	33,1 (31,1-35,2)	33,4 (30,3-36,6)	34,8 (32,3-37,4)	37,2 (35-39,5)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

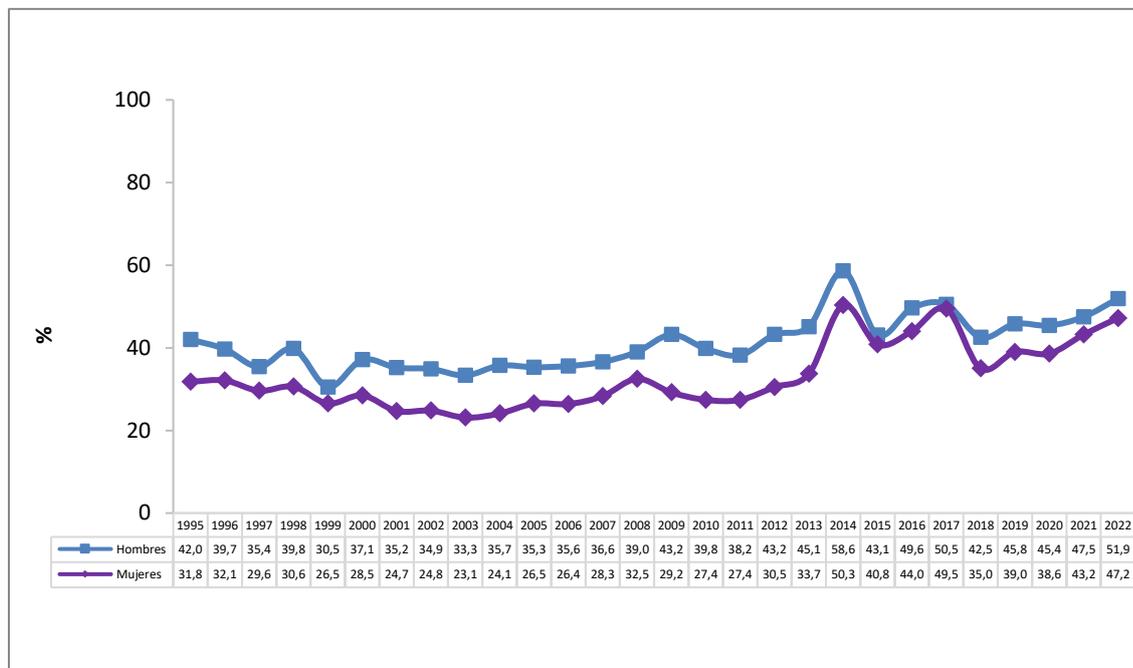
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

#### Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue de 0,9 raciones/día, el 27,6% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad (Tabla 5). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,7 raciones diarias. El 12,6% no había realizado ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos fue un 49,7% en hombres y un 45,2% en mujeres. El 51,7% consumió alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, en las que este consumo se observó en un 56,9% en mujeres, frente al 46,4% en hombres.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido dos o más raciones de lácteos, entre 2020 y 2022 no se encontraron cambios significativos. Según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022 (Figura 4 y Tabla 6), en hombres se identificó 1 punto de inflexión; para el último periodo, 1999 a 2022, se encontró un incremento anual del 1,9%. En el caso de las mujeres, se identificó también 1 punto de inflexión; para el último periodo, 2003 a 2022, se encontró un incremento anual de 3,6% y para la serie completa en mujeres se encontró un incremento anual promedio de 1,4%.

**Figura 4. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 6. Evolución del consumo <2 raciones de lácteos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	2,1	NS	2020 a 2021	4,6	NS
	2021 a 2022	4,4	NS	2021 a 2022	4,0	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-1999	-5,8 (-16,7 a 0,5)	NS	1995-2003	-3,7 (-9,6 a -0,6)	<0,05
	1999-2022	1,9 (1,4 a 3,3)	<0,05	2003-2022	3,6 (2,7 a 5,0)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	0,7 (-0,1 a 1,6)	NS	1995-2022	1,4 (0,6 a 2,2)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de *jointpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

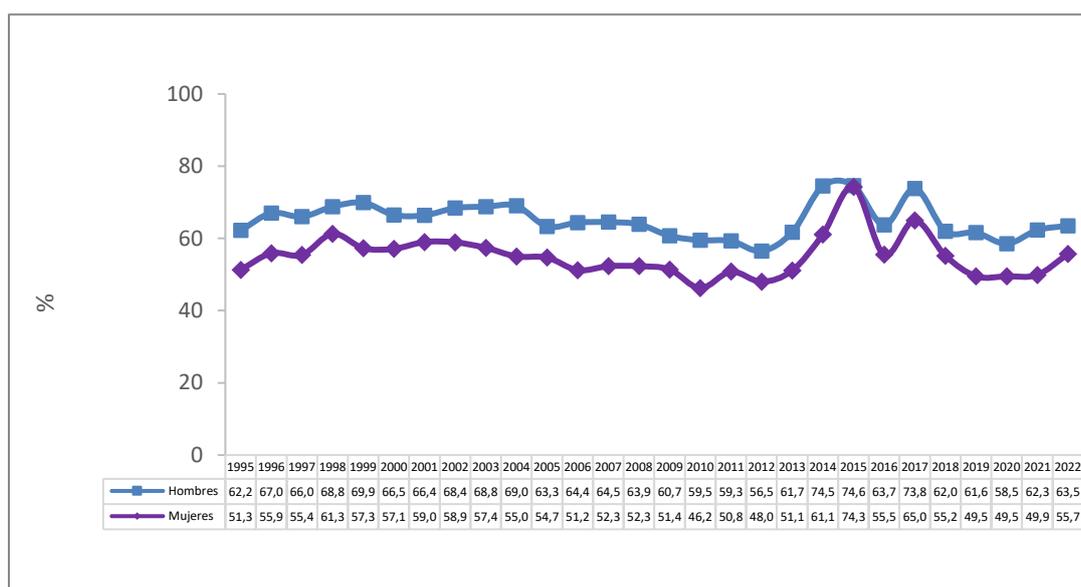
## Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue de 1,2 raciones/día. La ingesta media de verduras fue de 1,2 raciones/día. La media de consumo conjunto de frutas y verduras fue de 2,3 raciones/día. Uno de los principales objetivos nutricionales es la ingesta diaria de frutas y verduras, siendo la recomendación actual la ingesta de 5 o más raciones de frutas y/o verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 9,2% de los entrevistados no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día. El 57,8% (62,9% de los hombres y 52,8% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día, además de la mayor frecuencia de consumo en mujeres, la ingesta de fruta y verdura se incrementó a medida que aumentó la edad (en los jóvenes de 18 a 29 años, el 67,6% no llegó a consumir tres raciones al día). En relación a las recomendaciones de al menos 5 frutas o verduras al día, sólo el 6,8% había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas (5,6% de los hombres y 8,0% de las mujeres);

se aprecia un gradiente socioeconómico, tanto por nivel educativo como por clase social, encontrándose mayores porcentajes de cumplimiento de las recomendaciones en aquellos con mayor nivel de estudios así como en aquellos pertenecientes a las clases sociales más favorecidas. La prevalencia de consumo de menos de 5 raciones al día, es del 93,2%, siendo más elevado en los más jóvenes 94,5% (Anexo Tabla 4).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas no habían consumido 3 o más raciones de frutas o verduras (Figura 5 y Tabla 7). En mujeres este porcentaje se incrementó un 5,8% en 2022 respecto a 2021. Según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión y no se encontraron cambios significativos a lo largo de toda la serie. En el caso de las mujeres, se identificaron 4 puntos de inflexión y no se encontraron cambios significativos en el último periodo identificado ni a lo largo de toda la serie.

**Figura 5. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 7. Evolución del consumo <3 raciones de frutas y verduras en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	3,8	NS	2020 a 2021	0,4	NS
	2021 a 2022	1,2	NS	2021 a 2022	5,8	<0,05
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-1998	5,6 (0,2 a 15,9)	<0,05	1995-1998	5,6 (0,2 a 15,9)	<0,05
	1998-2012	-1,7 (-4,9 a -1,2)	<0,05	1998-2012	-1,7 (-4,9 a -1,2)	<0,05
	2012-2015	12,8 (1,3 a 16,5)	<0,05	2012-2015	12,8 (1,3 a 16,5)	<0,05
	2015-2020	-7,0 (-12,3 a 6,7)	NS	2015-2020	-7,0 (-12,3 a 6,7)	NS
	2020-2022	7,2 (-3,4 a 14,1)	NS	2020-2022	7,2 (-3,4 a 14,1)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-0,2 (-0,6 a 0,1)	NS	1995-2022	0,2 (-0,4 a 0,8)	NS

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de *jointpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

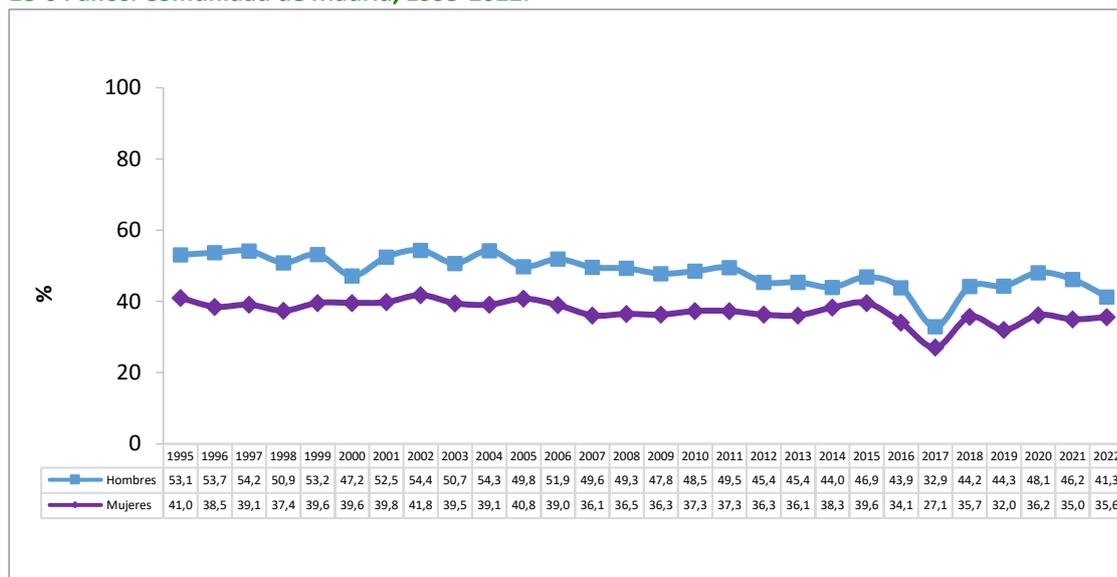
## Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,4 raciones/día, donde la carne aportó 0,9 raciones siendo el resto derivados (principalmente, embutidos). La mayoría de los entrevistados/as, el 81,1%, había consumido algún alimento de este grupo (Tabla 5). Es de destacar la proporción de personas que consumieron en las últimas 24 horas dos o más raciones de productos cárnicos (39,5%), con diferencias entre hombres (43,8%) y mujeres (35,3%); por grupos de edad, este consumo disminuye

significativamente conforme aumenta la edad. Se observa un mayor consumo en aquellos con menor nivel educativo y menor clase social, aunque en estos grupos no se encontraron diferencias significativas (Anexo Tabla 5).

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de productos cárnicos, en hombres este porcentaje disminuye un 4,9% en 2022 respecto a 2021. Según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión; para la serie completa se encontró una disminución media anual del 0,9%. En el caso de las mujeres, tampoco se encontró ningún punto de inflexión y para la serie completa se encontró una disminución media anual de 0,7% (Figura 6 y Tabla 8).

**Figura 6. Evolución del consumo  $\geq 2$  raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 8. Evolución del consumo de  $\geq 2$  raciones de cárnicos en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
Serie completa	2020 a 2021	-1,9	NS	2020 a 2021	-1,2	NS
	2021 a 2022	-4,9	<0,05	2021 a 2022	0,6	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-0,9 (-1,4 a -0,5)	<0,05	1995-2022	-0,7 (-1,1 a -0,3)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de *jointpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

## Pescado

La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día (unas 3,5 raciones/semana). El 41,6% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), 42,3% de mujeres y 40,9% de hombres, aunque estas diferencias no fueron significativas; este consumo aumenta de forma importante con la edad pasando de 34,7% en los/as más jóvenes a 46,2% en el grupo de 45 a 64 años (Tabla 5).

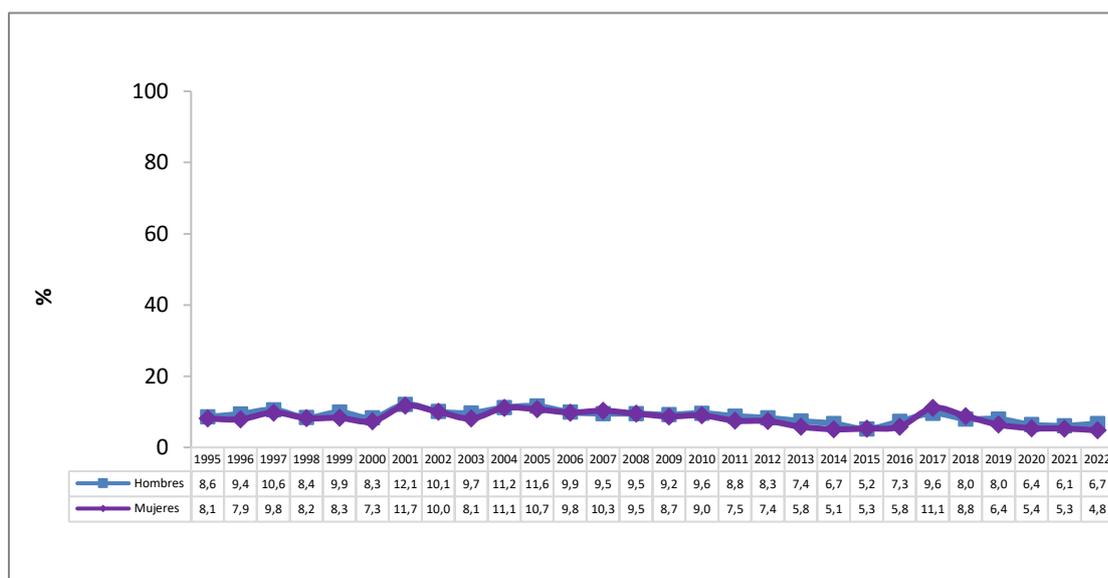
## Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,4 raciones/día y el 35,6% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24

horas (Tabla 5). El 5,7% consumieron dos o más raciones al día, en los hombres el 6,4% y en las mujeres el 5,0%, estas diferencias no fueron significativas.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas que en las últimas 24 horas consumieron dos o más raciones de dulces y bollerías, entre 2020 y 2022 no se encontraron cambios significativos. Según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres se identificó un punto de inflexión: para el periodo 2004 a 2022 se encontró una disminución anual de 2,8% y no se encontraron cambios significativos a lo largo de toda la serie. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2020 se encontró una disminución anual de 12,9%; y para la serie completa se encontró una disminución anual media del 2,1% (Figura 7 y Tabla 9).

**Figura 7. Evolución del consumo  $\geq 2$  raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 9. Evolución del consumo  $\geq 2$  raciones de dulces y bollería en las últimas 24 horas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

	Hombres			Mujeres		
Variación Anual	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-0,3	NS	2020 a 2021	-0,1	NS
	2021 a 2022	0,6	NS	2021 a 2022	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2004	1,9 (-1,2 a 21,3)	NS	1995-2008	2,1 (0,2 a 4,7)	<0,05
	2004-2022	-2,8 (-13,5 a -1,7)	<0,05	2008-2014	-11,9 (-24,8 a -7,0)	<0,05
				2014-2017	22,1 (5,2 a 33,9)	<0,05
				2017-2022	-12,9 (-22,7 a -7,8)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-1,3 (-2,8 a 0,1)	NS	1995-2022	-2,1 (-3,2 a -1,3)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de *jointpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

## Otros alimentos

La ingesta media de pan fue de 1,5 raciones diarias, la de arroz y pasta conjuntamente fue de 0,4 raciones/día (lo que equivale a unas 2,8 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana).

### 3.4 Dietas

Un 18,1% de la población había realizado algún tipo de modificación de su dieta habitual en los últimos seis meses. El 10,8% había realizado dieta para adelgazar, cifra similar en hombres y mujeres (Tabla 10). En cuanto a las tendencias en la dieta para adelgazar, es necesario destacar que en toda la serie la prevalencia en mujeres es superior a la de los hombres para converger en los últimos años (Figura 8).

Entre 2020 y 2022 no se encontraron cambios significativos. Según el análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres no se identificó ningún punto de inflexión. A lo largo de toda la serie se encontró un incremento anual promedio de 1,2%. En el caso de las mujeres, tampoco se encontró ningún punto de inflexión y no se identificó ninguna tendencia a lo largo de estos años (Figura 8 y Tabla 11).

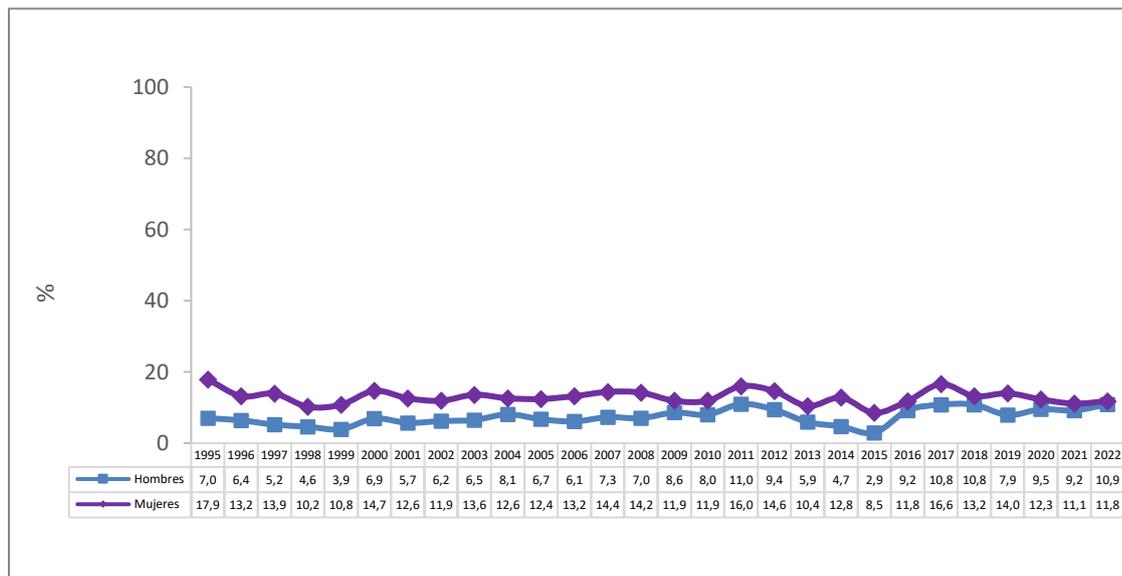
**Tabla 10. Dietas en los últimos seis meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>Algún tipo de dieta</b>	18,1 (17-19,4)	15,9 (14,3-17,5)	20,3 (18,7-22,1)	19,5 (17-22,3)	22,6 (20,4-24,8)	14 (12,5-15,7)
<b>Dieta para adelgazar</b>	10,8 (9,8-11,8)	10,1 (8,8-11,5)	11,4 (10,1-12,9)	10,3 (8,5-12,6)	12,8 (11,1-14,6)	9,4 (8,1-10,9)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 8. Evolución de la proporción de dietas para adelgazar en los últimos 6 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 11. Evolución de dietas para adelgazar en los últimos seis meses por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
Variación Anual	2020 a 2021	-0,3	NS	2020 a 2021	-1,2	NS
	2021 a 2022	1,7	NS	2021 a 2022	0,6	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	1,2 (0,2 a 3,6)	<0,05	1995-2022	-0,3 (-1,1 a 0,4)	NS

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de *jointpoint* (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

### 3.5 Antropometría

El Índice de Masa Corporal (IMC), definido como el cociente del peso corporal expresado en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado ( $IMC=kg/m^2$ ), ha sido utilizado ampliamente como indicador de la adiposidad<sup>17</sup>. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad<sup>18</sup>, que figura en la tabla en Anexo Metodológico.

Siguiendo esta clasificación el 2,8% de la población estudiada tiene un peso insuficiente, en las mujeres 4,4%, frente al 1,2% en los hombres, siendo del 7,0% en el grupo más joven (18-29 años). El 15,9% tiene sobrepeso grado I, un 16,1% sobrepeso de grado II, y un 12,4 % obesidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 44,4%, superior en hombres (54,5%) que en mujeres (34,6%). Se evidencia un incremento de este indicador por edad tanto en mujeres como en hombres, de forma conjunta se pasa del 23,6% en las edades más jóvenes al 55,5% en el grupo de mayor edad.

**Tabla 12. Distribución del Índice de masa corporal por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

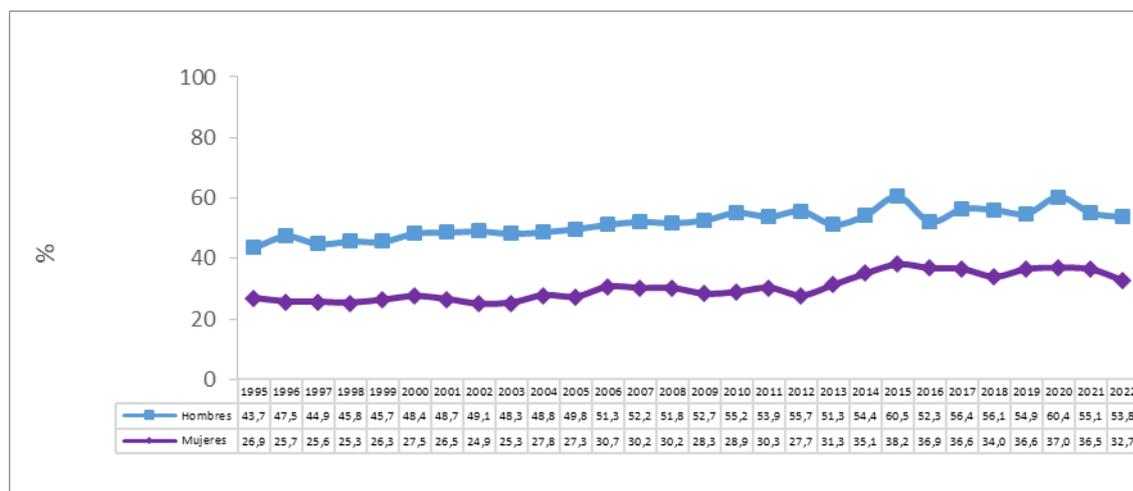
	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>Peso insuficiente<sup>(a)</sup></b>	2,8 (2,4-3,4)	1,2 (0,8-1,8)	4,4 (3,6-5,4)	7,0 (5,5-9)	2,4 (1,7-3,4)	1,1 (0,7-1,8)
<b>Normopeso<sup>(b)</sup></b>	52,8 (51,3-54,3)	44,3 (42,2-46,4)	61 (58,9-63,1)	69,4 (66,2-72,4)	54,6 (51,9-57,2)	43,4 (41,1-45,7)
<b>Sobrepeso grado I<sup>(c)</sup></b>	15,9 (14,8-17,1)	20,3 (18,5-22,1)	11,7 (10,4-13,2)	11,5 (9,6-13,9)	16,6 (14,7-18,6)	17,5 (15,8-19,3)
<b>Sobrepeso grado II<sup>(d)</sup></b>	16,1 (15-17,3)	21,1 (19,4-23)	11,2 (9,9-12,7)	8,3 (6,7-10,4)	15,0 (13,3-17)	20,7 (18,8-22,6)
<b>Obesidad<sup>(e)</sup></b>	12,4 (11,4-13,4)	13,1 (11,7-14,6)	11,7 (10,4-13,2)	3,7 (2,6-5,2)	11,4 (9,8-13,2)	17,3 (15,6-19,2)

(a) Peso insuficiente:  $IMC < 18,5 kg/m^2$ ; (b) Normopeso:  $18,5 kg/m^2 \leq IMC < 25 kg/m^2$ ; (c) Sobrepeso grado I:  $25 kg/m^2 \leq IMC < 27 kg/m^2$ ; (d) Sobrepeso grado II:  $27 kg/m^2 \leq IMC < 30 kg/m^2$ ; (e) Obesidad:  $IMC \geq 30 kg/m^2$ ;

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

De 2020 a 2022, la tendencia del indicador sobrepeso y obesidad ( $IMC \geq 25 kg/m^2$ ) presentó cambios estadísticamente significativos en hombres, pasando de 60,4% en 2020 a 55,1% en 2021. Según el análisis de *jointpoint* de sobrepeso/obesidad para el periodo 1995 a 2022, en hombres se identificó un punto de inflexión; en el último periodo identificado no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró incremento anual promedio del 0,6%. En el caso de las mujeres, se encontraron dos puntos de inflexión; en el último periodo tampoco existen cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 1,1% (Figura 9 y Tabla 13).

**Figura 9. Evolución del sobrepeso u obesidad por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**\*IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ 

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 13. Evolución del sobrepeso u obesidad\* por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

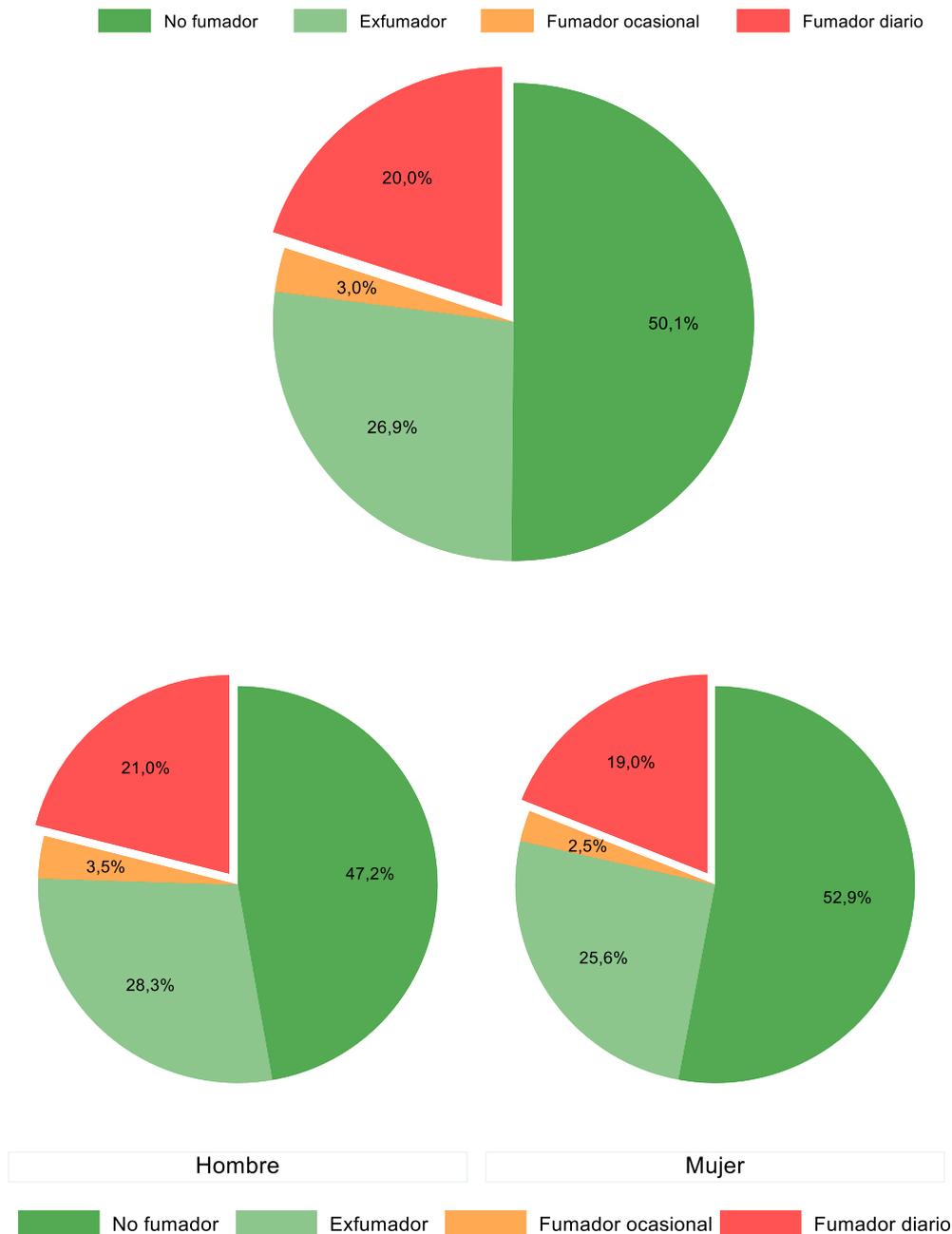
Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-5,3	<0,05	2020 a 2021	-0,5	NS
	2021 a 2022	-1,3	NS	2021 a 2022	-3,8	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2000	1,0 (0,8 a 2,1)	<0,05	1995-2012	0,9 (-0,0 a 1,3)	NS
	2000-2022	-4,3 (-7,9 a 0,8)	NS	2012-2015	8,3 (2,8 a 10,8)	<0,05
				2015-2022	-1,2 (-4,2 a 0,1)	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	0,6 (0,4 a 1,1)	<0,05	1995-2022	1,1 (0,7 a 1,4)	<0,05

\*IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ <sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

La obesidad/sobrepeso por sexo se aprecia considerablemente más elevada en hombres respecto de las mujeres para todas las variables sociodemográficas estudiadas; disminuye al aumentar el nivel educativo; por clase social se aprecia un gradiente inverso entre sexos: en hombres hay un aumento claro al pasar de clase social baja a alta (59,7% a 51,2%) y, en mujeres ocurre lo opuesto: en clase baja resulta en un 48,4% y, en la clase alta es un 22,6% (Anexo Tabla 7).

### 3.6 Consumo de tabaco

En el año 2021 y 2022, el 23,0% de la población de 18 a 64 años eran fumadores/as habituales (un 20,0% diarios y un 3,0% ocasionales), el 50,1% "no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual" y el 26,9% eran exfumadores/as (Figura 10). La prevalencia global de consumo de tabaco (fumadores diarios u ocasionales) en hombres es del 24,5% y en mujeres del 21,5%.

**Figura 10. Consumo de tabaco según frecuencia por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En la tabla 14 se observa que un 4,1% consume 20 cigarrillos o más al día y esta proporción aumenta significativamente con la edad, desde 2,1% en los de 18 a 29 años hasta el 5,2% en los de 45 a 64 años. La proporción de abandono, definida como la proporción de exfumadores del total de sujetos que fuman o han fumado (fumadores/as y exfumadores/as), fue de 54,0%. Por otra parte, el 35,6% de los fumadores/as diarios había realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

**Tabla 14. Fumadores/as y abandono del consumo de tabaco por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>Ha fumado &gt;100 cigarrillos en la vida</b>	49,9 (48,4-51,4)	52,8 (50,6-54,9)	47,1 (44,9-49,2)	30,9 (27,9-34,1)	50,1 (47,5-52,7)	58,9 (56,6-61,2)
<b>Fumadores/as actuales <sup>(a)</sup></b>	23,0 (21,7-24,3)	24,5 (22,7-26,5)	21,5 (19,7-23,3)	22,3 (19,7-25,2)	24,5 (22,3-26,9)	22,1 (20,2-24)
<b>Fumadores/as diarios</b>	20,0 (18,8-21,3)	21,0 (19,3-22,9)	19,0 (17,3-20,7)	18,6 (16,1-21,3)	20,5 (18,5-22,7)	20,2 (18,4-22,2)
<b>Consumo de 20 o más cigarrillos</b>	4,1 (3,5-4,8)	5,0 (4,1-6,1)	3,2 (2,5-4)	2,1 (1,3-3,3)	3,9 (3-5,1)	5,2 (4,3-6,4)
<b>Proporción de abandono <sup>(b)</sup></b>	54,0 (51,8-56,1)	53,6 (50,6-56,5)	54,4 (51,3-57,5)	27,8 (22,8-33,5)	51,1 (47,4-54,8)	62,6 (59,6-65,5)

(a) Fumador ocasional o diario; (b) Exfumadores/(Fumadores actuales + exfumadores).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

La evolución del consumo de tabaco se presenta en las Figuras 11 y 12: se aprecia un descenso de fumadores/as actuales (ocasionales o diarios) en los últimos años. Entre 2020 y 2022 en hombres este porcentaje ha pasado de 26,5% a 23,5% y en mujeres de 22,7% a 20,4%; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 15).

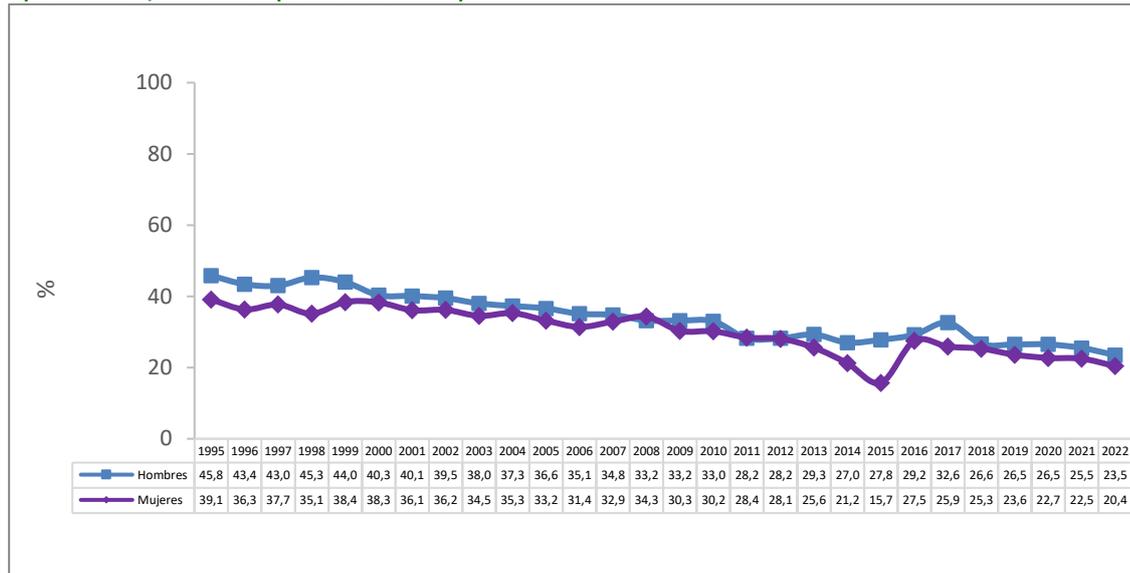
Según el análisis de *jointpoint* de fumadores actuales para el periodo 1995 a 2022, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2022 se encontró una disminución del 4,7% anual y para todo el periodo de estudio se encontró disminución promedio anual de 2,5%. En el caso de las mujeres, no se identificó ningún punto de inflexión y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución media anual de 2,4% (Figura 11 y Tabla 15).

Al analizar el consumo de 20 cigarrillos al día o más según el análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; en el último periodo no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio de 5,6%. En el caso de las mujeres, no se identificó ningún punto de inflexión y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución promedio anual del 6,2% (Figura 11 y Tabla 15).

La evolución de la proporción de abandono de tabaco según el análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres se identificaron dos puntos de inflexión; para el periodo 2015 a 2022 se encontró un incremento anual del 4,6% y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 2,3%. En el caso de las mujeres, se identificó un punto de inflexión; para el periodo 2005 a 2022 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró un incremento anual promedio del 3,4%. Al analizar la proporción de fumadores que no han realizado un intento serio por dejar de fumar no se encontraron cambios significativos al analizar la evolución de la serie completa (Figura 12 y Tabla 16).

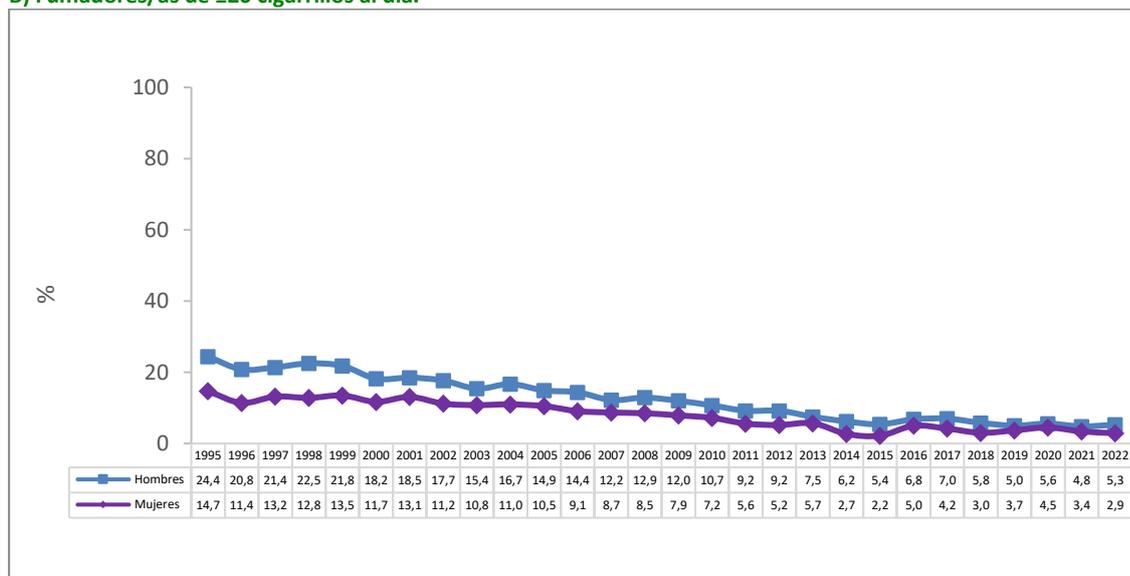
**Figura 11. Evolución del consumo de tabaco por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Fumadores/as actuales (ocasional o diario).**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

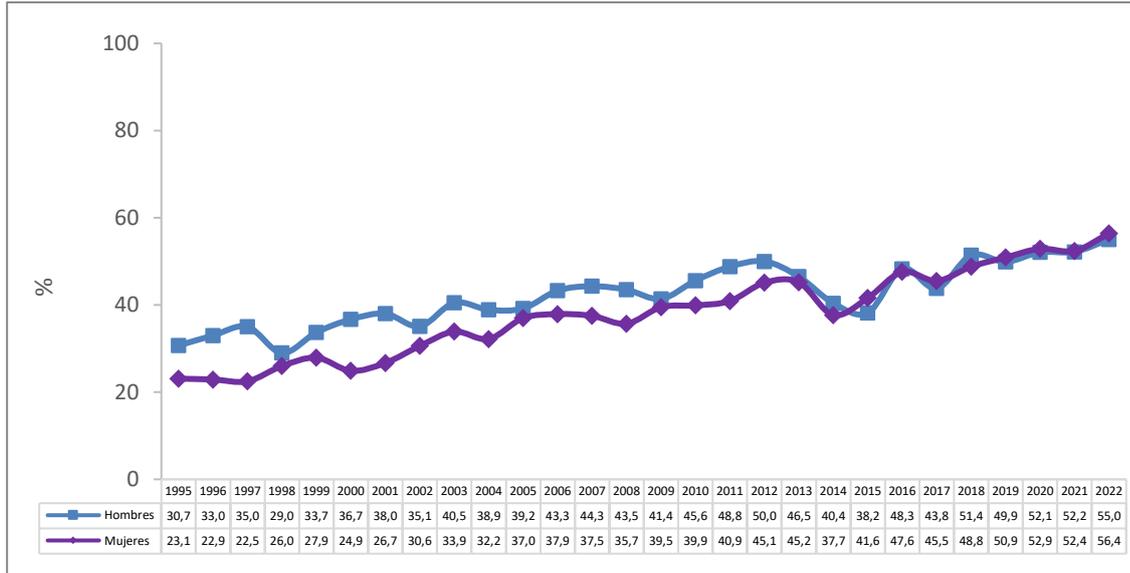
**B) Fumadores/as de ≥20 cigarrillos al día.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

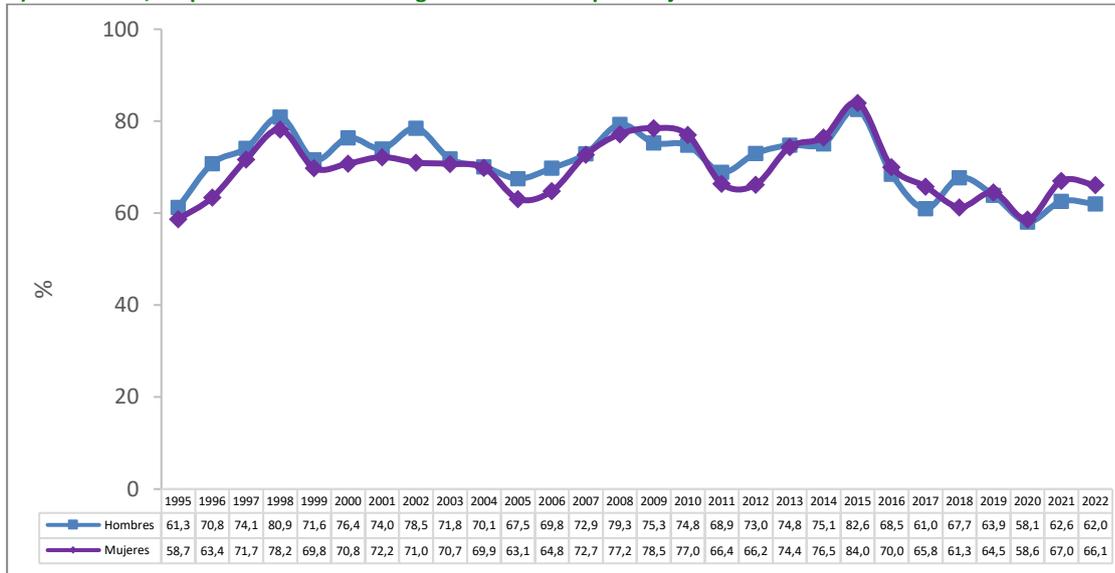
**Figura 12. Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Abandono del consumo de tabaco (exfumador/a/(fumador/a actual+exfumador/a)).**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**B) Fumadores/as que no han realizado algún intento serio para dejar de fumar en el último año.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 15. Evolución del consumo de tabaco por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.****A) Fumadores/as actuales.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-1,0	NS	2020 a 2021	-0,2	NS
	2021 a 2022	-2,0	NS	2021 a 2022	-2,1	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2014	-2,7 (-3,7 a -1,8)	<0,05			
	2014-2017	2,6 (-3,4 a 4,7)	NS			
	2017-2022	-4,7 (-9,6 a -1,8)	<0,05			
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-2,5 (-2,9 a -2,2)	<0,05	1995-2022	-2,4 (-3,1 a -1,7)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**B) Fumadores/as de ≥20 cigarrillos al día.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-0,8	NS	2020 a 2021	-1,1	NS
	2021 a 2022	0,5	NS	2021 a 2022	-0,5	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2009	-4,8 (-5,7 a -3,3)	<0,05			
	2009-2014	-11,7 (-17,5 a -7,9)	<0,05			
	2014-2022	-3,1 (-5,1 a 2,7)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-5,6 (-6,1 a -5,1)	<0,05	1995-2022	-6,2 (-7,4 a -5,1)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**Tabla 16. Evolución del abandono e intentos por dejar de fumar por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.****A) Abandono del consumo de tabaco (exfumador/a/(fumador/a actual+exfumador/a)).**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-0,1	NS	2020 a 2021	-0,5	NS
	2021 a 2022	2,8	NS	2021 a 2022	4,0	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2012	2,7 (2,1 a 3,7)	<0,05	1995-2005	4,9 (3,6 a 11,9)	<0,05
	2012-2015	-5,3 (-8,2 a 1,0)	NS	2005-2022	2,6 (-1,0 a 3,2)	NS
	2015-2022	4,6 (2,1 a 11,9)	<0,05			
Serie completa	Periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	2,3 (1,8 a 2,7)	<0,05	1995-2022	3,4 (2,8 a 4,0)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**B) Fumadores/as que no han realizado algún intento serio por dejar de fumar en el último año.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	4,5	NS	2020 a 2021	8,4	NS
	2021 a 2022	-0,6	NS	2021 a 2022	-0,9	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-1997	9,5 (-0,0 a 18,5)	NS	1995-2015	0,5 (-0,1 a 7,4)	NS
	1997-2015	-0,2 (-7,0 a 1,1)	NS	2015-2022	-2,8 (-13,2 a -0,2)	<0,05
	2015-2022	-3,0 (-10,5 a 2,1)	NS			
Serie completa	Periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-0,2 (-0,9 a 0,3)	NS	1995-2022	-0,4 (-1,2 a 0,6)	NS

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

En el Anexo Tabla 8 se muestran las prevalencias del indicador fumadores/as ocasionales o diarios según variables sociodemográficas. El patrón de mayor consumo se observa en el menor nivel educativo y en la categoría de situación laboral en paro y clase social baja. Destaca con la cifra más elevada en hombres en paro, con un 42,6%.

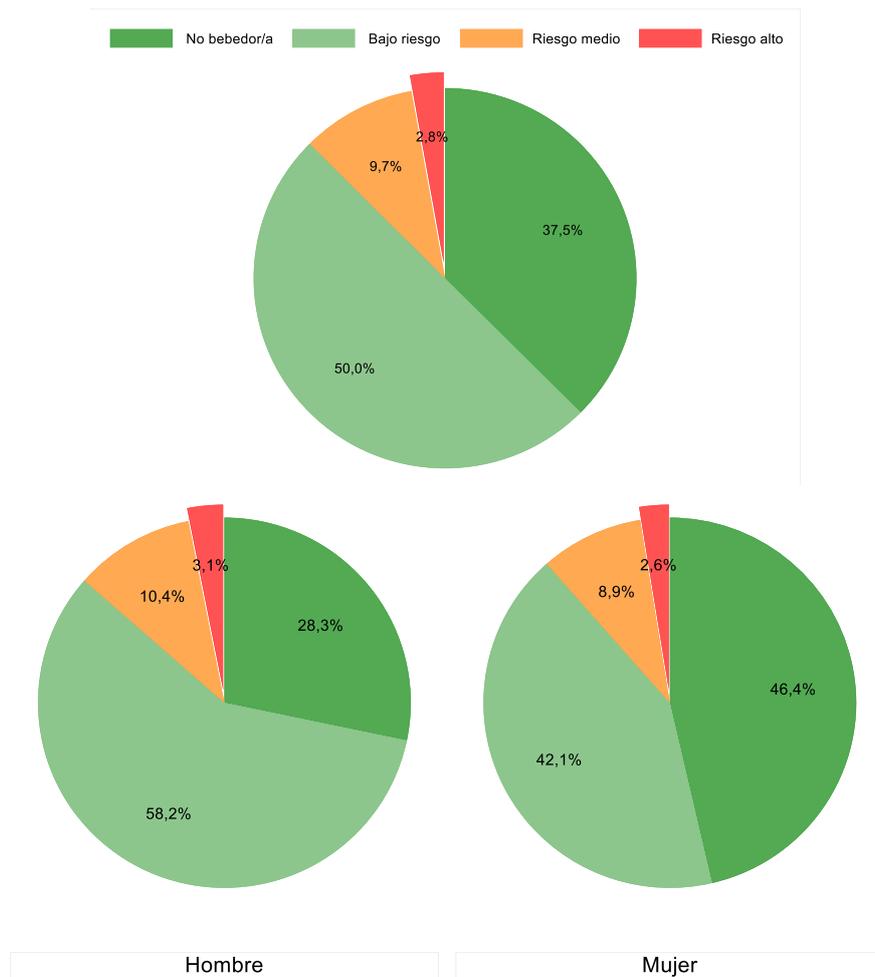
### 3.7 Consumo de alcohol

El consumo medio semanal per cápita de alcohol fue 44,6 gramos (g), 63,5g en hombres y 26,4g en mujeres, siendo estas diferencias significativas ( $p < 0,001$ ). El 49,9% de los encuestados/as se clasificaron como bebedores/as habituales, que se definen como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta situación 1,5 veces más frecuente en hombres que en mujeres (Tabla 17).

A las personas que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (tanto a bebedores habituales como a bebedores ocasionales, aquellos que consumieron alcohol menos de una vez a la semana en los últimos 30 días con una frecuencia menor a un día a la semana), se les pregunta en detalle por el consumo de alcohol de la última semana. Se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del último día laborable anterior a la entrevista (de lunes a jueves), además se preguntó por el consumo de bebidas alcohólicas del viernes, sábado y domingo. Para calcular los gramos de alcohol consumidos, se utilizaron las equivalencias de Unidades de Bebida Estándar (UBE), utilizadas en la Encuesta Nacional de Salud de España<sup>19</sup>. Para calcular el consumo semanal de alcohol se multiplicó por 4 el consumo que se registró de lunes a jueves y se sumó el consumo de viernes, sábado y domingo. Para calcular el promedio del consumo diario se divide el consumo semanal entre 7.

Se consideró una nueva categoría de consumo de alcohol según los nuevos límites de consumo de alcohol de bajo riesgo<sup>20</sup>, así se consideró bebedor/a de bajo riesgo a la persona cuyo consumo diario fue de hasta 20 g/día en hombres y 10 g/día en mujeres. Se consideró bebedor/a de riesgo medio la persona cuyo consumo diario fue de  $>20$  g/día y  $<40$  g/día en hombres y  $>10$  g/día y  $<24$  g/día en mujeres, y bebedor/a con consumo de alto riesgo a los hombres y mujeres con consumos  $\geq 40$  g/día y  $\geq 24$  g/día, respectivamente. En los dos años de encuesta, un 2,8% de la población fue clasificada como bebedor/a de alto riesgo, un 9,7% como bebedor/a de riesgo medio, un 50,0% como bebedor de riesgo bajo y un 37,5% como no bebedor/a (Figura 13). Además, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo medio y de alto riesgo, fue 1,14 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

**Figura 13. Consumo medio diario de alcohol según categorías por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



\* *No riesgo: No consumo de alcohol; Bajo riesgo: Consumo de alcohol de  $\leq 20$  g/día en hombres y  $\leq 10$  g/día en mujeres. Riesgo intermedio: Consumo de alcohol de  $> 20$  g/día y  $< 40$  g/día en hombres y  $> 10$  g/día y  $< 24$  g/día en mujeres. Alto riesgo: Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres.*

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

El 11,0% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo, durante una tarde o una noche, de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres) (Tabla 17). Este consumo fue 1,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres. La frecuencia de este comportamiento disminuye con la edad, siendo 4,7 veces más frecuente en el grupo de 18-29 años que en el de 45-64 años. El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue de 12,2% (15,1% de los hombres y 9,3% de las mujeres). Este comportamiento es más frecuente en el grupo más joven (Tabla 17).

**Tabla 17. Consumo medio diario de alcohol en los últimos 30 días según categorías, bebedores/as habituales, test de CAGE positivo, consumo excesivo en una misma ocasión, y consumo de riesgo global, por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total %(IC95%)	Sexo		Edad		
		Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
<b>Consumo medio diario de alcohol</b>						
<b>No bebedor (a)</b>	37,5 (36-38,9)	28,3 (26,3-30,3)	46,4 (44,2-48,5)	34 (30,9-37,2)	37,7 (35,2-40,3)	39 (36,8-41,2)
<b>Bajo riesgo (b)</b>	50,0 (48,5-51,6)	58,2 (56-60,4)	42,1 (40-44,3)	52,7 (49,3-56)	50,4 (47,8-53)	48,5 (46,2-50,7)
<b>Riesgo medio (c)</b>	9,7 (8,8-10,6)	10,4 (9,1-11,9)	8,9 (7,8-10,3)	8,8 (7,1-10,9)	9,6 (8,1-11,2)	10,1 (8,8-11,6)
<b>Alto riesgo (d)</b>	2,8 (2,4-3,4)	3,1 (2,4-4)	2,6 (2,0-3,3)	4,5 (3,3-6,1)	2,3 (1,6-3,3)	2,4 (1,8-3,2)
<b>Bebedores habituales (e)</b>	49,9 (48,4-51,4)	59,7 (57,5-61,8)	40,5 (38,4-42,6)	47,4 (44,1-50,8)	48,2 (45,6-50,7)	52,5 (50,2-54,8)
<b>Cuestionario CAGE positivo en bebedores habituales (f)</b>	16,4 (14,8-18,1)	17,8 (15,7-20,1)	14,5 (12,2-17)	20,1 (16,5-24,3)	18,3 (15,5-21,4)	13,4 (11,4-15,8)
<b>Consumo excesivo en una misma ocasión (g)</b>	11,0 (10,1-12)	14,0 (12,6-15,5)	8,2 (7,1-9,4)	21,5 (18,9-24,4)	12,8 (11,1-14,6)	4,6 (3,7-5,7)
<b>Consumo de riesgo global (h)</b>	12,2 (11,2-13,2)	15,1 (13,7-16,8)	9,3 (8,2-10,6)	22,1 (19,5-25)	13,8 (12,1-15,7)	6,1 (5,1-7,3)

(a) No bebedor: no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. (b) Bajo riesgo: Consumo de alcohol  $\leq 20$  g/día en hombres y  $\leq 10$  g/día en mujeres. (c) Riesgo medio: Consumo de alcohol de  $>20$  g/día y  $<$  de 40 g/día en hombres y  $>10$  g/día y  $<$  de 24 g/día en mujeres. (d) Alto riesgo: Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres. (e) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días. (f) CAGE positivo:  $\geq 2$  respuestas positivas (g) Consumo en un corto período de tiempo de  $\geq 80$  g en hombres y  $\geq 60$  g en mujeres. (h) Consumo medio diario de alto riesgo (ver d) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver g).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

De acuerdo con el resultado obtenido en el cuestionario CAGE<sup>21-23</sup>, el cual es utilizado para la detección del consumo problemático de alcohol, un 16,4% (17,8% de los hombres y 14,5% de las mujeres) obtuvieron una puntuación  $\geq 2$  (Tabla 17).

En cuanto a la evolución del indicador “bebedores habituales”, el comportamiento es diferente por sexo. En hombres, este porcentaje en 2021 disminuyó respecto a 2020 y en 2022 se incrementa nuevamente respecto a 2021, siendo estos cambios estadísticamente significativos. Sin embargo, en mujeres, no hay cambios significativos. La evolución de los bebedores habituales según el análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres identificó 4 puntos de inflexión; para el periodo 2017 a 2022 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media de 0,5%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2022 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio tampoco se identificó ninguna tendencia (Figura 14 y Tabla 18).

El consumo medio semanal per cápita, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el periodo 2020 a 2022.

En cuanto a los bebedores con consumo medio diario de alto riesgo, en hombres se registró una disminución estadísticamente significativa entre 2020 y 2021. La evolución del consumo medio de alto

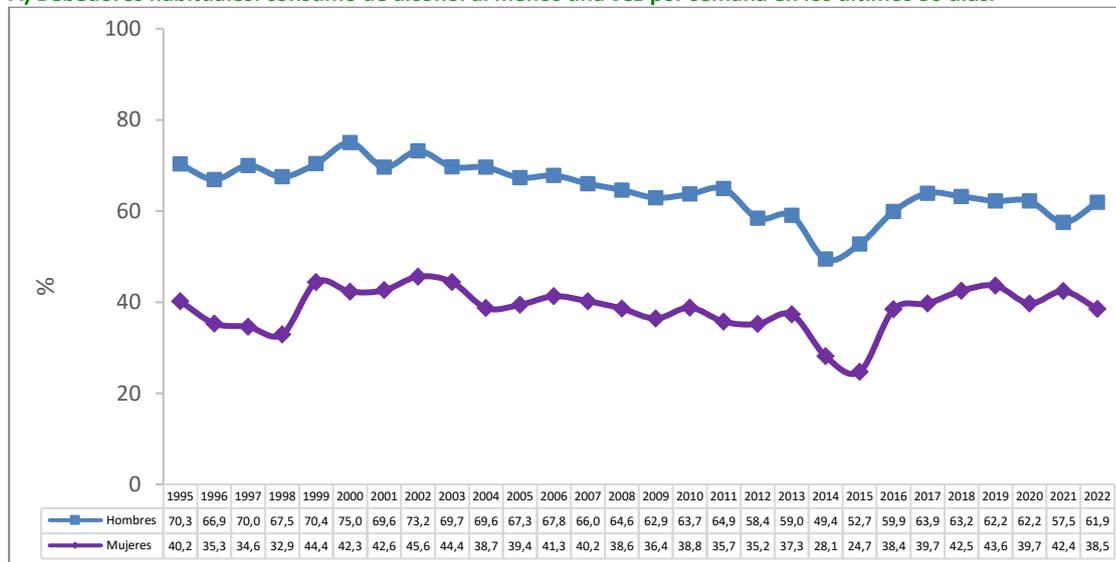
riesgo según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, identificó en hombres 2 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2022 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio del 4,7%. En el caso de las mujeres, no se identificó ningún punto de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de la serie (Figura 14 y Tabla 18).

Respecto al consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, en hombres se aprecia un incremento estadísticamente significativo en 2022 respecto a 2021; mientras que en mujeres no se evidencian incrementos estadísticamente significativos en estos últimos años. La evolución del consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión, según análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, ni en hombres ni en mujeres identifica ningún punto de inflexión y tampoco se identificó ninguna tendencia a lo largo de toda la serie (Figura 14 y Tabla 18).

Como se observa en el Anexo Tabla 9, los porcentajes de bebedores/as habituales para cualquier variable incluida en esta, son considerablemente más elevados en hombres respecto de las mujeres. En ambos sexos se aprecia predominio en las personas con país de nacimiento en España frente a otro país. Hay un mayor porcentaje de bebedores habituales entre aquellos de mayor edad y se incrementa conforme aumenta el nivel educativo y la clase social.

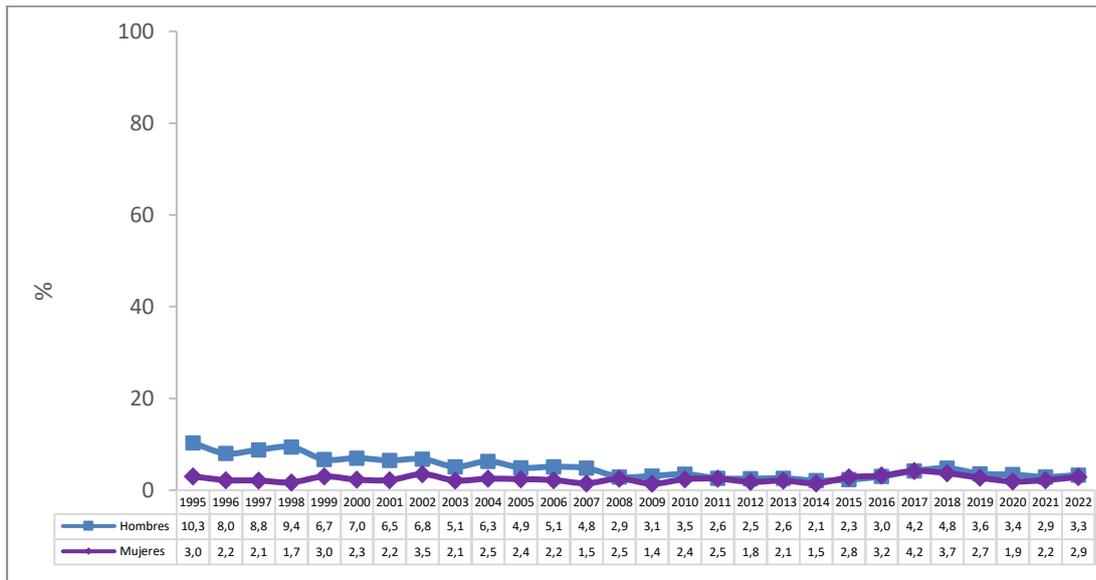
**Figura 14. Evolución del consumo de alcohol por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Bebedores habituales: consumo de alcohol al menos una vez por semana en los últimos 30 días.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

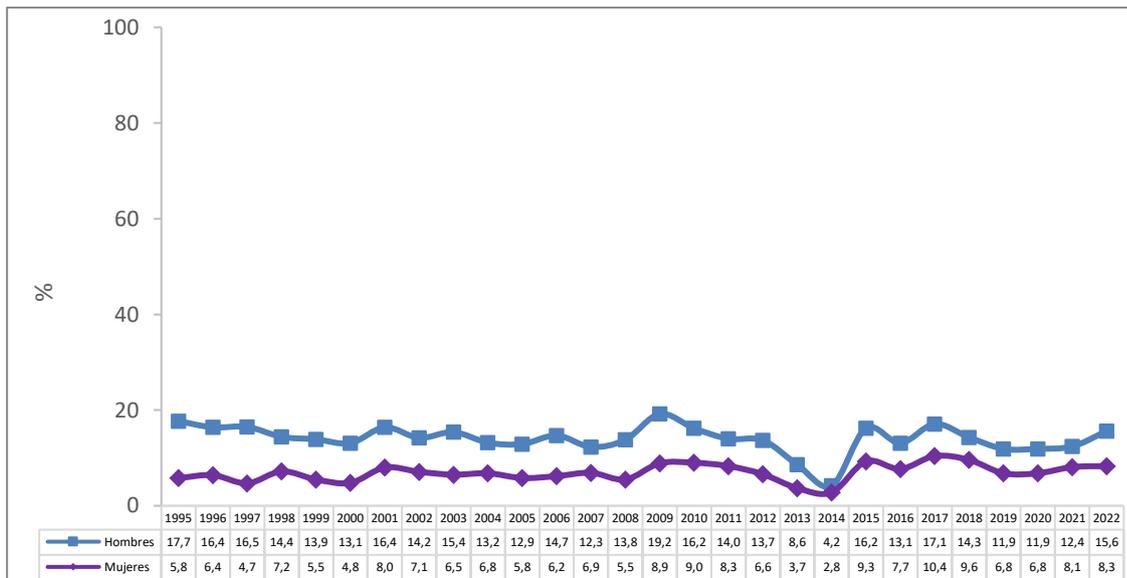
**B) Bebedores con consumo de alto riesgo\*.**



\*Consumo de alcohol  $\geq 40g/día$  en hombres y  $\geq 24g/día$  en mujeres

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**C) Consumo excesivo en una misma ocasión\*.**



\*Consumo de alcohol  $\geq 80g/día$  en hombres y  $\geq 60g/día$  en mujeres

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 18. Evolución del consumo de alcohol por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Bebedores habituales: consumo de alcohol al menos una vez por semana en los últimos 30 días.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-4,7	<0,05	2020 a 2021	2,7	NS
	2021 a 2022	4,4	<0,05	2021 a 2022	-3,9	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2000	1,3 (-0,3 a 5,5)	NS	1995-2002	3,6 (-1,9 a 11,5)	NS
	2000-2011	-1,2 (-2,5 a -0,6)	<0,05	2002-2015	-2,9 (-8,4 a 7,8)	NS
	2011-2014	-7,2 (-8,9 a -3,6)	<0,05	2015-2018	13,1 (-5,5 a 19,2)	NS
	2014-2017	7,8 (3,5 a 10,1)	<0,05	2018-2022	-3,1 (-14,4 a 4,1)	NS
2017-2022	-1,2 (-4,1 a 0,3)	NS				
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-0,5 (-0,7 a -0,2)	<0,05	1995-2022	0,4 (-0,4 a 1,2)	NS

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

**B) Bebedores con consumo de alto riesgo\*.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-0,5	<0,05	2020 a 2021	0,3	NS
	2021 a 2022	0,4	NS	2021 a 2022	0,7	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2014	-7,9 (-9,5 a -6,3)	<0,05			
	2014-2018	18,4 (-9,3 a 34,6)	NS			
	2018-2022	-9,8 (-26,2 a 3,4)	NS			
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-4,7 (-6,1 a -3,6)	<0,05	1995-2022	0,5 (-0,8 a 1,8)	NS

\*Consumo de alcohol  $\geq 40$ g/día en hombres y  $\geq 24$ g/día en mujeres<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**C) Consumo excesivo\* en una misma ocasión.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	0,5	NS	2020 a 2021	1,3	NS
	2021 a 2022	3,2	<0,05	2021 a 2022	0,2	NS
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-1,0 (-2,7 a 0,8)	NS	1995-2022	1,1 (-0,5 a 2,6)	NS

\*Consumo de alcohol  $\geq 80$ g/día en hombres y  $\geq 60$ g/día en mujeres<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)**3.8 Prácticas preventivas**

En este apartado se recoge la situación relativa al grado de cumplimiento de un conjunto de indicadores de medidas incluidas en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>24-26</sup> relacionados con el cribado de cáncer: la realización de citologías, mamografías y test de sangre oculta en heces (SOH), o bien indicadores de recomendaciones que Atención Primaria señala a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)<sup>27-29</sup>: la medición de la tensión arterial (TA) o del colesterol en sangre. La mayoría de las prácticas citadas, han sido vigiladas por el SIVFRENT-A desde 1995. Posteriormente, en 2010, en el marco del Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid<sup>10</sup>, se incluyó en el SIVFRENT-A la vigilancia de la realización de la prueba de sangre oculta en heces, cuyos resultados se incorporaron por primera vez al informe anual correspondiente al año 2013. Se han actualizado las recomendaciones de prácticas preventivas; sin embargo, para mantener la serie histórica de los indicadores que vienen recogidos desde que se inició el SIVFRENT-A, se incluyen también en las tablas y gráficos los indicadores de las recomendaciones históricas, si las hubiera.

Según las últimas recomendaciones del PAPPS de 2022<sup>29</sup>, la medición de TA debe ser anual en adultos mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA, y con una periodicidad de entre 3-5 años en las demás situaciones. En cuanto a la determinación de colesterol, aunque no hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad establecidos en población sana, aconsejan que la actitud más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre, con una periodicidad mínima de cuatro años a partir de los 18 años.

El cumplimiento de las recomendaciones actuales de medición de TA se encuentra en un 88,0% en el grupo de 40 o menos años, sin encontrarse diferencias por sexo. En el grupo de mayores de 40 años, la recomendación de medir la TA en el último año, se encuentra por encima del 67%, siendo este porcentaje significativamente menor en mujeres respecto a hombres (63,9% vs. 71,2%). En relación al colesterol, un 91,2% se ha realizado una determinación de colesterol en los últimos 4 años; este porcentaje es significativamente mayor en mujeres respecto a hombres (93,1% vs. 89,3%) (Tabla 19).

En la Figura 15, se aprecia la evolución de la medición de la TA según las recomendaciones históricas, en la población de 18 a 40 años no se aprecian cambios significativos en los últimos años; sin embargo, en los mayores de 40 años hubo una disminución estadísticamente significativa entre 2021 y 2022, el cumplimiento de medición de TA en los últimos 2 años pasó de 89,5% en 2021 a 85,8 en 2022. En cuanto al colesterol (Figura 16), según las recomendaciones históricas los porcentajes se encuentran por encima del 90% y no se apreciaron cambios significativos en los últimos años.

Un 17,9% de los entrevistados/as afirmó que un profesional de medicina o enfermería le había comunicado que tenía la tensión arterial elevada (Tabla 20). De ellos, el 58,3% estaba tomando medicación, un 25,7% había reducido la ingesta de sal, y un 19,7% hacía ejercicio físico. El 71,7% seguía alguna recomendación para controlar la tensión arterial. A un 26,0% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 20), de ellos, un 29,0% tomaba medicamentos para el colesterol, el 47,5% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 32,0% practicaba ejercicio físico. El 74,3% seguía alguna de estas tres recomendaciones.

**Tabla 19. Medición de tensión arterial y colesterol y seguimiento de recomendaciones por grupos de edad y sexo (%). Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Grupo de edad	Total %(IC95%)	Sexo	
			Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)
<b>Nuevas recomendaciones</b>				
Tensión arterial $\leq 5$ años (a)	18 a 40 años	88,0 (86,4-89,4)	88,0 (85,7-90)	88,0 (85,7-90,0)
Tensión arterial $\leq 1$ año (b)	>40	67,4(65,5-69,3)	71,2(68,4-73,8)	63,9(61,1-66,6)
Colesterol $\leq 4$ años (c)	$\geq 18$ años	91,2(90,3-92)	89,3(87,9-90,6)	93,1(91,9-94,1)
<b>Recomendaciones históricas</b>				
Tensión arterial <5 años (d)	18-40 años	86,6(84,9-88,1)	86,2(83,8-88,3)	87,0(84,6-89,1)
Tensión arterial $\leq 2$ años (e)	>40 años	87,6(86,2-88,9)	88,8(86,8-90,6)	86,5(84,4-88,4)
Colesterol alguna vez en la vida	Hombres <35 años Mujeres <46 años	89,6(88,2-90,9)	85,6(82,7-88,1)	91,7(90,0-93,1)
Colesterol <5 años (f)	Hombres $\geq 35$ años Mujeres $\geq 46$ años	94,2(93,2-95,1)	92,5(90,9-93,8)	97,0 (95,6-98)

(a) Medición de la tensión arterial en los últimos 5 años en menores de 40 años; (b) Medición de la tensión arterial en el último año en personas con edad  $\geq 40$  años; (c) Análisis de colesterol en los últimos 4 años; (d) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años en población de 18 a 40 años; (e) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en mayores de 40 años; (f) Medición del colesterol hace menos de 5 años en mayores de 40 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

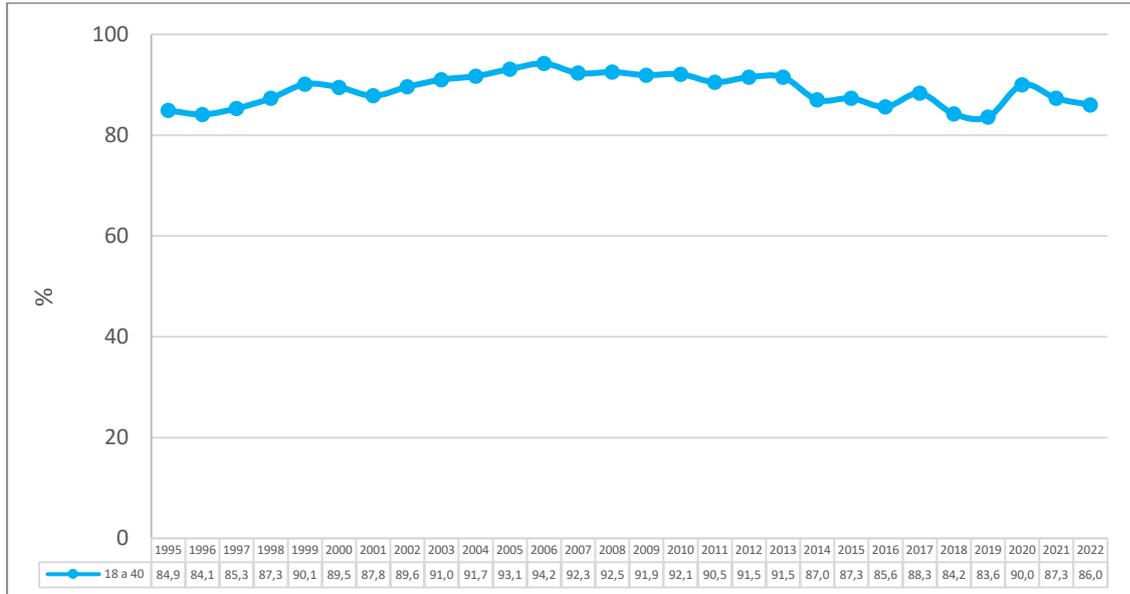
**Tabla 20. Personas que refieren tensión arterial o colesterol elevados por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Total %(IC95%)	Sexo		Edad		
		Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
Comunicación TA elevada	17,9 (16,8-19,1)	19,7 (18-21,5)	16,2 (14,7-17,9)	6,5 (4,9-8,5)	10,6 (9,1-12,4)	28,6 (26,5-30,8)
Comunicación colesterol elevado	26,0 (24,7-27,4)	26,6 (24,7-28,7)	25,4 (23,5-27,3)	10,1 (8,1-12,6)	21,3 (19,2-23,6)	36,2 (33,9-38,5)

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

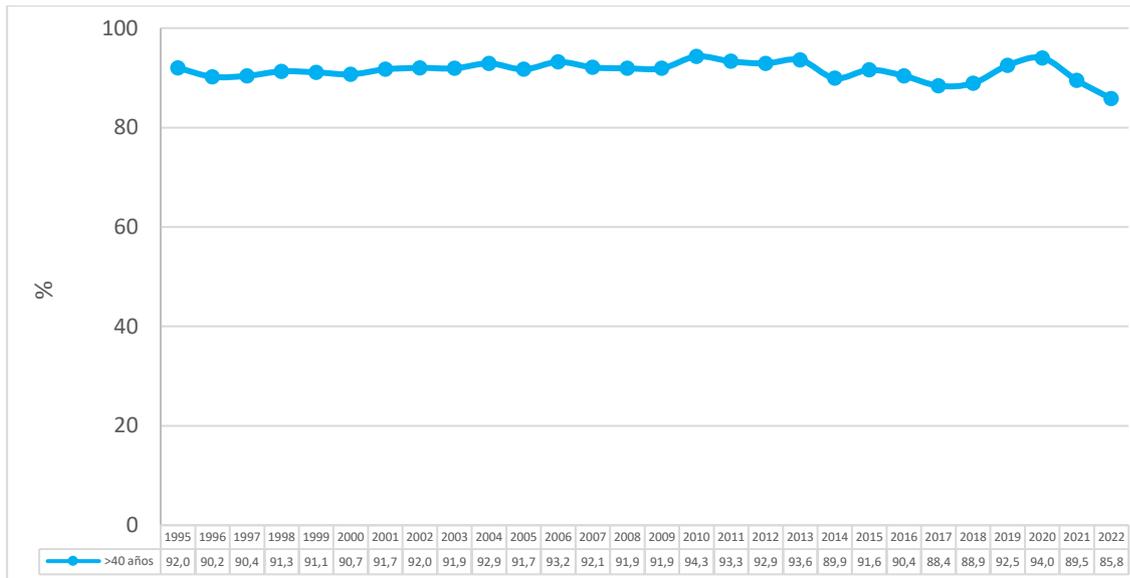
**Figura 15. Evolución de la medición de tensión arterial por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Medición de la tensión arterial en los últimos 4 años.**

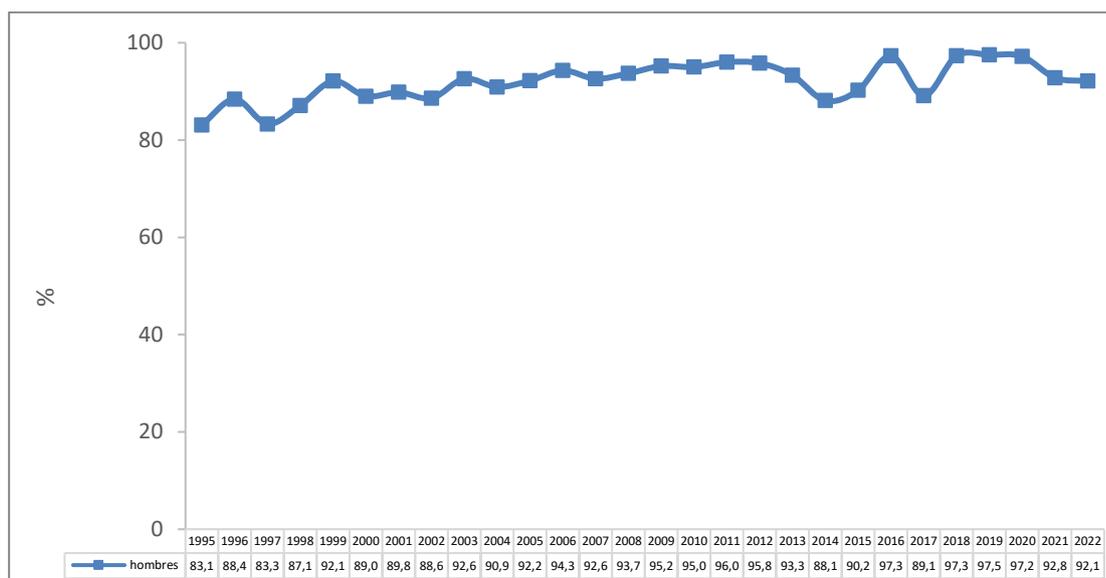


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

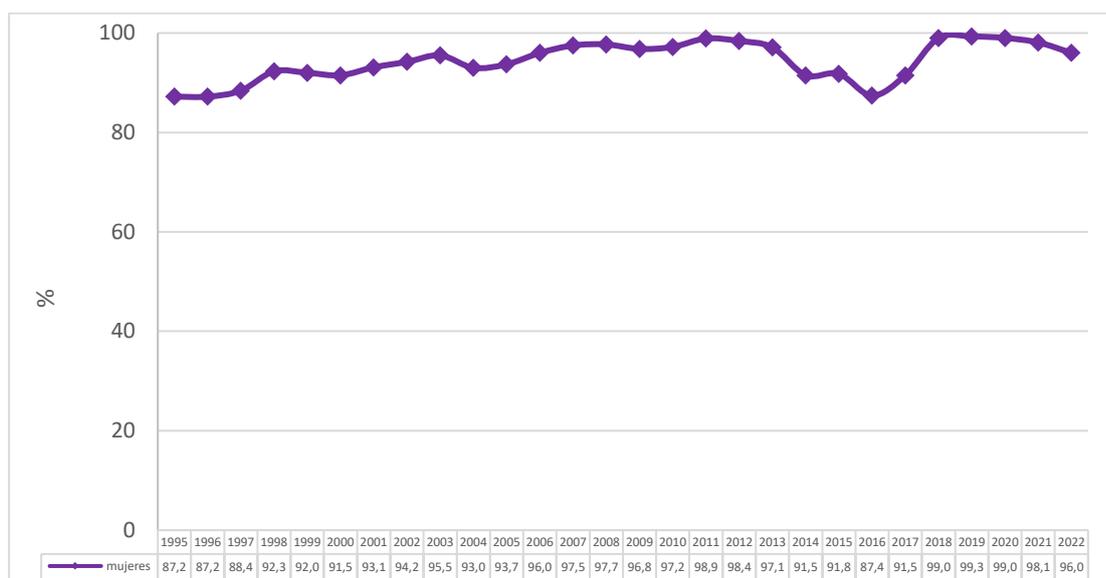
**B) Medición de la tensión arterial en los últimos 2 años en >40 años.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 16. Evolución de la medición del colesterol por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2022.****A) Medición de colesterol en los últimos 4 años en hombres  $\geq 35$  años.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**B) Medición de colesterol en los últimos 4 años en mujeres  $\geq 46$  años.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En cuanto al cribado del cáncer, las recomendaciones actuales indican la realización de cribado poblacional de cáncer de cérvix a través de: una citología vaginal, cada 3 años en mujeres entre 25 y 34 años; y la determinación del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) en las mujeres entre 35 y 65 años; si este es negativo se repetirá la prueba a los cinco años. Si es positivo, se realizará citología, que, si resulta negativa, se realizará una nueva determinación de VPH-AR al año<sup>26</sup>.

Un porcentaje elevado de mujeres (89,9% en el grupo de 25 a 34 años y un 87,9% en el grupo de  $\geq 35$  años) refirieron que se habían realizado una citología hace menos de 5 años. El cumplimiento de las recomendaciones de realización de citologías (Tabla 21). En cuanto a la evolución en las mujeres de 35 o más años, en los últimos años no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 17).

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años. En cuanto a la mamografía, un 4,4% de las mujeres de 50-64 años no se había realizado nunca una mamografía, el 76,9% de las mujeres de 50 a 64

años se había realizado una mamografía en los 2 últimos años (Tabla 21). En cuanto a la evolución en  $\geq 35$  años, en los últimos años no se encontraron cambios estadísticamente significativos (Figura 17).

**Tabla 21. Realización de citologías y mamografías en mujeres por grupos de edad (%). Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Grupo de edad	Mujeres %(IC95%)
Citología <5 años (a)	$\geq 25$ años y < 35 años	89,9 (86,5-92,5)
Citología <5 años (a)	$\geq 35$ años	87,9 (86,1-89,5)
Mamografía $\leq 2$ años (b)	$\geq 50$ años	76,9 (73,4-80)

(a) Realización de citología hace menos de 5 años

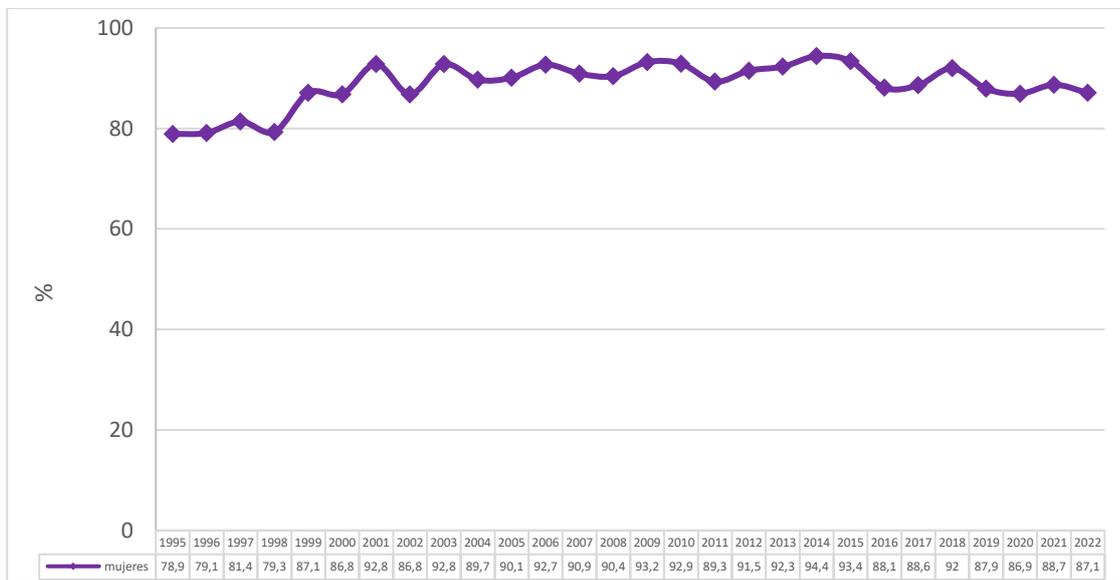
(b) Realización de mamografía en los últimos 2 años en mujeres mayores de 50 años

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

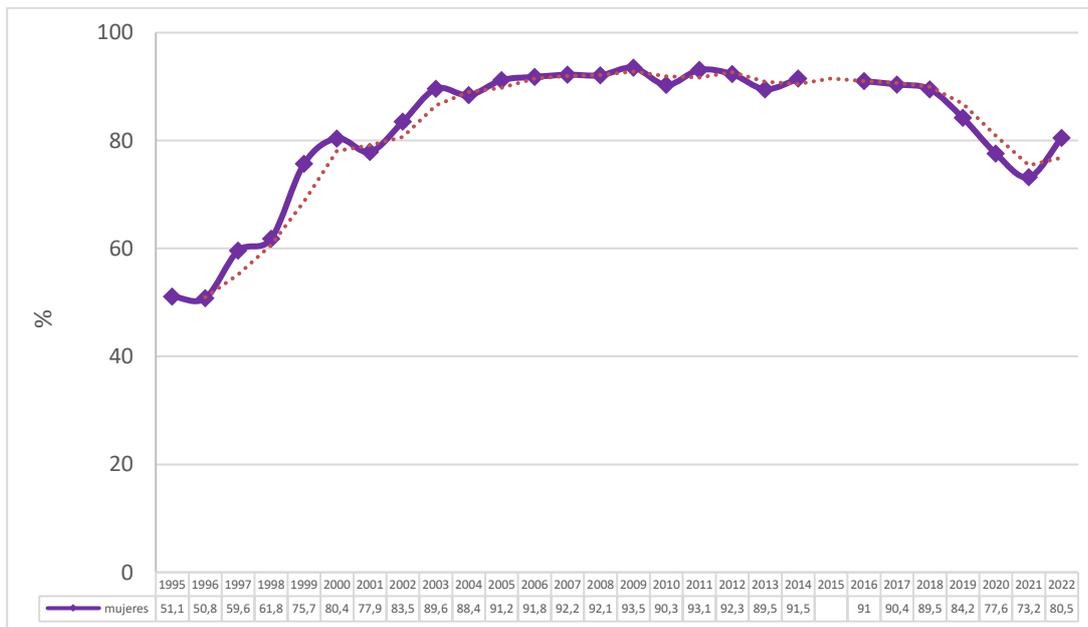
**Figura 17. Evolución de la realización de citologías y mamografías por año (%). Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

**A) Citología en los últimos 4 años en mujeres  $\geq 35$  años.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**B) Mamografía en los últimos 2 años en mujeres  $\geq 50$  años.**



Nota: para el año 2015 no se ofrece el valor por inconsistencias de este indicador. La línea de puntos se estimó con medias móviles de años previos.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

El cribado poblacional de cáncer de colon, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (SOH), se oferta por la cartera de servicios del SNS a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, con una periodicidad de 2 años<sup>24,25</sup>. Para conseguir impacto poblacional en la mortalidad por cáncer colorrectal, con un coste-efectividad razonable, es preciso avanzar hacia una participación superior al 60% en el programa de cribado<sup>28</sup>.

En la tabla 22 se presenta la proporción de personas que refieren haberse realizado un test de sangre oculta en heces entre 50 a 64 años. El 42,2% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca un test de sangre oculta en heces y el 47,7% se lo había hecho en los últimos 2 años.

En cuanto a la colonoscopia y sigmoidoscopia, aunque no se recomienda como prueba de cribado inicial, el 58,5% de la población de 50 a 64 años no se había realizado nunca ninguna de estas pruebas; el 30,2% (27,8-32,8) se había realizado la prueba hace 4 años o menos siendo este porcentaje significativamente mayor en hombres respecto a mujeres 32,9% (29,3-36,6) vs. 27,6% (24,3-31,2) respectivamente.

**Tabla 22. Realización del test de sangre oculta en heces por sexo (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>Test de sangre oculta en heces &lt;=2 años (a)</b>	47,7 (45,0-50,4)	51,3(47,4-55,2)	44,1(40,3-48)

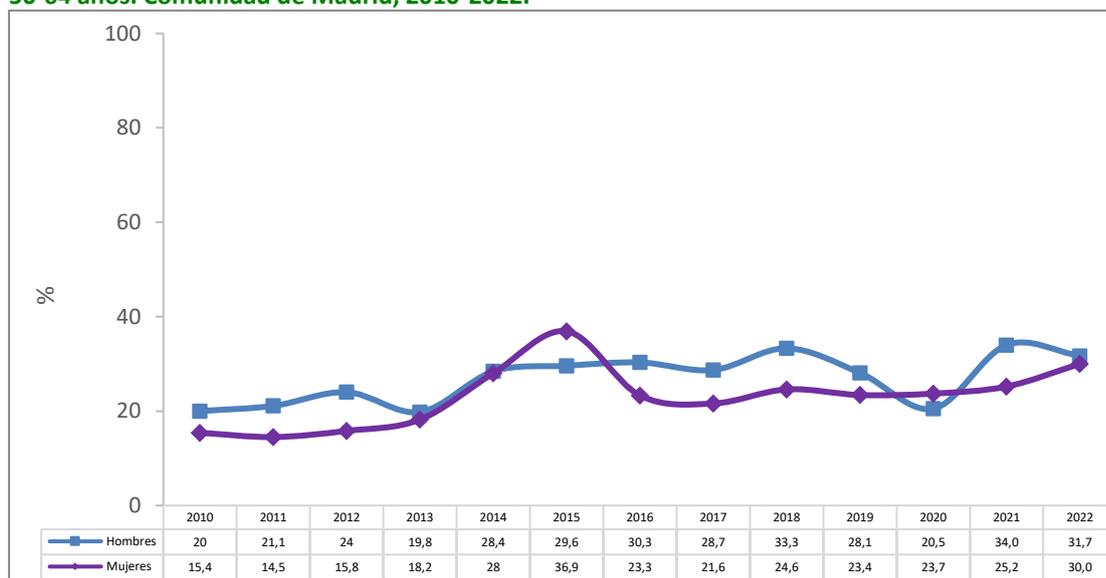
(a) Realización de test de sangre oculta en heces en los últimos 2 años en mayores de 50 años.

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En la figura 18 se muestra la evolución de la realización de colonoscopia/sigmoidoscopia desde 2010, año en que se introdujeron estos indicadores en el SIVFRENT-A. En general, la realización de estas pruebas viene siendo más frecuente en hombres que en mujeres.

**Figura 18. Evolución de colonoscopia o sigmoidoscopia hace 4 años o menos por sexo y año (%). Población de 50-64 años. Comunidad de Madrid, 2010-2022.**



### 3.9 Accidentes

Un 6,5% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. Por sexo, el porcentaje de hombres que habían tenido un accidente fue mayor respecto al de mujeres con una diferencia de casi dos puntos porcentuales (7,4% y 5,6% respectivamente). Por edad, al menos un 9,4% de los jóvenes habían tenido un accidente; del grupo de 30 a 44 años, el 5,6%; y, entre los

de 45 a 64 años, el 5,8%. Un 1,1% de los entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (Tabla 23).

Durante los últimos 12 meses un 0,8% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,7% fueron atendidos en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

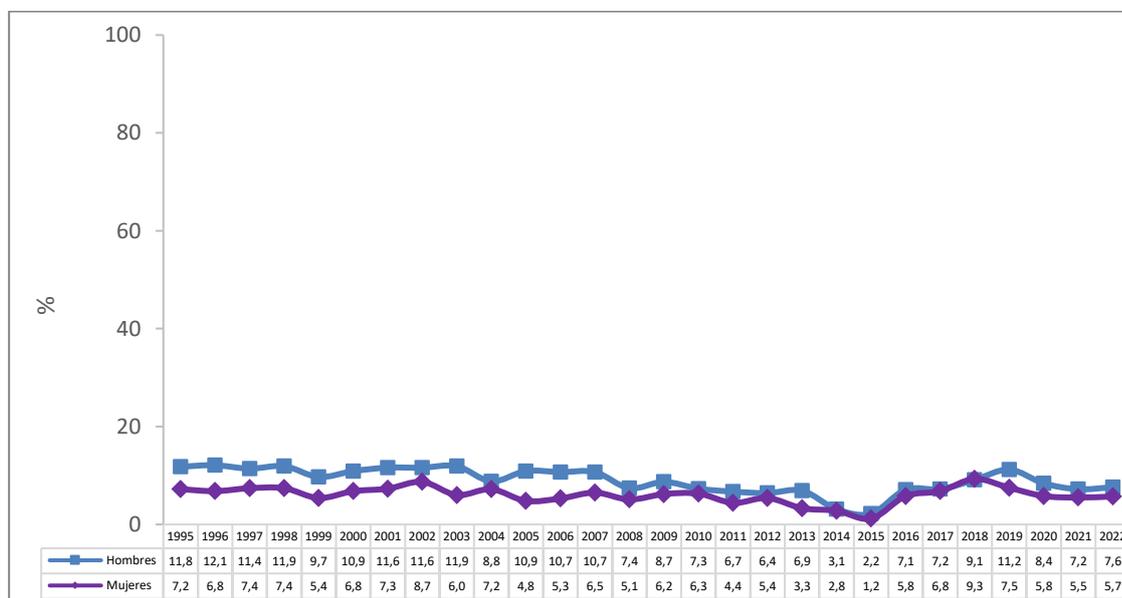
**Tabla 23. Accidente en los últimos 12 meses por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total %(IC95%)	Sexo		Edad		
		Hombres %(IC95%)	Mujeres %(IC95%)	18-29 %(IC95%)	30-44 %(IC95%)	45-64 %(IC95%)
<b>Algún accidente</b>	6,5(5,8-7,3)	7,4(6,3-8,7)	5,6(4,7-6,7)	9,4(7,6-11,6)	5,6(4,5-6,9)	5,8(4,8-7,0)
<b>Accidente de tráfico</b>	1,1(0,8-1,4)	1,4(0,9-2,0)	0,8(0,5-1,3)	1,6(1,0-2,7)	1,2(0,7-1,9)	0,7(0,4-1,3)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 19. Evolución de accidente en los últimos 12 meses por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

Respecto a 2020, en 2021 no hubo cambios significativos en la prevalencia de personas que refieren haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses de forma global y estratificado por sexo y edad. En el caso del año 2022, respecto a 2021, existen cambios significativos en la prevalencia de accidentes en los jóvenes, que aumenta de 7,0% en 2021, al 11,8% en 2022.

La evolución de los accidentes según el análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres identificó 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2022 no se encontraron cambios significativos y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media del 2,2%. En el caso de las mujeres, se identificaron 3 puntos de inflexión; para el periodo 2018 a 2022 se encontró una disminución anual del 17,2% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio de 1,6%.

**Tabla 24. Evolución de accidentes en los últimos 12 meses por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
	2020 a 2021	-1,2	NS	2020 a 2021	-0,3	NS
	2021 a 2022	0,4	NS	2021 a 2022	0,2	NS
Puntos de inflexión	periodo	PCA	p <sup>b</sup>	periodo	PCA	p <sup>b</sup>
	1995-2012	-3,1 (-4,9 a 0,0)	NS	1995-2012	-2,1 (-3,8 a 1,1)	NS
	2012-2015	-28,1 (-38,2 a -8,5)	<0,05	2012-2015	-29,1 (-37,8 a -11,5)	<0,05
	2015-2018	58,4 (24,6 a 88,0)	<0,05	2015-2018	76,5 (38,6 a 107,0)	<0,05
	2018-2022	-10,8 (-31,8 a 0,2)	NS	2018-2022	-17,2 (-36,0 a -6,2)	<0,05
Serie completa	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>	periodo	PPCA	p <sup>b</sup>
	1995-2022	-2,2 (-4,2 a -0,7)	<0,05	1995-2022	-1,6 (-3,3 a -0,1)	<0,05

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

### 3.10 Violencia contra la mujer por su pareja o expareja

La violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja constituye un importante problema de salud pública<sup>30</sup>. Con el objetivo de vigilar e identificar factores asociados para intervenir eficazmente en el control y prevención de este problema se incorporó en 2011 un nuevo módulo en el SIVFRENT-A. Los resultados observados se incluyeron por primera vez en el informe anual correspondiente al año 2011.

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

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

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

Como cuestionario de cribado de conflicto en la relación de pareja, se utilizó la versión corta del *Woman Abuse Screening Tool* (WAST)<sup>31</sup>. Este cuestionario está formado por dos preguntas con tres respuestas posibles cada una, con una escala de respuesta tipo Likert: «En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?: con mucha tensión, alguna tensión, sin tensión» y «Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: mucha dificultad, alguna dificultad, sin dificultad». Existen dos criterios de puntuación. Para el criterio 1, la puntuación es del tipo 1-1-0 en cada pregunta y se considera test de cribado positivo si se obtiene una respuesta positiva en ambas (mucha o alguna dificultad y mucha o alguna tensión), o sea, 2 puntos. Para el criterio 2, la puntuación es del tipo 1-0-0 en cada pregunta y se considera test de cribado positivo cuando hay una respuesta extrema en alguna de las dos preguntas (mucha dificultad o mucha tensión). Tener un test de cribado positivo implica que es un posible caso de violencia de pareja hacia la mujer. Este cuestionario ha sido validado en nuestra población<sup>32</sup>.

En 2021 y 2022, de un total de 2.036 mujeres 1.597, es decir, el 78,4% de todas las entrevistadas señalaron tener o haber tenido relación con una pareja o contacto con su expareja durante el último año, en un 76,6% se trataba de su pareja y un 1,8% contacto con su expareja. De estas mujeres, el 83,2% convivió con su pareja/expareja. En un 0,4% afirmaron haber sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja o expareja, el 1,2% indicó que su pareja o expareja le había amenazado o le había hecho sentir miedo de alguna manera y el 2,5% que su pareja o expareja había tratado de controlar de algún modo sus actividades diarias (Tabla 25). El grupo de mujeres que respondió afirmativamente a tener una relación con pareja o expareja manifestó tener alguna a mucha tensión dentro de la relación en un 25,7% y un 22,0% indicó que resuelven sus discusiones con alguna o mucha dificultad.

Los datos que se presentan se refieren al periodo del que se dispone de información hasta el momento, años 2011-2022 (Figura 20).

**Tabla 25. Violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

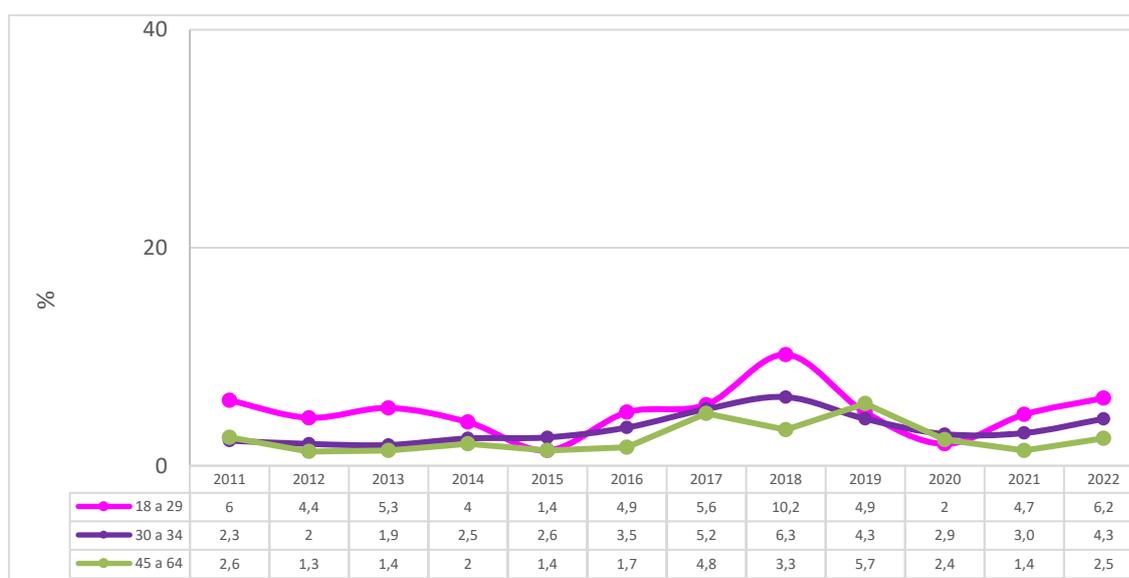
	Edad			
	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
Le dio una bofetada, patadas, le empujó o lastimó físicamente de alguna manera	0,4 (0,2-0,8)	0,3 (0-2,4)	0,5 (0,2-1,5)	0,3 (0,1-1,1)
Le amenazó o le hizo sentir miedo de alguna manera	1,2 (0,8-1,9)	1,0 (0,3-3,1)	2,2 (1,3-3,7)	0,4 (0,1-1,3)
Trató de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a donde podía ir	2,5 (1,8-3,4)	5,1 (3,1-8,4)	2,5 (1,5-4,1)	1,4 (0,8-2,6)
VPM <sup>a</sup>	3,3 (2,5-4,2)	5,5 (3,4-8,8)	3,7 (2,4-5,5)	2,0 (1,2-3,3)
WAST <sup>b</sup> criterio 1	13,5 (11,9-15,3)	13,0 (9,6-17,4)	14,7 (12,1-17,8)	12,8 (10,5-15,4)
WAST <sup>b</sup> criterio 2	3,6 (2,8-4,7)	6,1 (3,9-9,6)	3,3 (2,2-5,1)	2,8 (1,8-4,4)

(a) VPM: violencia de pareja hacia la mujer; (b)WAST: Woman abuse screening tool (Cuestionario de cribado de VPM).

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 20. Evolución de la proporción de la violencia de pareja en el último año. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011 a 2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

Un 3,3% de las mujeres entrevistadas, respondieron afirmativamente haber padecido violencia de cualquier tipo, por parte de su pareja o expareja; por edad, fue significativamente más alta en el grupo de 18 a 29 años ( $p < 0,05$ ). También se encontró una mayor prevalencia entre las nacidas fuera de España, en aquellas con menor nivel educativo; en estudiantes y aquellas de clase social media, aunque estas diferencias no fueron significativas (Anexo Tabla 10).

Comparando 2020 con 2021, las proporciones de violencia no presentaron cambios significativos, situándose el porcentaje en torno a 2,5% (1,6-3,8) en 2020 y 2,6% (1,7-4,0) en 2021. En 2022 la proporción de mujeres que refieren haber sufrido violencia por parte de su pareja o expareja fue del 3,9% (2,7-5,4), aunque este incremento no fue significativo ( $p = 0,171$ ) respecto a 2021. Al comparar con el año 2021, en 2022 observamos un incremento de los tres indicadores: violencia física, amenazas o comportamientos de control de actividades, aunque este incremento no fue significativo.

Un 13,5% de las mujeres con pareja presentaron un test WAST positivo utilizando el criterio 1 de puntuación, el porcentaje más alto se encontró en el grupo de mujeres de 30-44 años (14,7%) y un 3,6% utilizando el criterio 2 de puntuación, según este criterio de puntuación, encontramos los porcentajes más altos en el grupo de mujeres más jóvenes, siendo un 6,1% entre aquellas de 18 a 29 años.

### 3.11 Acoso laboral

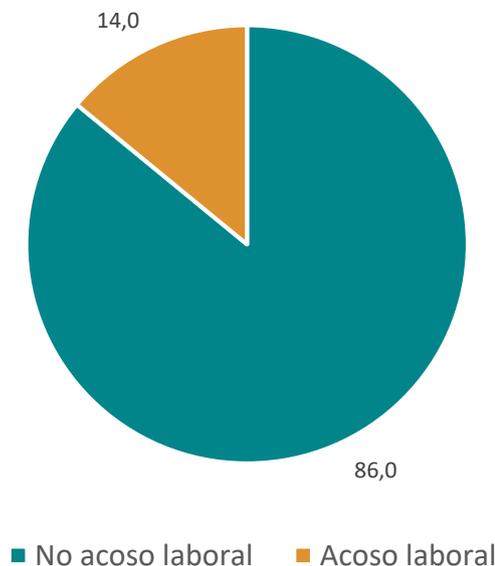
El alcance del acoso laboral y sus implicaciones psicológicas, físicas y sociales han conducido a su regulación por la legislación española a través de acciones en el ámbito constitucional, laboral y penal<sup>33,34</sup>.

En el año 2019, se añade el bloque de acoso laboral o *mobbing*. Este se define en el cuestionario como la violencia física o psicológica que se produce a través de actos de humillación y/o que atentan a la dignidad a los que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, y que puede derivar en problemas de salud; nos referimos también al acoso físico y/o sexual en el trabajo e incluimos el uso de móviles u otros dispositivos electrónicos con la misma finalidad.

Se solicitó una respuesta referida tanto al trabajo actual como anterior de la persona encuestada; asimismo, se preguntó sobre la frecuencia y la duración de la situación de acoso.

El 14,0% manifestó haber sido objeto de acoso físico/psicológico y/o sexual (Figura 21); por sexo el porcentaje fue mayor en las mujeres, con un 16,9%, respecto de los hombres, con un 11,0% (Tabla 26), predominio que se mantiene en los tres tipos de acoso. Por edad, el acoso laboral se incrementa a medida que aumenta la edad. Los porcentajes por respuestas dadas según el tipo de acoso laboral se distribuyeron de la siguiente manera: un 12,8% acoso psicológico, 0,8% acoso físico y 1,3% acoso sexual. El acoso sexual laboral, afecta casi exclusivamente a las mujeres. El sufrir un tipo de acoso puede darse aislado o asociado a los otros dos tipos.

**Figura 21. Acoso laboral global (físico, psicológico y sexual). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

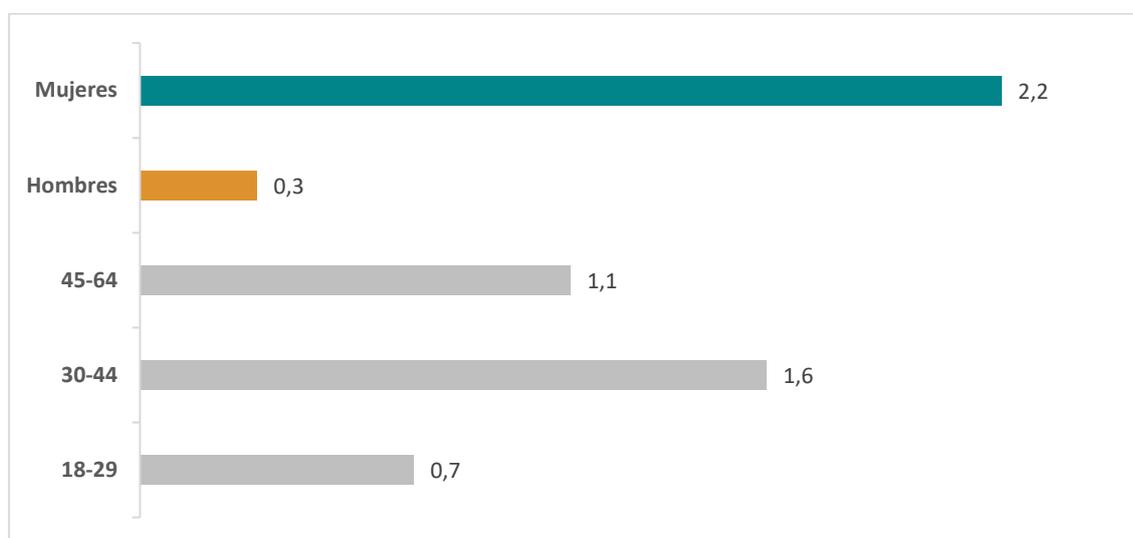
**Tabla 26. Acoso laboral global, físico, psicológico y sexual por sexo y grupos de edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>Acoso global<sup>(a)</sup></b>	14,0 (12,9-15,1)	11,0 (9,6-12,5)	16,9 (15,3-18,7)	7,6 (5,8-9,9)	13,6 (11,9-15,6)	16,8 (15,1-18,7)
<b>Acoso físico</b>	0,8 (0,6-1,2)	0,5 (0,3-1,0)	1,1 (0,7-1,7)	0,7 (0,3-1,8)	0,5 (0,2-1,1)	1,1 (0,7-1,8)
<b>Acoso psicológico</b>	12,8 (11,8-13,9)	10,5 (9,2-12,0)	15,1 (13,5-16,8)	6,8 (5,1-9,0)	12,7 (11,1-14,6)	15,3 (13,6-17,1)
<b>Acoso sexual</b>	1,3 (1-1,7)	0,3 (0,1-0,7)	2,2 (1,6-3)	0,7 (0,3-1,8)	1,1 (0,7-1,8)	1,6 (1,1-2,3)

(a) Porcentaje de personas con respuesta afirmativa a cualquier tipo de acoso (Físico/Psicológico y/o sexual)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgos Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 22. Acoso laboral sexual por sexo y grupos de edad (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En cuanto a la frecuencia de los ataques sufridos, en un 79,1% fue superior a uno a la semana; el 61,5% refirió una duración superior a los 6 meses. Se aprecia una gran diferencia por sexo en frecuencia del acoso, tanto en el caso de mayor de una vez a la semana (61,1% en mujeres frente a 38,9% de los hombres) como en el de duración mayor de 6 meses (60,3% de mujeres frente al 39,7% de los hombres).

La cifra de acoso laboral físico, psicológico o sexual (global) predomina en mujeres respecto a los hombres para cualquier variable sociodemográfica analizada. En el grupo de 18-29 años, aquellos con menor tiempo de vida laboral, hay un 7,6% de acoso global y en el grupo de jubilados/pensionistas, el 31,9% de las mujeres refirieron acoso durante su tiempo de vida laboral frente al 10,6% en los hombres (Anexo Tabla 11). En cuanto a la frecuencia de estas conductas de acoso entre quienes la refieren, en un 83,6% (79,7% en mujeres y 89,5% en hombres) fue superior a una vez a la semana; y en cuanto a la duración del acoso, el 62,1% refirió una duración superior a los 6 meses (62,4% en mujeres y 61,6% en hombres).

### 3.12 Salud mental

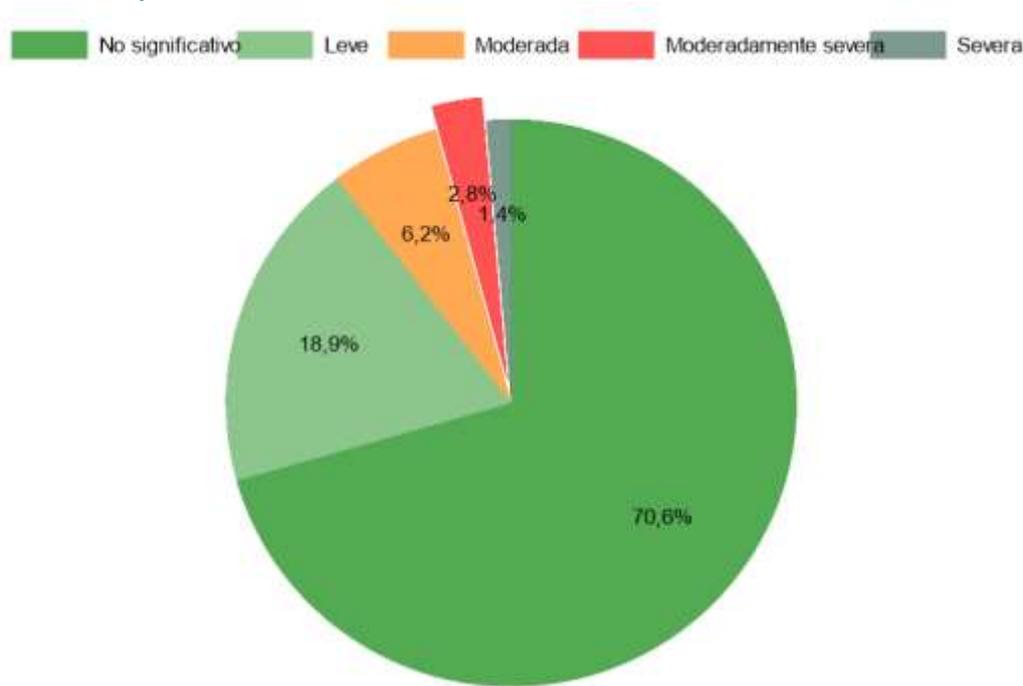
Los desórdenes depresivos y los trastornos por ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas y un importante problema de salud pública. En el año 2018, se incluyó el cuestionario PHQ-8, para valorar la presencia de depresión y gravedad de sintomatología depresiva. Las respuestas obtenidas se refieren a las 2 semanas anteriores a la entrevista.

#### Cuestionario PHQ-8, escala de depresión

El cuestionario PHQ-8 consta de 8 ítems. Según la frecuencia de aparición de los síntomas en las últimas dos semanas, se puntúa cada ítem: 0 a 1 día (0 puntos), varios días (1 punto), más de la mitad de los días (2 puntos) y casi todos los días (3 puntos). La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos. Según la puntuación total obtenida, se establecen cinco categorías de gravedad de sintomatología depresiva: sin sintomatología, de 0 a 4 puntos; sintomatología leve, de 5 a 9 puntos; moderada, de 10 a 14; moderadamente severa, de 15 a 19; y severa, de 20 a 24 puntos.

En la Figura 23 se muestran los resultados obtenidos siguiendo esta clasificación: el 18,9% de la población tiene síntomas leves de depresión, un 6,2% moderados, un 2,8% moderadamente severos y un 1,4% severos.

**Figura 23. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



*Sin sintomatología depresiva: PHQ con puntuación de 0 a 4; Sintomatología depresiva leve: PHQ de 5 a 9; moderada: PHQ con de 10 a 14; moderadamente severa: PHQ de 15 a 19; severa: PHQ de 20 a 24.*

*Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).*

La prevalencia global de sintomatología depresiva de moderadamente severa a severa fue de 4,2%; por sexo fue casi el doble en las mujeres vs. hombres con un 5,5% y 2,9% respectivamente; por edad una prevalencia de 4,4% en el grupo de 18 a 29 años, de 3,6% en el de 30-44 y 4,7% en el de 45 a 64 años (Tabla 27).

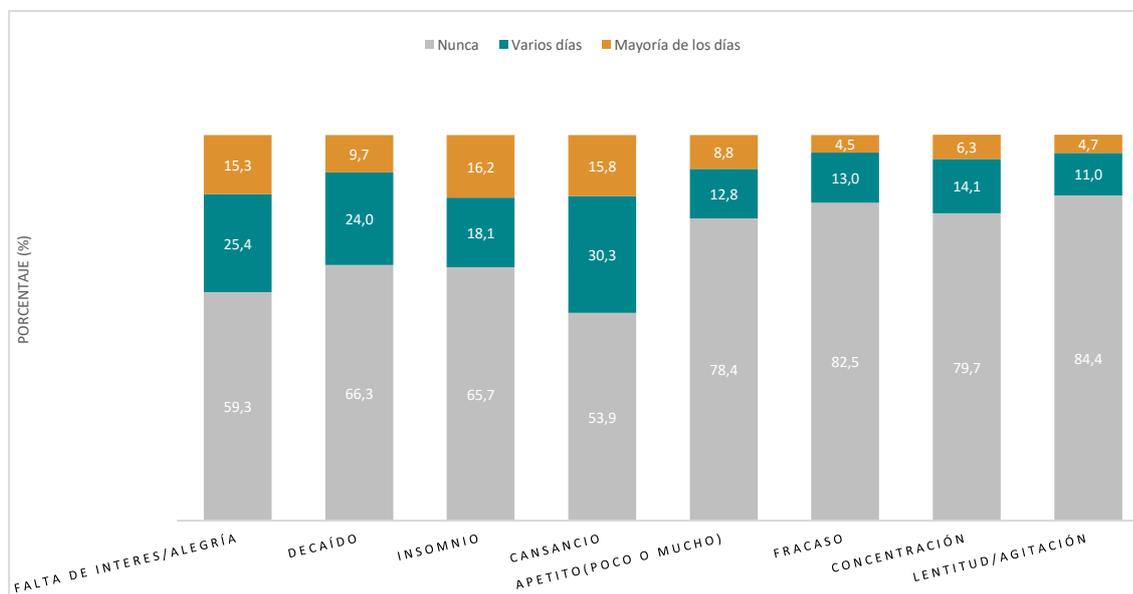
**Tabla 27. Sintomatología depresiva por gravedad según PHQ-8 por sexo y grupos de edad (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
<b>No sintomatología</b>	70,6 (69,2-72,0)	77,1 (75,2-78,9)	64,2 (62,1-66,3)	64,5 (61,3-67,7)	72,5 (70,0-74,8)	72,1 (70,0-74,1)
<b>Leve</b>	18,9 (17,8-20,2)	15,8 (14,2-17,5)	22,0 (20,3-23,9)	23,3 (20,6-26,3)	19,2 (17,2-21,4)	16,6 (14,9-18,4)
<b>Moderada</b>	6,2 (5,5-7,0)	4,2 (3,4-5,2)	8,2 (7,1-9,5)	7,7 (6,1-9,7)	4,7 (3,7-6,0)	6,6 (5,6-7,9)
<b>Moderadamente severa</b>	2,8 (2,4-3,4)	2,1 (1,6-2,9)	3,5 (2,8-4,4)	3,0 (2,1-4,4)	2,5 (1,8-3,5)	3,0 (2,3-3,9)
<b>Severa</b>	1,4 (1,1-1,8)	0,8 (0,5-1,3)	2,0 (1,5-2,8)	1,4 (0,8-2,4)	1,1 (0,7-1,8)	1,7 (1,2-2,4)

Sin sintomatología depresiva: PHQ con puntuación de 0 a 4; sintomatología depresiva leve: PHQ de 5 a 9; moderada: PHQ con de 10 a 14; moderadamente severa: PHQ de 15 a 19; severa: PHQ de 20 a 24.

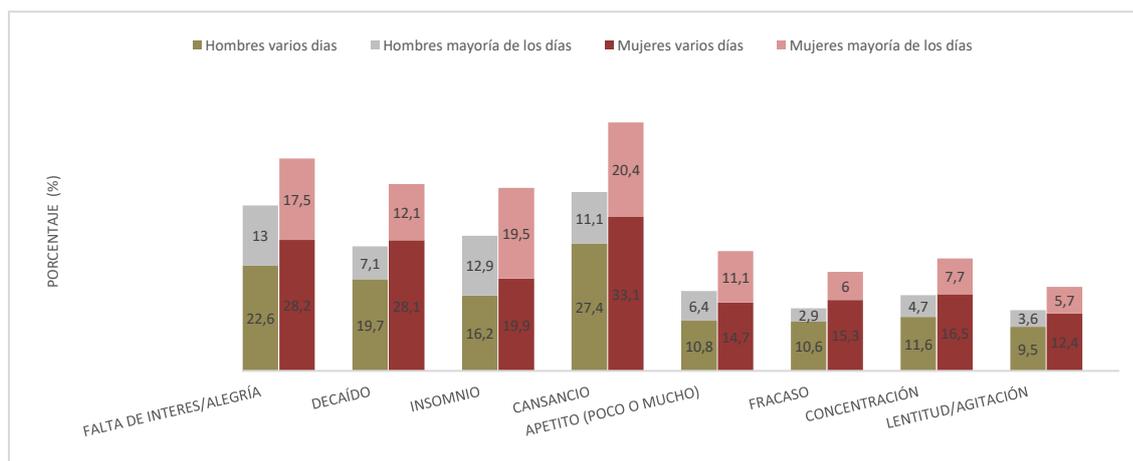
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

En la Figura 24 se presentan los porcentajes globales de cada dimensión del PHQ-8. Para una frecuencia de varios días de duración en las últimas 2 semanas, se observa de un mínimo de 11% a un máximo de 30,3%; para una frecuencia de la mayoría de los días, el insomnio, cansancio y la falta de interés o alegría superan ampliamente el 10% de las respuestas dadas, mientras que la sensación de fracaso fue la que menos veces se presentaba con esta frecuencia. De manera conjunta para varios días como la mayoría de los días, los ítems más frecuentes fueron la “sensación de cansancio, tener poca energía” con un 46,1%, la “falta de interés o alegría por hacer las cosas” un 40,7%, “problemas para quedarse dormido/a, seguir dormido/a o dormir demasiado”, es decir el ítem insomnio un 34,3%, y el de “encontrarse decaído/a deprimido/a, desesperanzado/a” un 33,7%.

**Figura 24. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

Los porcentajes para respuestas positivas en las últimas dos semanas, de varios días a la mayoría de los días y por sexo muestran valores considerablemente superiores en las mujeres respecto de los hombres; el ítem más elevado fue la sensación de cansancio o de tener poca energía en las mujeres, con un 53,5%, con una diferencia con los hombres de 15 puntos porcentuales y el ítem de menor porcentaje en ambos sexos fue la sensación de lentitud (Figura 25).

**Figura 25. Dimensiones del PHQ-8 en las últimas dos semanas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

### Prevalencia de depresión mayor

Para obtener la prevalencia de depresión mayor con el cuestionario PHQ-8, se consideró la obtención de una puntuación superior o igual a diez puntos. Este punto de corte ha sido validado para la estimación de depresión en estudios poblacionales<sup>35</sup>. En la Tabla 27 se muestran los resultados de prevalencia de sintomatología depresiva según gravedad en los/as encuestados/as. La prevalencia de depresión mayor de forma global fue de un 10,5%, más elevado en las mujeres que en los hombres (13,7% y 7,1% respectivamente). Para cualquier grado de sintomatología depresiva, los porcentajes de las mujeres son sensiblemente superiores a los de los hombres (Tabla 27).

Se observa un gradiente socioeconómico claro con peores resultados en los niveles inferiores de nivel educativo, clase social o situación laboral. Las personas en situación de paro, tuvieron el porcentaje más elevado (24,3%) (Anexo Tabla 12).

En cuanto a la evolución de la depresión, se observa que los indicadores de sintomatología depresiva muestran cambios al alza significativos respecto a 2020: la clasificada como moderadamente severa se incrementa en ambos sexos en los tres grupos de edad, predominando el incremento en el grupo de mayor edad, de 45-64 años, con cifras que superan el doble: de un 1,3% (0,7-2,3) en 2020, pasa al 3% (2,3-3,9) en los años posteriores. En general, se producen variaciones anuales en las demás categorías de intensidad de la sintomatología depresiva por sexo y grupos de edad, aunque no son significativas. Los cambios al alza se observan en todas las dimensiones del cuestionario para ambos sexos; destaca el aumento en la frecuencia de aparición de los síntomas la mayoría de los días de forma global. En la Figura 26 se aprecia la evolución de la depresión por sexo, se ve cómo a partir de 2020 estos porcentajes se van incrementando y se han duplicado en 2022 respecto a los primeros años de esta serie, tanto en hombres como en mujeres.

**Figura 26. Evolución de la depresión mayor según PHQ-8 en las últimas dos semanas, por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2011 a 2022.**



Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

### 3.13 Agregación de factores

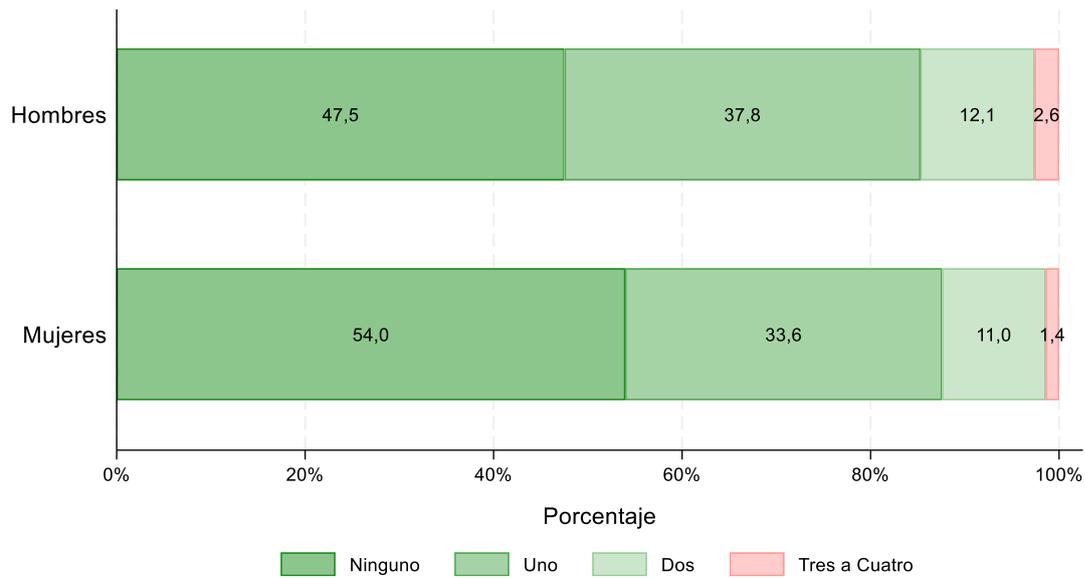
Con el fin de conocer la presencia de varios factores de riesgo, se consideraron cuatro indicadores: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y consumo promedio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

De acuerdo con los criterios expuestos, el 50,8% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 35,7% tenía uno, el 11,5% dos, el 2,0% tres a cuatro factores de riesgo. La distribución de los factores de riesgo por sexo se aprecia en la Figura 27. Globalmente, la presencia de dos o más factores de riesgo fue más frecuente en los hombres que en las mujeres (14,7% vs. 12,4%) ( $p < 0,05$ ). Al realizar el análisis por grupos de edad no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, al analizar la presencia de dos o más factores por grupos de edad y sexo, se encontraron diferencias significativas en el grupo de 45-64 años (14,9% en hombres vs. 10,6% en mujeres en ese grupo de edad) (Figura 28).

Por variables socioeconómicas, la agregación de dos o más factores fue más frecuente entre las personas de menor nivel educativo, siendo de 11,5% en aquellos con nivel educativo superior, 14,6% entre aquellos con nivel intermedio y 15,9% en aquellos con nivel educativo básico e inferior. Por clase social se encontró una mayor agregación de factores de riesgo entre aquellos con clase social media 17,0% (11,7% en clase social alta y 12,0% en clase social baja), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Por último, en la Figura 29 se observa que la tendencia en la proporción de personas con dos o más factores de riesgo presenta una disminución en los últimos años. El análisis de *jointpoint* para el periodo 1995 a 2022, en hombres identificó 2 puntos de inflexión; para el periodo 2019 a 2022 se encontró una disminución anual del 17,8% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual promedio del 3,2%. En el caso de las mujeres, se identificó 1 punto de inflexión; para el periodo 2019 a 2022 se encontró una disminución anual del 10,5% y para todo el periodo de estudio se encontró una disminución anual media del 2,0% (Tabla 28).

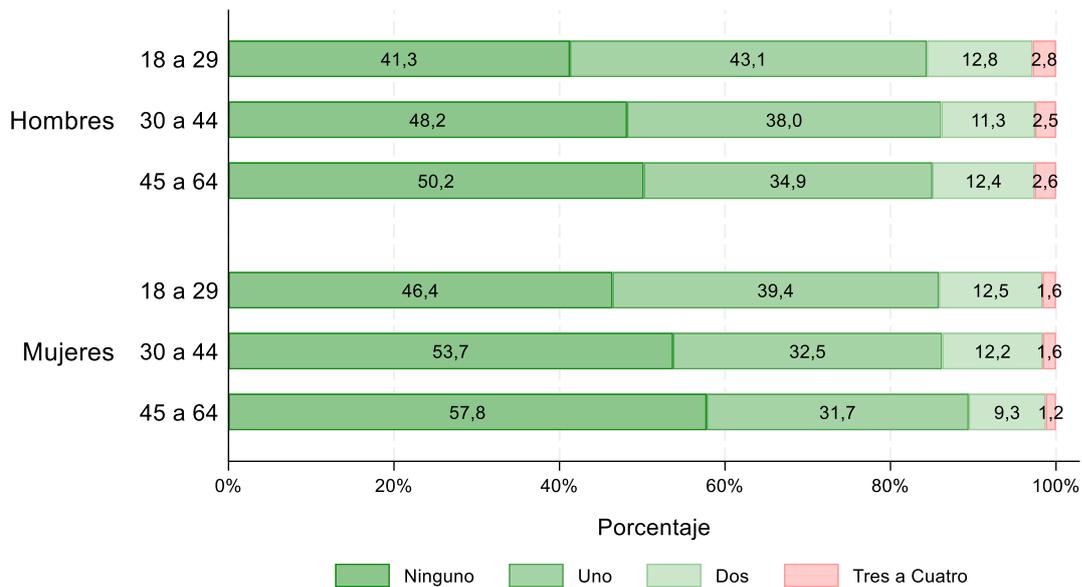
**Figura 27. Agregación de factores de riesgo\* según sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



\*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

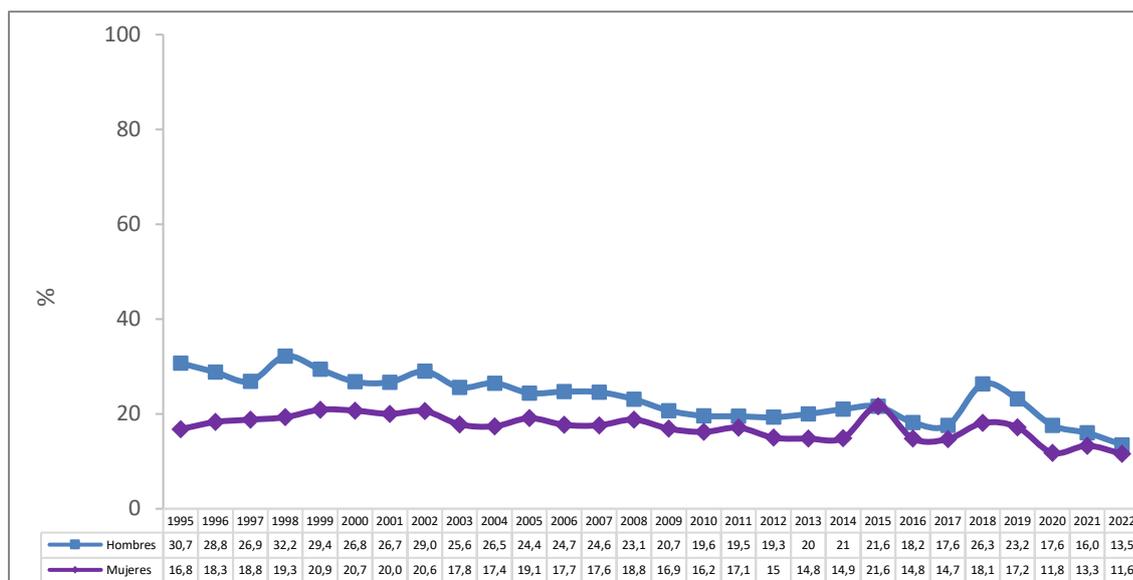
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 28. Agregación de factores de riesgo, según sexo y grupos de edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**



\*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Figura 29. Evolución de la presencia de dos o más factores de riesgo\* por sexo y año (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

\*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Tabla 28. Evolución de la proporción de la presencia de dos o más factores de riesgo\* por sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2022.**

Variación Anual	Hombres			Mujeres		
	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>	periodo	cambio %	p <sup>a</sup>
Puntos de inflexión	1995-2016	-2,4 (-5,0 a -1,7)	<0,05	1995-2019	-0,9 (-2,1 a 10,3)	NS
	2016-2019	8,0 (-1,5 a 13,0)	NS	2019-2022	-10,5 (-26,7 a -1,0)	<0,05
	2019-2022	-17,8 (-28,9 a -10,6)	<0,05			
Serie completa	1995-2022	-3,2 (-4,1 a -2,6)	<0,05	1995-2022	-2,0 (-3,3 a -0,3)	NS

<sup>a</sup> Test de ji-cuadrado (NS: no significativo)

<sup>b</sup> Análisis de jointpoint (PCA: porcentaje de cambio anual IC95%; PPCA: promedio del porcentaje de cambio anual IC95%; NS: no significativo)

\*De los cuatro siguientes: sedentarios en tiempo libre y ocupación habitual, fumador actual, consumo medio de alcohol de riesgo y dieta desequilibrada.

## 4. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la percepción de la propia salud como positiva (buena o muy buena) es elevada, es mayor en hombres que en mujeres y tiende a disminuir al aumentar la edad; asimismo se aprecia un gradiente socioeconómico con cifras favorables para niveles educativos o socioeconómicos más altos. En 2022 disminuyó significativamente respecto a 2021, lo que se observa igualmente en el SIVFRENT-M y que podría estar en relación con una significativa mayor tasa de respuesta en los años de pandemia.

2. El nivel de sedentarismo en labores habituales o trabajo y en tiempo libre es elevado y se extiende a gran parte de la población. El sedentarismo en actividad laboral es mayor en hombres que en mujeres, en promedio se ha incrementado anualmente a lo largo de toda la serie y es más elevado en la clase social media/alta y en aquellos con estudios universitarios. El sedentarismo en tiempo libre es mayor en mujeres que en hombres, muestra un descenso significativo a lo largo de toda la serie y se está incrementando en los últimos años. Es más elevado en aquellos con menor nivel educativo y menor clase social. Es necesario establecer medidas para promocionar la actividad física y favorecer la disponibilidad de adecuados entornos para facilitar que la población cumpla las recomendaciones y poder conseguir así beneficios en salud.

3. Se observa el mantenimiento de un desequilibrio en la dieta, pobre en frutas frescas y verduras y excesiva en cuanto al consumo de carnes y sus derivados. El cumplimiento del indicador de consumo de 5 o más raciones diarias de frutas y/o verduras es minoritario y muestra un gradiente significativo por variables socioeconómicas de un mayor cumplimiento en niveles altos. El consumo de menos de 3 raciones diarias de frutas y/o verduras no presenta cambios significativos a lo largo de la serie histórica. El consumo diario de 2 o más productos cárnicos, aunque aún es elevado, muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres.

4. Un mayor porcentaje de mujeres realizan dietas para adelgazar respecto a hombres; a lo largo de toda la serie histórica se ha ido incrementando el porcentaje de hombres que realizan dietas para adelgazar hasta ser muy similar al de las mujeres en el último periodo de estudio.

5. El elevado porcentaje obtenido para sobrepeso y obesidad tanto por sexo como por edad, viene a corroborar el efecto generado por los dos factores más importantes que afectan a este indicador, un sedentarismo habitual y en tiempo libre ampliamente extendido y una dieta desequilibrada. El sobrepeso y obesidad muestran una tendencia ascendente a lo largo de toda la serie tanto en hombres como en mujeres. El indicador se asocia a niveles educativos y socioeconómicos bajos y país de nacimiento distinto a España.

6. Hay una tendencia favorable en todos los indicadores relacionados con el consumo de tabaco, con incremento de cifras de abandono del hábito que, en los últimos años continua al alza, y descenso significativo tanto en el consumo actual de cualquier grado, como sobre todo en el grupo que refiere consumo  $\geq$  a 20 cigarrillos al día. Sin embargo, el margen de mejora es amplio pues el hábito, continua presente en más de una de cada 5 personas.

7. El consumo habitual de alcohol se extiende a la mitad de la población siendo muy superior en hombres respecto a mujeres; pese a esto en hombres se aprecia una tendencia descendente a lo largo de toda la serie, algo que no se aprecia en mujeres. Aunque el consumo promedio de alcohol de alto riesgo es minoritario, una de cada 10 personas realiza un consumo de alcohol de riesgo medio. En los más jóvenes (18 a 29 años) se observan mayores porcentajes de consumo excesivo en una ocasión en los últimos 30 días y de consumo de riesgo global. El indicador de problemas con el alcohol y/o dependencia es mayor en hombres que en mujeres. Es de destacar el predominio de consumo habitual en niveles educativos y socioeconómicos más elevados, tanto en hombres como en mujeres.

8. Respecto a las medidas preventivas se mantiene el cumplimiento de las recomendaciones en la gran mayoría de la población, tanto el control de colesterol en sangre, la realización de mamografías y citologías como la toma de la tensión arterial, si bien en este caso la medición en los últimos dos años en población mayor de 40 años, muestra en 2022 la cifra más baja de toda la serie. La práctica del test de sangre oculta en heces aún es mejorable hasta alcanzar coberturas del 60% en población diana, para que este programa de cribado resulte coste efectivo.

9. Los accidentes en los últimos 12 meses con necesidad de atención médica que incluyen cualquier tipo de accidente y accidente de tráfico, aun no presentando cifras elevadas, deben vigilarse debido a la gravedad de sus potenciales consecuencias así como a la posibilidad de prevenir estos eventos.

10. La violencia física o psicológica contra la mujer por parte de su pareja o expareja, merece ser vigilada por las graves consecuencias en la salud de las mujeres y en la sociedad; es de destacar el predominio en edades jóvenes. Una de cada 10 mujeres presentó un test de cribado positivo de violencia.

11. El acoso laboral es un tipo de violencia que precisa de mayor estudio debido a sus repercusiones en la salud; este tipo de violencia afecta a un mayor porcentaje de mujeres que a hombres.

12. La salud mental sigue siendo un importante problema de salud en nuestra población, y las mujeres tienen el doble de problemas de depresión que los hombres. Llama la atención el incremento del porcentaje de depresión tras la pandemia de COVID-19.

13. Como indicador de síntesis, la presencia de factores de riesgo considerando sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y, dieta desequilibrada es elevado, una de cada dos personas presenta al menos un factor de riesgo y la prevalencia de dos o más factores de riesgo muestra una tendencia descendente a lo largo de toda la serie.

**Informe elaborado por:**

Myrian Pichiule Castañeda, Ysabel Mendoza Gómez, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Comunidad de Madrid.

**Cita recomendada:**

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2021 y 2022. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 3. Volumen 29. Año 2024.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2017 Causes of Death Collaborators, Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 *Lancet*. 2018; 392(10159): 1736–88.
2. World Health Organization. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability The Global Health Observatory. World Health Organization; 2019.  
[http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/)
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 4.-Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. Enfermedades no transmisibles. [Informe del Estado de Salud de la Población 2023 | Comunidad de Madrid](#)
5. Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-7.
6. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. *Chronic Dis Can*. 1998; 19: 145-51.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 1996; 4 (12): 3-15.
8. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2020.  
[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent\\_adultos\\_2020.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/sivfrent_adultos_2020.pdf)
9. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc; 1988:377-85.
10. Consejería de Sanidad. Plan Integral de Control del Cáncer de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2007.
11. Instituto de Estadística de la UNESCO. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 2011). Montreal: UNESCO; 2013.
12. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J y Borrell. C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263–272.
13. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates". *Statistics in Medicine*. 2000; 19:335-351: (correction: 2001; 20: 655).

14. Clegg, L.X., Hankey, B.F., Tiwari, R., Feuer, E.J., Edwards, B.K. (2009) "Estimating average annual percent change in trend analysis". *Statistics in Medicine*. 28(29): 3670-8.
15. Joinpoint Regression Program, Version 5.0.2 - May 2023; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.  
<https://surveillance.cancer.gov/help/joinpoint>
16. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR Jr, Tudor-Locke C, Greer JL, Vezina J, Whitt-Glover MC, Leon AS. 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*. 2011 Aug; 43(8):1575-81.
17. Garrow JS. Indices of adiposity. *Nutr Abstr Rev*. 1983; 52:697-708.
18. Consenso SEEDO2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:587-97.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid; 2013.
20. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
21. Alvarez FJ, Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. *J Stud Alcohol*. 1994; 55:471-4.
22. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Can Med Assoc*. 1997; 157: 1529-35.
23. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav*. 2004; 29: 867-78.
24. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
25. Orden SSI/2065, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real decreto 1030/2006.
26. Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
27. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y y Melús-Palazón E. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. *Aten Primaria*. 2020; 52 (S2): 44-69.
28. Orozco-Beltrán D, Brotons C, Alemán JJ, Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil VF, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares Actualización PAPPS 2020. *Aten Primaria* 2020; 52 Supl 2: 5-31.
29. Marzo-Castillejo M, Bartolomé-Moreno C, Bellas-Beceiro B, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2022. *Aten Primaria* 2022; 54: 1-25.
30. 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.
31. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22: 415-20.
32. Pichiule-Castañeda M, Gandarillas-Grande A, Pires-Alcaide M, Lasheras-Lozano L, Ordobás-Gavín M. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general. *Gac Sanit*. 2020; 34(6): 595-600.
33. Real Decreto-ley 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, de 24 de octubre de 2015, núm. 255, pp. 100224 a 100308.
34. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*. De 24 de noviembre de 1995, núm. 281 pp. 33987 a 34058.
35. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):163-73.

## 6. ANEXO

### Anexo metodológico: relación de variables del informe

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
<b>Socio-Demográficas</b>		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	18-29, 30-44, 45-64	Grupos de edad en años
Zona geográfica	Madrid capital; corona metropolitana; resto de municipios	
País de nacimiento	España; otros países	
Nivel educativo	Superior	Aquellos que han finalizado estudios universitarios (equivalente a nivel 5-8 de la CINE-2011: 1º y 2º ciclo de educación superior y doctorado)
	Intermedio	Aquellos que han finalizado bachiller superior o formación profesional (equivalente a nivel 3-4 de la CINE-2011: 2ª etapa de educación secundaria y postsecundaria no superior)
	Básico e inferior	Aquellos sin estudios o que solo han realizado los estudios obligatorios: estudios primarios, certificado escolar, graduado escolar, ESO, o no tienen estudios (equivalente a nivel 0-2 de la CINE-2011: preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa)
Situación laboral actual	Trabajo activo; paro; trabajo no remunerado; jubilación/pensionista y estudiante	Trabajo no remunerado= ama de casa
Clase social	Alta, media, baja	Clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
<b>Estado de salud</b>		
Percepción de salud	Muy buena, buena, regular, mala, muy mala	Percepción de la propia salud como indicador de salud general
<b>Actividad física</b>		
Actividad durante la ocupación habitual/laboral	Sendentarismo en actividad habitual/laboral sí, no	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina habitual/laboral
Actividad física en tiempo libre	Activa/o en tiempo libre, % sí, no	Realiza al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 minutos o más cada vez
	%	Cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas
<b>Alimentación</b>		
Frecuencia de consumo de alimentos	Media de raciones/día	Consumo por alimentos del día anterior en raciones/día
	Porcentaje de consumo/día	Consumo por alimentos del día anterior en porcentaje de personas
	% consumo/día	Algún consumo del día anterior por alimentos
Frutas y/o verduras	% consumo/día	Consumo $\geq 5$ raciones al día de frutas y/o verduras
Productos cárnicos	% consumo/día	Consumo $\geq 2$ raciones al día de carne y derivados cárnicos
Dietas	Algún tipo de dieta % sí, no	Realizar algún tipo de dieta para adelgazar
	Dieta para adelgazar % sí, no	Realizar dieta para adelgazar
<b>Antropometría</b>		
Índice de masa corporal (IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (IMC=kg/m <sup>2</sup> )	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m <sup>2</sup>
	Normopeso	18,5 kg/m <sup>2</sup> a IMC <25 kg/m <sup>2</sup>
	Sobrepeso grado I	25 kg/m <sup>2</sup> a IMC <27 kg/m <sup>2</sup>
	Sobrepeso grado II	27 kg/m <sup>2</sup> a IMC <30 kg/m <sup>2</sup>
	Obesidad	IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>

<b>Tabaco</b>		
Exfumadores/as	%	No fuman actualmente pero han fumado más de 100 cigarrillos en la vida
Fumadores actuales	%	Consumo de tabaco ocasional o diario
Fumadores diarios	%	Consumo de tabaco diario
Fumadores ocasionales	%	Consumo de tabaco ocasional (fuma no diariamente)
Consumo de 20 cigarrillos o más	%	Consumo de 20 cigarrillos o más
Intento de abandono del consumo	%	Ha realizado algún intento para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año
<b>Alcohol</b>		
Consumo de alcohol	Gramos/día	Consumo diario promedio per-cápita en gramos
No bebedores/as actuales	%	No han bebido en los últimos 30 días
Bebedores /as habituales	%	Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días
Consumo promedio de alcohol de bajo riesgo	%	Consumo de alcohol $\leq 20$ g/día en hombres y $\leq 10$ g/día en mujeres
Consumo promedio de alcohol riesgo medio	%	Consumo de alcohol de $>20$ g/día y $<$ de 40 g/día en hombres y $>10$ g/día y $<$ de 24 g/día en mujeres
Consumo promedio de alcohol de alto riesgo	%	Consumo de alcohol de $\geq 40$ g/día en hombres y $\geq 24$ g/día en mujeres
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	%	Consumo en un corto período de tiempo de $\geq 80$ g en hombres y $\geq 60$ g en mujeres
Consumo de riesgo global	%	Consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión
Test CAGE positivo	%	CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas
<b>Pruebas preventivas</b>		
Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida	% sí, no	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería
Medición de TA $\leq 5$ años	% de $\leq 5$ años en el grupo de edad de 18-40 años	Cuándo fue la última vez que se lo tomó
Medición de TA $\leq 2$ años	% de $\leq 2$ años en el grupo de edad $>40$ años	Cuándo fue la última vez que se lo tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida	% en hombres $\geq 35$ años y mujeres $>36$ años	Alguna vez le ha medido el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol $\leq 5$ años	% de $\leq 5$ años en hombres $\geq 35$ años y mujeres $>36$ años	Cuando fue la última vez que se lo tomó
Comunicación TA alta	%	Le han comunicado que tenía la tensión arterial alta
Comunicación colesterol alto	%	Le han comunicado que tenía el colesterol alto
Toma alguna medida para TA	% sí, no	Toma alguna medida para la TA: medicamentos, sal, ejercicio
Toma alguna medida para colesterol	% sí, no	Toma alguna medida para el colesterol: medicamentos, sal, ejercicio
Citología	% de $\leq 5$ años en mujeres $\geq 25$ a 34 años % de $\leq 5$ años en mujeres $\geq 35$	Se ha hecho una citología
Mamografía	% de $\leq 2$ años en mujeres $\geq 50$ años	Tiempo desde última prueba
Sangre oculta en heces	% sí, no en el grupo de edad 50 a 64 años	Realización de la prueba en alguna ocasión
	% de $\leq 2$ años en el grupo de edad 50 a 64 años	Tiempo desde última prueba
Colonoscopia	% de $\leq 4$ años en el grupo de edad 50 a 64 años	Tiempo desde última prueba
<b>Accidentes</b>		
Accidentes	% sí, no	Haber tenido accidente (incluye intoxicaciones, quemaduras) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica

	% accidente tráfico	Haber tenido accidente de tráfico (como conductor, pasajero o peatón) en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica
	% ingreso hospitalario más de 24 horas; atención en urgencias; otro tipo de asistencia médica	Tipo de atención necesitada en el último accidente: ingreso hospitalario más de 24 horas, atención en urgencias de un hospital Otro tipo de asistencia médica
<b>Violencia contra la mujer por su pareja o expareja</b>		
Violencia contra la mujer por su pareja o expareja	% sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le dio una bofetada, patadas, le empujó, o lastimó físicamente de alguna manera?
	% sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja le ha amenazado o le hizo sentir miedo de alguna manera?
	% sí, no	En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pareja/expareja ha tratado de controlar sus actividades diarias, por ejemplo, con quien podía hablar o a dónde podía ir usted?
	% respuesta afirmativa a al menos una pregunta	
<b>Acoso laboral</b>		
Acoso laboral	% sí, no: físico; psicológico; sexual;	Porcentaje de respuestas afirmativas a acoso laboral tanto en el trabajo actual, como en el anterior
	% un ataque o más a la semana	Frecuencia de ataques sufridos
	% duración superior a los 6 meses, menor de 6 meses	Porcentaje duración de acoso mayor a 6 meses
<b>Salud Mental</b>		
Salud Mental (cuestionario PHQ-8)	No síntomas, síntomas leves, sintomatología moderada, moderadamente severa, severa	Sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. Ítems: 1. Poco interés o alegría por hacer cosas 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía 5. Poco apetito o comer demasiado 6. Sentirse mal consigo mismo/a, sentir que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a 7. Problemas para concentración en algo, como leer el periódico o ver la televisión 8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario estar tan inquieta/o agitada/o que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual. La respuesta afirmativa en cada ítem: 0 a 1 días son 0 puntos, varios días es 1 punto, más de la mitad de los días 2 puntos y casi todos los días 3 puntos. La suma de todos los ítems obtiene un máximo de 24 puntos y de 0 a 4 puntos representa no sintomatología significativa, entre 5 a 9 puntos es sintomatología leve, 10 a 14 moderada, 15 a 19 moderadamente severa y 20 a 24 severa.
<b>Agregación de factores</b>		
Número de factores de riesgo	% 1, 2, 3 o 4, ningún factor	Personas sedentarias en ocupación habitual/laboral y en tiempo libre, dieta desequilibrada (consumo de menos de cinco piezas de fruta fresca y/o verduras y consumo de dos o más raciones de productos cárnicos), ser fumador/a actual, consumo promedio de alcohol de riesgo

**Anexo Tabla 1. Autopercepción de salud “buena o muy buena” por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	378	88,1 (84,7-90,9)	351	81,4 (77,5-84,8)	729	84,8 (82,2-87)
30-44	567	83,6 (80,6-86,2)	515	73,6 (70,2-76,7)	1.082	78,5 (76,3-80,6)
45-64	627	73 (69,9-75,9)	561	62 (58,8-65,1)	1.188	67,3 (65,1-69,5)
<b>País de nacimiento</b>						
España	1.274	80,5 (78,5-82,3)	1.137	72,7 (70,5-74,9)	2.411	76,6 (75,1-78,1)
Otros países	298	77,8 (73,4-81,7)	290	61,3 (56,9-65,6)	588	68,7 (65,5-71,7)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	700	86 (83,4-88,2)	700	77,3 (74,5-79,9)	1.400	81,4 (79,5-83,2)
Intermedio	593	77,4 (74,3-80,2)	514	68,1 (64,7-71,3)	1.107	72,8 (70,5-74,9)
Básico e inferior	279	72,3 (67,6-76,5)	213	56,6 (51,6-61,6)	492	64,6 (61,1-67,9)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	1.308	81,5 (79,5-83,3)	1.112	72 (69,7-74,2)	2.420	76,8 (75,4-78,3)
Paro	89	60,1 (52,1-67,7)	106	60,2 (52,8-67,2)	195	60,2 (54,8-65,4)
Estudiante	118	91,5 (85,3-95,2)	112	84,2 (77-89,5)	230	87,8 (83,2-91,2)
Trabajo remunerado** no			66	57,9 (48,7-66,6)	66	57,9 (48,7-66,6)
Jubilación/Pensionista	57	67,9 (57,2-76,9)	31	44,9 (33,7-56,7)	88	57,5 (49,6-65,1)
<b>Clase social</b>						
Alta	643	85,4 (82,7-87,7)	507	76,8 (73,5-79,9)	1.150	81,4 (79,3-83,3)
Media	310	81,8 (77,6-85,4)	412	71,3 (67,5-74,8)	722	75,4 (72,6-78,1)
Baja	544	72,8 (69,5-75,9)	420	61,1 (57,5-64,7)	964	67,2 (64,8-69,6)
<b>Totales</b>	<b>1.572</b>	<b>80 (78,2-81,7)</b>	<b>1.427</b>	<b>70,1 (68,1-72)</b>	<b>2.999</b>	<b>74,9 (73,6-76,2)</b>

\* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\* Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 2. Sedentarismo en actividad habitual/laboral<sup>(1)</sup> por variables sociodemográficas por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	240	55,9 (51,2-60,6)	221	51,3 (46,5-56)	461	53,6 (50,3-56,9)
30-44	352	51,8 (48,1-55,5)	345	49,4 (45,7-53,1)	697	50,6 (48-53,2)
45-64	453	52,9 (49,5-56,2)	398	44,2 (41-47,5)	851	48,4 (46,1-50,8)
<b>País de nacimiento</b>						
España	898	56,8 (54,3-59,2)	818	52,5 (50-55)	1.716	54,6 (52,9-56,4)
Otros países	147	38,4 (33,6-43,4)	146	31 (27-35,3)	293	34,3 (31,2-37,6)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	599	73,6 (70,4-76,5)	557	61,6 (58,4-64,7)	1.156	67,3 (65-69,5)
Intermedio	341	44,5 (41-48)	321	42,8 (39,3-46,4)	662	43,6 (41,2-46,1)
Básico e inferior	105	27,3 (23,1-32)	86	22,9 (19-27,5)	191	25,2 (22,2-28,4)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	840	52,3 (49,9-54,8)	766	49,7 (47,2-52,2)	1.606	51,0 (49,3-52,8)
Paro	68	46,3 (38,4-54,3)	48	27,4 (21,3-34,5)	116	36,0 (31-41,4)
Estudiante	98	76,0 (67,8-82,6)	103	78,0 (70,1-84,3)	201	77,0 (71,5-81,7)
Trabajo no remunerado**			20	18,0 (11,9-26,3)	20	18,0 (11,9-26,3)
Jubilación/Pensionista	39	46,4 (36,1-57,1)	27	39,1 (28,4-51,1)	66	43,1 (35,5-51,1)
<b>Clase social</b>						
Alta	531	70,5 (67,2-73,7)	397	60,3 (56,5-64)	928	65,8 (63,3-68,2)
Media	259	68,3 (63,5-72,8)	392	68,1 (64,1-71,7)	651	68,2 (65,1-71)
Baja	189	25,3 (22,3-28,6)	106	15,5 (13-18,4)	295	20,6 (18,6-22,8)
<b>Totales</b>	<b>1.045</b>	<b>53,2 (51-55,4)</b>	<b>964</b>	<b>47,5 (45,3-49,7)</b>	<b>2.009</b>	<b>50,3 (48,8-51,8)</b>

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

\* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 3. Sedentarismo en tiempo libre<sup>(1)</sup>, por variables sociodemográficas por sexo (%). Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	239	55,7 (51-60,4)	302	70,2 (65,7-74,4)	541	63,0 (59,7-66,1)
30-44	482	71,1 (67,6-74,4)	552	78,9 (75,7-81,7)	1.034	75,0 (72,7-77,2)
45-64	673	78,4 (75,6-81,1)	739	82,0 (79,4-84,4)	1.412	80,3 (78,3-82,1)
<b>País de nacimiento</b>						
España	1.108	70,1 (67,8-72,3)	1.202	77,1 (74,9-79,1)	2.310	73,5 (72-75)
Otros países	286	74,5 (69,9-78,6)	391	83,0 (79,3-86,1)	677	79,2 (76,3-81,8)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	560	68,8 (65,5-71,9)	667	73,7 (70,7-76,5)	1.227	71,4 (69,2-73,5)
Intermedio	540	70,5 (67,2-73,6)	593	78,9 (75,8-81,6)	1.133	74,6 (72,4-76,7)
Básico e inferior	294	76,4 (71,9-80,3)	333	89 (85,4-91,8)	627	82,6 (79,8-85,1)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	1.143	71,3 (69-73,4)	1.204	78,1 (76-80,1)	2.347	74,6 (73,1-76,1)
Paro	114	77,0 (69,6-83,1)	145	82,9 (76,5-87,7)	259	80,2 (75,5-84,2)
Estudiante	69	53,5 (44,8-61,9)	92	69,2 (60,8-76,4)	161	61,5 (55,4-67,1)
Trabajo no remunerado**			99	86,8 (79,3-91,9)	99	86,8 (79,3-91,9)
Jubilación/Pensionista	68	81 (71,1-88)	53	79,1 (67,7-87,2)	121	80,1 (73-85,8)
<b>Clase social</b>						
Alta	514	68,4 (65-71,6)	487	73,9 (70,4-77,1)	1.001	70,9 (68,5-73,2)
Media	267	70,4 (65,7-74,8)	451	78,0 (74,5-81,2)	718	75,0 (72,2-77,7)
Baja	559	74,8 (71,6-77,8)	577	84,5 (81,6-87)	1.136	79,4 (77,3-81,4)
<b>Totales</b>	<b>1.394</b>	<b>70,9 (68,9-72,9)</b>	<b>1.593</b>	<b>78,4 (76,6-80,2)</b>	<b>2.987</b>	<b>74,7 (73,4-76,1)</b>

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

\* % (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 4. Consumo  $\geq 5$  raciones diarias de frutas y/o verduras por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	17	4,0 (2,5-6,3)	30	7,0 (4,9-9,8)	47	5,5 (4,1-7,2)
30-44	37	5,4 (4-7,4)	47	6,7 (5,1-8,8)	84	6,1 (4,9-7,5)
45-64	57	6,6 (5,1-8,5)	86	9,5 (7,8-11,6)	143	8,1 (6,9-9,5)
<b>País de nacimiento</b>						
España	98	6,2 (5,1-7,5)	136	8,7 (7,4-10,2)	234	7,4 (6,6-8,4)
Otros países	13	3,4 (2-5,7)	27	5,7 (3,9-8,2)	40	4,7 (3,4-6,3)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	59	7,2 (5,7-9,2)	93	10,3 (8,5-12,4)	152	8,8 (7,6-10,3)
Intermedio	40	5,2 (3,8-7)	57	7,5 (5,9-9,7)	97	6,4 (5,3-7,7)
Básico e inferior	12	3,1 (1,8-5,4)	13	3,5 (2-5,9)	25	3,3 (2,2-4,8)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	91	5,7 (4,6-6,9)	132	8,5 (7,3-10)	223	7,1 (6,2-8,0)
Paro	6	4,1 (1,8-8,7)	10	5,7 (3,1-10,2)	16	4,9 (3,0-7,9)
Estudiante	6	4,7 (2,1-10)	6	4,5 (2,0-9,7)	12	4,6 (2,6-7,9)
Trabajo no remunerado**			9	7,9 (4,2-14,5)	9	7,9 (4,2-14,5)
Jubilación/Pensionista	8	9,5 (4,8-17,9)	6	8,7 (4-18)	14	9,2 (5,5-14,9)
<b>Clase social</b>						
Alta	61	8,1 (6,4-10,3)	71	10,8 (8,6-13,4)	132	9,3 (7,9-11,0)
Media	19	5,0 (3,2-7,7)	50	8,7 (6,6-11,2)	69	7,2 (5,7-9,0)
Baja	29	3,9 (2,7-5,5)	36	5,2 (3,8-7,2)	65	4,5 (3,6-5,7)
<b>Totales</b>	<b>111</b>	<b>5,6 (4,7-6,8)</b>	<b>163</b>	<b>8 (6,9-9,3)</b>	<b>274</b>	<b>6,8 (6,1-7,7)</b>

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 5. Consumo  $\geq 2$  raciones de carne y derivados cárnicos al día por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	228	53,1 (48,4-57,8)	185	42,9 (38,3-47,6)	413	48,0 (44,7-51,4)
30-44	304	44,8 (41,1-48,5)	244	34,9 (31,4-38,5)	548	39,7 (37,2-42,3)
45-64	329	38,3 (35,1-41,6)	290	32,0 (29,1-35,2)	619	35,1 (32,9-37,3)
<b>País de nacimiento</b>						
España	704	44,5 (42,1-46,9)	558	35,7 (33,4-38,1)	1.262	40,1 (38,4-41,8)
Otros países	157	40,9 (36,1-45,9)	161	34 (29,9-38,4)	318	37,1 (33,9-40,4)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	343	42,1 (38,8-45,6)	298	32,9 (29,9-36,1)	641	37,3 (35-39,6)
Intermedio	346	45,1 (41,6-48,6)	280	37,1 (33,7-40,6)	626	41,1 (38,7-43,6)
Básico e inferior	172	44,6 (39,7-49,5)	141	37,5 (32,7-42,5)	313	41,1 (37,6-44,6)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	705	43,9 (41,5-46,3)	552	35,8 (33,4-38,2)	1.257	39,9 (38,2-41,6)
Paro	59	39,9 (32,3-47,9)	57	32,4 (25,9-39,6)	116	35,8 (30,8-41,2)
Estudiante	66	51,2 (42,6-59,7)	59	44,4 (36,2-52,9)	125	47,7 (41,7-53,8)
Trabajo no remunerado**			30	26,3 (19,0-35,2)	30	26,3 (19,0-35,2)
Jubilación/Pensionista	31	36,9 (27,3-47,7)	21	30,4 (20,8-42,2)	52	34,0 (26,9-41,8)
<b>Clase social</b>						
Alta	312	41,4 (38,0-45,0)	217	32,9 (29,4-36,6)	529	37,4 (35,0-40,0)
Media	171	45,1 (40,2-50,2)	197	34,1 (30,3-38,1)	368	38,5 (35,4-41,6)
Baja	331	44,3 (40,7-47,8)	253	36,8 (33,3-40,5)	584	40,7 (38,2-43,3)
<b>Totales</b>	<b>861</b>	<b>43,8 (41,6-46,0)</b>	<b>719</b>	<b>35,3 (33,3-37,4)</b>	<b>1.580</b>	<b>39,5 (38,0-41)</b>

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 6. Dieta<sup>(1)</sup> para adelgazar por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	46	10,7 (8,1-14)	43	10 (7,5-13,2)	89	10,3 (8,5-12,6)
30-44	82	12,1 (9,8-14,8)	94	13,4 (11,1-16,1)	176	12,8 (11,1-14,6)
45-64	70	8,1 (6,5-10,2)	96	10,6 (8,8-12,8)	166	9,4 (8,1-10,9)
<b>País de nacimiento</b>						
España	145	9,2 (7,8-10,7)	165	10,6 (9,1-12,2)	310	9,9 (8,9-10,9)
Otros países	53	13,8 (10,7-17,6)	68	14,4 (11,5-17,8)	121	14,1 (11,9-16,6)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	82	10,1 (8,2-12,3)	95	10,5 (8,7-12,7)	177	10,3 (8,9-11,8)
Intermedio	87	11,3 (9,3-13,8)	88	11,7 (9,6-14,1)	175	11,5 (10-13,2)
Básico e inferior	29	7,5 (5,3-10,6)	50	13,3 (10,2-17,1)	79	10,4 (8,4-12,7)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	167	10,4 (9,0-12,0)	166	10,8 (9,3-12,4)	333	10,6 (9,5-11,7)
Paro	14	9,5 (5,7-15,3)	32	18,2 (13,1-24,6)	46	14,2 (10,8-18,4)
Estudiante	13	10,1 (5,9-16,6)	16	12 (7,5-18,7)	29	11,1 (7,8-15,5)
Trabajo no remunerado**			16	14 (8,8-21,7)	16	14 (8,8-21,7)
Jubilación/Pensionista	4	4,8 (1,8-12,0)	3	4,3 (1,4-12,7)	7	4,6 (2,2-9,3)
<b>Clase social</b>						
Alta	74	9,8 (7,9-12,2)	66	10 (7,9-12,5)	140	9,9 (8,5-11,6)
Media	44	11,6 (8,7-15,2)	69	11,9 (9,5-14,8)	113	11,8 (9,9-14)
Baja	74	9,9 (7,9-12,2)	85	12,4 (10,1-15,1)	159	11,1 (9,6-12,8)
<b>Totales</b>	<b>198</b>	<b>10,1 (8,8-11,5)</b>	<b>233</b>	<b>11,4 (10,1-12,9)</b>	<b>431</b>	<b>10,8 (9,8-11,8)</b>

<sup>(1)</sup> Han realizado dieta para adelgazar, no por un problema de salud, en los últimos 6 meses.

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 7. Sobrepeso/obesidad<sup>(1)</sup> por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	131	31,3 (27,1-36)	67	15,9 (12,7-19,7)	198	23,6 (20,9-26,5)
30-44	353	52,5 (48,7-56,2)	236	33,9 (30,5-37,5)	589	43 (40,5-45,6)
45-64	575	67,4 (64,2-70,5)	392	44 (40,8-47,3)	967	55,5 (53,2-57,7)
<b>País de nacimiento</b>						
España	837	53,3 (50,9-55,7)	491	31,7 (29,5-34,1)	1.328	42,6 (41,0-44,3)
Otros países	222	59,4 (54,3-64,2)	204	44,3 (39,8-48,8)	426	51 (47,6-54,4)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	396	48,8 (45,4-52,2)	215	23,9 (21,2-26,8)	611	35,7 (33,5-37,9)
Intermedio	423	56,0 (52,5-59,4)	300	40,3 (36,9-43,8)	723	48,2 (45,8-50,7)
Básico e inferior	240	63,7 (58,7-68,3)	180	49,5 (44,4-54,6)	420	56,7 (53,1-60,2)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	893	56,1 (53,6-58,4)	504	33 (30,7-35,4)	1.397	44,8 (43,1-46,5)
Paro	82	56,9 (48,8-64,8)	86	50 (42,6-57,4)	168	53,2 (47,7-58,6)
Estudiante	26	21 (14,7-29,1)	18	14 (9-21,1)	44	17,4 (13,2-22,6)
Trabajo no remunerado**			60	53,6 (44,3-62,6)	60	53,6 (44,3-62,6)
Jubilación/Pensionista	58	69,9 (59,2-78,7)	27	39,7 (28,8-51,7)	85	56,3 (48,3-63,9)
<b>Clase social</b>						
Alta	385	51,2 (47,7-54,7)	148	22,6 (19,6-26)	533	37,9 (35,5-40,4)
Media	214	56,8 (51,7-61,7)	201	35,1 (31,3-39,1)	415	43,7 (40,6-46,9)
Baja	437	59,7 (56,2-63,1)	326	48,4 (44,7-52,1)	763	54,3 (51,7-56,8)
<b>Totales</b>	<b>1.059</b>	<b>54,5 (52,3-56,6)</b>	<b>695</b>	<b>34,6 (32,6-36,7)</b>	<b>1.754</b>	<b>44,4 (42,9-45,9)</b>

<sup>(1)</sup> Sobrepeso y obesidad: IMC≥25kg/m<sup>2</sup>.

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 8. Fumadoras/es diarios u ocasionales<sup>(1)</sup> por variables sociodemográficas, sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	103	24,0 (20,2-28,3)	89	20,6 (17,1-24,7)	192	22,3 (19,7-25,2)
30-44	178	26,2 (23,0-29,7)	160	22,9 (19,9-26,1)	338	24,5 (22,3-26,8)
45-64	201	23,4 (20,7-26,4)	188	20,8 (18,3-23,5)	389	22,1 (20,2-24)
<b>País de nacimiento</b>						
España	401	25,3 (23,2-27,5)	388	24,8 (22,7-27)	789	25,1 (23,6-26,6)
Otros países	81	21,1 (17,3-25,5)	49	10,4 (7,9-13,4)	130	15,2 (12,9-17,7)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	156	19,2 (16,6-22,0)	168	18,6 (16,2-21,2)	324	18,8 (17,1-20,8)
Intermedio	190	24,8 (21,8-28,0)	176	23,3 (20,4-26,5)	366	24,0 (22-26,3)
Básico e inferior	136	35,2 (30,6-40,1)	93	24,7 (20,6-29,4)	229	30,1 (26,9-33,4)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	375	23,3 (21,3-25,5)	335	21,7 (19,7-23,8)	710	22,5 (21,1-24,0)
Paro	63	42,6 (34,9-50,7)	44	25,0 (19,2-31,9)	107	33,0 (28,1-38,3)
Estudiante	27	20,9 (14,8-28,8)	25	18,8 (13,0-26,3)	52	19,8 (15,5-25,1)
Trabajo no remunerado**			18	15,8 (10,2-23,7)	18	15,8 (10,2-23,7)
Jubilación/Pensionista	17	20,2 (13-30,2)	15	21,7 (13,5-33)	32	20,9 (15,2-28,1)
<b>Clase social</b>						
Alta	149	19,8 (17,1-22,8)	129	19,5 (16,7-22,8)	278	19,7 (17,7-21,8)
Media	82	21,6 (17,8-26,1)	139	24,0 (20,7-27,7)	221	23,1 (20,5-25,9)
Baja	238	31,8 (28,6-35,2)	152	22,1 (19,2-25,4)	390	27,2 (24,9-29,5)
<b>Totales</b>	<b>482</b>	<b>24,5 (22,7-26,5)</b>	<b>437</b>	<b>21,5 (19,7-23,3)</b>	<b>919</b>	<b>23,0 (21,7-24,3)</b>

<sup>(1)</sup> Fumador ocasional: ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, fuma, pero no diariamente.

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 9. Bebedores/as habituales<sup>(1)</sup> por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	221	51,5 (46,8-56,2)	187	43,4 (38,8-48,1)	408	47,4 (44,1-50,8)
30-44	398	58,6 (54,9-62,3)	266	38 (34,5-41,7)	664	48,2 (45,6-50,7)
45-64	555	64,6 (61,4-67,7)	371	41 (37,8-44,2)	926	52,5 (50,2-54,8)
<b>País de nacimiento</b>						
España	969	61,2 (58,8-63,6)	678	43,4 (40,9-45,8)	1.647	52,4 (50,6-54,1)
Otros países	205	53,4 (48,4-58,3)	146	30,9 (26,9-35,2)	351	41,0 (37,7-44,3)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	555	68,2 (64,9-71,3)	440	48,6 (45,4-51,9)	995	57,9 (55,6-60,2)
Intermedio	419	54,6 (51,1-58,1)	294	38,9 (35,5-42,5)	713	46,8 (44,4-49,3)
Básico e inferior	200	51,8 (46,8-56,7)	90	23,9 (19,9-28,5)	290	38,1 (34,7-41,5)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	999	62,2 (59,8-64,5)	663	42,9 (40,5-45,4)	1.662	52,8 (51-54,5)
Paro	64	43,2 (35,5-51,3)	51	29,0 (22,8-36,1)	115	35,5 (30,5-40,9)
Estudiante	62	48,1 (39,6-56,7)	59	44,4 (36,1-52,9)	121	46,2 (40,2-52,3)
Trabajo remunerado**			33	28,9 (21,4-37,9)	33	28,9 (21,4-37,9)
Jubilación/Pensionista	49	58,3 (47,6-68,4)	18	26,1 (17,1-37,7)	67	43,8 (36,2-51,7)
<b>Clase social</b>						
Alta	513	68,1 (64,7-71,4)	334	50,6 (46,8-54,4)	847	59,9 (57,4-62,4)
Media	221	58,3 (53,3-63,2)	238	41,2 (37,2-45,2)	459	48,0 (44,8-51,1)
Baja	399	53,3 (49,8-56,9)	211	30,7 (27,4-34,3)	610	42,5 (40,0-45,1)
<b>Totales</b>	<b>1.174</b>	<b>59,7 (57,5-61,8)</b>	<b>824</b>	<b>40,5 (38,4-42,6)</b>	<b>1.998</b>	<b>49,9 (48,4-51,4)</b>

<sup>(1)</sup> Se considera bebedores/as habituales si han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 10. Violencia contra las mujeres<sup>1</sup> por pareja o expareja según variables sociodemográficas. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Mujeres	
	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>		
18-29	16	5,5 (3,4-8,7)
30-44	22	3,7 (2,4-5,5)
45-64	14	2,0 (1,2-3,3)
<b>País de nacimiento</b>		
España	39	3,1 (2,3-4,2)
Otros países	13	3,8 (2,2-6,4)
<b>Nivel educativo</b>		
Superior	16	2,1 (1,3-3,5)
Intermedio	24	4,2 (2,8-6,2)
Básico e inferior	12	4,3 (2,5-7,5)
<b>Situación laboral</b>		
Trabajo	38	3,1 (2,2-4,2)
Paro	6	4,5 (2,1-9,8)
Estudiante	4	5,8 (2,2-14,5)
Trabajo no remunerado**	4	4,0 (1,5-10,1)
Jubilación/Pensionista	0	0,0 (0,0-0,0)
<b>Clase social</b>		
Alta	16	2,9 (1,8-4,7)
Media	18	3,7 (2,4-5,9)
Baja	16	3,2 (2,0-5,1)
<b>Totales</b>	<b>52</b>	<b>3,3 (2,5-4,2)</b>

<sup>(1)</sup> Se refiere a los tipos de violencia que se investigaron en la encuesta (violencia física, amenazas y control)

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 11. Acoso laboral, físico, psicológico o sexual, por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021 y 2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	18	5,4 (3,4-8,4)	33	9,8 (7,0-13,5)	51	7,6 (5,8-9,9)
30-44	67	10,0 (8,0-12,6)	114	17,2 (14,5-20,3)	181	13,6 (11,9-15,6)
45-64	115	14,0 (11,8-16,6)	163	19,6 (17-22,5)	278	16,8 (15,1-18,7)
<b>País Nacimiento</b>						
España	165	11,3 (9,8-13)	251	17,9 (16,0-20,0)	416	14,5 (13,3-15,9)
Otros países	35	9,8 (7,1-13,3)	59	13,7 (10,8-17,3)	94	11,9 (9,8-14,4)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	84	10,7 (8,7-13)	139	16,1 (13,8-18,8)	223	13,5 (12,0-15,3)
Intermedio	77	11,3 (9,1-13,9)	115	17,5 (14,8-20,6)	192	14,3 (12,6-16,3)
Básico e inferior	39	11,1 (8,2-14,8)	56	17,9 (14,1-22,6)	95	14,3 (11,8-17,2)
<b>Situación Laboral</b>						
Trabajo	175	11 (9,6-12,7)	255	16,7 (14,9-18,7)	430	13,8 (12,7-15,1)
Paro	18	14,9 (9,6-22,4)	28	20,6 (14,6-28,2)	46	17,9 (13,7-23,1)
Estudiante	0	0,0 (0,0-0,0)	5	10,4 (4,4-22,7)	5	5,1 (2,1-11,7)
Trabajo no remunerado**	0	0,0 (0,0-0,0)	7	9,5 (4,6-18,6)	7	9,5 (4,6-18,5)
Jubilación/Pensionista	7	10,6 (5,1-20,6)	15	31,9 (20,2-46,4)	22	19,5 (13,2-27,8)
<b>Clase social</b>						
Alta	74	10,1 (8,1-12,5)	101	15,9 (13,3-19)	175	12,8 (11,1-14,6)
Media	40	11,0 (8,2-14,7)	109	19,6 (16,5-23,2)	149	16,2 (14,0-18,8)
Baja	85	12,1 (9,9-14,7)	98	15,6 (13,0-18,6)	183	13,7 (12,0-15,7)
<b>Totales</b>	<b>200</b>	<b>11 (9,6-12,5)</b>	<b>310</b>	<b>16,9 (15,3-18,7)</b>	<b>510</b>	<b>14,0 (12,9-15,1)</b>

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

**Anexo Tabla 12. Depresión mayor<sup>(1)</sup> por variables sociodemográficas, por sexo (%). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2021-2022.**

	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*	n	% (IC95%)*
<b>Edad</b>						
18-29	37	8,6 (6,3-11,7)	67	15,7 (12,5-19,4)	104	12,1 (10,1-14,5)
30-44	39	5,8 (4,2-7,8)	75	10,8 (8,7-13,3)	114	8,3 (7-9,9)
45-64	63	7,4 (5,8-9,3)	135	15,1 (12,9-17,6)	198	11,3 (9,9-12,9)
<b>País de nacimiento</b>						
España	109	6,9 (5,8-8,3)	206	13,3 (11,7-15,1)	315	10,1 (9,1-11,2)
Otros países	30	7,9 (5,6-11,1)	71	15,2 (12,3-18,8)	101	11,9 (9,9-14,3)
<b>Nivel educativo</b>						
Superior	30	3,7 (2,6-5,3)	75	8,3 (6,7-10,3)	105	6,1 (5,1-7,4)
Intermedio	72	9,4 (7,5-11,7)	122	16,2 (13,8-19,1)	194	12,8 (11,2-14,6)
Básico e inferior	37	9,6 (7,1-13)	80	22,0 (18-26,5)	117	15,6 (13,2-18,4)
<b>Situación laboral</b>						
Trabajo	87	5,4 (4,4-6,7)	159	10,4 (9-12)	246	7,9 (7-8,9)
Paro	32	21,9 (15,9-29,3)	46	26,3 (20,3-33,3)	78	24,3 (19,9-29,3)
Estudiante	13	10,1 (5,9-16,6)	31	23,3 (16,9-31,3)	44	16,8 (12,7-21,8)
Trabajo no remunerado**			25	22,3 (15,5-31)	25	22,3 (15,5-31)
Jubilación/Pensionista	7	8,3 (4-16,5)	16	24,2 (15,4-36)	23	15,3 (10,4-22)
<b>Clase social</b>						
Alta	32	4,3 (3,0-6,0)	52	7,9 (6,1-10,3)	84	6,0 (4,8-7,3)
Media	26	6,9 (4,7-9,9)	73	12,7 (10,2-15,7)	99	10,4 (8,6-12,5)
Baja	73	9,8 (7,9-12,2)	130	19,2 (16,4-22,4)	203	14,3 (12,6-16,2)
<b>Totales</b>	<b>139</b>	<b>7,1 (6,0-8,3)</b>	<b>277</b>	<b>13,7 (12,3-15,3)</b>	<b>416</b>	<b>10,5 (9,6-11,5)</b>

<sup>(1)</sup> Depresión mayor: puntuación  $\geq 10$  puntos en el cuestionario PHQ-8.

\*% (IC95%): Prevalencia en % e intervalo de confianza al 95%.

\*\*Ama de casa.

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A21 y A22).

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

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

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



Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD