
BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad
de Madrid**

Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 29. Septiembre 2024

INFORMES:

- **Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2022.**
- **Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I).**
- **Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (II).**



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

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.epidemio@salud.madrid.org

Edición: Septiembre 2024

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain




BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

Nº 9.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 29. Septiembre 2024

ÍNDICE

	<i>Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2022.</i>	4
	<i>Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I).</i>	44
	<i>Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (II).</i>	91



INFORME:

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES POR EL VIH Y LOS CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. SITUACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2022

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	5
2. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2022	6
2.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022	6
2.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022	8
3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2008-2022	9
3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2008 a 2022	9
3.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2008-2022	25
4. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022	36
5. CONCLUSIONES	43

RESUMEN

En el año 2022 se han diagnosticado 671 infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid (CM), 90% son hombres. La media de edad al diagnóstico es de 35,9 años (DE:10,8). El 36,2% había nacido en España. Más del 60% de las infecciones en hombres presentan como modo de transmisión relaciones sexuales con hombres (HSH). En mujeres, más del 70% adquirieron la infección por relaciones heterosexuales (HTX). El 25,1% de las infecciones se diagnosticaron con menos de 200 CD4/ μ l ó presentación con enfermedad avanzada (PEA) y el 44,7% con menos de 350 CD4/ μ l ó diagnóstico tardío (DT).

En el periodo 2008-2022 se han diagnosticado 15.883 infecciones por el VIH en personas residentes en la CM. La incidencia ha ido disminuyendo a lo largo de estos años, de 22,0 por 100.000 h. en 2008 a 9,9 por 100.000 h. en 2022. El porcentaje de hombres se ha ido incrementando, alcanzando el 83% en 2022. La edad media al diagnóstico es de 35,3 años (DE: 10,8), siendo mayor en mujeres que en hombres. Los grupos de edad más frecuentes son 30-39 años y 20-29 años. El porcentaje de nacidos fuera de España se ha incrementado desde el 38,6% en 2014 hasta el 63,8% en 2022, a expensas fundamentalmente de casos en hombres. El principal modo de transmisión son las relaciones sexuales sin protección. En hombres más del 70% son HSH y en mujeres, más del 85% adquirieron la infección por relaciones heterosexuales. El 23,1% de los diagnósticos tenía PEA y un 40,8% DT. Tanto los porcentajes de PEA como de DT aumentan con la edad de diagnóstico de VIH y es mayor en HTX y PID (personas que se inyectan drogas) respecto a HSH. También es mayor en personas nacidas fuera de España respecto a las nacidas en España.

Desde 1982 hasta 2022 se han diagnosticado 22.671 casos de sida en residentes en la CM, 79,8% son hombres. La aparición de la terapia antirretroviral (TAR) a mediados de la década de los noventa se asoció a un descenso del número de casos de sida diagnosticados. A partir del año 1997 se produce un descenso del número de diagnósticos de casos de sida, tendencia que continua estos últimos años con 81 diagnósticos en 2022.

1. INTRODUCCIÓN

La vigilancia de la infección por EL VIH/sida en la CM viene regulándose a través del Decreto 184/1996 de 19 de diciembre por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid (BOCM de 3 de enero de 1997); y de la Orden 372/2010 de 15 de julio por la que se modifica el sistema de notificación de enfermedades de declaración obligatoria por infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (BOCM de 5 de agosto de 2010). Más recientemente por la Orden 445/2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por la que se modifican los anexos del Real Decreto 2210/1995 relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria y modalidades de declaración.

Desde la puesta en marcha del sistema de notificación de infecciones por el VIH con la publicación en julio de 2010 de la Orden que lo regula podemos realizar un análisis de la situación epidemiológica de la infección por el VIH en la CM. Se dispone de información de todos los centros sanitarios de la CM que atienden a personas con VIH.

2. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL AÑO 2022

2.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022.

Durante el año 2022 se diagnosticaron 671 nuevas infecciones por el VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid, 24 diagnósticos más que en 2021 lo que supone un incremento del 3,7%. La incidencia fue de 9,9 diagnósticos por 100.000 habitantes. Los municipios que presentaron mayor incidencia fueron Madrid con 14,4 por 100.000 h., Parla con 10,7 por 100.000 h. y Móstoles con 10,5 por 100.000h. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres (18,9 vs 1,7) y en nacidos fuera de España que en nacidos en España (30,2 vs 4,6). Destaca la incidencia en hombres nacidos fuera de España con 59,0 diagnósticos por 100.000 h.

El 90,9% de las personas diagnosticadas son hombres y la media de edad al diagnóstico es de 35,9 años (DE:10,8) con un rango entre los 18 y los 79 años. El 66,0% tenían entre 20 y 39 años de edad en el momento del diagnóstico. Las mujeres presentan mayor media de edad y mayores porcentajes en los grupos de más edad. En hombres la edad al diagnóstico es menor en nacidos fuera de España donde el 74,2% tenían entre 20 y 39 años.

El 52,0% había nacido en países de América Latina y Caribe, un 36,2% en España y un 3,1% en África Subsahariana. El porcentaje de personas nacidas fuera de España es mayor en mujeres que en hombres (78,7 vs 62,3).

El 78,2% de las infecciones por el VIH se adquirieron mediante relaciones sexuales sin protección. En hombres el 70,7% son HSH (mayor porcentaje en nacidos fuera de España) y en mujeres el 73,8% de las infecciones fueron por relaciones heterosexuales. El uso de drogas inyectadas supuso el 1,1% en hombres con ningún caso en mujeres.

Las características por sexo y lugar de nacimiento de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022 se incluyen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Infecciones por el VIH. CM. Año 2022. Características según sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Número de casos y porcentaje	610 90,9%	61 9,1%	671 100%
Incidencia por 100.000 h.	18,9	1,7	9,9
Edad media al diagnóstico (años)	35,5	40,1	35,9
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0
	15-19	1,3	0,0
	20-29	32,6	24,6
	30-39	34,9	26,2
	40-49	18,9	26,2
	50-59	9,7	14,8
	>59	2,6	8,2
Lugar de nacimiento	España	37,7	21,3
	América Latina	51,3	59,0
	África Subsahariana	2,5	9,8
	Europa del Este	2,3	8,2
	Europa Occidental	2,6	0,0
	Norte de África y OM	2,5	1,6
	América del Norte	0,3	0,0
	Asia / Oceanía	0,8	0,0
	Modo de transmisión		
HSH	70,7		64,2
HTX	8,0	73,8	14,0
PID	1,1	0,0	1,0
Vertical	0,0	0,0	0,0
Hemoderivados/Transfusión	0,0	0,0	0,0
Otros	0,3	0,0	0,3
Desconocido/No consta	19,8	26,2	20,4

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Tabla 2. Infecciones por el VIH. CM. Año 2022. Características según sexo y lugar de nacimiento.

		Hombres España	Hombres otro país	Mujeres España	Mujeres otro país
Número de casos y porcentaje		230 37,7%	380 62,3%	13 21,3%	48 78,7%
Incidencia por 100.000 h.		8,9	59,0	0,5	6,2
Edad media al diagnóstico (años)		37,7	34,1	39,2	40,4
Grupos de edad al diagnóstico (%)	<1	0,0	0,0	0,0	0,0
	1-9	0,0	0,0	0,0	0,0
	10-14	0,0	0,0	0,0	0,0
	15-19	2,2	0,8	0,0	0,0
	20-29	25,2	37,1	23,1	25,0
	30-39	31,3	37,1	38,5	22,9
	40-49	22,6	16,6	15,4	29,2
	50-59	13,9	7,1	7,7	16,7
	>59	4,8	1,3	15,4	6,3
Modo de transmisión	HSH	63,9	74,7		
	HTX	10,0	6,8	84,6	70,8
	PID	1,7	0,8	0,0	0,0
	Vertical	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hemoderivados/ Transfusión	0,0	0,0	0,0	0,0
	Otros	0,4	0,3	0,3	0,0
	Desconocido/ No consta	23,9	17,4	15,4	29,1

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

2.2 Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022

El 9,2% de las infecciones por VIH diagnosticadas en 2022 también fueron diagnosticadas de una enfermedad definitiva de sida. El 1,2% (8 casos) fallecieron durante el año 2022, siendo diagnosticados de una enfermedad definitiva de sida 7 de ellos.

Se dispone de la cifra de linfocitos CD4 al diagnóstico en el 74,4% (499) de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2022. La mediana de linfocitos CD4 al diagnóstico fue de 386 células/ μ l (RI: 194-540). El 25,1% se diagnosticaron con menos de 200 CD4/ μ l ó presentación con enfermedad avanzada (PEA), el 44,7% tenía menos de 350 CD4/ μ l ó diagnóstico tardío (DT) y el 68,5% tenía menos de 500 CD4/ μ l.

El 24,3% de los hombres y el 33,3% de las mujeres se diagnosticaron con PEA y el 44,3% de los hombres y el 48,7% de las mujeres presentaron DT.

El 15,3% de los hombres diagnosticados con 20-29 años de edad presentaban enfermedad avanzada, este porcentaje sube al 36,2% en hombres diagnosticados con 40-49 años.

El retraso en el diagnóstico es mayor en HTX (45,0% de los hombres tanto españoles como foráneos y 11,1% de las mujeres españolas y 36,4% de foráneas presentaron enfermedad avanzada) que en HSH (15,0% de españoles y 20,4% de foráneos HSH presentaron menos de 200 CD4/ μ l). También se observa como el retraso en el diagnóstico es mayor en personas nacidas fuera de España.

3. INFECCIONES POR EL VIH DIAGNOSTICADAS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑOS 2008-2022

3.1. Características epidemiológicas de las infecciones por el VIH diagnosticadas de 2008 a 2022.

Desde el año 2008 hasta el 31 de diciembre de 2022 se han diagnosticado 15.883 infecciones por VIH en personas residentes en la Comunidad de Madrid (CM). El número de casos diagnosticados ha ido descendiendo a lo largo de estos años. Así hemos pasado de 1.378 infecciones por el VIH en 2008, 1.048 en 2013, menos de 1.000 infecciones (970) en 2018 a 671 nuevos diagnósticos de infección por el VIH en 2022. (Tabla 3).

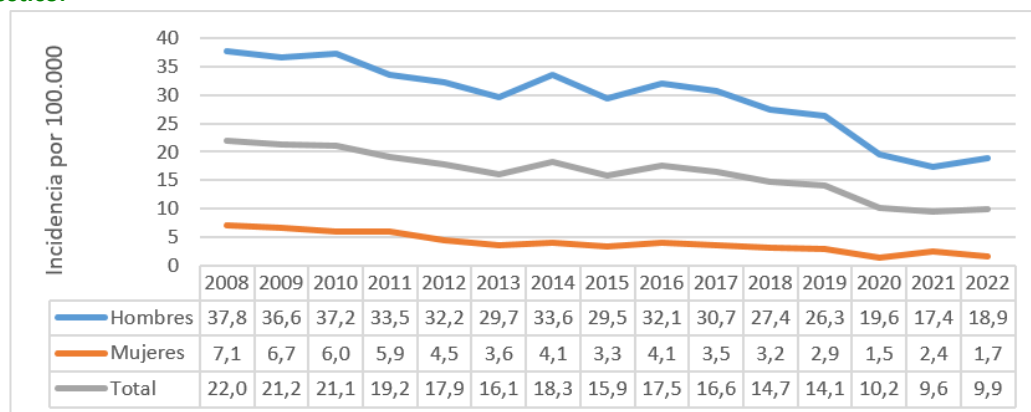
La mayoría de las personas diagnosticadas son hombres, circunstancia que se ha ido consolidando con el tiempo. En 2008 el 83,4% de los diagnósticos eran hombres, ascendiendo este porcentaje al 90,9% en 2022.

Tabla 3. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
2008	1.149	83,4	229	16,6	1.378
2009	1.133	83,8	219	16,2	1.352
2010	1.162	85,3	200	14,7	1.362
2011	1.051	84,1	198	15,9	1.249
2012	1.008	86,8	153	13,2	1.161
2013	928	88,5	120	11,5	1.048
2014	1.042	88,2	139	11,8	1.181
2015	912	89,1	112	10,9	1.024
2016	996	87,9	137	12,1	1.133
2017	958	88,9	120	11,1	1.078
2018	861	88,8	109	11,2	970
2019	839	89,3	101	10,7	940
2020	635	92,2	54	7,8	689
2021	561	86,7	86	13,3	647
2022	610	90,9	61	9,1	671
Total	13.845	87,2	2.038	12,8	15.883

La **incidencia** de nuevos diagnósticos de infección por VIH también desciende a lo largo de estos años. En 2008 la incidencia fue de 22,0 diagnósticos por 100.000 h., disminuyendo a 16,1 en 2013, 14,7 en 2018 y 9,9 por 100.000 h. en 2022 (Gráfico 1).

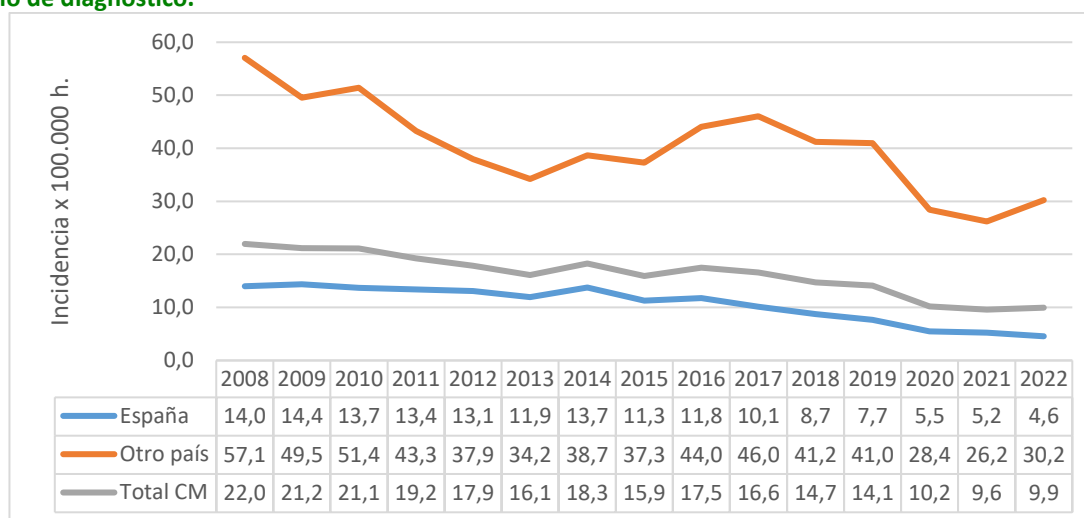
Gráfico 1. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.



La incidencia continúa siendo mayor en personas nacidas fuera de España que en nacidas en España. En éstas se mantuvo estable entre los años 2008 y 2014, presentando una disminución progresiva que alcanza los 4,6 casos por 100.000 h. en 2022.

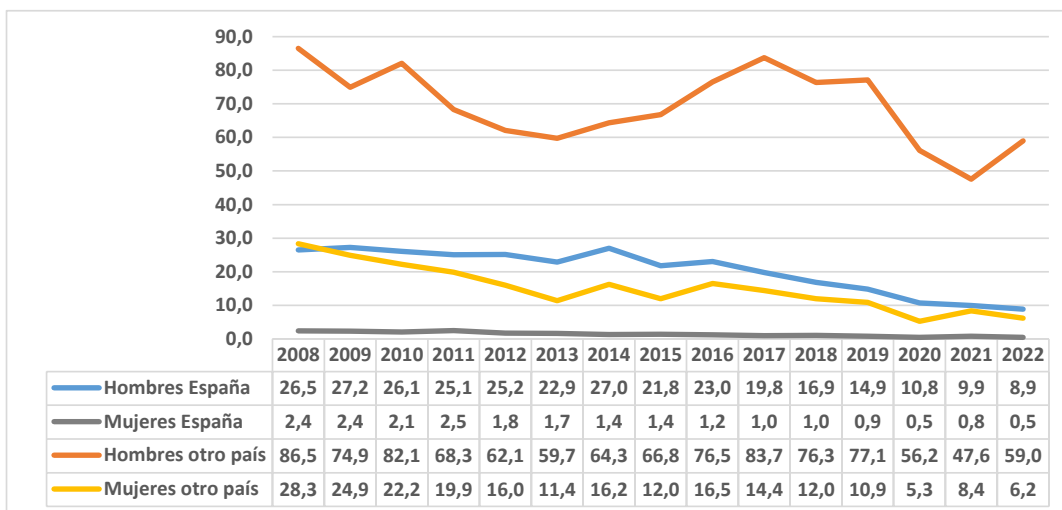
En personas nacidas fuera de España que residían en la CM en el momento del diagnóstico la incidencia también tiende a disminuir desde 2008 (57,1 por 100.000 h.), a excepción del periodo 2014-2017, hasta 2022 (30,2 casos por 100.000 h.) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Incidencia por 100.000 h. según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



En cuanto a la incidencia por sexo y país de nacimiento, la de hombres extranjeros en 2022 (59 casos por 100.000 h) continúa siendo considerablemente más alta que la del resto de los grupos, presentando, además, un aparente cambio en la tendencia descendente que mostraba hasta ahora al incrementarse casi 12 puntos respecto al año anterior.

En hombres españoles y en mujeres de cualquier origen se aprecia un descenso progresivo de la incidencia desde 2008. Las tasas en mujeres españolas son las más bajas, con una cifra de 0,5 casos por 100.000 h. en 2022. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Incidencia por 100.000 h. según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

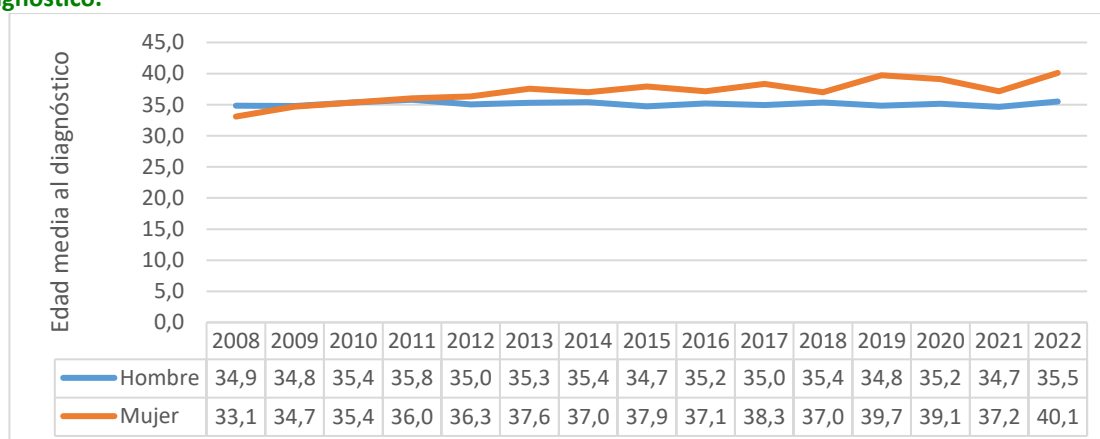
El municipio de Madrid presenta la mayor incidencia de diagnósticos de infección por VIH en este periodo (Tabla 4).

Tabla 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Incidencia por 100.000 h. en municipios de más de 40.000 h. según año de diagnóstico.

	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Alcalá de Henares	13,7	11,2	12,2	14,7	13,2	7,3	13,9	10,6	7,7	11,8	3,1	8,2	6,1	8,7	6,1
Alcobendas	14,9	15,6	11,8	6,4	12,6	12,5	12,5	8,8	11,5	11,3	8,6	6,0	5,1	6,0	7,7
Alcorcón	17,3	11,9	9,5	16,6	14,2	7,7	12,3	10,8	8,4	12,5	5,9	8,2	5,8	5,9	8,2
Aranjuez	7,7	7,4	12,7	7,2	10,5	12,1	3,5	10,3	12,1	3,4	3,4	3,4	5,0	3,3	5,0
Arganda del rey	9,9	13,6	11,3	12,9	10,8	5,4	16,3	7,3	3,7	3,7	7,3	3,6	3,5	10,6	3,5
Boadilla del Monte	2,4	6,9	8,9	15,2	4,3	2,1	4,2	2,1	6,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Collado Villalba	1,8	14,5	5,0	9,8	8,1	14,4	8,0	8,1	8,1	14,5	19,0	18,8	6,2	9,4	3,1
Colmenar Viejo	18,8	6,9	13,5	4,4	2,2	8,5	0,0	6,3	4,2	2,1	4,0	5,9	3,9	1,9	5,6
Coslada	8,9	14,4	6,6	12,0	5,4	6,6	14,6	8,1	10,6	6,0	11,0	4,9	6,1	3,7	6,2
Fuenlabrada	14,4	8,1	11,1	11,6	12,1	11,1	11,7	9,7	11,3	7,2	6,7	11,9	3,1	4,7	6,3
Getafe	8,5	9,6	11,2	10,6	11,1	9,9	9,2	11,4	15,3	10,7	12,7	13,1	7,6	5,5	7,6
Leganés	20,1	11,3	14,4	13,4	10,2	6,4	7,0	7,0	9,6	9,6	6,9	6,3	5,2	3,7	5,4
Madrid	29,3	28,9	29,6	26,6	24,7	22,5	25,4	22,6	24,8	23,6	21,2	20,5	15,5	14,2	14,4
Majadahonda	6,0	14,7	14,4	7,1	4,3	9,9	9,9	1,4	5,7	4,2	8,4	4,2	8,3	2,8	4,2
Móstoles	18,4	15,5	9,7	9,8	8,3	7,3	6,8	9,2	15,1	16,9	12,1	6,2	5,7	5,2	10,5
Parla	13,0	11,2	15,8	18,0	9,7	19,1	16,0	7,2	12,0	11,9	8,6	10,0	3,7	6,1	10,7
Pinto	18,8	9,2	15,7	11,0	12,8	6,4	12,6	10,3	6,1	0,0	7,8	3,8	1,9	1,9	7,4
Pozuelo de Alarcón	6,1	8,5	9,7	4,8	3,6	4,7	5,9	8,3	9,4	5,8	7,0	6,9	9,2	2,3	6,8
Rivas-Vaciamadrid	9,3	2,9	5,6	6,9	4,0	3,8	6,2	4,9	10,9	0,0	4,7	10,2	3,3	6,5	2,1
Rozas de Madrid (Las)	10,8	8,1	5,7	6,7	5,5	3,3	4,3	1,1	2,1	2,1	2,1	2,1	0,0	4,2	2,1
San Fernando de Henares	0,0	7,3	16,9	2,4	9,7	7,3	12,3	7,5	7,5	2,5	2,5	5,1	10,1	2,5	5,1
San Sebastián de los Reyes	12,4	11,9	12,8	6,3	11,0	8,5	15,6	1,2	4,6	6,9	11,4	7,8	2,2	1,1	5,5
Torrejón de Ardoz	13,7	10,2	17,7	13,9	19,1	17,0	17,3	11,8	19,7	11,7	9,3	7,6	6,0	6,8	5,2
Tres Cantos	2,5	12,2	9,7	4,9	7,3	7,2	4,7	2,3	8,9	0,0	8,6	4,2	4,1	4,1	2,0
Valdemoro	20,5	4,8	9,1	8,8	15,6	2,8	9,7	13,7	2,7	8,1	9,4	5,3	5,2	6,4	2,5
Total Comunidad Madrid	22,0	21,2	21,1	19,2	17,9	16,1	18,3	15,9	17,5	16,6	14,7	14,1	10,2	9,6	9,9

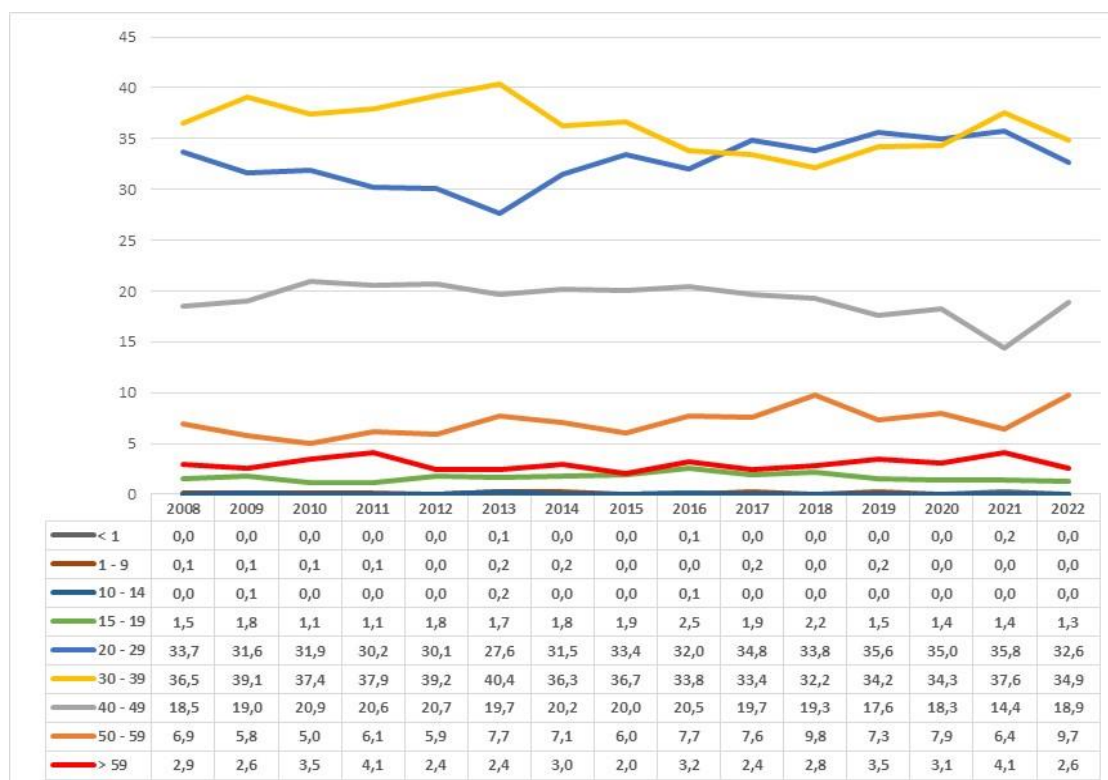
La **edad media al diagnóstico** en el periodo 2008-2022 fue de 35,3 años (DE: 10,8). En mujeres es mayor que en hombres, observándose un aumento de la misma a lo largo de estos años. En hombres la edad media se ha mantenido estable durante estos años entre los 34 y 35 años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Edad media al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.



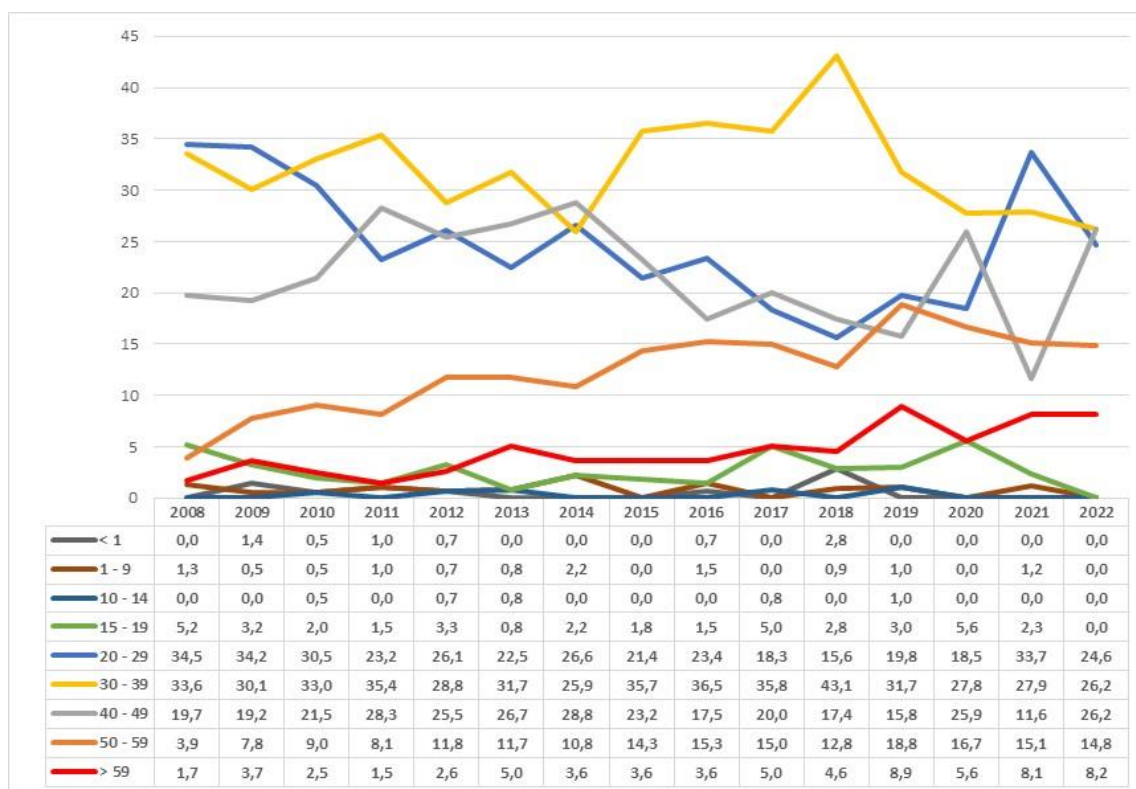
En hombres, los grupos de edad más frecuentes al diagnóstico desde el año 2008 han sido el de 30-39 años y el de 20-29 años (más del 65% de las infecciones por el VIH se diagnosticaron entre estas edades). Desde el año 2008 hasta 2016 y en 2021 y 2022 los diagnósticos fueron más frecuentes en hombres de 30-39 años de edad, en el periodo 2017-2020 fueron más frecuentes en el grupo de 20-29 años. Durante el periodo 2008-2022 se han diagnosticado 3 niños menores de 1 año, 12 niños con edad entre 1 y 9 años y 4 niños con 10-14 años. De estos niños, en los últimos 5 años se ha diagnosticado 1 caso con menos de 1 año y 2 casos con 1-9 años (Gráfico 5).

Gráfico 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en hombres según año de diagnóstico.



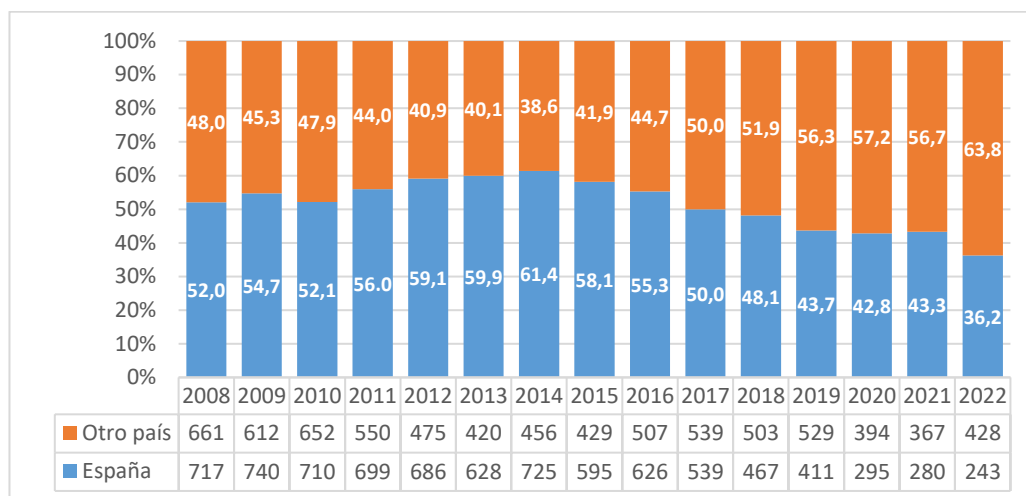
En mujeres, el grupo de 30-39 años de edad fue el más frecuente en la mayoría de los años. En años puntuales los grupos de edad más frecuente han sido el de 20-29 años y el de 40-49 años. También a lo largo de estos años ha ido aumentando el porcentaje de casos diagnosticados en mujeres mayores de 49 años. Durante el periodo 2008-2022 se han diagnosticado 11 niñas menores de 1 año, 17 niñas con edad entre 1 y 9 años y 5 niñas con 10-14 años. De estas niñas, en los últimos 5 años se han diagnosticado 3 casos con menos de 1 año, 3 casos con 1-9 años y 1 caso con 10-14 años (Gráfico 6).

Gráfico 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico en mujeres según año de diagnóstico.



La mayoría de los niños y niñas menores de 1 año habían nacido en España (12 de 14 casos). En el grupo de 1-9 años habían nacido principalmente fuera de España (22 casos de 29). En ambos la transmisión vertical del VIH fue el principal modo de adquisición de la infección. En el grupo de 10-14 años, 7 de los 9 casos habían nacido fuera de España. En este grupo la transmisión vertical es mayoritaria.

Respecto al **lugar de nacimiento**, se produjo un descenso del porcentaje de personas nacidas fuera de España diagnosticadas de VIH entre los años 2010 y 2014. A partir de este año se observa un aumento progresivo de este porcentaje, siendo superior al 50% a partir del año 2017 y alcanzando el 63,8% en 2022 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes y número de casos según lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

Por sexo, en 2022 los diagnósticos de VIH tanto en hombres como en mujeres nacidos en España representan la proporción más baja de toda la serie con el 37,7% y el 21,3% respectivamente. En ambos sexos, el incremento de los diagnósticos en extranjeros ha sido mayoritariamente a expensas de personas procedentes de Latinoamérica (Tabla 5 y Gráficos 8 y 9).

Tabla 5. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Distribución por año de diagnóstico, sexo y lugar de nacimiento.

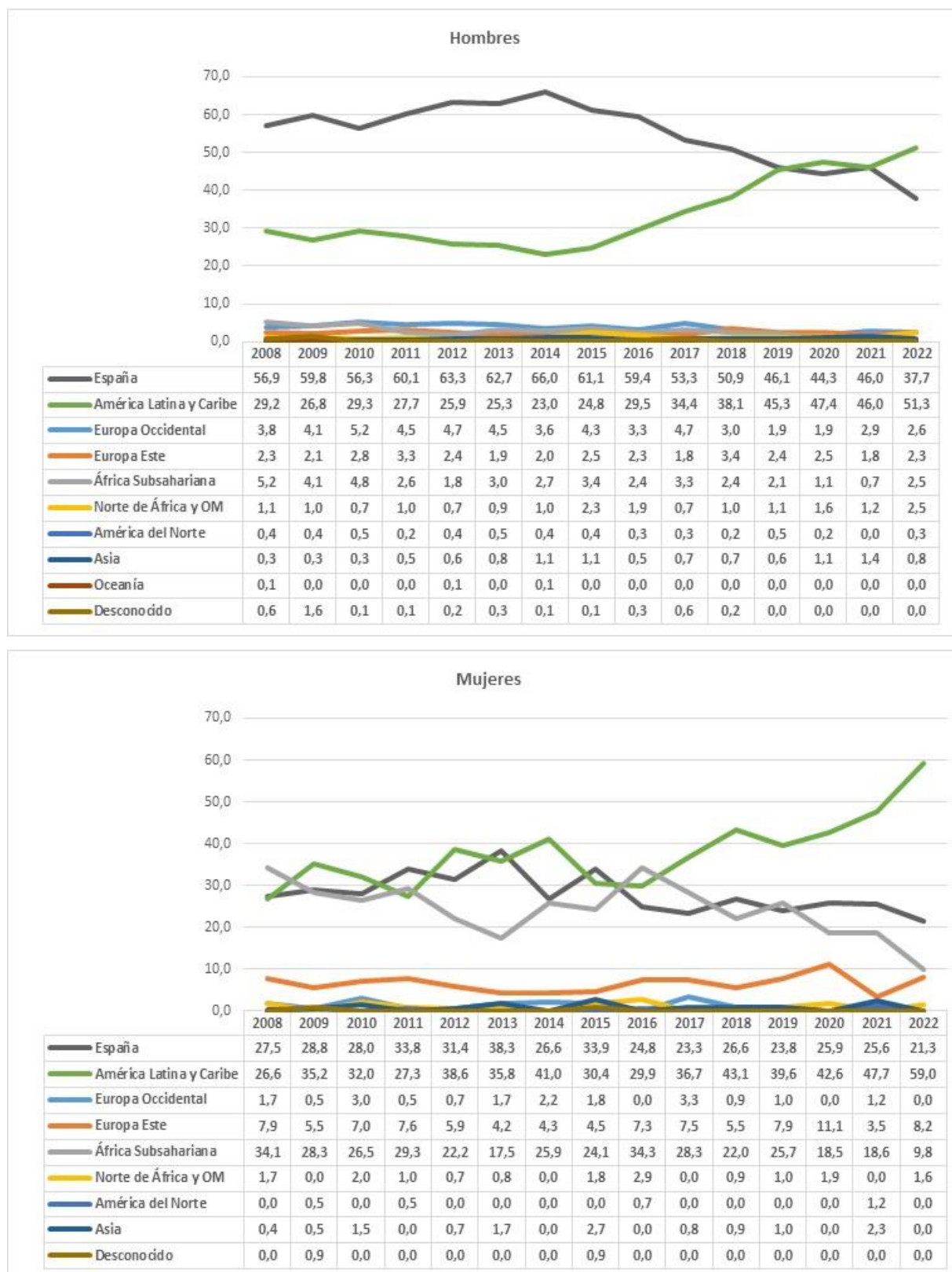
	Hombres				Mujeres			
	España		Otro país		España		Otro país	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	654	56,9	495	43,1	63	27,5	166	72,5
2009	677	59,8	456	40,2	63	28,8	156	71,2
2010	654	56,3	508	43,7	56	28,0	144	72,0
2011	632	60,1	419	39,9	67	33,8	131	66,2
2012	638	63,3	370	36,7	48	31,4	105	68,6
2013	582	62,7	346	37,3	46	38,3	74	61,7
2014	688	66,0	354	34,0	37	26,6	102	73,4
2015	557	61,1	355	38,9	38	33,9	74	66,1
2016	592	59,4	404	40,6	34	24,8	103	75,2
2017	511	53,3	447	46,7	28	23,3	92	76,7
2018	438	50,9	423	49,1	29	26,6	80	73,4
2019	387	46,1	452	53,9	24	23,8	77	76,2
2020	281	44,3	354	55,7	14	25,9	40	74,1
2021	258	46,0	303	54,0	22	25,6	64	74,4
2022	230	37,7	380	62,3	13	21,3	48	78,7
Total	7.779	56,2	6.066	43,8	582	28,6	1.456	71,4

Gráfico 8. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

Más del 85% de los hombres diagnosticados de infección por el VIH habían nacido en España y en países de América Latina. Hasta el año 2016 el porcentaje de diagnósticos en hombres españoles era mayor del 60%, mientras que el porcentaje en hombres de América Latina era inferior al 30%. En los años siguientes estos porcentajes se han ido acercando y a partir del año 2020 es mayor el porcentaje de diagnósticos en hombres latinoamericanos.

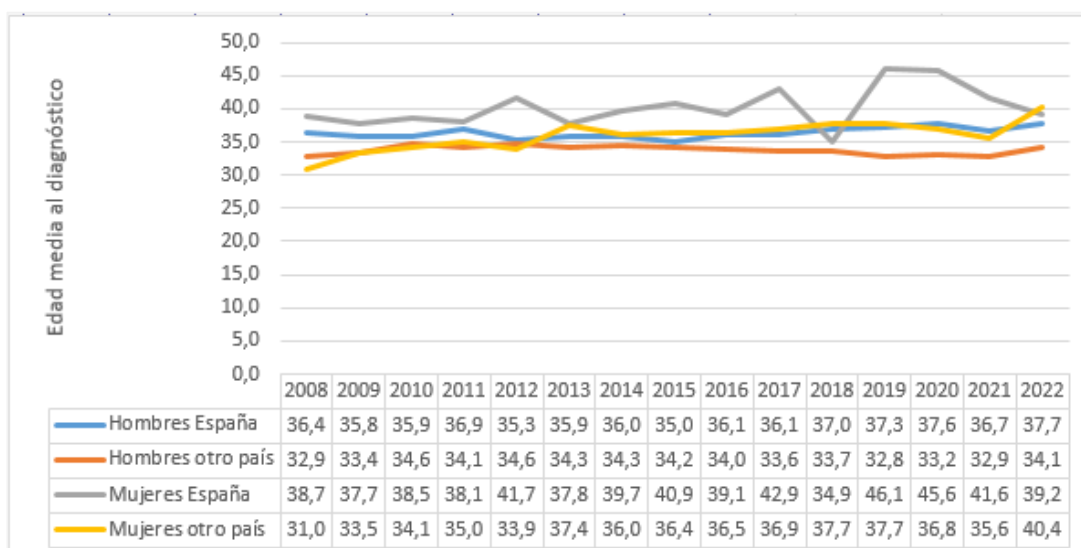
En mujeres diagnosticadas de infección por el VIH la mayoría habían nacido en España, América Latina y África Subsahariana. A partir del año 2017 se produce un aumento importante en el porcentaje de diagnósticos en mujeres latinoamericanas, manteniéndose el porcentaje en españolas y disminuyendo en mujeres de África Subsahariana, sobre todo en los años 2020-2022 (Gráfico 9).

Gráfico 9. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes según sexo, área geográfica de nacimiento y año de diagnóstico.



La media de edad al diagnóstico es mayor en mujeres que en hombres y en personas nacidas en España (Gráfico 10).

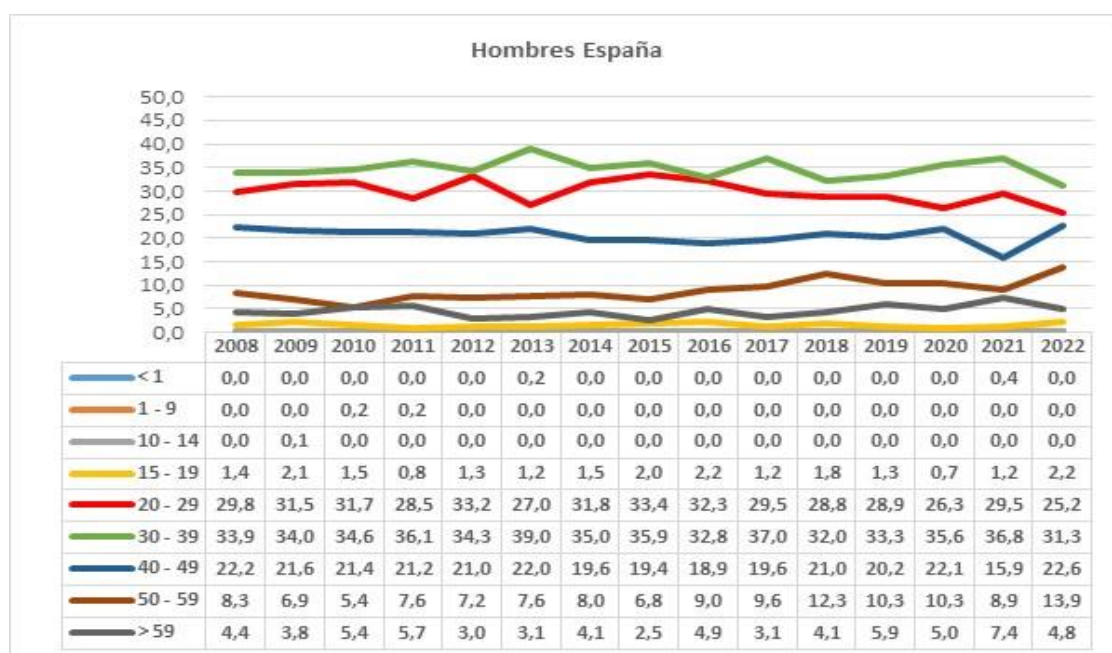
Gráfico 10. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Edad media al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

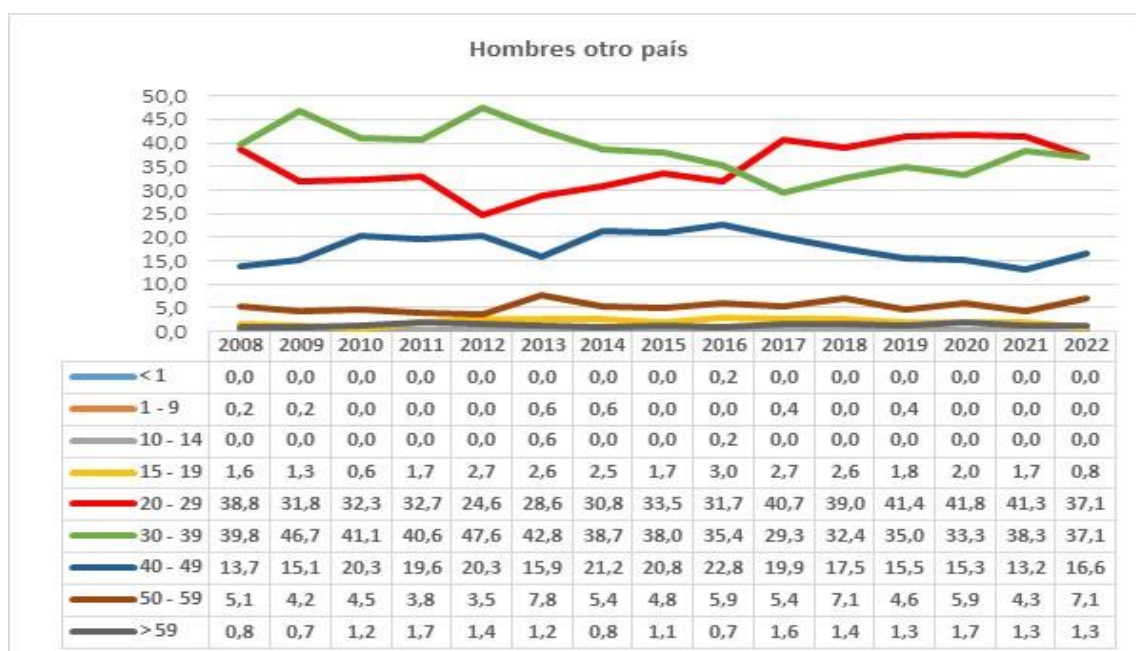


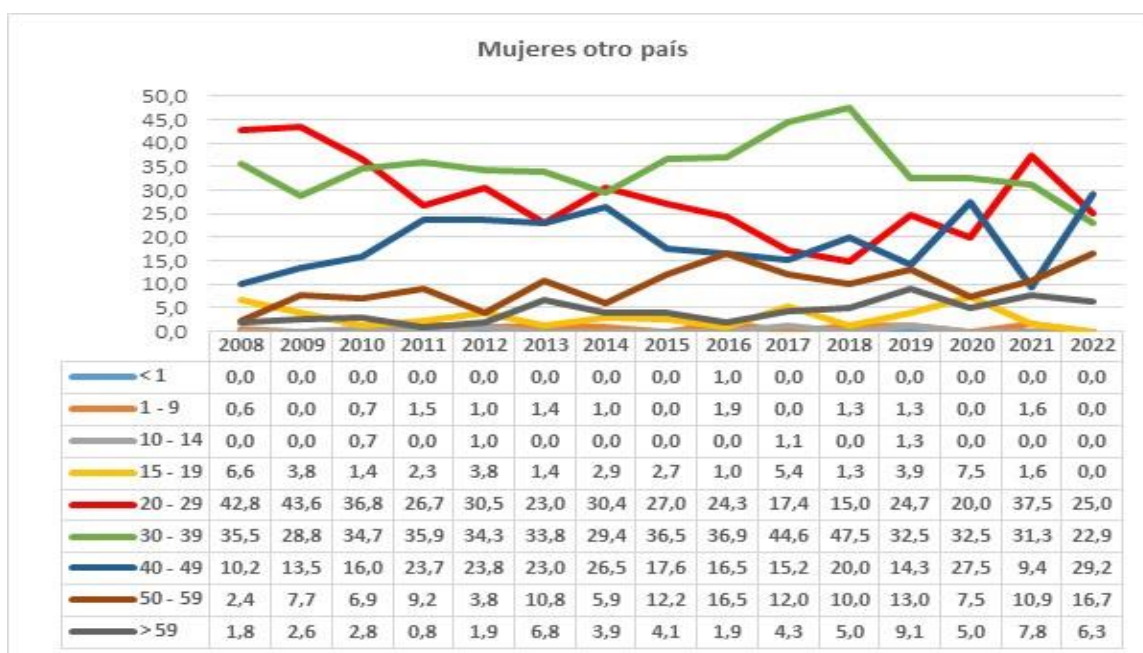
En hombres nacidos en España, tradicionalmente el grupo de edad al diagnóstico más frecuente es el de 30-39 años seguido por el de 20-29 años. En hombres nacidos fuera de España desde 2016 es el grupo de 20-29 años el más frecuente, aunque en 2022 se iguala en porcentaje con el de 30-39 años.

En mujeres españolas, en 2022, es el grupo de 30-39 años el predominante, aunque, debido al escaso número de diagnósticos, las tendencias de los distintos grupos de edad a lo largo del tiempo son inestables. En mujeres nacidas fuera de España, el grupo mayoritario ha sido habitualmente el de 30-39 años, sin embargo, en 2021 fue superado por el de 20-29 años y en 2022 es el de 40-49 años el que presenta mayor porcentaje de casos. (Gráfico 11).

Gráfico 11. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por grupos de edad al diagnóstico según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

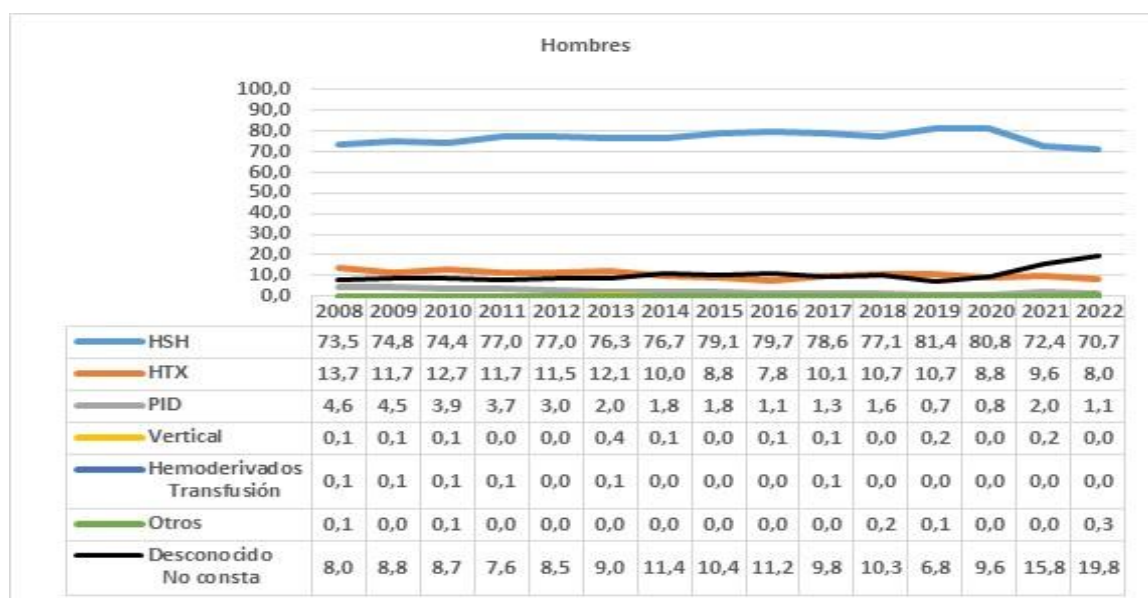


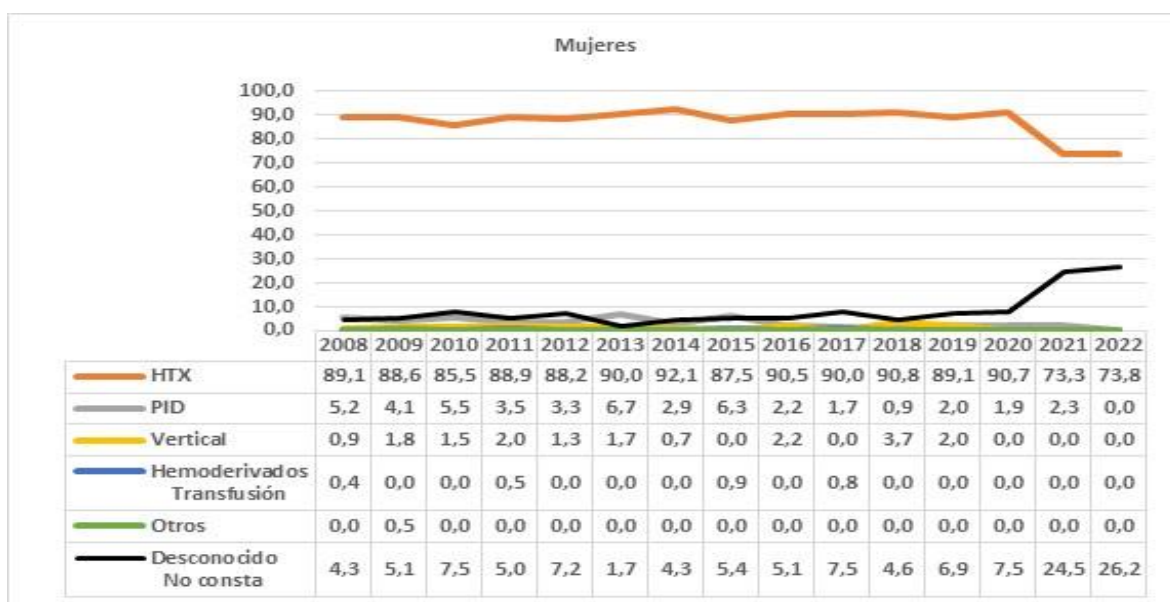




El principal **modo de transmisión** de la infección por el VIH en hombres y mujeres son las relaciones sexuales sin protección. En hombres, más del 70% son HSH (porcentaje en aumento desde 2008) y menos del 15% HTX. En mujeres, más del 85% adquirieron la infección a través de relaciones heterosexuales. El porcentaje de infecciones adquiridas por el uso de drogas inyectadas es inferior al 5%, observándose una disminución de este porcentaje a lo largo de toda la serie (Gráfico 12).

Gráfico 12. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por modo de transmisión según sexo y año de diagnóstico.





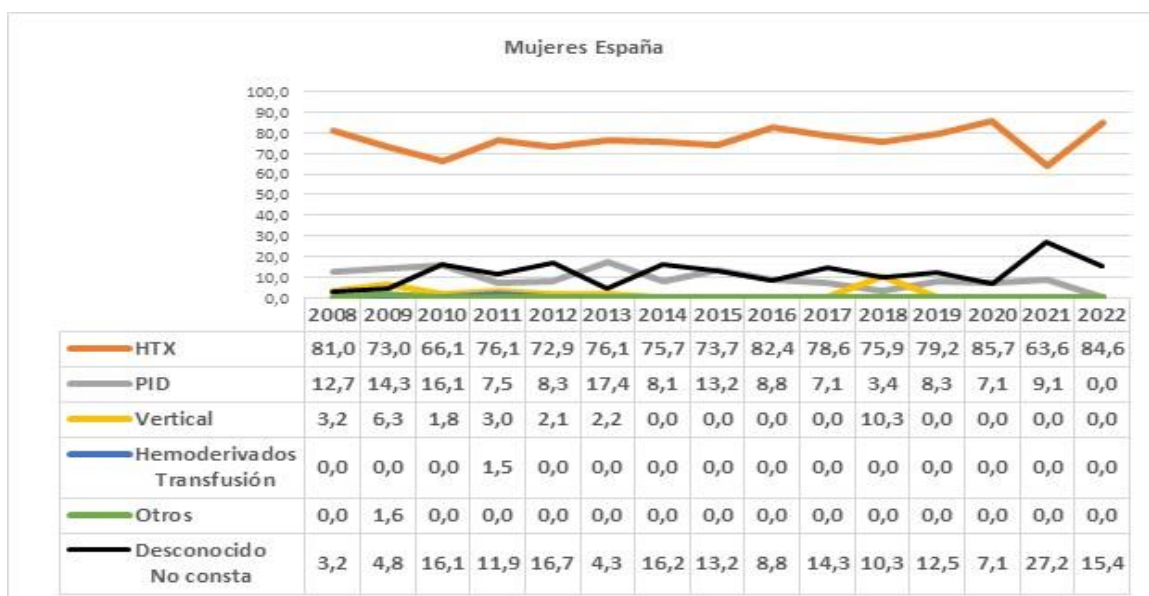
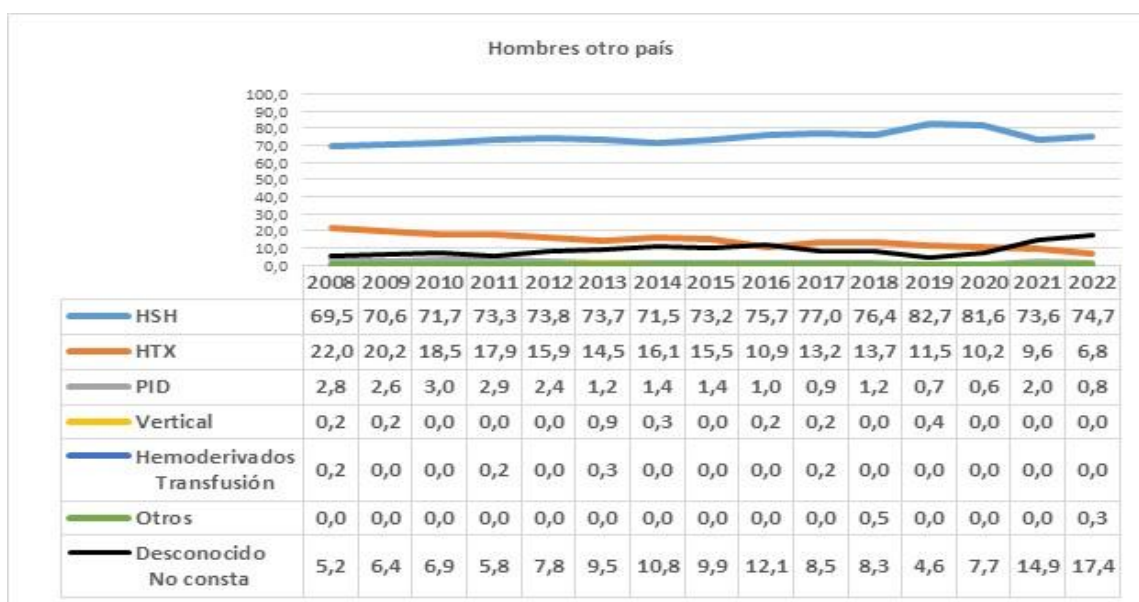
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

En hombres tanto nacidos en España como en otro país, la mayoría de los diagnósticos de infección por el VIH son HSH.

En mujeres, independientemente del origen, la transmisión por vía HTX supone la gran mayoría de los diagnósticos, sin embargo, en mujeres españolas este porcentaje es menor por la presencia de casos asociados al uso de drogas inyectadas. No obstante, en 2022 no se han detectado casos por este mecanismo de transmisión. (Gráfico 13).

Gráfico 13. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por modo de transmisión según sexo, lugar de nacimiento y año de diagnóstico.

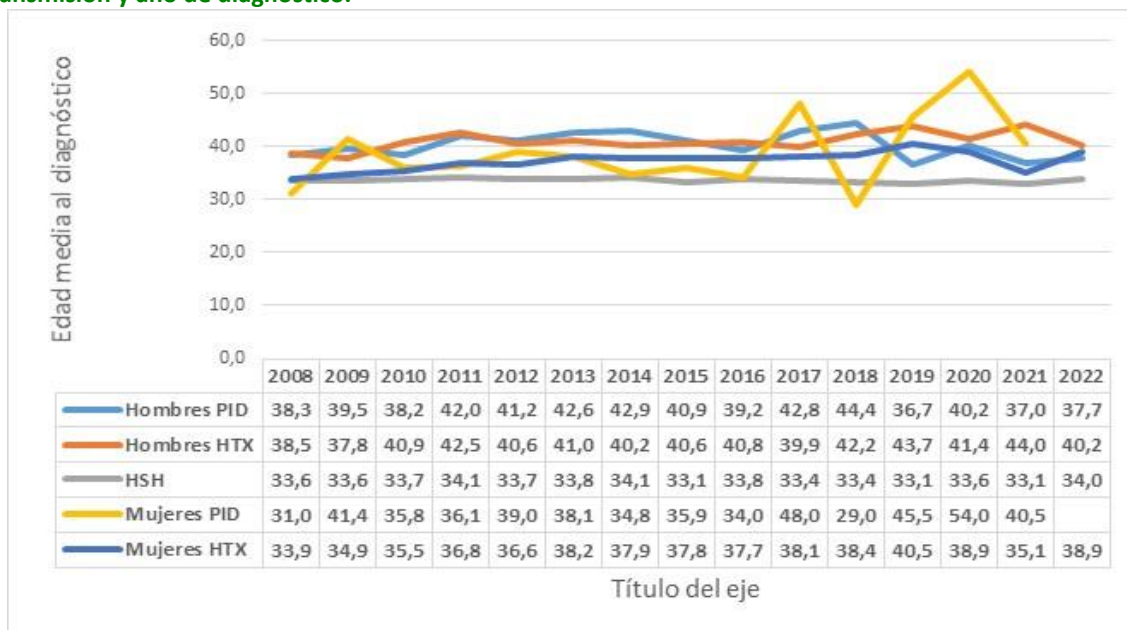




* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

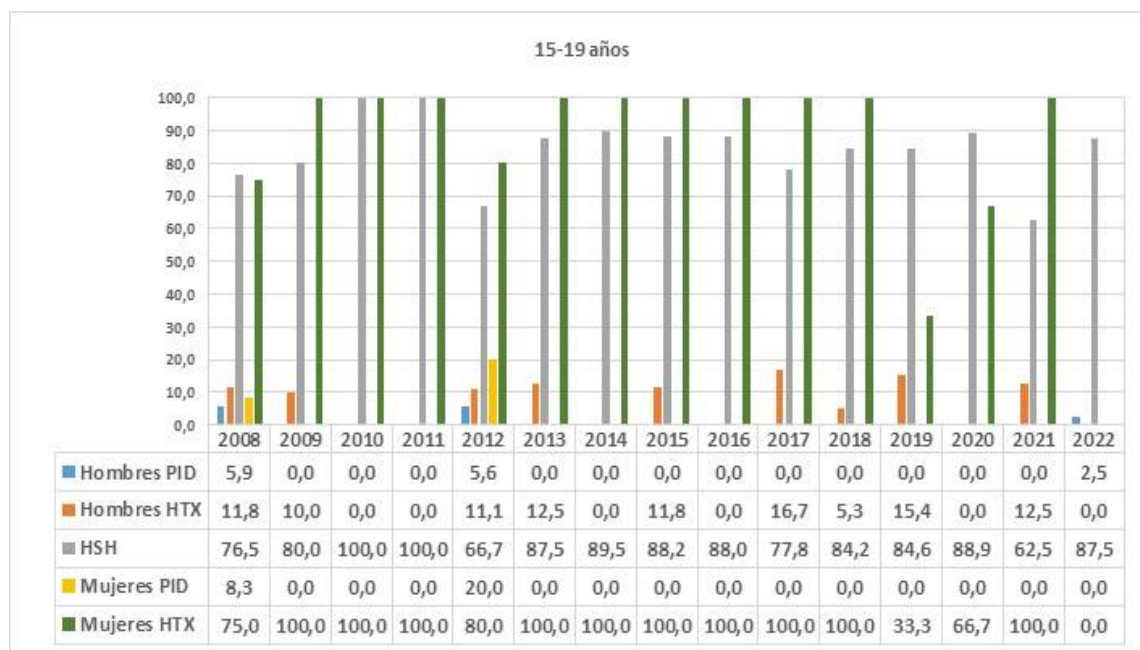
La edad al diagnóstico en HSH, tanto en edad media como en los porcentajes por grupo de edad, es menor que la de los otros modos de transmisión y se ha mantenido estable a lo largo de estos años (Gráficos 14 y 15).

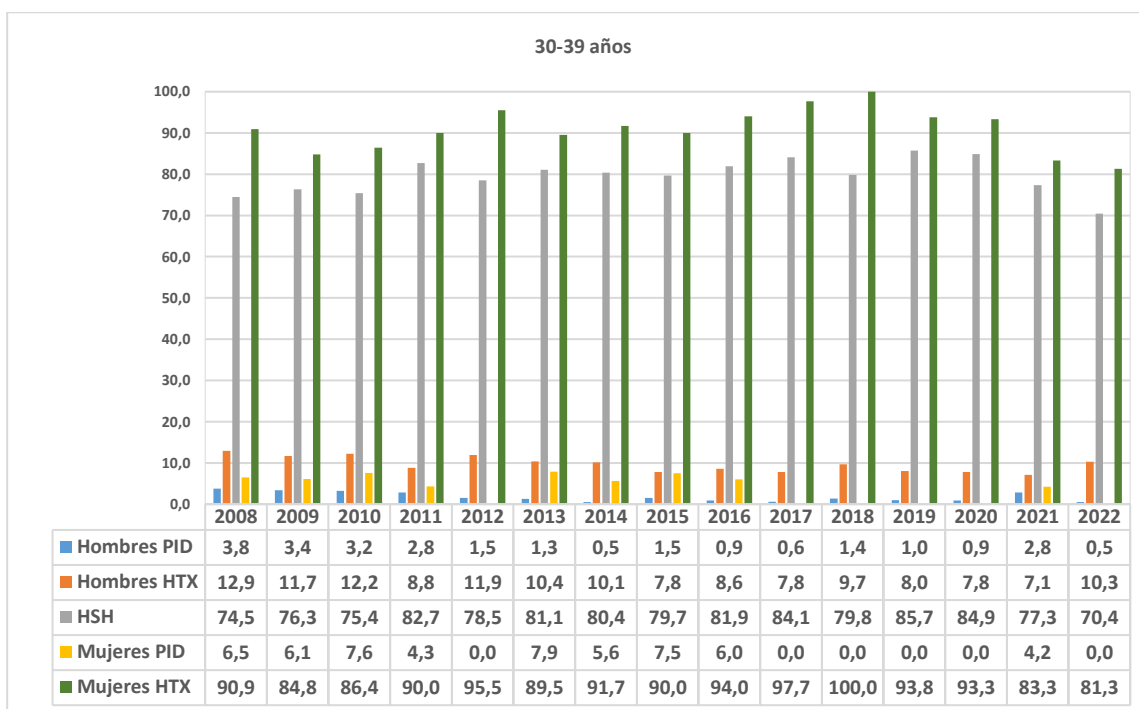
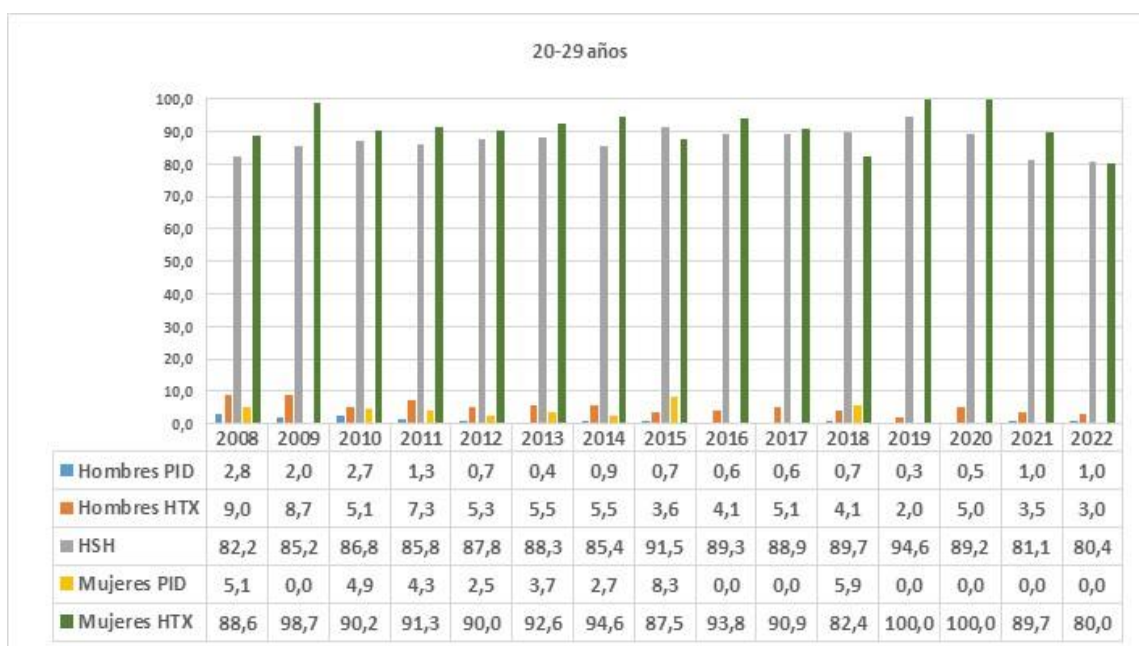
Gráfico 14. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Edad media al diagnóstico según sexo, modo de transmisión y año de diagnóstico.

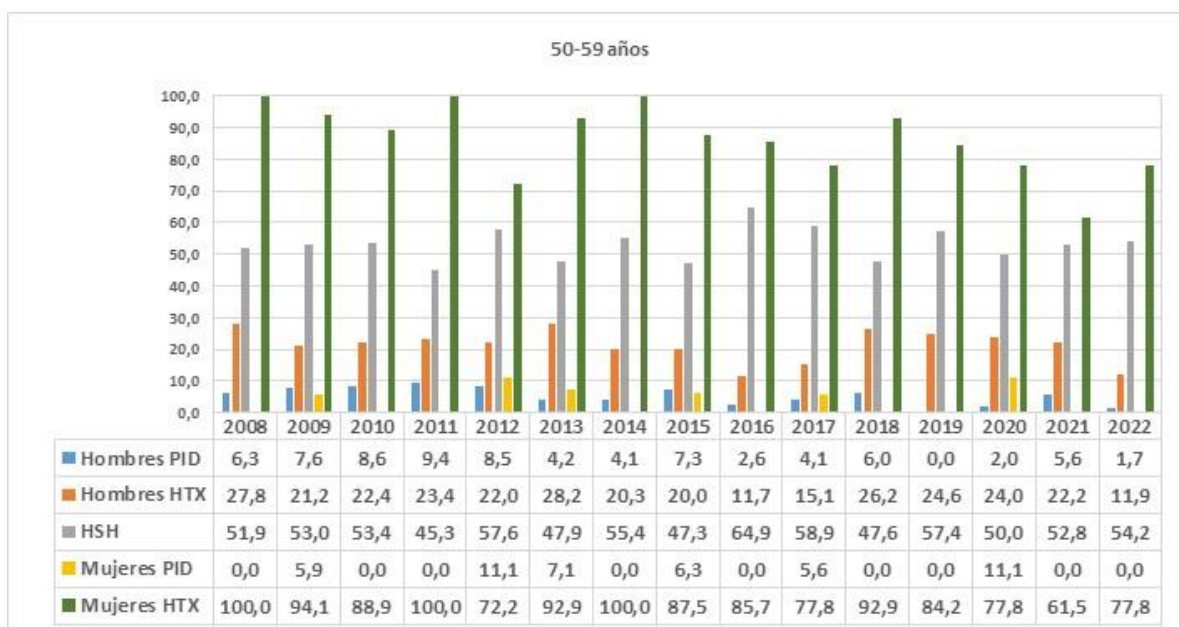
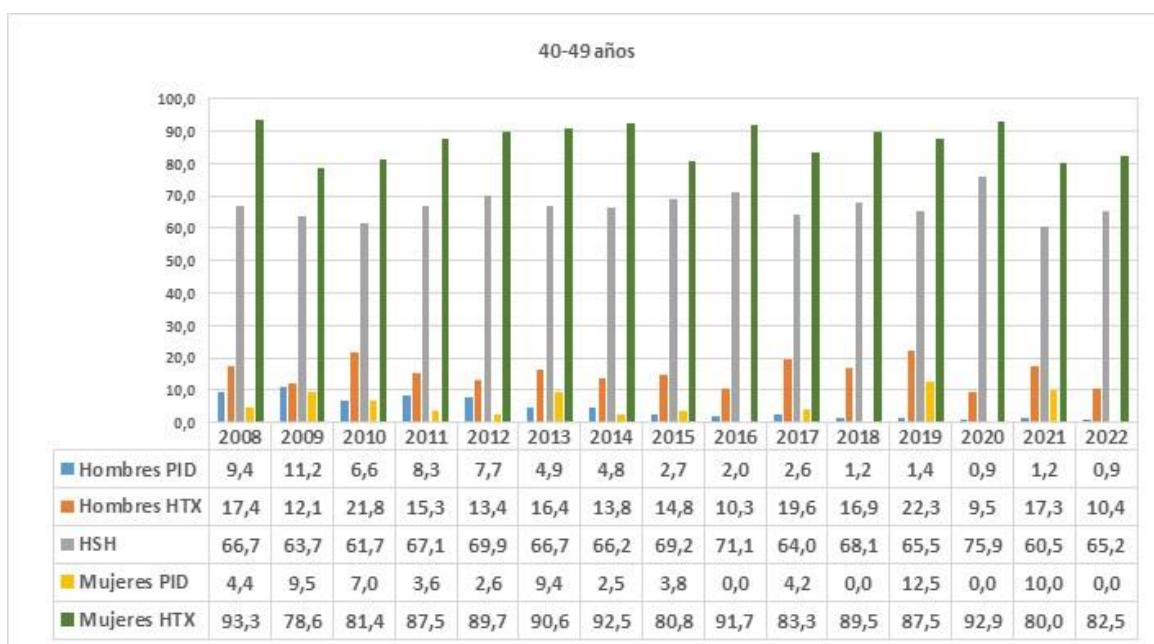


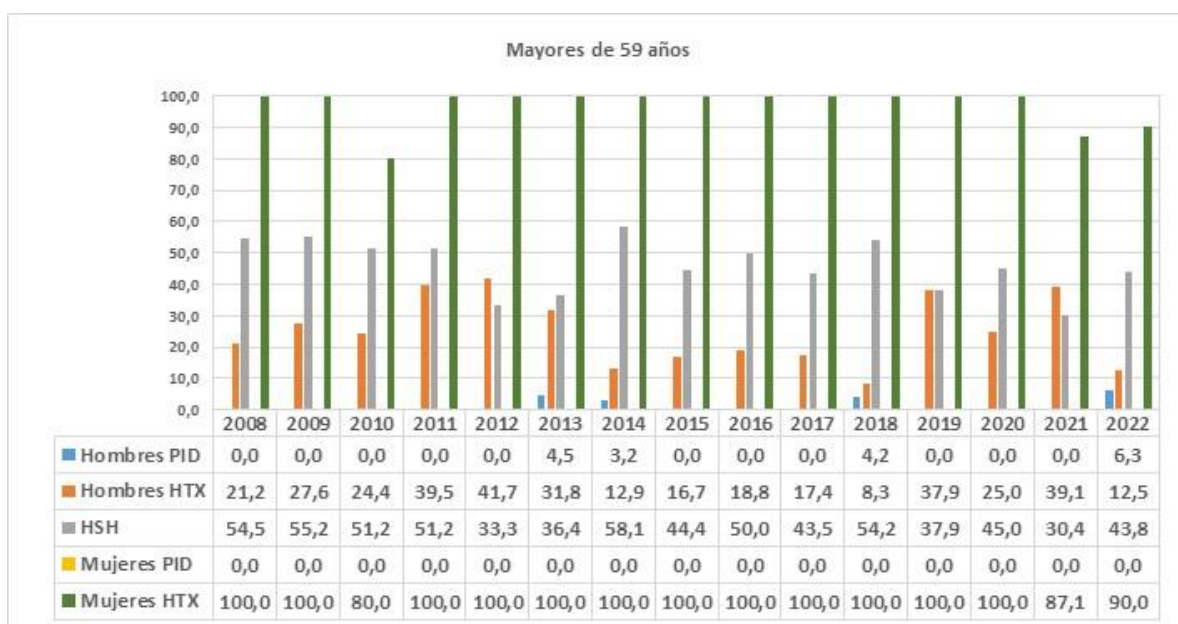
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

Gráfico 15. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por modo de transmisión según grupo de edad, sexo y año de diagnóstico.









* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

3.2. Retraso en el diagnóstico de las infecciones por el VIH diagnosticadas en 2008-2022

Según los criterios publicados por el “*European Late Presenter Consensus Working Group*” y el “*UK Collaborative HIV Cohort Steering Committee*” en el retraso diagnóstico de la infección por el VIH se diferencian dos situaciones dependiendo de la cifra de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico:

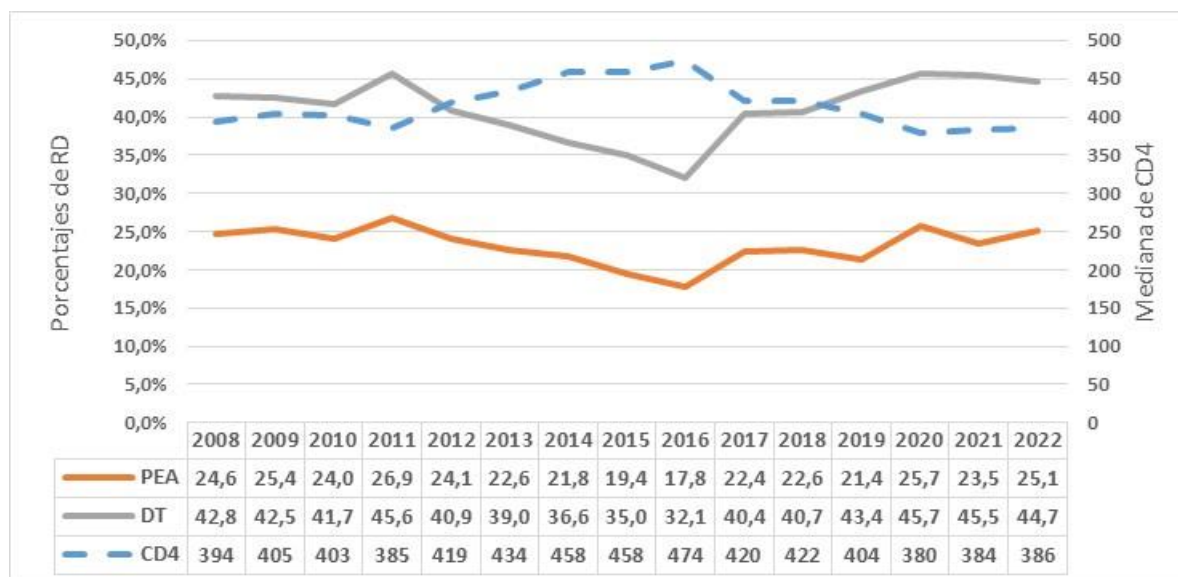
- “Diagnóstico tardío”: CD4+ < 350 células/ μ l
- “Presentación con enfermedad avanzada”: CD4+ < 200 células/ μ l

Se ha incluido también en el análisis el límite de 500 linfocitos CD4+.

La mediana de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico presenta un rango entre 380 y 474 en todo el periodo 2008-2022. El porcentaje de PEA se sitúa entre 17,8% y 26,9% y el de DT entre 32,1% y 45,7%. Los porcentajes de retraso diagnóstico descendieron en el periodo 2011-2016, a partir de 2017 hasta 2020 se produce un aumento de PEA y DT y se mantienen parecidos en 2021 y 2022. (Tabla 6 y Gráfico 16).

Tabla 6. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

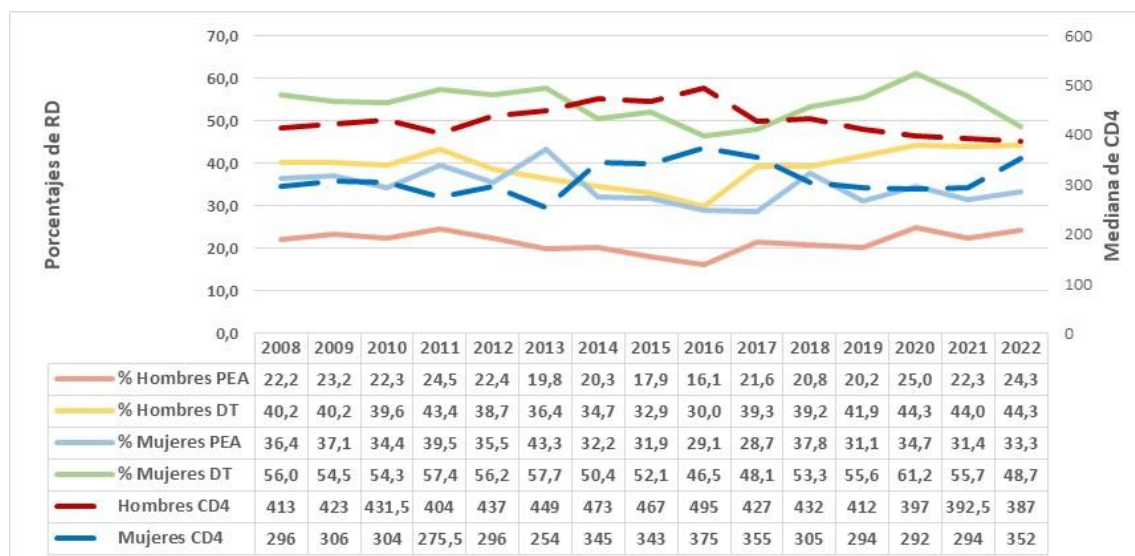
	N	Mediana linfocitos CD4	PEA (<200 células/ μ l)	DT (<350 células/ μ l)	<500 células/ μ l
2008	1111	394	24,6	42,8	62,8
2009	1101	405	25,4	42,5	60,7
2010	1097	403	24,0	41,7	60,8
2011	1027	385	26,9	45,6	63,8
2012	950	418	24,1	40,9	60,3
2013	857	434	22,6	39,0	57,6
2014	1001	458	21,8	36,6	55,5
2015	881	458	19,4	35,0	55,1
2016	983	474	17,8	32,1	52,6
2017	919	420	22,4	40,4	60,2
2018	835	422	22,6	40,7	59,3
2019	846	404	21,4	43,4	60,9
2020	622	380	25,7	45,7	64,3
2021	554	383	23,5	45,5	67,5
2022	499	386	25,1	44,7	68,5
08-22	13283	418	23,1	40,8	60,2

Gráfico 16. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por año de diagnóstico.

* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las mujeres presentan mayores porcentajes de PEA y DT que los hombres (Gráfico 17).

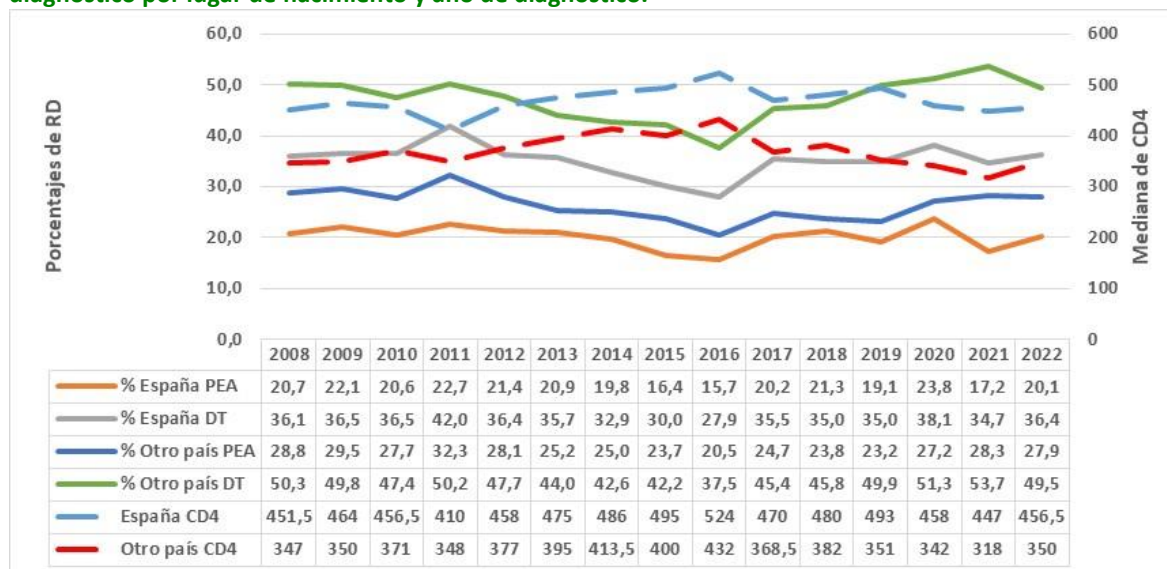
Gráfico 17. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por sexo y año de diagnóstico.



* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

Las personas nacidas fuera de España presentan mayor retraso diagnóstico que las nacidas en España (Gráfico 18).

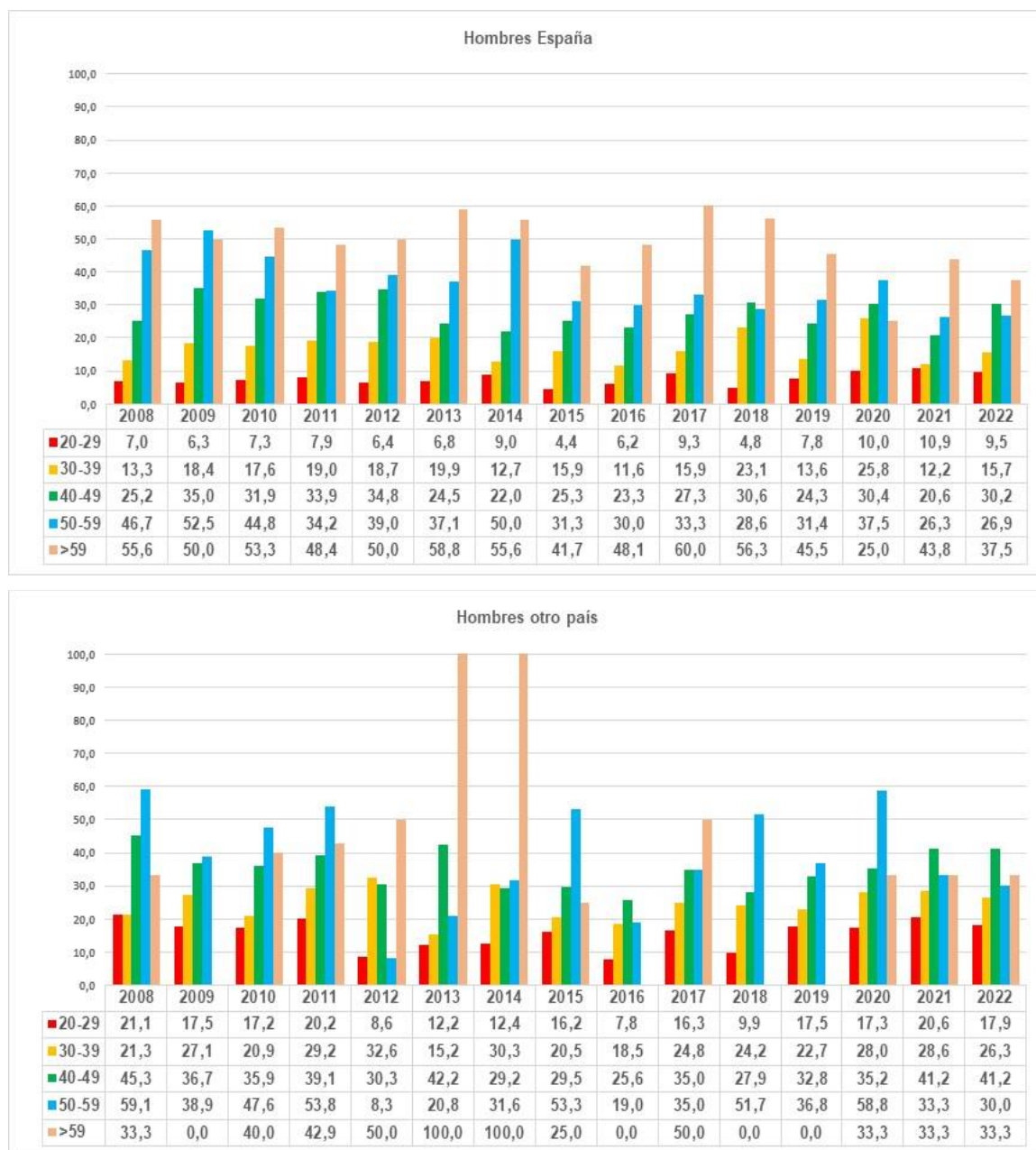
Gráfico 18. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Mediana de linfocitos CD4 y porcentajes de retraso diagnóstico por lugar de nacimiento y año de diagnóstico.



* PEA (Presentación con enfermedad avanzada), DT (Diagnóstico tardío)

En hombres, tanto el porcentaje de PEA como de DT aumenta según es mayor la edad de diagnóstico. En mujeres no se observa esta tendencia en la mayoría de los años (Gráficos 19 y 20).

Gráfico 19. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.



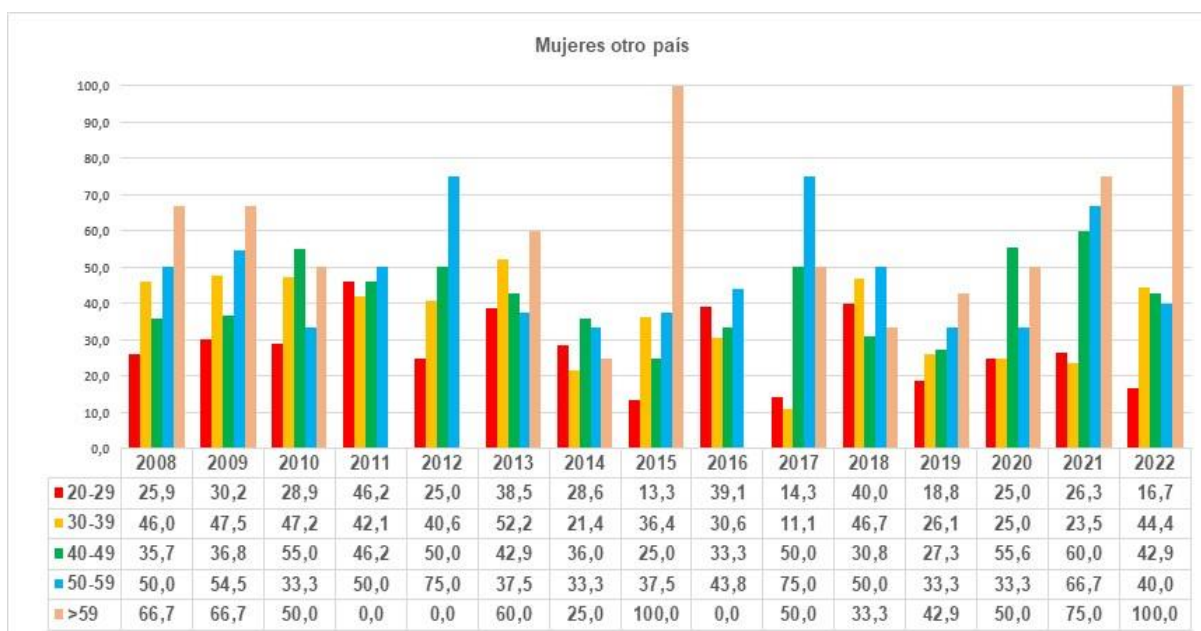
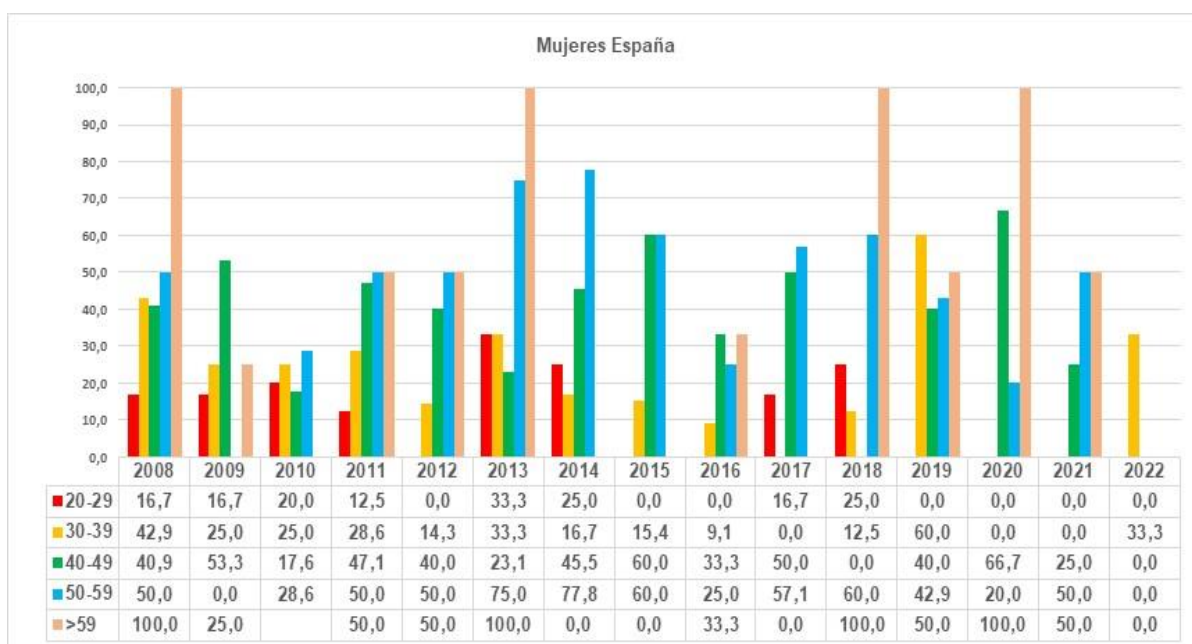
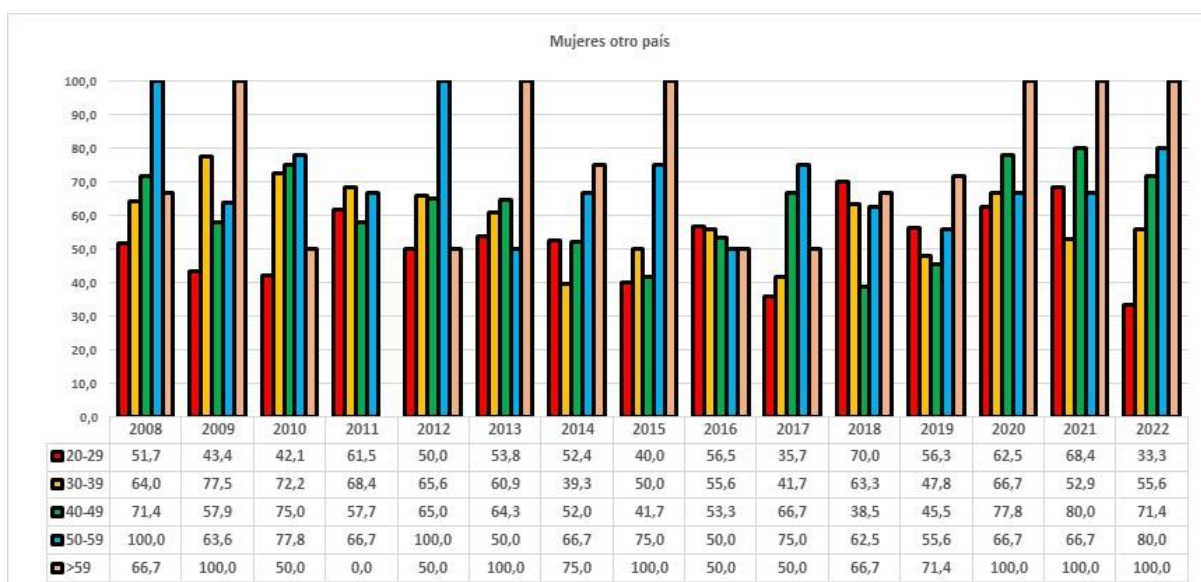
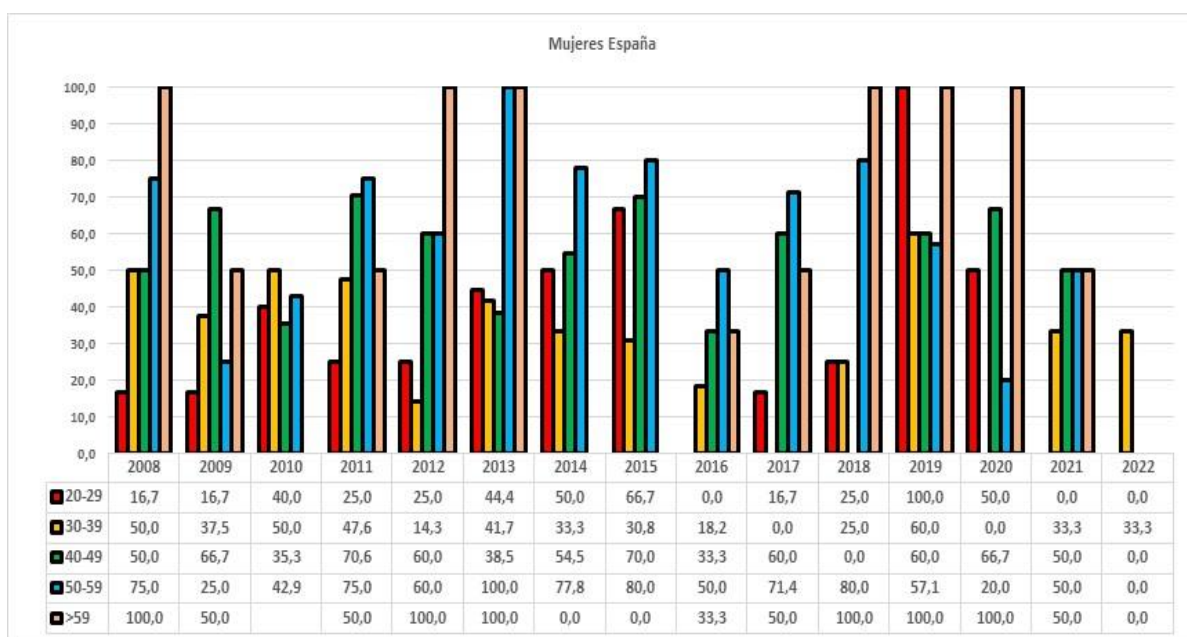


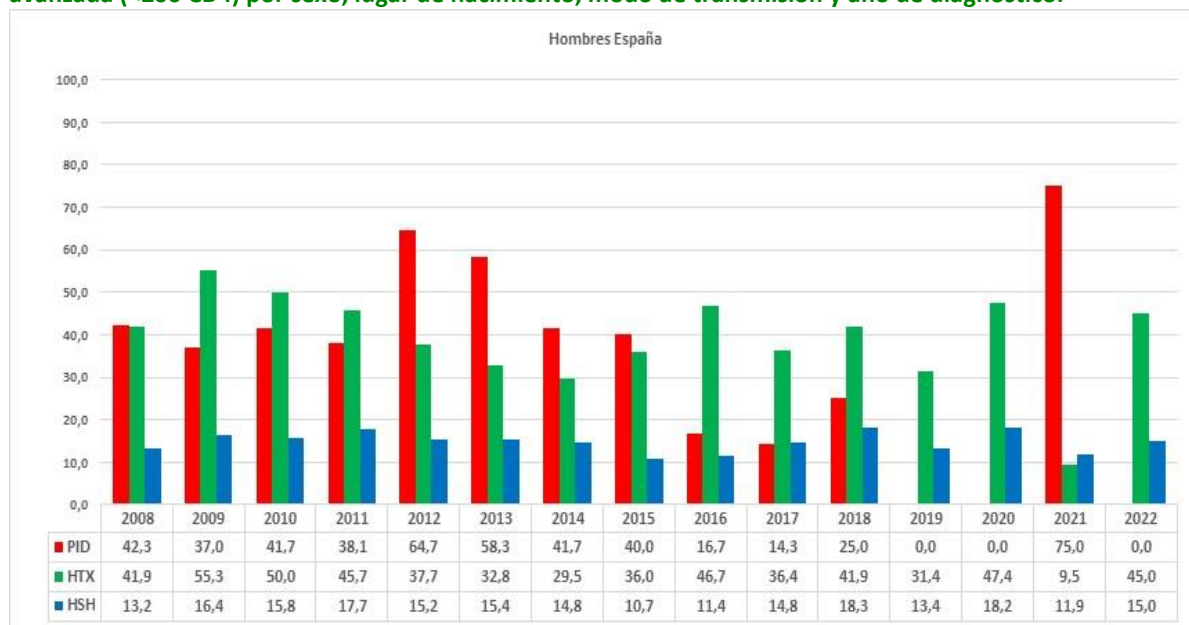
Gráfico 20. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, grupos de edad y año de diagnóstico.



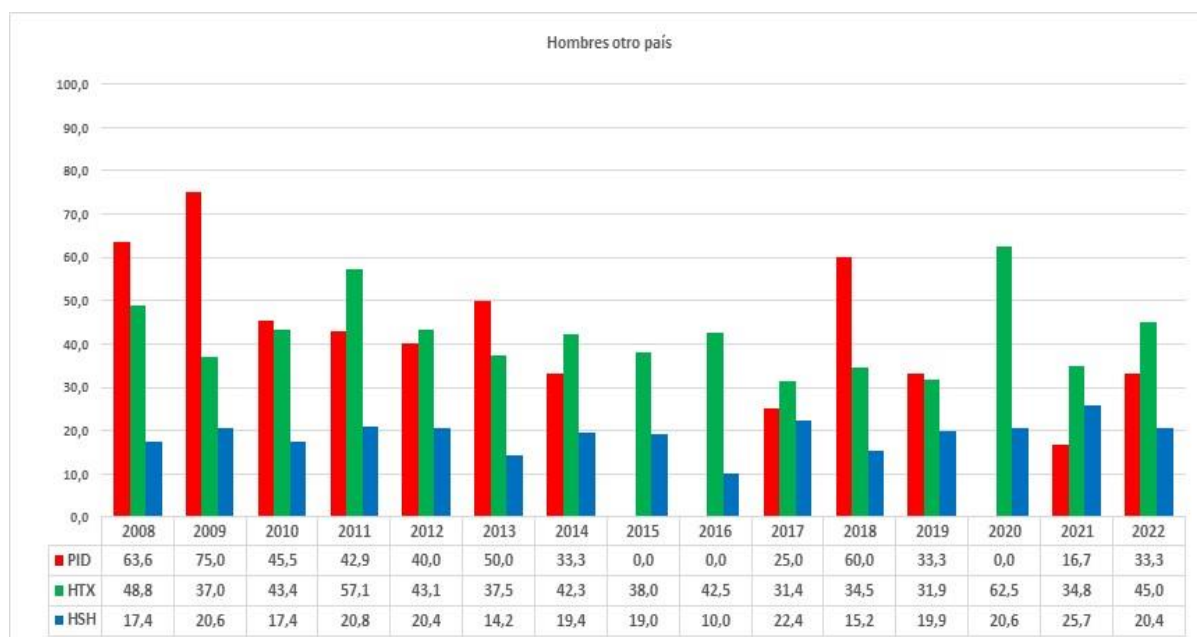


El retraso en el diagnóstico es menor en HSH. Se observan mayores porcentajes de retraso diagnóstico en PID y en transmisión heterosexual, con los mayores porcentajes en hombres (Gráficos 21 y 22).

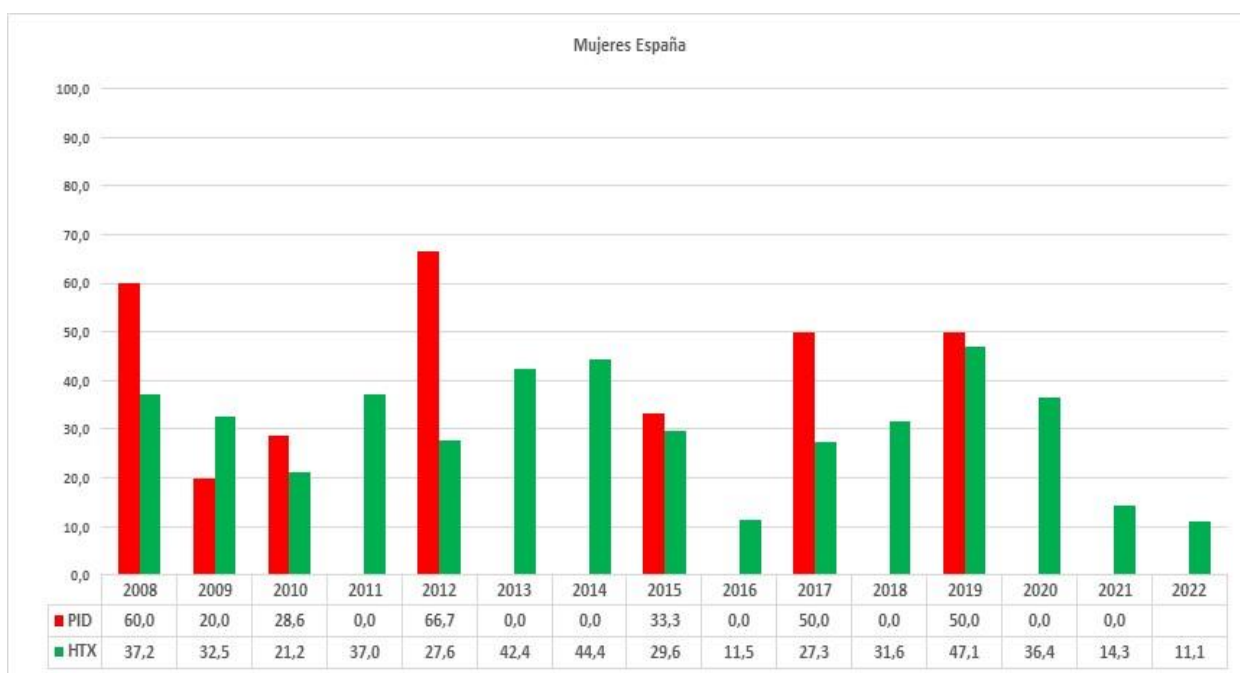
Gráfico 21. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por presentación con enfermedad avanzada (<200 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

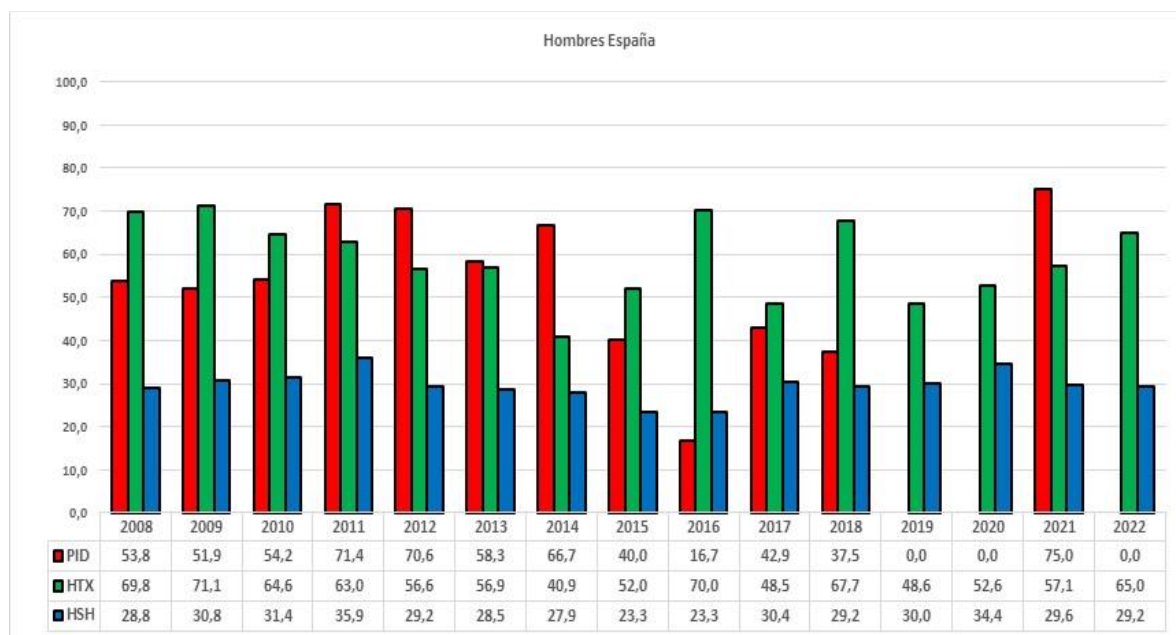


* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

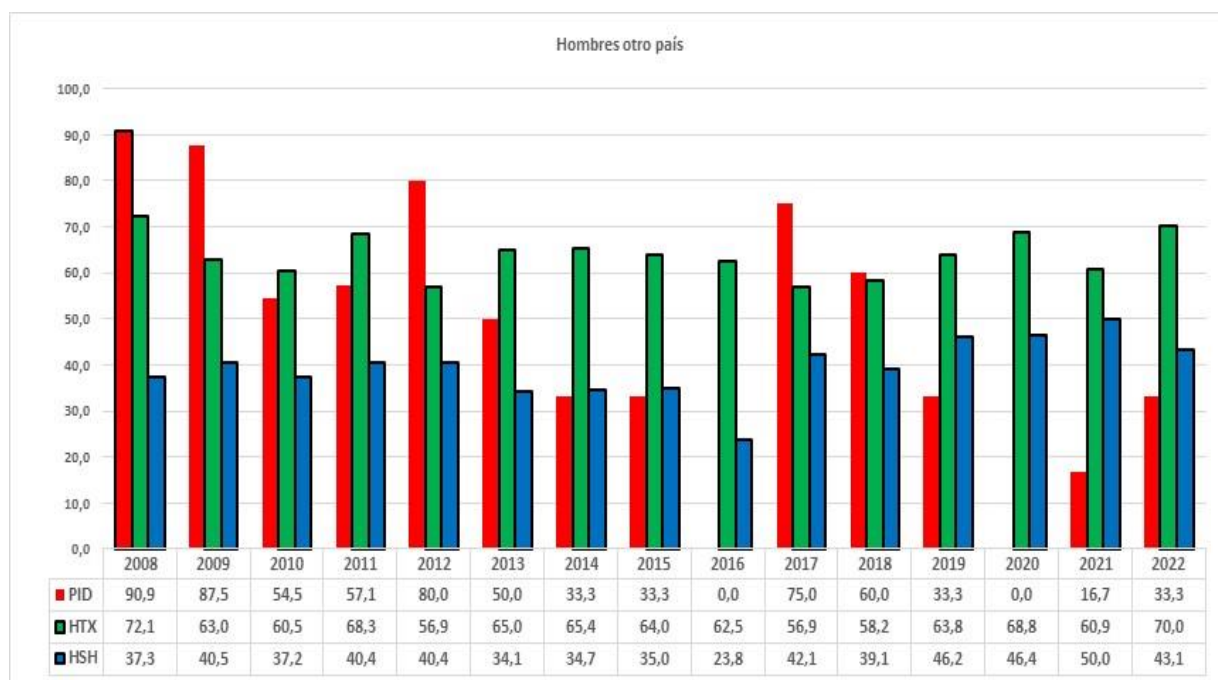


* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

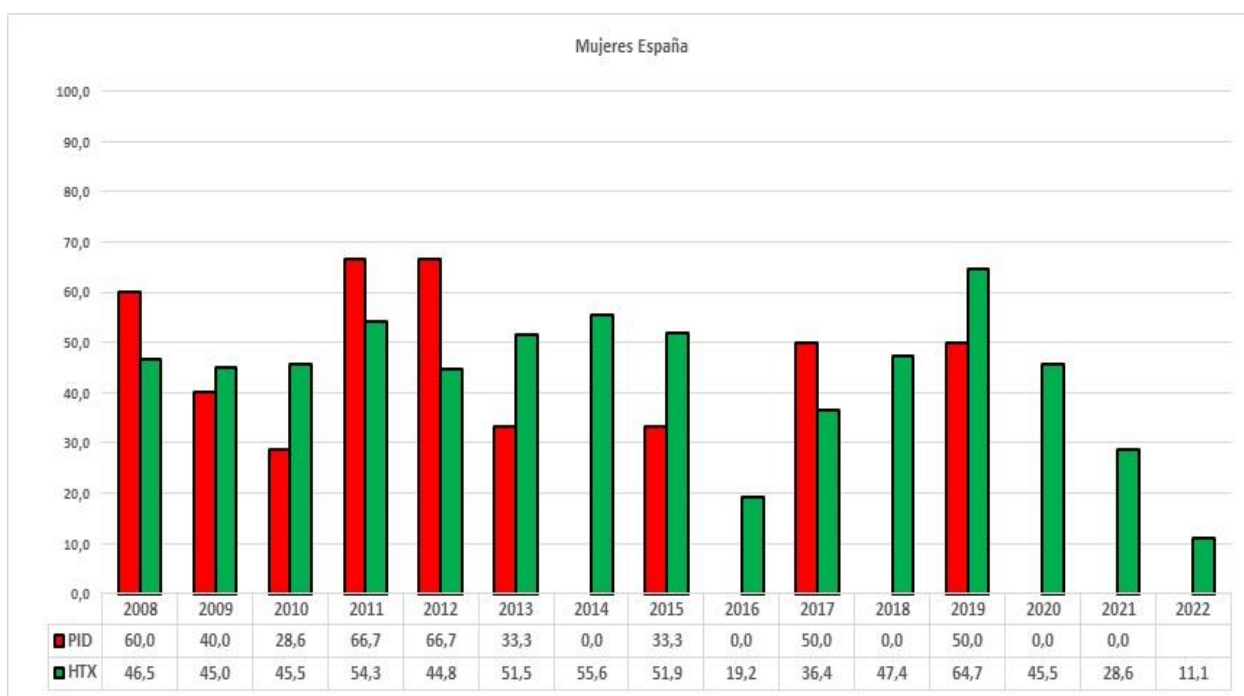
Gráfico 22. Infecciones por el VIH. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por diagnóstico tardío (<350 CD4) por sexo, lugar de nacimiento, modo de transmisión y año de diagnóstico.



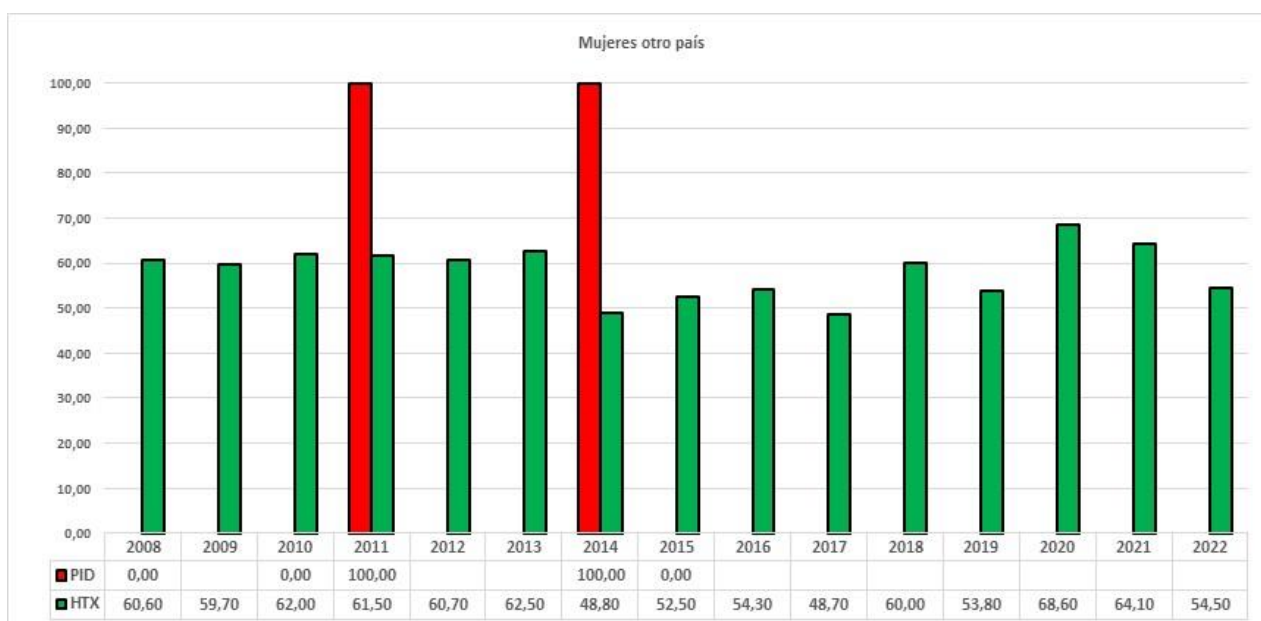
* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)



* HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas)

4. CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN PERSONAS RESIDENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022

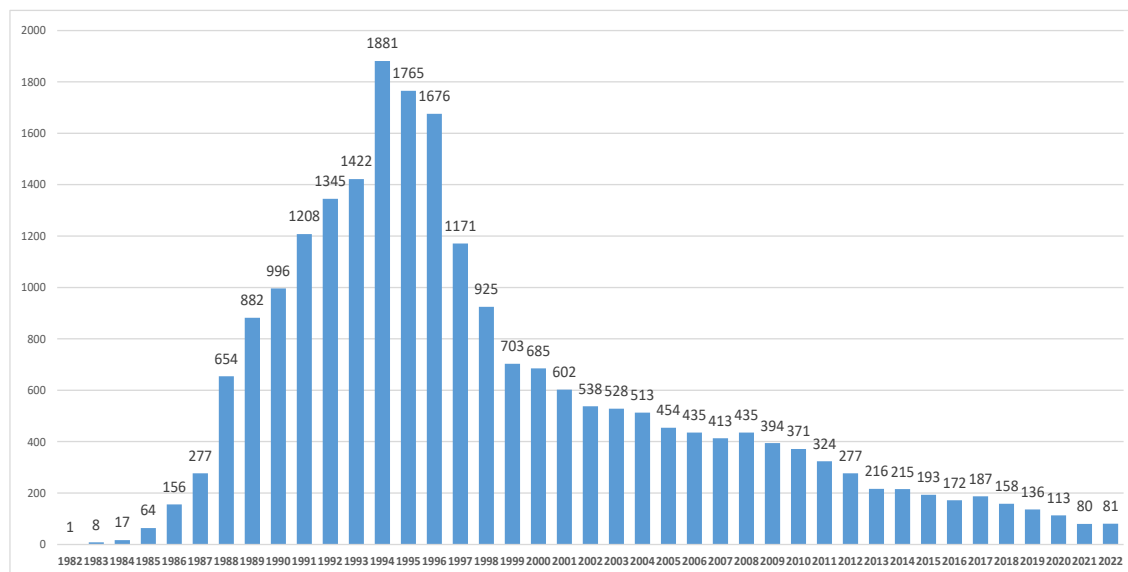
Desde el año 1982 hasta el 31 de diciembre de 2022 se han notificado 22.609 casos de sida en personas residentes en la CM en el momento del diagnóstico. El 79,7% fueron hombres.

La incidencia de casos diagnosticados de sida se vio afectada por la ampliación de los criterios definatorios de sida (revisiones en 1985, 1987 y 1992) y la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996-1997, responsable de un retraso en el desarrollo de la enfermedad además de mejorar la supervivencia en las personas infectadas, observando una disminución en la incidencia anual de sida. Desde entonces, los nuevos diagnósticos de casos de sida se producen, fundamentalmente, a expensas de diagnósticos tardíos de infección por el VIH, personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral ó que éste es ineficaz y pacientes de larga evolución. Hoy día el número de casos de sida diagnosticados continúa disminuyendo, aunque de forma no tan marcada (Tabla 7 y Gráfico 23).

Tabla 7. Casos de sida. CM. Años 1982-2022. Distribución por año de diagnóstico y sexo.

	Hombres		Mujeres		Total
	n	%	n	%	n
1982	1	100,0	0	0,0	1
1983	7	87,5	1	12,5	8
1984	15	93,8	1	6,3	16
1985	57	87,7	8	12,3	65
1986	127	81,4	29	18,6	156
1987	236	85,2	41	14,8	277
1988	525	80,3	129	19,7	654
1989	733	83,1	149	16,9	882
1990	840	84,3	156	15,7	996
1991	995	82,4	213	17,6	1.208
1992	1.097	81,6	248	18,4	1.345
1993	1.140	80,2	282	19,8	1.422
1994	1.488	79,1	393	20,9	1.881
1995	1.429	81,0	336	19,0	1.765
1996	1.332	79,5	344	20,5	1.676
1997	892	76,2	279	23,8	1.171
1998	710	76,8	215	23,2	925
1999	543	77,2	160	22,8	703
2000	530	77,4	155	22,6	685
2001	488	81,1	114	18,9	602
2002	408	75,8	130	24,2	538
2003	420	79,5	108	20,5	528
2004	402	78,4	111	21,6	513
2005	361	79,5	93	20,5	454
2006	347	79,8	88	20,2	435
2007	318	77,0	95	23,0	413
2008	319	73,3	116	26,7	435
2009	303	76,9	91	23,1	394
2010	283	76,3	88	23,7	371
2011	260	80,2	64	19,8	324
2012	213	76,9	64	23,1	277
2013	171	79,2	45	20,8	216
2014	171	79,5	44	20,5	215
2015	160	82,9	33	17,1	193
2016	141	82,0	31	18,0	172
2017	151	80,7	36	19,3	187
2018	137	86,7	21	13,3	158
2019	110	80,9	26	19,1	136
2020	97	85,8	16	14,2	113
2021	58	72,5	22	27,5	80
2022	69	85,2	12	14,8	81
Total	18.084	79,8	4.587	20,2	22.671

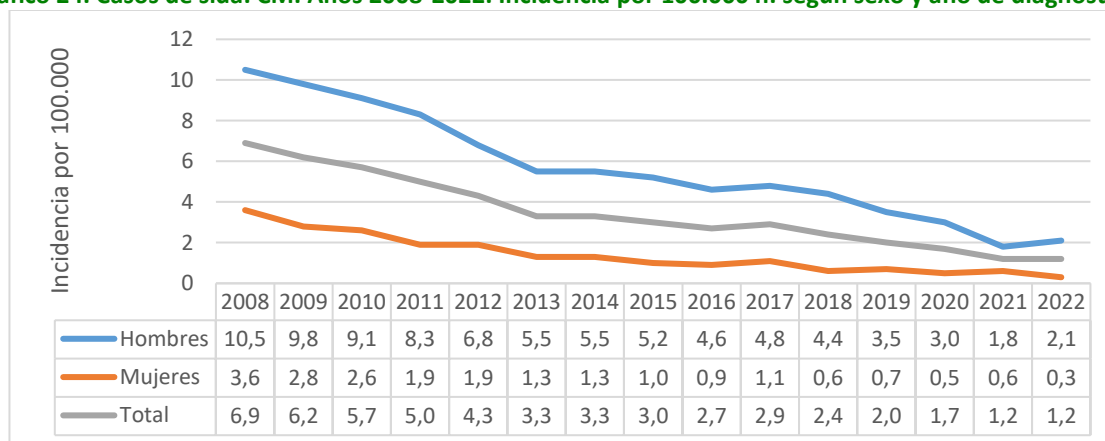
Gráfico 23. Casos de sida. CM. Años 1982-2022. Número de casos por año de diagnóstico.



En el año 2022 se han diagnosticado 81 casos de sida, 69 (85,2) son hombres. La edad media al diagnóstico fue de 41,5 años en hombres y de 47,7 años en mujeres. El 59,4 de los hombres y el 83,3 de las mujeres habían nacido fuera de España. El 44,9 de los hombres fueron HSH y el 66,7 de las mujeres adquirieron el VIH mediante relaciones heterosexuales.

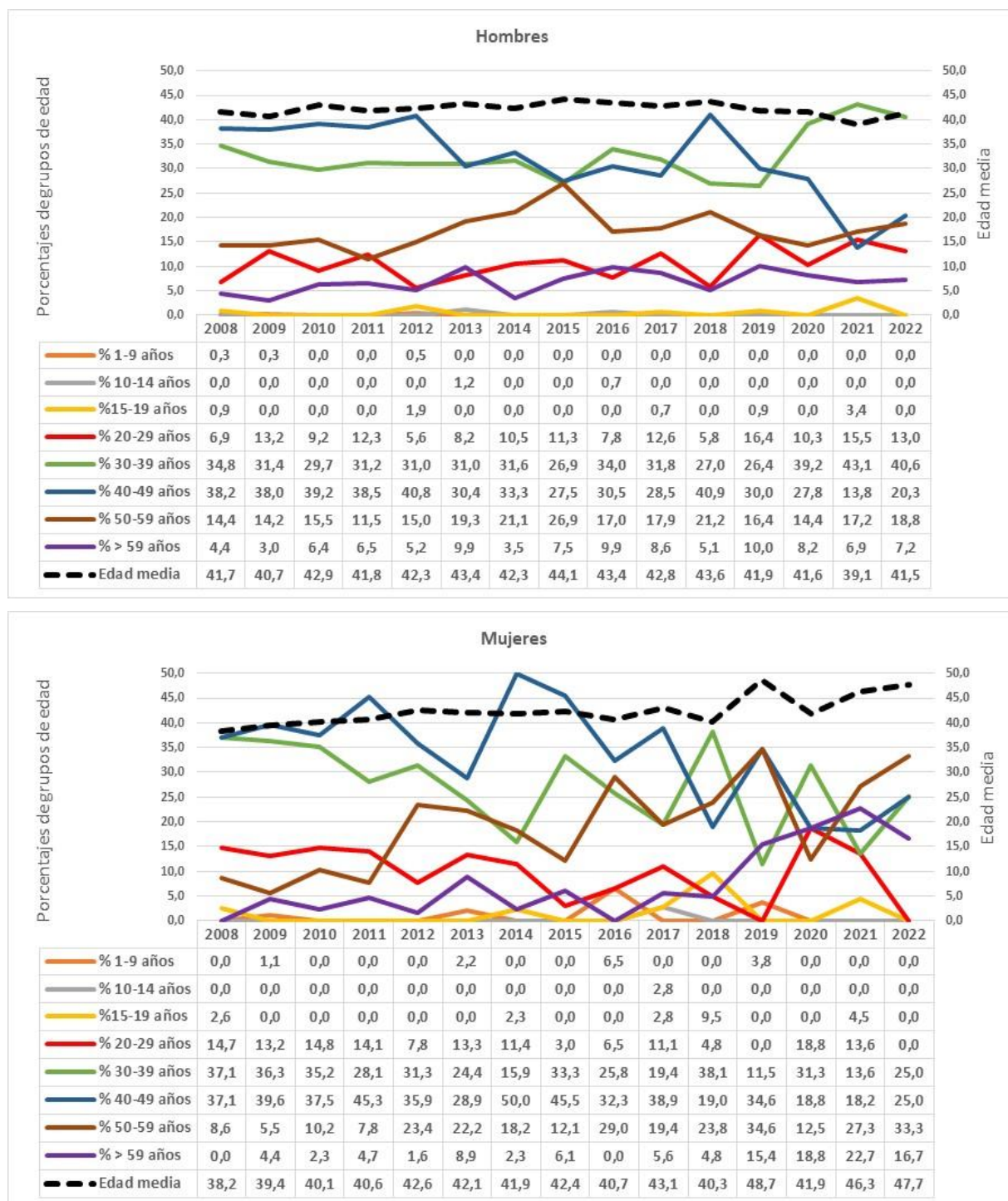
En los últimos 15 años (2008-2022) ha ido descendiendo la incidencia de casos de sida progresivamente tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 24).

Gráfico 24. Casos de sida. CM. Años 2008-2022. Incidencia por 100.000 h. según sexo y año de diagnóstico.

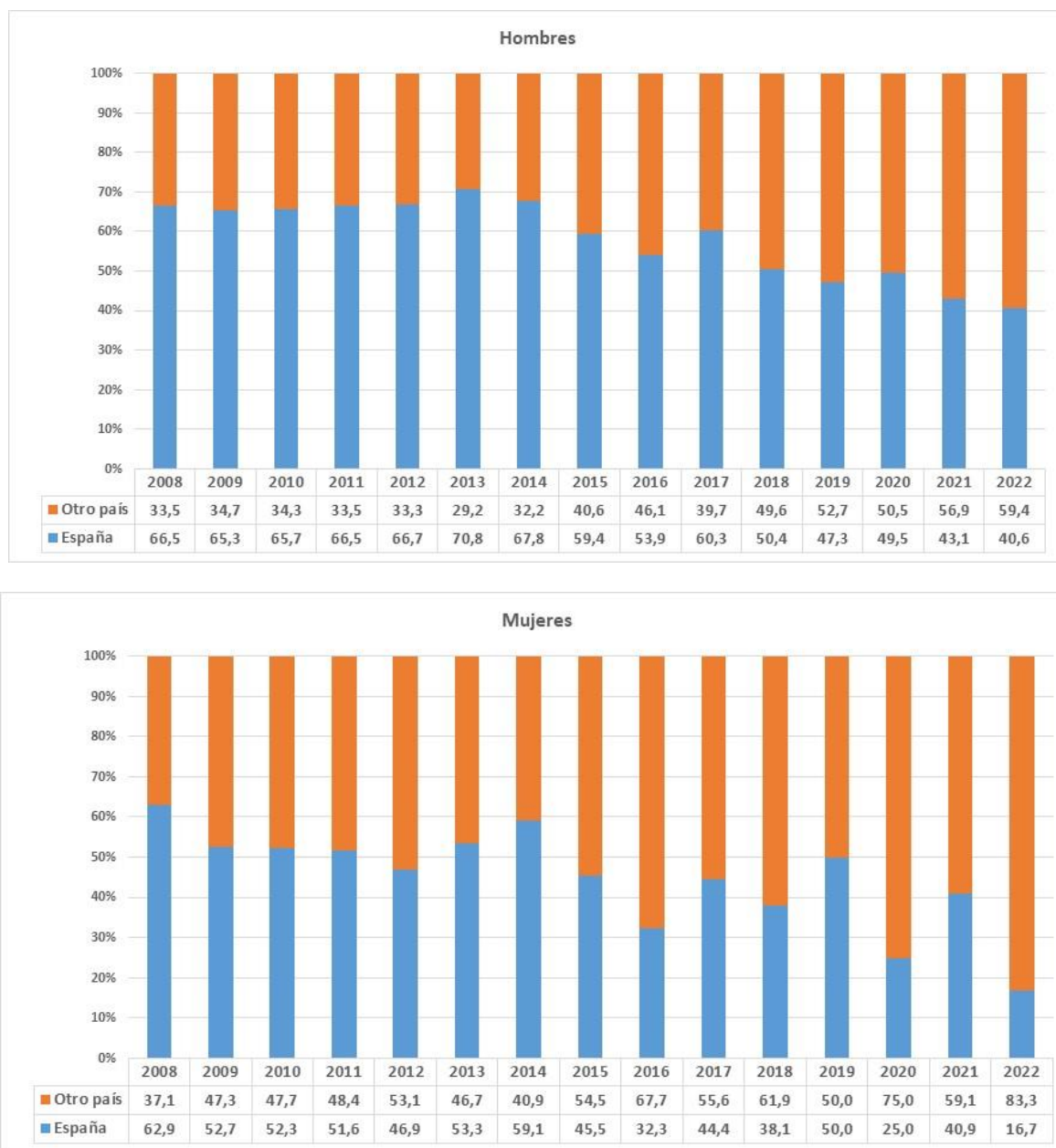


La edad media en el periodo 2008-2022 en hombres se ha mantenido en el grupo de 39-44 años de edad. En mujeres ha ido aumentando de 38 años en 2008 hasta los 47 años en 2022. En hombres el grupo de edad más frecuente es el de 40-49 años, desde 2016 el grupo de edad 30-39 años alterna con el de 40-49 años como los más frecuentes. En mujeres, hasta el año 2017, el grupo de edad más frecuente era el de 40-49 años de edad. En los años siguientes también aparecen como más frecuentes el de 30-39 años y 50-59 años (Gráfico 25).

Gráfico 25. Casos de sida. CM. Años 2008-2022. Edad media y grupos de edad al diagnóstico según sexo y año de diagnóstico.

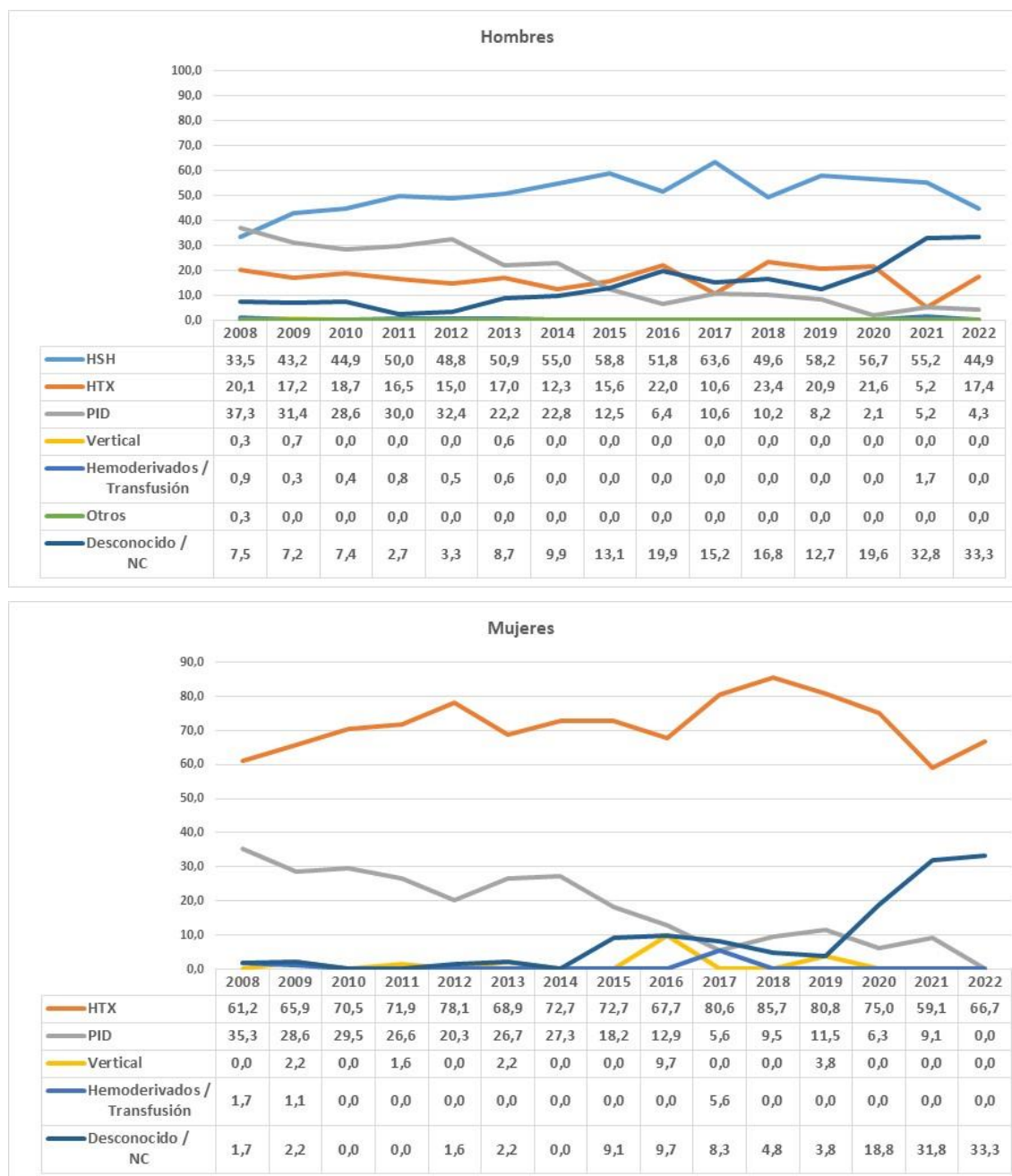


El porcentaje de personas diagnosticadas de sida que habían nacido fuera de España en el año 2022 ha sido del 59,4% en hombres y de 83,3% en mujeres. Estos porcentajes han ido aumentando durante toda la serie (Gráfico 26).

Gráfico 26. Casos de sida. CM. Años 2008-2022. Porcentajes por lugar de nacimiento, sexo y año de diagnóstico.

En hombres la mayoría de los casos de sida son HSH. El porcentaje de casos de sida en personas que adquirieron la infección por el uso de drogas inyectadas ha ido disminuyendo desde 2008.

En mujeres los casos de sida adquirieron la infección fundamentalmente por relaciones HTX. Se observa una disminución del porcentaje de PID y un aumento del porcentaje de HTX a lo largo de estos años (Gráfico 27).

Gráfico 27. Casos de sida. CM. Años 2008-2022. Porcentajes según modo de transmisión, sexo y año de diagnóstico.

* HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), HTX (Heterosexual), PID (Personas que se inyectan drogas), NC (No consta)

En el año 2022 la enfermedad definitoria de sida más frecuente fue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, seguido de la caquexia VIH. En el periodo 2008-2012 la tuberculosis pulmonar y/o diseminada fue la enfermedad definitoria de sida más frecuente, siendo en los años siguientes más frecuente la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (Tablas 8 y 9).

Tabla 8. Casos de sida. CM. Años 2008-2022. Enfermedades definatorias de sida.

2008-2012			2013-2017			2018-2022		
	n	%		n	%		n	%
TBC pulmonar/diseminada	415	20,3	Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	275	24,1	Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	177	25,0
Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	395	19,3	Sarcoma de Kaposi	170	14,9	TBC pulmonar/diseminada	92	13,0
Candidiasis esofágica	248	12,1	TBC pulmonar/diseminada	154	13,5	Candidiasis esofágica	76	10,7
Sarcoma de Kaposi	213	10,4	Candidiasis esofágica	130	11,4	Sarcoma de Kaposi	73	10,3
Neumonías bacterianas de repetición	136	6,7	Linfoma no Hodgkin	79	6,9	Caquexia VIH	50	7,1
Linfoma no Hodgkin	125	6,1	Enfermedad por CMV	48	4,2	Linfoma no Hodgkin	47	6,6
Toxoplasmosis cerebral	97	4,8	Toxoplasmosis cerebral	48	4,2	Toxoplasmosis cerebral	44	6,2
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	73	3,6	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	44	3,8	Enfermedad por CMV	31	4,4
Enfermedad por CMV	70	3,4	Neumonías bacterianas de repetición	40	3,5	Encefalopatía VIH	20	2,8
Encefalopatía VIH	62	3,0	Encefalopatía VIH	35	3,1	Leucoencefalopatía multifocal progresiva	14	2,0
Otras	208	10,2	Otras	120	10,5	Otras	84	11,9

Tabla 9. Casos de sida. CM. Año 2022. Enfermedades definatorias de sida.

2022		
	n	%
Neumonía <i>Pneumocystis jirovecii</i>	28	25,2
Caquexia VIH	18	16,2
Sarcoma de Kaposi	14	12,6
Linfoma no Hodgkin	11	9,9
TBC diseminada/extrapulmonar	9	8,1
Candidiasis esofágica	7	6,3
Enfermedad por CMV	6	5,4
Toxoplasmosis cerebral	6	5,5
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	4	3,6
Encefalopatía VIH	3	2,7
Otras	5	4,5

5. CONCLUSIONES

Las personas diagnosticadas en el año 2022 de infección por el VIH fueron en su mayoría hombres que adquirieron la infección mediante relaciones sexuales con otros hombres. La edad media de diagnóstico fue de 35 años y la mayoría habían nacido fuera de España. Se diagnosticaron con enfermedad avanzada una cuarta parte del total.

Durante el periodo 2008-2022 se observa un descenso del número de infecciones por VIH diagnosticadas en personas residentes en la CM. En 2018 se diagnosticaron menos de 1.000 infecciones y desde 2020 el número de nuevos diagnósticos no supera los 700.

La mayoría de las personas diagnosticadas son hombres, aumentando a lo largo de estos años su porcentaje con respecto al de mujeres.

Los diagnósticos se producen en su mayoría entre los 20 y 39 años con una media de edad en torno a los 35 años, ligeramente mayor en mujeres que en hombres.

Alrededor de la mitad de las personas diagnosticadas habían nacido fuera de España. Durante estos últimos años se observa un aumento de la incidencia en extranjeros y también del porcentaje de casos respecto al porcentaje de personas nacidas en España.

La principal vía de transmisión es la sexual, con predominio de las relaciones sexuales entre hombres.

El retraso en el diagnóstico, importante por su trascendencia clínica y de salud pública, se mantiene estable en los últimos tres años después de aumentar progresivamente desde 2016. Una cuarta parte presentaba enfermedad avanzada (<200 linfocitos CD4/ μ l) en el momento del diagnóstico y poco menos de la mitad presentaba diagnóstico tardío (<350 linfocitos CD4/ μ l). El retraso diagnóstico es mayor según aumenta la edad de diagnóstico, cuando la vía de transmisión es HTX ó PID y en personas nacidas fuera de España.

Los casos de sida continúan descendiendo desde 1996 con la aparición del TAR, hasta hoy en día. En los nuevos casos de sida, la vía sexual de adquisición del VIH tiene cada vez más importancia, aunque se mantiene un número importante de casos en PID.

Autoría:

- **Redacción:** Carlos Cevallos García.
- **Registro y seguimiento:** Programa de vigilancia de ITS

Agradecimientos:

A todos los profesionales implicados en el diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH/sida en la Comunidad de Madrid por su colaboración en el mantenimiento y actualización del registro sin la cual no se hubiese podido elaborar este informe.

Cita recomendada: Dirección General de Salud Pública. Vigilancia de las infecciones por el VIH y los casos de SIDA diagnosticados en residentes en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2022. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 29. Septiembre 2024.



INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2023

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I)

ÍNDICE

RESUMEN	45
1. INTRODUCCIÓN.....	47
2. METODOLOGÍA	48
3. RESULTADOS	52
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	52
3.2. FACTORES DE RIESGO	57
3.2.1. Actividad física	57
3.2.2. Antropometría	66
3.2.3. Alimentación	67
3.2.4. Consumo de tabaco	70
3.2.5. Consumo de alcohol.....	72
3.2.6. Accidentes.....	76
3.2.7. Agregación de factores	78
3.3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS.....	80
3.3.1 Medición de tensión arterial y colesterol	80
3.3.2 Mamografía.....	81
3.3.3 Test de sangre oculta en heces.....	81
3.3.4 Colonoscopia.....	82
4. CONCLUSIONES.....	83
5. BIBLIOGRAFÍA.....	85
6. ANEXO	87

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma anual desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, en jóvenes de 15 y 16 años (4º de la ESO, SIVFRENT-J) y en adultos de 18 a 64 años (SIVFRENT-A). En el año 2018 se inicia el sistema en población adulta mayor, con edades comprendidas entre los 65 a 79 años (SIVFRENT-M), que recoge información sobre factores de riesgo y sobre aspectos específicos de estas edades. En este documento se presentan los resultados del SIVFRENT-M del año 2023 del primer bloque, hábitos de salud y prácticas preventivas. En un segundo informe se abordan los apartados relacionados con la situación de salud y discapacidad (Bloque II).

Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana. El cuestionario del primer bloque, que se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recoge la realización de prácticas preventivas. En un segundo bloque el sistema incluye aspectos que se agrupan como “situación de salud y discapacidad”, de especial interés en este grupo etario: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad, personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

Resultados

En 2023 se realizaron 1.010 entrevistas a personas residentes en la Comunidad de Madrid con edades comprendidas entre 65 a 79 años de las cuales, un 54,6% eran mujeres y un 45,4% hombres (M=552, H=458). La tasa de respuesta alcanzó el 52,4%. Según estado civil, el 70,1% estaban casados/as, un 15,1% viudos/as, un 8,8% divorciados/as o separados/as y un 6,1% solteros/as. El 65,4% vivía con pareja, 19,1% sola/o, un 6,2% con algún hijo/a, el 4,5% con otros familiares y el resto, un 4,6%, en otra categoría distinta.

Respecto a la **situación laboral** en el momento de la entrevista, refieren situación de jubilación/pensionista el 81,9% (85,8% de los hombres y 78,6% de las mujeres); en la categoría amas de casa (trabajo sin remuneración), se sitúa un 13,8% formado exclusivamente por mujeres. En **recursos económicos por hogar**, ingresos mensuales netos, de las 670 personas que responden (66,3%), el 19,0% está en la categoría de menor o igual a 1.050 euros al mes (el 24,9% de las mujeres y el 12,6% de los hombres); y el 28,4% en la categoría con 1.051 a 1.850 euros/mes.

Actividad física. El **sedentarismo** en su rutina habitual fue del 31,2%; **caminan** 30 minutos o más cada vez y la mayoría de días de la semana el 76,4%, (81,2% de los hombres y 72,5% de las mujeres). El 69,5% realiza **ejercicio de intensidad moderada** (73,8% en hombres y 65,9% en mujeres) y el 52,0% alcanza el indicador de la OMS de beneficio para la salud (59,2% en hombres y 45,8% en mujeres); realizan **ejercicio vigoroso o intenso** un 15,5% (19,4% en hombres y 12,1% en mujeres) y con la condición de 75 minutos o más en semana sólo un 8,4% (12,0% en hombres y 5,4% en mujeres). El ejercicio para **desarrollo muscular** semanal con aparato se refiere en el 19,9% (24,0% en hombres y 16,5% en mujeres). En general, todos estos porcentajes disminuyen al aumentar la edad. Como en años anteriores, todos los indicadores de

actividad física se refieren con menor cumplimiento en mujeres; la actividad para desarrollo muscular es minoritaria para el global y según las variables sociodemográficas estudiadas, estado civil, país de origen, nivel educativo e ingresos económicos.

Antropometría. Se ha estimado el Índice de Masa Corporal (IMC) a partir del peso y la talla auto declarados. En el 68,2% de la población refiere exceso de peso (sobrepeso u obesidad), siendo éste aproximadamente 1,2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Un 23,7% se encuentran en la categoría de obesidad, sin diferencia por sexo. El exceso de peso desciende a cifras en torno al 50% en el caso de las mujeres con estudios universitarios y en las de ingresos superiores a 1.550 euros/mes por hogar, mientras que en los hombres supera con mucho el 65% en todas las variables sociodemográficas.

Consumo de alimentos. El consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la muestra y alta de productos cárnicos en un porcentaje similar. El consumo global de **5 raciones al día de frutas y/o verduras** fue del 10,2% (8,1% en hombres y 12,0% en mujeres) y el consumo de **carne y derivados** mayor a 2 raciones al día fue de 30,9% (33,0% en hombres y 29,2% en mujeres). La falta de consumo de frutas y/o verduras de 5 o más raciones diarias mejora muy ligeramente en las mujeres de más nivel educativo y tan solo está por encima del 15% en las de más ingresos.

Consumo de tabaco. Un 10,3% **fuman actualmente**, de forma diaria u ocasional, la mayoría de forma diaria (9,2%); por sexo, algo más elevado en mujeres respecto de los hombres, mientras que desciende significativamente por edad, desde un 12,7% (de 65 a 69 años) a un 5,2% (de 75 a 79 años). En un 4,7% se refiere **exposición pasiva**, y en ellos en un 63,8% el lugar de exposición fue la casa, un 25,5% bares o restaurantes (17,0%) o instalaciones hosteleras (8,5%).

Consumo de alcohol. Según la **frecuencia de consumo**, un 46,5% refiere no ser bebedores/as actualmente, son bebedores habituales (una vez por semana en el último mes) un 38,2% (55,0% en hombres y 24,3% en mujeres) y ocasionales un 7,2%. Según los **gramos/día de alcohol**, el porcentaje de bebedores en categoría **mayor nivel de consumo** (≥ 4 unidades/día en hombres y $\geq 2,4$ unidades en mujeres), fue de 1,9% (2,2% y 1,6% respectivamente). El consumo en categoría **nivel intermedio** de riesgo (de 2 a 4 unidades diarias en hombres y de 1 a 2,3 unidades diarias en mujeres) es del 8,1% y del 4,5% respectivamente y se agrupan con consumo de **menor riesgo**, el 44,1% en hombres y el 19,9% en mujeres. Según el cuestionario CAGE, presenta **problemas con su consumo**, (una o más respuestas afirmativas) el 8,8%, el 17,0% de los hombres y el 2,0% de las mujeres, destacando un 24,0% en el caso de los hombres con el nivel de ingresos económicos más altos. Con dos o más respuestas positivas al test CAGE, se encuentra el 2,8%, 5,2% en hombres y 0,7% en mujeres.

Accidentes. El 5,8% refirió haber tenido algún **accidente** en los últimos 12 meses que requirió **asistencia médica**. El accidente más frecuente fue la caída en la casa con un 37,3% de todos los tipos de accidente seguida de caída en la calle con un 32,2%.

Agregación de factores. La presencia de uno o **varios factores de riesgo** (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de alto riesgo) fue alta, ya que el 32,7% tenía un factor de riesgo, sin diferencia por sexo. Para 2 o más factores, estos porcentajes fueron 5,0 % en hombres y 5,1% de las mujeres.

Prácticas preventivas. El seguimiento de las recomendaciones sobre la medición en el último año de la tensión arterial supera el 80% de la población y la medida del nivel de colesterol en un y su medición alguna vez en la vida están supera el 90%. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), en los grupos objetivo de las recomendaciones, de 65 a 69 años, continúan apreciándose importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de sangre oculta en heces (SOH) para la prevención del cáncer colorrectal.

Evolución. Se observa en el último año un aumento del sedentarismo en la actividad habitual y mientras que la realización de ejercicio moderado y de desarrollo muscular parecen haber aumentado, las cifras para el ejercicio intenso, se mantienen similares al año anterior; el ejercicio de caminar 4-7 días por semana continúa manteniéndose. El aumento de obesidad y sobrepeso continúa. No se aprecian cambios llamativos en el resto de indicadores.

Conclusiones

Los indicadores de actividad física, continúan en cifras insuficientes, aunque se aprecia un aumento en el último año de registro, cabe un amplio margen de mejora hasta alcanzar el objetivo de efectos en salud, mientras continúa siendo muy minoritaria la realización de actividades de desarrollo muscular. En la mayoría de los indicadores de ejercicio físico, las mujeres muestran peores resultados. Los indicadores relacionados con el balance energético presentaron prevalencias de sobrepeso y obesidad muy elevadas que se mantienen en la serie, y la alimentación muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales en un porcentaje muy importante de esta población. En cuanto a factores de riesgo adictivos como el consumo de tabaco y de alcohol, todavía se constatan prevalencias elevadas que es necesario mejorar, potenciando medidas acordes con la importancia que tienen estos factores de riesgo desde el punto de vista de la salud pública. La medición de la tensión arterial, así como la de colesterol en sangre alguna vez en la vida es una práctica habitual en toda la población. En cuanto al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer se aprecia importante margen de mejora en la realización de mamografías y sobre todo en la realización del test de SOH para la prevención del cáncer colorrectal.

La distribución de los indicadores analizados según variables socioeconómicas, muestra en el exceso de peso y obesidad un gradiente en mujeres, con disminución al aumentar los ingresos económicos y en ambos sexos en relación con el aumento del nivel educativo; el consumo de frutas en mujeres se triplica en las de más ingresos respecto de las de menor nivel económico sin embargo en cárnicos no varía.

Estos resultados indican la conveniencia de continuar con la vigilancia y difusión de la información y las recomendaciones en cada uno de los aspectos mencionados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población de mayor edad.

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 nuestra región, 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 2017¹⁻³. Todas estas enfermedades comparten, en mayor o menor medida, diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, el sobrepeso y la obesidad, o la hipertensión¹⁻³. Así, las enfermedades no transmisibles generan el 91,8% de la carga de enfermedad³ y, se estima 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 discapacidad².

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 originan⁴.

La Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)^{5,6} cuyo objetivo es medir de forma continua la prevalencia,

distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se desarrolló para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Desde el año 2019 se amplía con el inicio del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles a población adulta mayor (SIVFRENT-M) de edades comprendidas entre los 65 a 79 años. Ello permite monitorizar factores de riesgo y aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez⁷.

Del SIVFRENT-M del año 2023, este documento recoge los resultados de hábitos de salud y prácticas preventivas.

2. METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica, realizada anualmente desde 2019, a una muestra de aproximadamente de 1.000 personas de 65 a 79 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 (AF), antropometría (peso y talla autorreferidos), alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes y prácticas preventivas, que son los que se presentan en este informe. El cuestionario incluye también preguntas sobre aspectos de más interés en este grupo de edad, que se desarrollan en un segundo informe y que agrupamos como “situación de salud y discapacidad”: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, soledad y personas mayores como cuidadoras, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y prefragilidad.

Población

La población diana fue la población de 65 a 79 años residente en la Comunidad de Madrid, con la participación de 1.010 individuos. Las entrevistas se realizaron a lo largo de cada año (olas mensuales), excepto en agosto (es decir, en once olas), distribuyéndose de forma proporcional en cada una de las olas.

Diseño muestral

La población que compone el marco muestral son las personas de 65 a 79 años del registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES es el sistema de información poblacional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid). La extracción muestral se realizó a partir de la información más actualizada en aquel momento. Se realizó un muestreo estratificado con los criterios siguientes: sexo, tres grupos de edad (65 a 69 años, 70 a 74 años y 75 a 79 años), tres áreas geográficas (Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios) y día de la semana (de martes a viernes y sábado y lunes). La asignación muestral fue proporcional en cada estrato al tamaño de ese estrato en la población de acuerdo con el padrón continuo más reciente disponible con el nivel de detalle necesario para este muestreo en el momento de realizar la selección muestral⁸. La estructura de la población, según los criterios de estratificación, observada en el padrón no presentó diferencias con respecto a la de la población registrada en el registro de tarjeta sanitaria. 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 65 y 79 años. La recogida de información de carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), permite tener en cuenta posibles variaciones estacionales en el año natural. Cada mes las entrevistas se concentraron en una semana, de

lunes a sábado con la excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar un nivel de ausencias importante y dar lugar a 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 ordenador⁹.

Selección muestral

Dentro de cada estrato, la selección de la persona a entrevistar se realizó de forma aleatoria mediante el soporte informático. Cuando la persona no estaba en casa o no podía realizar la entrevista, se concertó entrevista diferida. En el caso de negativa por parte de la persona seleccionada a realizar la entrevista o que 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 y variables de estudio

El núcleo central de preguntas para este primer informe relativo a hábitos de salud, incluye información sobre características sociodemográficas, económicas y educativas, factores de riesgo ligados al comportamiento y la realización de prácticas preventivas. En la tabla siguiente se presenta la relación de variables analizadas.

Tabla 0. Relación de variables sociodemográficas y de hábitos de salud, SIVFRENT-M, 2023.

Variables	Categorías	Definiciones y criterios
Socio-Demográficas		
Sexo	Hombres, mujeres	
Edad	65-69, 70-74, 75-79	Grupos de edad en años
País de nacimiento	España; otro	
Estado civil	Matrimonio/pareja; soltería; separación/divorcio; viudedad	
Nivel educativo	Primarios y menos	Estudios primarios, hasta 5º de EGB
	Secundarios	Graduado escolar, 8º EGB, bachiller elemental, y ESO
	Universitarios	Ingeniería técnica, diplomatura, licenciatura y doctorado
Recursos económicos	<1.050; 1.051<1.850; 1.851-2.700; >2.700	Ingresos mensuales netos por hogar en euros
Situación laboral actual	Trabajan; paro; trabajo no remunerado; jubilación/pensionista	Trabajo sin remuneración= ama de casa
Clase social ¹²	Alta, media, baja	Basada en CNO-2011
Actividad física		
Sedentarismo en rutina habitual	Sedestación; de pie; mueven cargas ligeras o pesadas	Categoría que mejor define su actividad física en su rutina diaria.
Caminar	Sí, No	Caminar un mínimo de 10 minutos al día en una semana normal, número de días
		Caminar en los últimos 7 días de 4 a 7 días 30 minutos/día en una o varias sesiones

Actividad física total	Intensidad moderada, sí, no	Refieren realizar ejercicio de intensidad moderada semanalmente al menos 10 minutos cada vez	
	Intensidad moderada (Cumplimiento Indicador OMS) sí, no	Refieren un mínimo semanal de 150 minutos al menos en 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez	
	Actividad intensa, sí, no	Refieren realizar ejercicio intenso/vigoroso	
	Actividad intensa (Cumplimiento Indicador OMS) sí, no	Refieren realizar al menos 75 minutos semanales, cualquier número de días y mínimo 10 minutos cada vez	
Desarrollo muscular	Sí, No	Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc.	
		Actividad de fortalecimiento muscular con aparatos de gimnasia, pesas etc. >=2 días /semana	
Antropometría			
Índice de masa corporal(IMC): peso corporal en kilogramos dividido entre la talla en metros al cuadrado (IMC=kg/m²)	Peso insuficiente	IMC <18,5 kg/m ²	
	Normopeso	18,5 kg/m ² a IMC<25 kg/m ²	
	Sobrepeso grado I	25 kg/m ² a IMC<27 kg/m ²	
	Sobrepeso grado II	27 kg/m ² a IMC<30 kg/m ²	
	Obesidad	IMC >=30 kg/m ²	
Exceso de peso	Obesidad y sobrepeso I y II agrupados	IMC=25-30 kg/m ²	
Alimentación			
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 >=5 raciones al día de frutas y/o verduras	
Productos cárnicos	Consumo/día	Consumo >=2 raciones al día de carne y derivados cárnicos	
Tabaco			
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	
Exposición pasiva al humo de tabaco		Exposición pasiva al humo de tabaco	
Alcohol			
Consumo de alcohol	Gramos/semana	Consumo semanal per-cápita en gramos	
No bebedores/as actuales		No han bebido en los últimos 30 días	
Bebedores/as ocasionales		Beben menos de un día en semana	
Bebedores /as habituales		Han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días	
Bebedores/as moderados		Promedio diario de 1-39 gramos en hombres y 1-23 gramos en mujeres	
Bebedores/as anteriores		Autodeclaran no beber actualmente pero haber bebido en frecuencia variable	
Niveles de riesgo según gramos/día ¹⁶			
		Hombres	
		Mujeres	
	No Riesgo	0 g/día	0 g/día
	Bajo Riesgo	>0-≤20 g/día	>0-≤10 g/día
	Riesgo Intermedio	>20-<40 g/día	>10-<24 g/día
	Alto Riesgo	≥40g/día (>=4 UBE ^{16*})	≥24 g/día (2,4 UBE ^{16*})
Consumo promedio de riesgo		Promedio diario ≥40g/día en hombres y ≥24 g/día en mujeres	

Test CAGE positivo		CAGE: positivo: consumo problemático si 2 o más preguntas positivas; 0-1=bebedor social; 2=Consumo de riesgo; 3=Consumo perjudicial; 4=dependencia alcohólica
Accidentes		
Accidentes	Sí, No	Haber tenido accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica.
Lugar del accidente	Caída en casa, calle, otros, tráfico (conductor o transeúnte)	Lugar de accidente por frecuencia
Agregación de factores		
Número de factores de riesgo	1, 2, 3 o 4, ningún factor	Personas sedentarias en ocupación habitual/laboral o en tiempo libre no realizar actividad moderada o vigorosa, 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
Pruebas preventivas		
Medición tensión arterial (TA) alguna vez en la vida	Sí, No	Alguna vez le ha tomado la tensión arterial, medicina/enfermería
Medición de TA <= 1 año	Hace un año o menos	Cuando fue la última vez que se lo tomó
Medición colesterol alguna vez en la vida		Alguna vez le ha analizado el colesterol en sangre, medicina/enfermería
Medición de colesterol <= 1 año	Hace un año o menos	Cuando fue la última vez que se lo analizó
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
Mamografía	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde la última prueba
Sangre oculta en heces (SOH)	Sí, No	Porcentaje que se había hecho la prueba en alguna ocasión
	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba
Sangre oculta en heces Colonoscopia	Fines preventivos, sospecha	Motivo de realización de la prueba
	Médico/a/de atención primaria, especialista, carta o teléfono	Quien le solicitó la prueba
	Nunca, 3 a 5 años, 1 a 2 años, hace < 1 año	Tiempo desde última prueba

*UBE=Unidad de Bebida Estándar

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

Definición de indicadores, estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. En la tabla 0 se recogen las variables analizadas, si bien otros aspectos metodológicos de la definición de indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados de resultados. El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por estratos. De los indicadores propuestos se presentan los porcentajes e intervalo de confianza al 95% (IC95%) para la Comunidad de Madrid, total, según sexo y 3 grupos de edad: 65-69, 70-74, 75-79 años. Para el análisis se ha utilizado STATA 16.1. y SPSS¹⁰. En este documento se ha utilizado un lenguaje inclusivo.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

En 2023, se realizaron un total de 1.010 entrevistas, alcanzando una tasa de respuesta del 52,4%. El 54,6% (552) eran mujeres, un 39,6% de edades entre 65 y 69 años, el 51,2% residía en Madrid capital y el 16,7% refiere situarse en el nivel de estudios primarios o menos (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra SIVFRENT-M. Comunidad de Madrid, 2023.

Año		2023	
Número de entrevistas		1.010	
		n	%
Sexo	Mujeres	552	54,6
	Hombres	458	45,4
Edad	65-69	400	39,6
	70-74	359	35,5
	75-79	251	24,8
Tasa de respuesta			52,4
Ámbito geográfico			
	Madrid capital	517	51,2
	Corona metropolitana	434	43,0
	Resto de municipios	59	5,8
Nivel de estudios			
	Primarios y menos	169	16,7
	Secundarios	550	54,5
	Universitarios	291	28,8
Con quien convive			
	Sola/o	193	19,1
	Con algún hijo/a	63	6,2
	Con otros familiares	46	4,5
	Con su esposo/a/pareja	661	65,4
	Otras situaciones	47	4,6

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

En cuanto al país de nacimiento, un 8,1% había nacido fuera de España. Por estado civil, el 70,1% respondieron estar casados/as, un 15,1% viudos/as, un 8,8% separados/as o divorciados/as y un 6,1% solteros/as. El 65,4% vive con esposa/o/pareja, 19,1% sola/o, un 6,2% con algún hijo/a, el 4,5% con otros familiares y el resto, un 4,6%, en otra categoría distinta; las mujeres que viven solas son un 24,8% frente al 12,2% de los hombres.

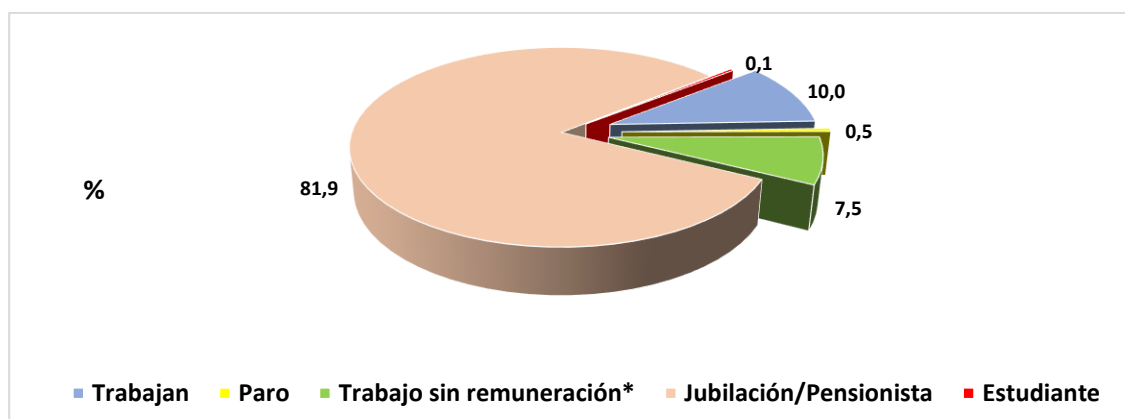
Tabla 2. Porcentajes* de la muestra por variables sociodemográficas. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
País de Nacimiento						
España	421	91,9(89,1-94,1)	500	90,6(87,8-92,7)	921	91,2(89,3-92,8)
Otro	37	8,1(5,9-10,9)	52	9,4(7,2-12,2)	89	8,8(7,2-10,7)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	372	81,2(77,4-84,6)	333	60,8(56,7-64,7)	705	70,1(67,3-72,8)
Soltería	17	3,7(2,3-5,9)	44	8,0(6,0-10,6)	61	6,1(4,8-7,7)
Separación/Divorcio	41	9,0(6,7-12,0)	47	8,6(6,5-11,2)	88	8,8(7,1-10,7)
Viudedad	28	6,1(4,3-8,7)	124	22,6(19,4-26,2)	152	15,1(13,1-17,3)
Con quien convive						
Sola/o	56	12,2(9,5-15,6)	137	24,8(21,4-28,6)	193	19,1(16,8-21,6)
Con algún hijo/a	17	3,7(2,3-5,9)	46	8,3(6,3-10,9)	63	6,2(4,9-7,9)
Con otros familiares	13	2,8(1,7-4,8)	33	6,0(4,3-8,3)	46	4,5(3,4-6,0)
Con su esposo/a/pareja	353	77,1(73,0-80,7)	308	55,8(51,6-59,9)	661	65,4(62,5-68,2)
Otras situaciones	19	4,1(2,7-6,4)	28	5,1(3,5-7,3)	47	4,6(3,5-6,1)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	45	9,8(7,4-12,9)	124	22,5(19,2-26,1)	169	16,7(14,6-19,1)
Secundarios	245	53,5(49,0-57,9)	305	55,3(51,2-59,4)	550	54,5(51,4-57,5)
Universitarios	168	36,7(32,5-41,1)	123	22,3(19,1-25,8)	291	28,8(26,2-31,6)
Totales	458	45,4	552	54,6	1.010	100

*Porcentajes respecto al total de la muestra por columnas y total de la muestra.

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

En cuanto a la situación laboral actual o pasada, el 82,1% de las personas entrevistadas había trabajado anteriormente con remuneración; por sexo, el 86,2% de los hombres y el 78,6% de las mujeres. Actualmente, el 81,9% está en situación de jubilación/pensionistas, el 18,1% está en otra situación: siguen trabajando el 10,0%, están en paro un 0,5%, amas de casa (trabajan sin remuneración), un 7,5% del total (Figura 1).

Figura 1. Situación laboral actual (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

*Trabajo sin remuneración: amas de casa

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

Refieren trabajo remunerado el 13,5% de los hombres y el 7,1% de las mujeres y en paro un 0,7% en hombres y 0,4% en mujeres. La situación de jubilación/pensionista según sexo se refiere en el 85,8% de los hombres y el 78,6% de las mujeres y por edad, destaca que en la categoría trabajo actual, hay un 5,6% que todavía trabaja en el grupo de 75-79 años. El grupo de trabajo sin remuneración (amas de casa) el

13,8%, está exclusivamente formado por mujeres. Por grupo de edad, el mayor porcentaje de trabajo sin remuneración, un 9,6%, se da entre las mujeres de 75-79 años (Tabla 3).

Tabla 3. Situación laboral actual por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Trabajan	101	10,0(8,3-12,0)	62	13,5(10,7-17,0)	39	7,1(5,2-9,5)	58	14,5(11,4-18,3)	29	8,1(5,7-11,4)	14	5,6(3,3-9,2)
Paro	5	0,5(0,2-1,2)	3	0,7(0,2-2,0)	2	0,4(0,0-0,1)	4	1,0-0,4-2,7)	1	0,3(0,0-1,5)	0	0
Sin remuneración*	76	7,5(6,1-9,3)	0	0	76	13,8(11,1-16,9)	29	7,2(5,1-10,1)	23	6,4(4,3-9,4)	24	9,6(6,6-13,7)
Jubilación/Pensionista	827	81,9(79,4-84,1)	393	85,8(82,3-88,7)	434	78,6(75,0-81,8)	308	77,0(72,6-80,9)	306	85,2(81,1-88,6)	213	84,9(79,9-88,8)
Estudiante	1	0,01(0,002-0,5)	0	0	1	0,02(0,005-0,01)	1	0,2(0,1-1,4)	0	0	0	0

*Amas de casa

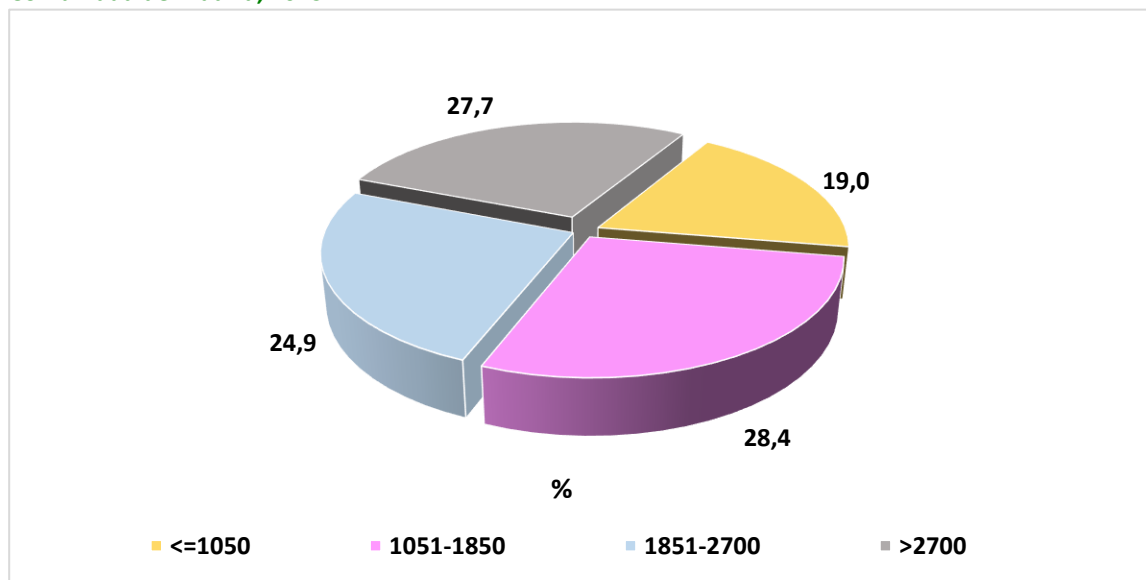
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Ingresos mensuales netos

Las trayectorias de envejecimiento más exitosas desde el punto de vista de logros en salud, las protagonizan, generalmente, mayores con altos niveles de educación e ingresos, que practican hábitos saludables como el ejercicio físico, y rechazan comportamientos nocivos tales como el tabaquismo o un alto consumo de alcohol¹¹.

Con respecto a los ingresos mensuales netos por hogar, se obtuvo respuesta en el 66,3% de la muestra (n=670); el 19,0% contaba con unos recursos netos por hogar mensuales en la franja inferior hasta 1.050 euros, el 28,4% estaba entre 1.051 a menos de 1.850 euros y el 24,9% se sitúa en la categoría 1.851 a 2.700 euros y, finalmente un 27,7% está en más de 2.700 euros (Figura 2).

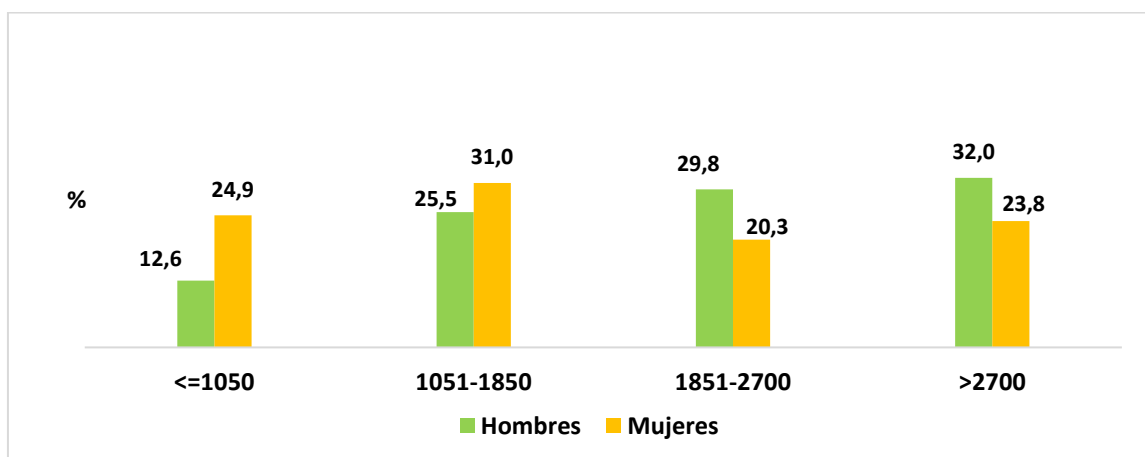
Figura 2. Distribución según franjas de ingresos mensuales netos en el hogar (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



*Se recoge el ingreso económico mensual neto por hogar

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

El mayor porcentaje en las mujeres, 31,0%, está en la categoría de ingresos de 1.051-1850 euros euros mensuales netos por hogar y en los hombres, con un 32,0%, en el intervalo de >2.700. En este nivel de ingresos más elevados el porcentaje de hombres es más de 8 puntos superior al de mujeres (Figura 3 y Tabla 4).

Figura 3. Distribución por franjas de ingresos en euros mensuales netos en el hogar y por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Tabla 4. Distribución de ingresos mensuales netos por hogar, totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<= 1050	127	19,0(16,2-22,0)	41	12,6(9,4-16,6)	86	24,9(20,6-29,7)	50	17,6(13,6-22,5)	40	16,7(12,6-21,9)	37	25,2(18,9-32,6)
1051-1850	190	28,4(25,1-31,2)	83	25,5(21,2-30,5)	107	31,0(26,3-36,1)	80	28,2(23,3-33,7)	68	28,4(23,1-34,5)	42	28,6(21,9-36,3)
1851-2700	167	24,9(21,8-28,3)	97	29,8(25,1-35,0)	70	20,3(16,4-24,8)	68	23,9(19,3-29,2)	63	26,4(21,2-32,2)	36	24,5(18,4-31,8)
>2700	186	27,8(24,5-31,3)	104	32,0(27,2-37,2)	82	23,8(19,6-28,5)	86	30,3(25,2-35,9)	68	28,4(23,1-34,5)	32	21,8(15,9-29,1)

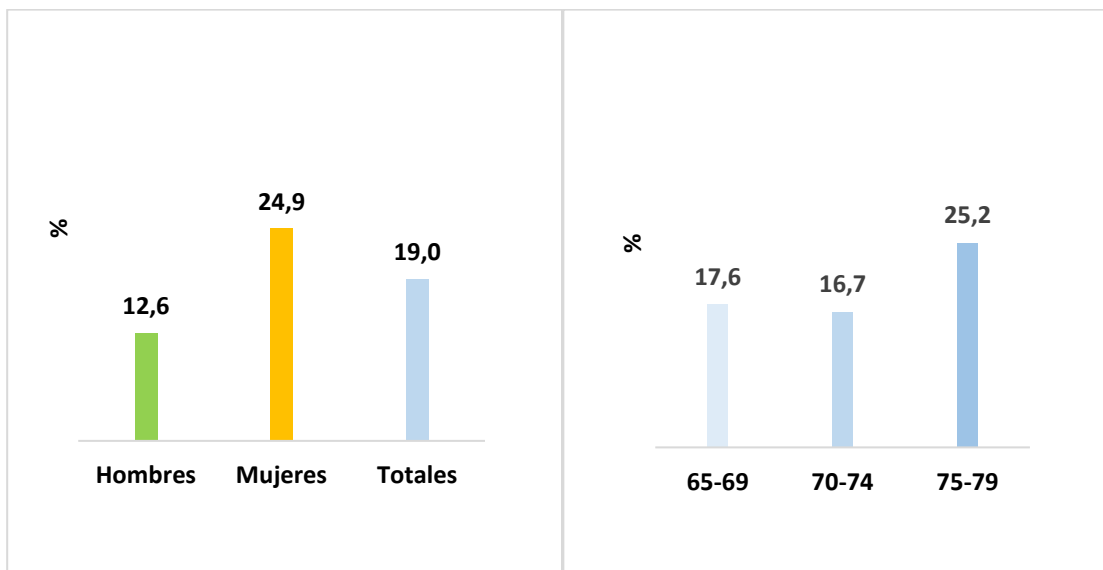
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la categoría con menores ingresos (menor o igual a 1.050 euros/mes), que incluye a casi un quinto de la población, y que en el grupo de mayor edad es incluso un cuarto. Por sexo, predominan las mujeres de modo significativo, siendo casi el doble de los hombres (24,9% frente a 12,6%) y por edad, el grupo de mayor edad (Tabla 4 y Figura 4).

El predominio de mujeres en el grupo de ingresos más bajos se puede observar en todas las variables sociodemográficas consideradas, y es máximo en la viudedad y si el país de nacimiento es distinto a España o en el nivel educativo más bajo. Por el contrario, el grupo minoritario en esta categoría de bajos ingresos se aprecia en hombres que refieren alto nivel educativo (3,3%) (Anexo Tabla 1).

En cuanto a quién realiza el aporte económico principal al hogar el 18,2% era su pareja, de los cuales y por sexo, en el 81,5% las personas que contestaban eran mujeres; un 51,1% eran ellos/as mismos/as, un 25,3% ambos, 2,7% resto de convivientes, un 0,2% dijo no tener ingresos y un 2,5% no contestó.

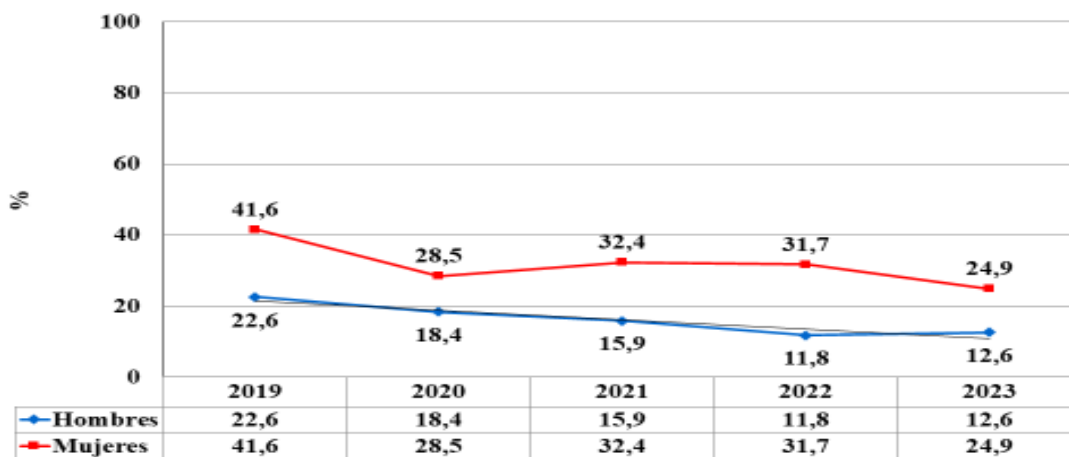
Figura 4. Distribución de población con ingresos mensuales netos por hogar en el intervalo de igual o menos de 1.050 euros, totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

En cuanto a la evolución de la proporción de personas con ingresos menores a 1.050 euros/mes, se mantiene el predominio en mujeres en todos los años y se aprecia un descenso de más del 40% en hombres en los dos últimos años respecto del inicio de la serie y, en las mujeres este descenso fue de algo más del 19% (Figura 5).

Figura 5. Evolución de población con ingresos mensuales netos por hogar menor o igual a 1.050 euros según sexo y año (%). Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

3.2. FACTORES DE RIESGO

3.2.1. Actividad física

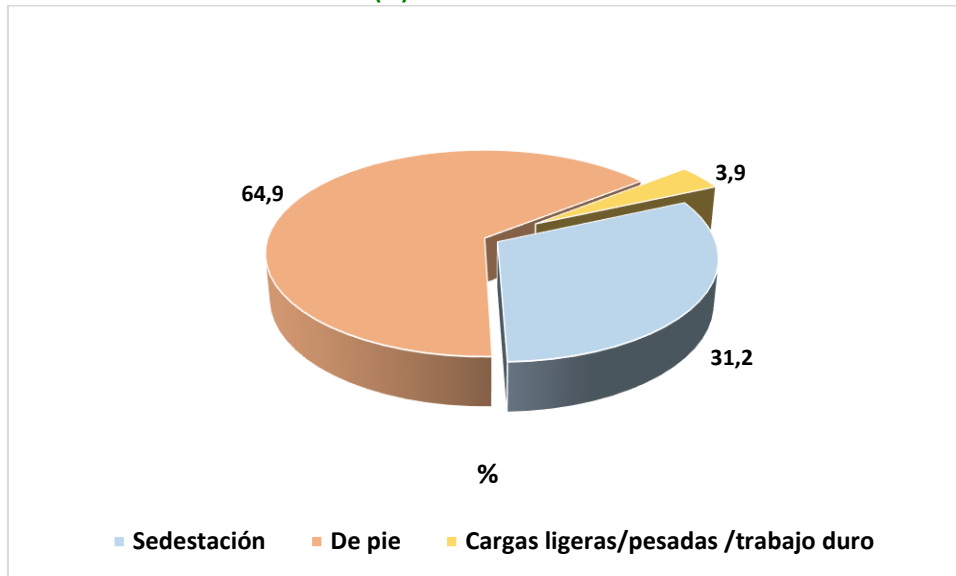
Revertir el tiempo sedentario en activo es un desafío en la promoción de la salud a nivel mundial, pues a medida que los países se desarrollan económicamente, los niveles de inactividad física aumentan. La actividad física (AF) aporta múltiples beneficios en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles como las cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer de mama y de colon. También previene la hipertensión, el sobrepeso y la obesidad y mejora la salud mental, la calidad de vida y el bienestar^{12, 13}. Los beneficios, además de sanitarios, son también sociales y económicos, contribuyendo a la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) para 2030; de hecho, la adopción de medidas normativas que propicien la AF está interconectada con 13 ODS. La OMS, en su actualización de las recomendaciones a 2020, ofrece un marco mundial para crear sociedades, entornos, poblaciones y sistemas más activos²³.

En las personas mayores, a los beneficios de la AF que se observan en otras edades, hay que añadir los específicos para este grupo como son la mejora en la movilidad, flexibilidad, resistencia cardiovascular, coordinación, fuerza y equilibrio. Las recomendaciones se basan en la revisión de las evidencias sobre sus efectos en salud específicos en la población mayor: prevención de caídas y de sus consecuencias, mejoría en la capacidad funcional, fragilidad y osteoporosis y mitigar así los efectos del sedentarismo, constituyendo la intervención más efectiva en la fragilidad, bien sola o acompañada con otras intervenciones¹²⁻¹³.

Para alcanzar beneficio en la salud se recomienda la realización de AF aeróbica (de 150 a 300 minutos semanales si es moderada, o de 75 a 150 minutos si es intensa o una combinación equivalente), actividades de fortalecimiento muscular (2 o más días a la semana) y una combinación de varias formas de ejercicio, aeróbico, de fortalecimiento muscular y de entrenamiento del equilibrio en lo que se denomina una sesión de AF multicomponente (3 o más días a la semana). Se obtienen mayores beneficios con 300 minutos por semana de actividad moderada o 150 minutos por semana de actividad intensa aeróbica o combinación equivalente. Aunque no se cumplan las recomendaciones, los beneficios ya se observan con alguna actividad. Se debe iniciar con pequeñas cantidades de ejercicio e ir incrementando gradualmente la frecuencia, intensidad y duración. Las personas mayores deben ser tan activas como lo permita su capacidad funcional con ajuste del ejercicio a su condición¹³.

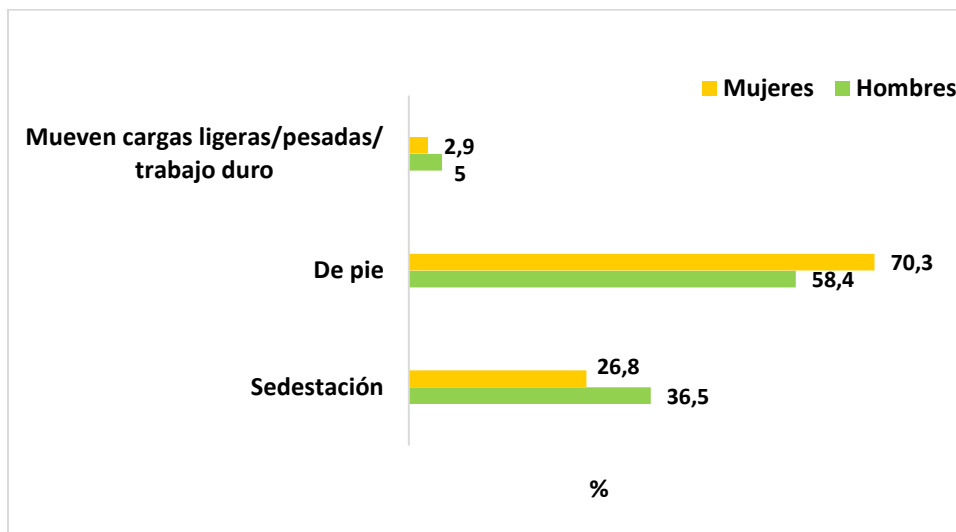
Sedentarismo en rutina habitual

Refieren estar la mayor parte del tiempo en sedestación en su rutina habitual el 31,2% y un 64,9% refieren estar de pie (Figura 6).

Figura 6. Actividad física en su rutina habitual (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Según sexo, el 36,5% de los hombres y el 26,8% de las mujeres están en sedestación en su actividad habitual, el 70,3% de las mujeres y el 58,4% de los hombres de pie, el resto en porcentajes inferiores mueven cargas ligeras o pesadas o realizan trabajo duro, como se ve en la Figura 7.

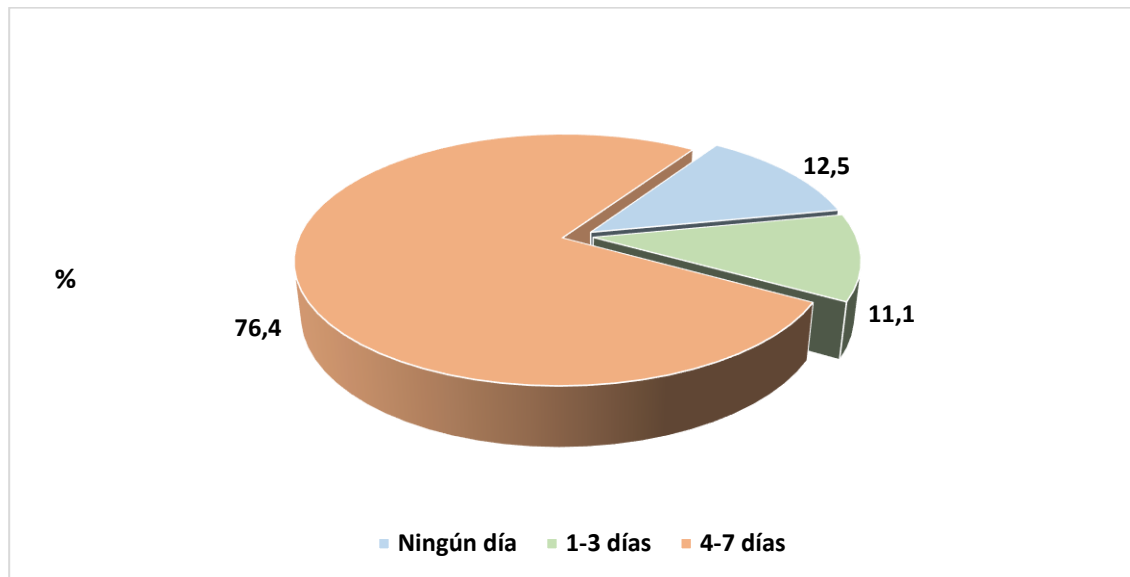
Figura 7. Actividad física en su rutina habitual por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Caminar

Se preguntó a los/las entrevistados/as cuántos días caminó al menos diez minutos seguidos en una semana normal (en el trabajo, en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, caminatas por recreo, deporte o ejercicio o placer). El 76,4% caminaron de 4 a 7 días a la semana, el 11,1% caminó de 1 a 3 días y un 12,5% no caminó ningún día (Figura 8).

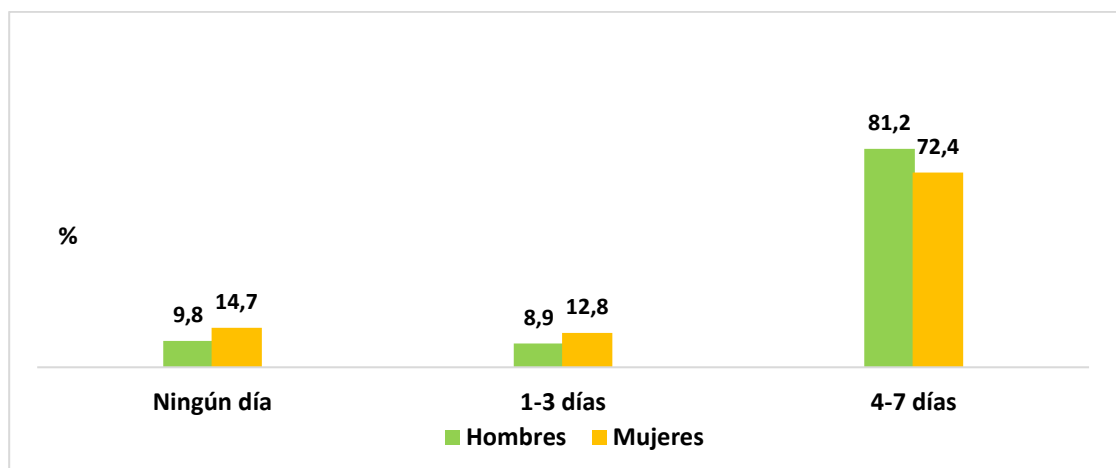
Figura 8. Caminar en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez, según número de días (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.



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

Según el número de días, no caminar ningún día o hacerlo un número insuficiente de días en los últimos 7 días fue más frecuente en las mujeres que en los hombres (Figura 9).

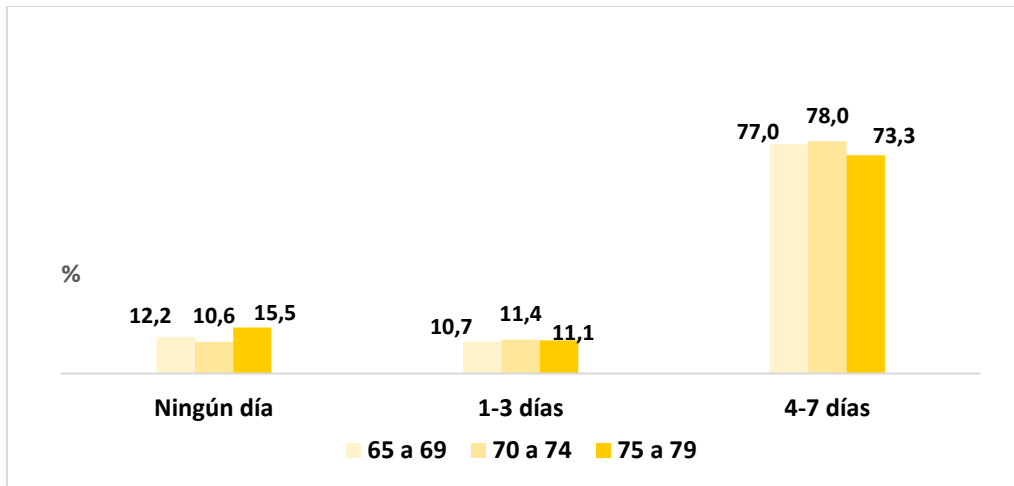
Figura 9. Caminar por número de días en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez (%), por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.



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

Según aumenta la edad descende el hábito de caminar, así un mínimo de 10 minutos cada vez, en la categoría 4 a 7 días pasa de un 77,0% en el grupo de 65 a 69 años, al 73,3% en el grupo de 75 a 79 años y, no hacerlo nunca, pasa de un 12,2% a un 15,5% (Figura 10).

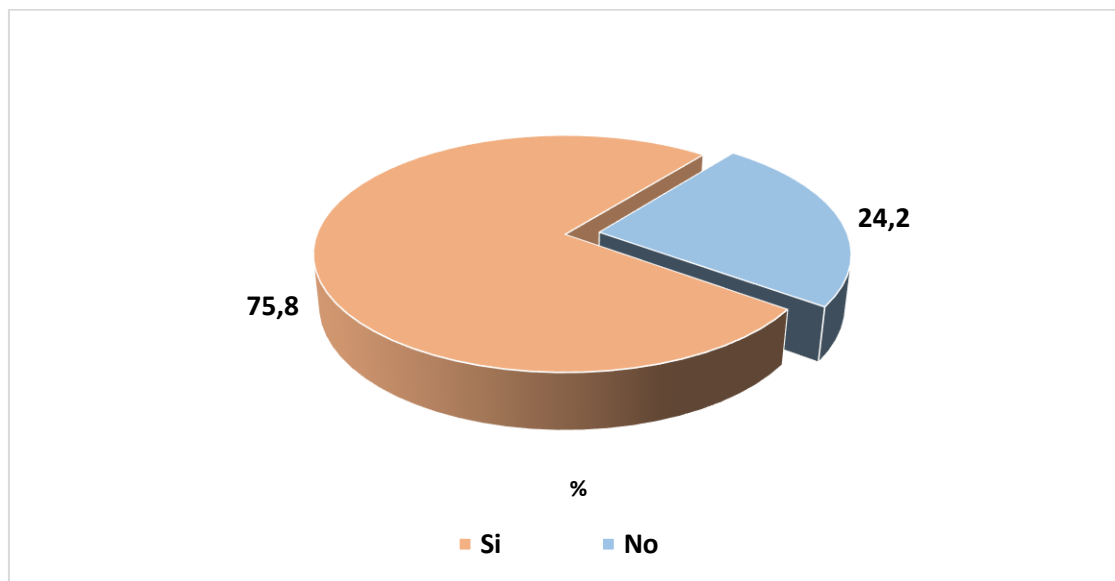
Figura 10. Caminar por número de días en los últimos 7 días al menos 10 minutos por vez, por edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.



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

Respecto al indicador de caminar 30 minutos al día mínimo en una o varias sesiones y, la mayoría de los días de una semana, es decir, de 4 a 7 días, respondieron afirmativamente el 75,8%, el resto o no caminaba en absoluto o lo hacía en frecuencia y/o tiempo insuficiente (Figura 11). Por sexo, en los hombres alcanza un 81,0% y en las mujeres un 71,6%, y el menor cumplimiento tiene lugar en el grupo de mayor edad (Tabla 5).

Figura 11. Caminar la mayoría de los días (4-7 días) en la última semana, 30 minutos al menos por día en una o varias sesiones (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.



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

Tabla 5. Caminar la mayoría de los días al menos 10 minutos seguidos y cumplimiento del indicador (%) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Camínaron la mayoría de días*	772	76,4(73,7-78,9)	372	81,2(77,4-84,5)	400	72,5(68,6-76,0)	308	77,0(72,6-80,9)	280	78,0(73,4-82,0)	184	73,3(67,6-78,3)
Cumplen Indicador**	766	75,8(73,1-78,4)	371	81,0(77,1-84,3)	395	71,6(67,7-75,2)	305	76,2(71,8-80,2)	279	77,7(73,1-81,7)	182	72,5(66,8-77,6)

*Camínaron en los últimos 7 días de 4 a 7 días y 10 minutos seguidos cada vez**Camínaron en los últimos 7 días la mayoría de los días (4 a 7 días) y al menos 30 minutos cada día en una o varias sesiones.

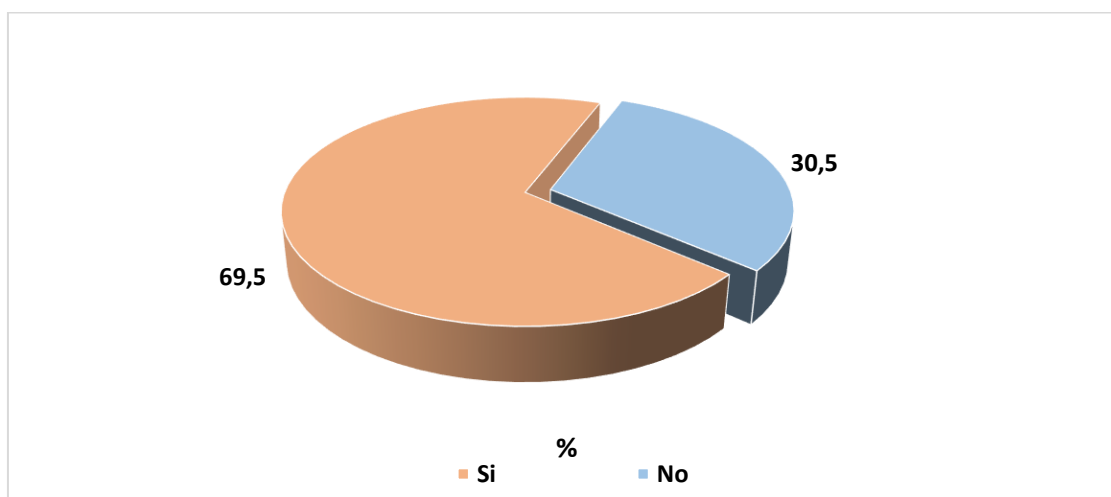
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Actividad física total (ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos)

Se considera la AF total: en ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos, diferenciando entre actividad de intensidad moderada o vigorosa tanto si la persona refiere que hace este tipo de actividad, como cuantificando el número de días en semana, frecuencia semanal, o duración en cada rutina, para valorar si alcanza la recomendación de beneficio para la salud.

Ejercicio aeróbico de intensidad moderada

Al ser preguntados/as por la realización semanal de ejercicio físico de intensidad moderada al menos 10 minutos cada vez, el 69,5% afirman realizarlo, valor mucho más elevado en hombres (73,8%) que en mujeres (65,9%); por edad, el 74,0% dentro del grupo de 65-69 años afirma realizar ejercicio de intensidad moderada, valor que disminuye con el aumento de la edad (Figura 12, Tabla 6).

Figura 12. Ejercicio físico de intensidad moderada (%) global. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Para medir el indicador de la OMS en el caso de AF total de intensidad moderada, su duración será de un mínimo de 150 minutos semanales repartidos en 4 o más días a la semana, al menos 10 minutos mínimos cada vez, indicando a la persona que nos referimos a por ejemplo caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras, es decir exige un esfuerzo físico que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca. El 52,0% hacen ejercicio moderado cumpliendo con el indicador de la OMS de beneficio para la salud; por sexo, 59,2% de los hombres y 45,8% de las mujeres, y por edad, el 57,0% de 65-69 años, el 49,3% de 70 a 74 años y el 47,4% de 75 a 79 años (Tabla 6).

Tabla 6. Ejercicio de intensidad moderada* y de cumplimiento del indicador de la OMS (%) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio de intensidad moderada*	702	69,5(66,6-72,2)	338	73,8(69,6-77,6)	364	65,9(61,9-69,8)	296	74,0(69,5-78,1)	244	68,0(63,0-72,6)	162	64,5(58,4-70,2)
Cumplimiento indicador OMS**	524	52,0(48,8-54,9)	271	59,2(54,6-63,6)	253	45,8(41,7-50,0)	228	57,0(52,1-61,8)	177	49,3(44,2-54,4)	119	47,4(41,4-53,5)

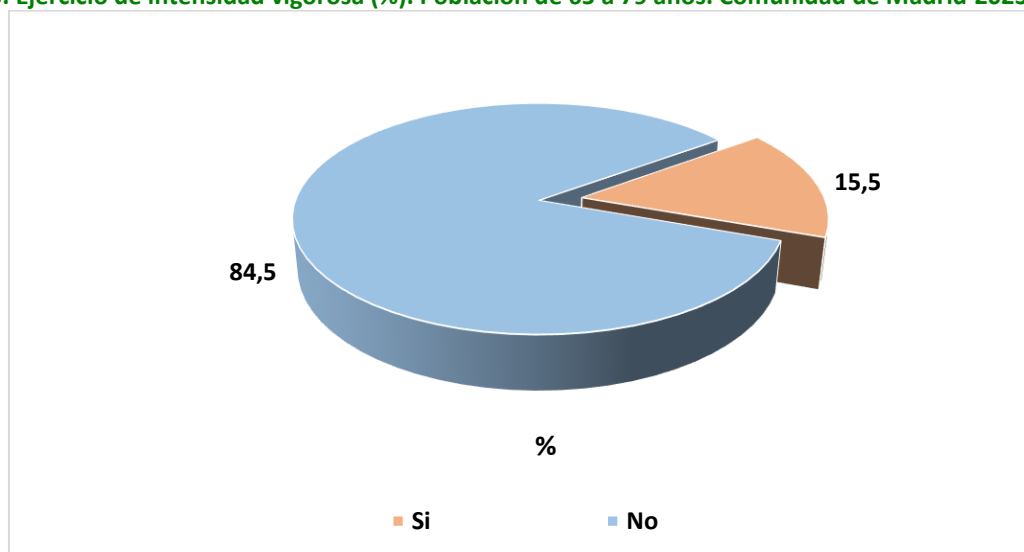
*Refieren realizar ejercicio semanal de intensidad moderada 10 minutos cada vez (respuestas sí o no) **Refieren realizar ejercicio aeróbico moderado un mínimo de 150 minutos al menos 4 días en semana y mínimo 10 minutos cada vez (con beneficio para la salud).

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

Ejercicio aeróbico intenso o vigoroso

Entendemos por ejercicio físico intenso o vigoroso, y así se indica a la persona encuestada, el que implicaría una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca, tales como correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos de construcción.

El 15,5% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a la realización de este tipo de ejercicio (Figura 13). Este porcentaje es mucho más elevado en hombres que en mujeres (19,4% y 12,1% respectivamente).

Figura 13. Ejercicio de intensidad vigorosa (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Los resultados para ejercicio intenso con cumplimiento de indicador de beneficio para la salud indican que un 8,4% del total de los/las entrevistados/as refieren realizar ejercicio intenso con una duración de 75 minutos o más semanales, un 12,0% de los hombres y un 5,4% de las mujeres. En los resultados por edad, se observa un gradiente de disminución de este tipo de ejercicio con el aumento de la edad (Tabla 7).

Tabla 7. Ejercicio intenso y de cumplimiento del indicador de la OMS (%) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.**

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ejercicio intenso*	156	15,5(13,4-17,8)	89	19,4(16,1-23,3)	67	12,1(9,7-15,2)	70	17,5(14,1-21,5)	53	14,8(11,5-18,8)	33	13,2(9,5-17,9)
Cumplimiento indicador OMS**	85	8,4(6,9-10,3)	55	12,0(9,3-15,3)	30	5,4(3,8-7,7)	40	10,0(7,4-13,3)	27	7,5(5,2-10,7)	18	7,2(4,6-11,1)

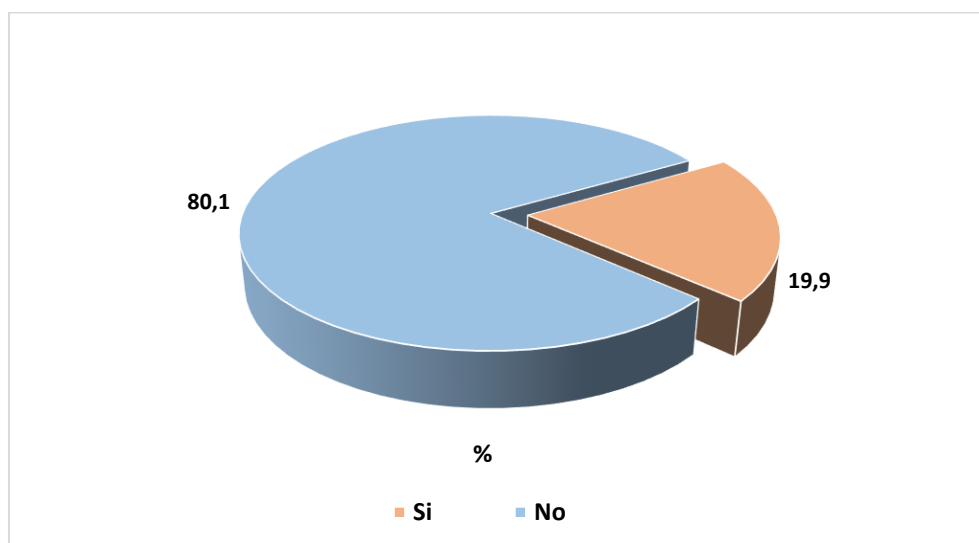
*Refieren realizar ejercicio físico intenso (respuestas sí o no) ** Refieren realizar ejercicio físico vigoroso o intenso un mínimo de 75 minutos semanales cualquier número de días y mínimo de 10 minutos cada vez

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

Desarrollo muscular

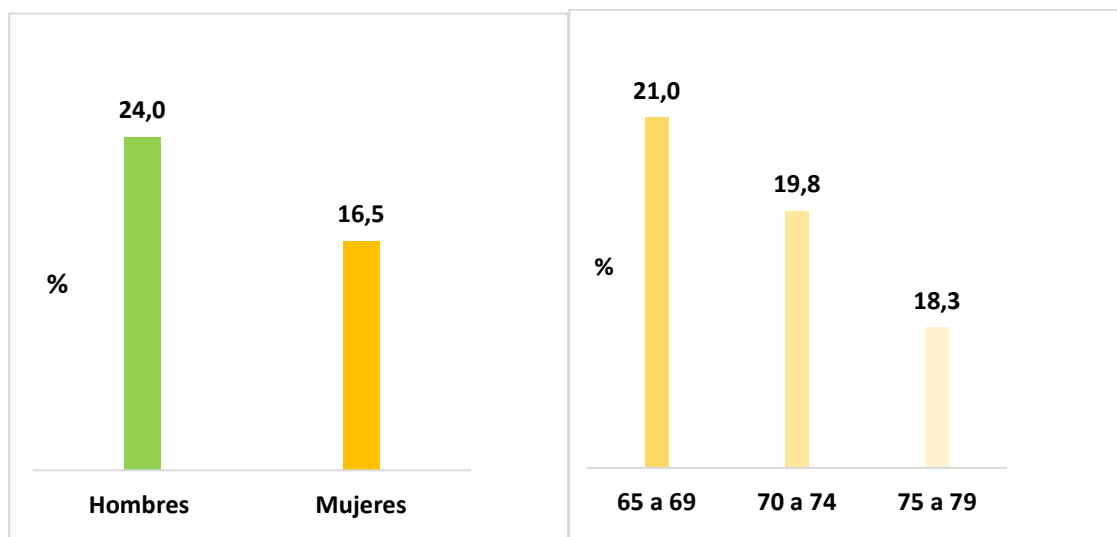
El envejecimiento lleva consigo cambios biológicos que tienden a la pérdida de fuerza y masa muscular de una forma progresiva y esto a su vez, favorece la fragilidad y pérdida de autonomía. Las recomendaciones indican la realización de actividades de fortalecimiento de grandes grupos musculares con una frecuencia de dos veces o más por semana¹³. En el grupo de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS) no se menciona el tiempo sino la repetición de 10 a 15 veces de cada ejercicio¹⁷.

El 19,9% afirmó realizar desarrollo muscular en una semana normal con aparato de gimnasia, pesas etc. Por tanto, la gran mayoría no realiza musculación (80,1%) (Figura 14).

Figura 14. Ejercicios de desarrollo muscular (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Por sexo, el ejercicio de desarrollo muscular se refiere en un 24,0% de los hombres y un 16,5% de las mujeres; por edad, un 21,0% en el grupo de 65 a 69 años, y un 19,8% en el grupo de 70 a 74 y, un 18,3% en el de 75 a 79 (Figura 15). En cuanto a la frecuencia de estos ejercicios, la gran mayoría de los que sí hacen musculación lo hacen una vez al día, dos o más días en semana y más de 10 minutos al día. Aun siendo un bajo porcentaje, la gran mayoría de este 19,9%, hacen musculación cumpliendo con el indicador de dos o más a la semana (92,5%) con cifras por el encima del 90% para ambos sexos y por grupos de edad (Tabla 8). Según características sociodemográficas, las elevadas cifras de falta de ejercicios de musculación se mantienen y se repiten para todas las variables estudiadas, observando además que este déficit es todavía mayor en las mujeres respecto de los hombres (Anexo Tabla 2).

Figura 15. Ejercicios de desarrollo muscular (%) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

Tabla 8. Ejercicios de desarrollo muscular y musculación 2 días o más/semana (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

	Sexo						Edad							
	2023		Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Desarrollo muscular*	201	19,9(17,5-22,5)	110	24,0(20,3-28,2)	91	16,5(13,6-19,8)	84	21,0(17,3-25,3)	71	19,8(16,0-24,2)	46	18,3(14,0-23,6)		
Musculación 2 días**	186	92,5(88,0-95,8)	103	93,6(87,3-97,4)	83	91,2(83,4-96,1)	77	91,7(83,6-96,6)	66	93,0(84,3-97,7)	43	93,5(82,1-98,6)		

*Afirmaron realizar musculación. **Porcentaje dentro de los que realizan musculación que lo hacen 2 días o más en semana.

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

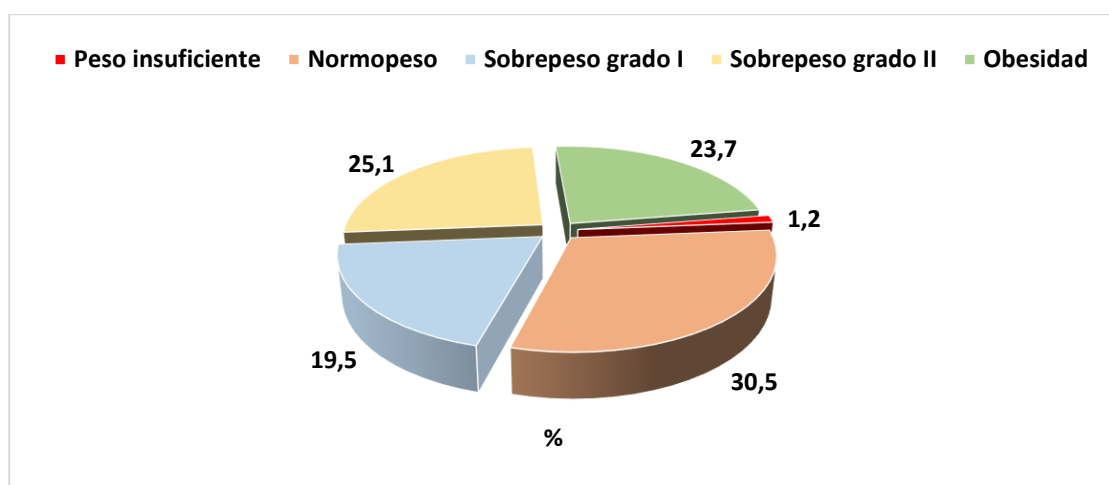
En cuanto a la evolución desde 2019 de la prevalencia de indicadores de ejercicio físico, el cumplimiento del indicador “caminar” muestra un incremento en 2020 y se mantiene hasta 2023 en hombres y, desciende en mujeres. En el sedentarismo en actividad habitual, se incrementa la prevalencia en 2023 respecto del año anterior en ambos sexos. En cuanto a la realización de actividad moderada o intensa, la evolución experimentó un descenso en 2023 en relación al año anterior, mientras que la actividad intensa mantiene sus niveles en el último año respecto del anterior. En el caso de desarrollo muscular se encuentran los valores más altos de la serie. (Figura 16).

3.2.2. 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 adiposidad¹⁴. En el SIVFRENT, el IMC se estima a partir del peso y talla autodeclarados por la persona entrevistada. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad¹⁴.

Se clasifican en normopeso el 30,5% del total, en sobrepeso grado I el 19,5%, sobrepeso II el 25,1%, obesidad el 23,7% y con peso insuficiente el 1,2% (Figura 17). Por sexo, la distribución de normopeso predomina en mujeres (37,1% frente a 27,7%); la prevalencia en obesidad muestra cifras similares, mientras que el sobrepeso I y II predomina en hombres (50,5% frente a un 39,4% en mujeres) (Figura 17 y Tabla 9).

Figura 17. IMC global en grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Tabla 9. Obesidad, sobrepeso I y II, normopeso y peso insuficiente por sexo (%), edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Peso insuficiente IMC <18,5 kg/m ²	12	1,2(0,7-2,2)	0	0	12	2,3(1,3-4,0)	4	1,0(0,4-2,7)	6	1,7(0,7-3,8)	2	0,8(0,2-3,4)
Normopeso: 18,5 kg/m ² IMC <25 kg/m ²	296	30,5(27,7-33,5)	116	25,8(22,0-30,0)	180	34,6(30,7-38,8)	111	28,8(24,5-33,5)	115	32,9(28,2-37,8)	70	29,9(24,3-36,1)
Sobrepeso grado I: 25 kg/m ² IMC <27 kg/m ²	189	19,5(17,1-22,1)	88	19,6(16,1-23,5)	101	19,4(16,2-23,0)	74	19,2(15,6-23,4)	67	19,1(15,3-23,6)	48	20,5(15,8-26,2)
Sobrepeso grado II: 27 kg/m ² IMC <30 kg/m ²	243	25,1(22,4-27,9)	139	30,9(26,8-35,3)	104	20,0(16,8-23,7)	98	25,4(21,3-30,0)	83	23,7(19,6-28,4)	62	26,5(21,3-32,5)
Obesidad: IMC ≥30 kg/m ²	230	23,7(21,1-26,5)	107	23,8(20,1-27,1)	123	23,6(20,2-27,5)	99	25,7(21,5-30,3)	79	22,6(18,5-27,3)	52	22,2(17,4-27,9)

* Peso insuficiente: IMC <18,5 kg/m², Normopeso: IMC 18,5 kg/m²-<25 kg/m², Sobrepeso grado I: IMC 25 kg/m²-<27 kg/m², Sobrepeso grado II: IMC 27 kg/m²-<30 kg/m², Obesidad: IMC ≥30 kg/m²

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

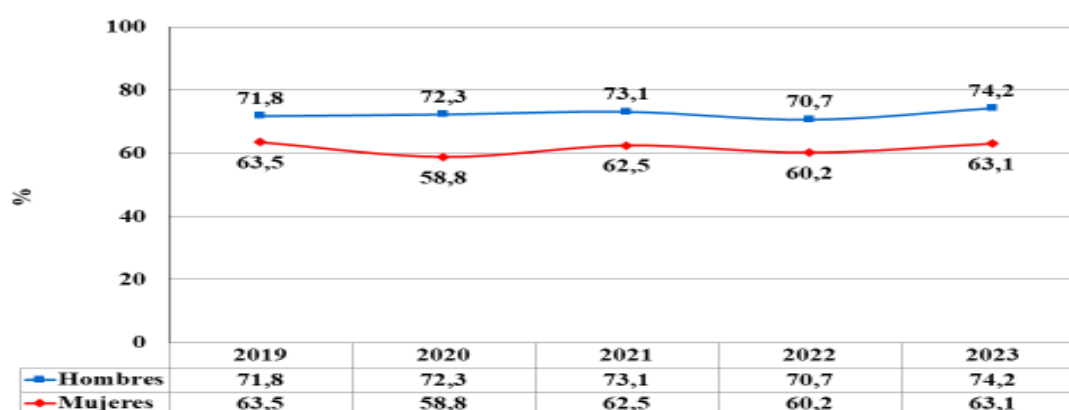
La prevalencia de exceso de peso (obesidad y los dos grados de sobrepeso) fue del 68,2%, mucho más elevada en hombres respecto de las mujeres, a expensas de mayores cifras de sobrepeso; por edad, no se observa gradiente significativo (Tabla 10).

Tabla 10. Obesidad y sobrepeso grados I y II (%) por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Normopeso/Peso insuficiente	308	31,7(28,9-34,7)	116	25,8(22,0-30,0)	192	36,9(32,9-41,1)	115	30,0(25,5-34,5)	121	34,6(29,9-39,6)	72	30,8(25,1-37,0)
Obesidad y sobrepeso I y II	662	68,2(65,3-71,1)	334	74,2(70,0-78,0)	328	63,1(58,9-67,1)	271	70,2(65,5-74,5)	229	65,4(60,4-70,1)	162	69,2(63,0-74,9)

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

En cuanto a la evolución de la prevalencia de exceso de peso, se mantienen las cifras desde el inicio de este sistema de vigilancia (Figura 18).

Figura 18. Exceso de peso, obesidad y sobrepeso grados I y II (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019 a 2023.

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

Se observa un gradiente de mayor exceso de peso a medida que baja el nivel educativo y el nivel de ingresos. Los niveles máximos de exceso de peso se observan en hombres con origen distinto a España (83,8%), viudos (82,1%), de nivel educativo "primarios o menos" (81,4%) y por nivel de ingreso menor a 1.050 euros/mes (77,5%). La menor prevalencia se observa en las mujeres de nivel educativo universitario con el 47,9% y un 52,5% en el rango de nivel de ingresos más elevado mayor a 2700 euros al mes por hogar (Anexo Tabla 3).

3.2.3. Alimentación

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche fue aproximadamente 1,1 raciones/día, el 18,1% de los encuestados no había ingerido ninguna cantidad, y realizaron algún consumo de leche el 81,9% (Tabla 11). Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementó a 1,7 raciones diarias, con algún consumo al día en el 91,8% (Tabla 12). La proporción de personas que en las últimas 24 horas no había consumido dos o más raciones de lácteos fue un 51,1% en hombres y un 39,3% en mujeres.

Fruta y verduras

La ingesta media de fruta fresca fue 1,6 raciones/día. El 14,6% no consumió ninguna fruta diariamente, el 67,3% solo consumió una o dos frutas, y refieren algún consumo el 85,3% (Tabla 11). La ingesta media de verduras fue 1,2 raciones/día. Por tanto, durante las últimas 24 horas la ingesta media per cápita de verduras y fruta fresca conjuntamente fue 2,8 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 o verduras al día. Valorando conjuntamente la ingesta de estos alimentos se observó que un 4,5% de no había consumido ninguna ración de verduras o fruta fresca a lo largo del día, el 39,9 % (41,7% de los hombres y 38,4% de las mujeres) no llegó a consumir tres raciones/día y el 10,2 % había tomado las cinco o más raciones/día recomendadas. Por sexo, el cumplimiento es menor en los hombres (8,1%) que en las mujeres (12,0%); por nivel educativo no existen diferencias; el menor porcentaje se observa en hombres con los ingresos más bajos (2,4%) y el máximo en mujeres con los ingresos más elevados (15,8%) (Anexo Tabla 4).

Carne y derivados

La ingesta media de productos cárnicos fue de 1,2 raciones/día, donde la carne aportó 0,7 raciones siendo el resto derivados (principalmente embutidos). La mayoría de los/las entrevistados/as, el 76,5%, había consumido algún alimento de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 11). La proporción global de personas que consumieron dos o más raciones de productos cárnicos fue de 30,9%, con ligera diferencia entre hombres (33,0%) y mujeres (29,2%). Este consumo parece mantenerse con el aumento de la edad. Por nivel educativo o por nivel de ingresos no se observan diferencias significativas y se mantiene en aproximadamente un tercio de la población; se muestra ligeramente superior en los hombres respecto de las mujeres en todas las variables sociodemográficas, proporción que se invierte en el estado civil de soltería, separación o divorcio (Anexo Tabla 5).

Tabla 11. Algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas (%), totales, por sexo y edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO						EDAD					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	
Leche	827	81,9(79,4-84,1)	381	83,2(79,5-86,3)	446	80,8(77,3-83,9)	310	77,5(73,1-81,3)	308	85,8(81,8-89,1)	209	83,3(78,1-87,4)
Leche y derivados	927	91,8(89,9-93,3)	425	92,8(90,0-94,8)	502	90,9(88,2-93,1)	355	88,7(85,2-91,5)	343	95,5(92,8-97,3)	229	91,2(87,0-94,2)
Arroz	144	14,3(12,2-16,5)	56	12,2(9,5-15,6)	88	15,9(13,1-19,2)	62	15,5(12,3-19,4)	50	13,9(10,7-17,9)	32	12,7(9,1-17,5)
Pasta	102	10,1(8,4-12,1)	53	11,6(8,9-14,8)	49	8,9(6,8-11,5)	49	12,2(9,4-15,8)	31	8,6(6,1-12,1)	22	8,8(5,9-12,9)
Verdura	809	80,1(77,5-82,4)	356	77,7(73,7-81,3)	453	82,1(78,6-85,0)	323	80,7(76,6-84,3)	284	79,1(74,6-83,0)	202	80,5(75,1-85,0)
Fruta fresca	862	85,3(83,0-87,4)	382	83,4(79,7-86,5)	480	87,0(83,9-89,5)	329	82,2(78,2-85,7)	313	87,2(83,3-90,3)	220	87,6(82,9-91,2)
Legumbres	251	24,8(22,3-27,6)	128	27,9(24,0-32,3)	123	22,3(19,0-25,9)	97	24,2(20,3-28,7)	97	27,0(22,7-31,8)	57	22,7(17,9-28,3)
Carne	611	60,5(57,4-63,5)	272	59,4(54,8-63,8)	339	61,4(57,3-65,4)	252	63,0(58,1-67,6)	208	57,9(52,8-62,9)	151	60,2(54,0-66,0)
Carne y derivados	773	76,5(73,8-79,0)	357	77,9(73,9-81,5)	416	75,4(71,6-78,8)	306	76,5(72,1-80,4)	276	76,9(72,2-81,0)	191	76,1(70,5-80,9)
Huevos	301	29,8(27,0-32,7)	132	28,8(24,8-33,1)	169	30,6(26,9-34,6)	115	28,7(24,5-33,4)	111	30,9(26,3-35,9)	75	29,9(24,6-35,8)
Pescado	472	46,7(43,7-49,8)	227	49,6(45,0-54,1)	245	44,4(40,3-48,6)	191	47,7(42,9-52,6)	177	49,3(44,1-54,5)	104	41,4(35,4-47,7)
Dulces	407	40,3(37,3-43,4)	188	41,0(36,6-45,6)	219	39,7(35,7-43,8)	148	37,0(32,4-41,8)	154	42,9(37,8-48,1)	105	41,8(35,9-48,1)

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

Pescado

La ingesta media per cápita es de 0,5 raciones/día. El 46,7% de las personas entrevistadas había consumido pescado en las últimas 24 horas (incluyendo moluscos, crustáceos y conservas), un 44,4% en mujeres y un 49,6% en hombres. Este consumo no presenta grandes variaciones por grupos de edad.

Dulces y bollería

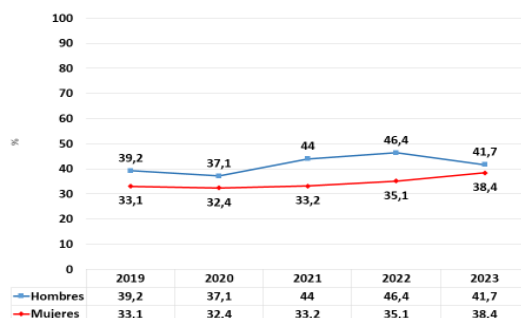
Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media fue 0,5 raciones/día y el 40,3% de las personas entrevistadas había consumido algún producto de este grupo en las últimas 24 horas (Tabla 11). El 15,8% consumieron dos o más raciones al día sin diferencia por sexo.

Otros alimentos

La ingesta media de pan fue 1,6 raciones diarias, en hombres 1,7 y en mujeres 1,5; la de arroz y pasta conjuntamente fue 0,2 raciones/día (lo que equivale a 1,4 raciones/semana), la de legumbres 0,2 raciones/día (en torno a 1,4 raciones/semana) y la de huevos fue poco menos de 0,3 raciones/día (unas 2,1 raciones a la semana). Un 12,4% mencionó tomar refrescos, este consumo se concentra mayoritariamente en la comida y la cena.

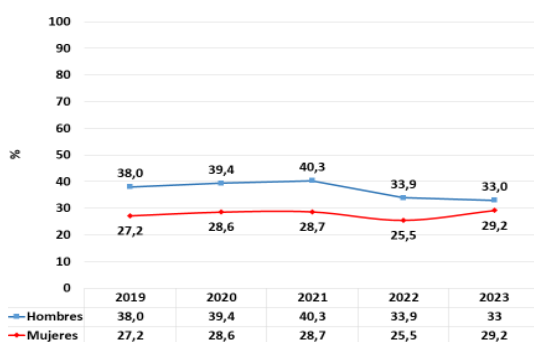
En la Figura 19 se observa que el escaso consumo en frutas y/o verduras se mantiene a lo largo de la serie, aunque con un descenso en el último año en hombres y aumento en mujeres. El consumo cárnico de 2 o más raciones diarias afecta aproximadamente a un tercio de la población con un ligero descenso en el último año. Por sexo, en hombres se mantienen cifras más altas en toda la serie observándose una tendencia al descenso en hombres y aumento en mujeres (Figuras 19 y 20).

Figura 19. Evolución del consumo de frutas y/o verduras < 3 raciones/día (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019 a 2023.



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

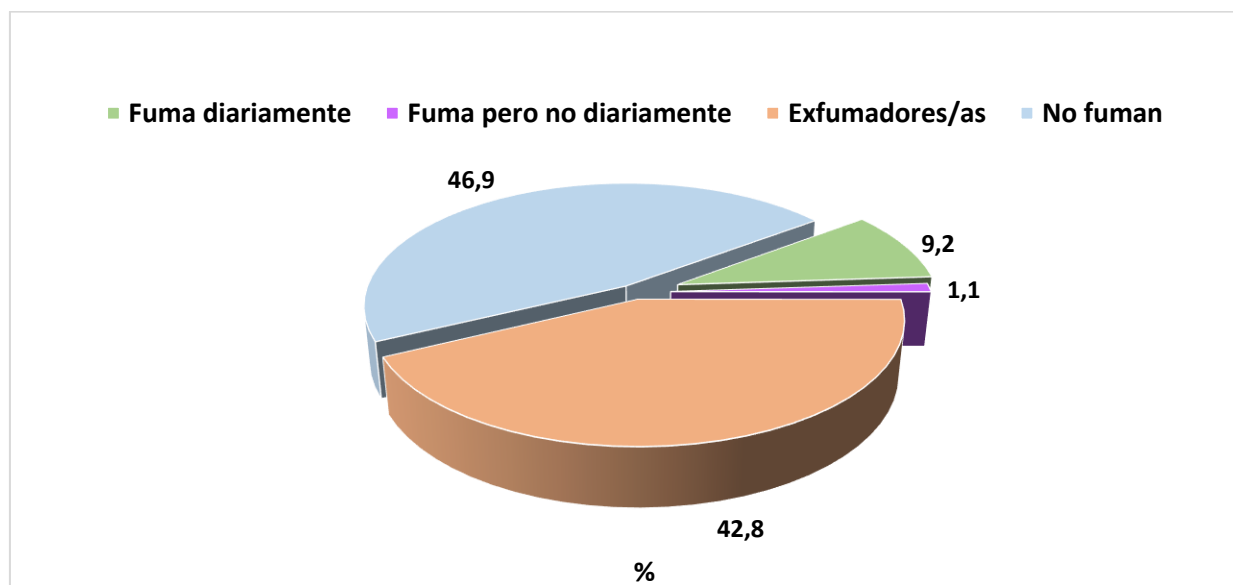
Figura 20. Evolución del consumo de carne y/o productos cárnicos ≥ 2 raciones/día. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

3.2.4. Consumo de tabaco

En el año 2023 el 10,3 % refiere ser fumadores/as habituales, un 9,2% diarios y un 1,1% ocasionales; el 42,8% eran exfumadores/as y un 46,9% no habían fumado nunca (Figura 21).

Figura 21. Distribución según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

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

La prevalencia de fumadores/as ocasionales o diarios y el consumo de 20 cigarrillos o más al día no ofrecen diferencias por sexo, aunque es ligeramente más elevada en mujeres y sí hay una disminución significativa por edad. El 63,5% de los hombres declara haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida frente al 44,4% de las mujeres (Tabla 12).

Tabla 12. Fumadores/as y abandono del consumo de tabaco (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid 2023.

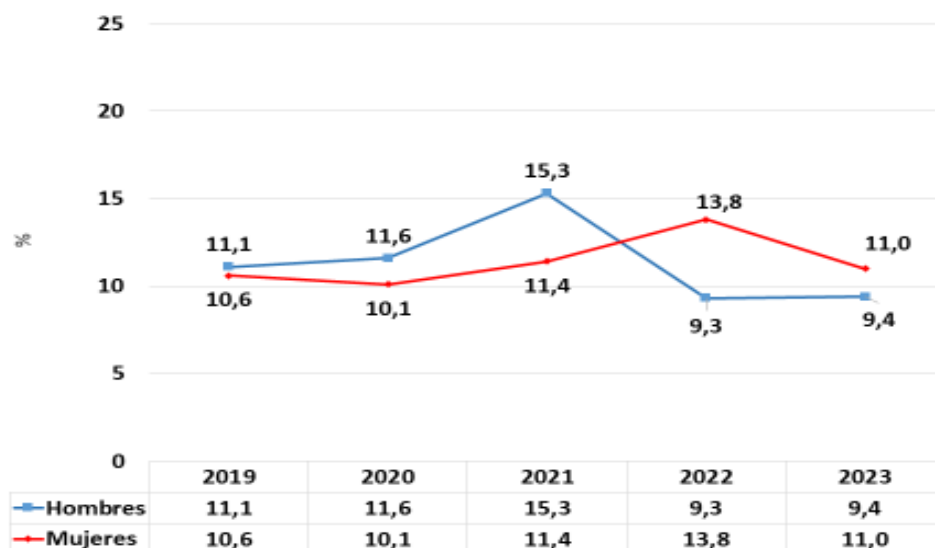
	Total		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Ha fumado >100 cigarrillos en la vida	536	53,1(50,1-56,0)	291	63,5(59,0-67,8)	245	44,4(40,4-48,4)	243	60,7(55,9-65,4)	195	54,3(49,2-59,3)	98	39,0(33,4-45,0)
Fumadores/as actuales(a)	104	10,3(8,6-12,3)	43	9,4(7,0-12,4)	61	11,0(8,7-13,9)	51	12,7(9,8-16,4)	40	11,1(8,3-14,8)	13	5,2(3,0-8,7)
Fumadores/as diarios	93	9,2(7,6-11,1)	38	8,3(6,1-11,2)	55	10,0(7,7-12,8)	47	11,7(8,9-15,3)	33	9,2(6,6-12,7)	13	5,2(3,0-8,7)
Consumo de 20 ó más cigarrillos	29	2,9(2,0-4,1)	14	2,5(1,5-4,2)	15	3,3(2,0-5,4)	13	3,2(1,9-5,5)	13	3,6(2,1-6,1)	3	1,2(0,4-3,6)

(a) Fumador/a ocasional o diario

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Un 26,9% de las personas fumadoras había hecho algún intento serio para dejar de fumar en los últimos 12 meses, en el que consiguieron estar al menos 24 horas sin hacerlo. Por características sociodemográficas, según estado civil el consumo es mayor en el grupo de separación o divorcio, destacando en esta categoría la gran diferencia por sexo (9,8% en hombres y 21,3% en mujeres) siendo en esta misma categoría, para las mujeres, el porcentaje más alto de las características sociodemográficas analizadas. En hombres, la mayor prevalencia se observa en el grupo de menores ingresos, mostrando por esta variable un gradiente significativo. Para el conjunto de la población y según ingresos económicos, el consumo muestra un porcentaje algo mayor en el nivel medio de ingresos, 1.051-1.850 euros netos/mes, con un 14,2% (Anexo Tabla 6).

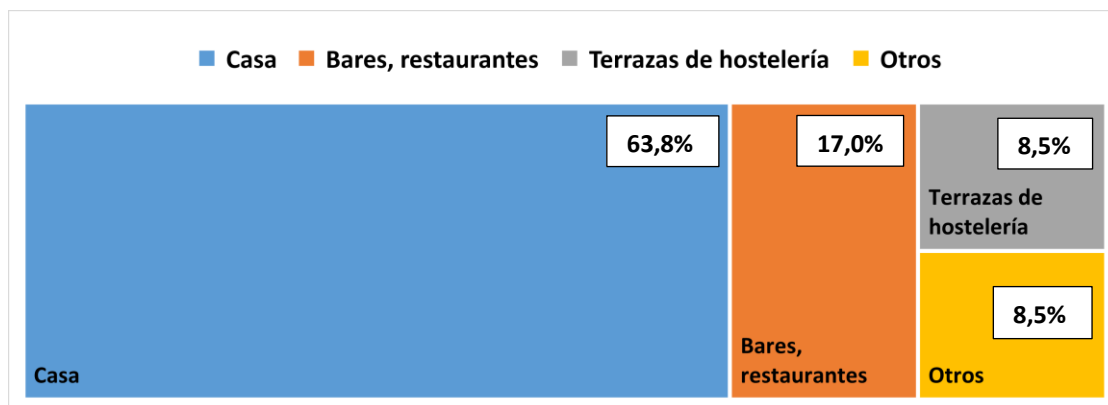
En la evolución de la prevalencia de fumadores/as actuales se observa tras la elevación del año 2021, un descenso en hombres e incremento en mujeres; el consumo en las mujeres es mayor al de los hombres en los dos últimos años de la serie y en ambos afecta aproximadamente a un décimo de la población (Figura 22).

Figura 22. Evolución de fumadores/as actuales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2019 a 2023.

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Exposición pasiva al humo del tabaco

Un 95,2% refirió no estar expuesto/a al humo de tabaco nunca o casi nunca, un 2,2% que la exposición al tabaco diaria era menor a 1 hora, y un 2,5% que estaba expuesto/a entre 1 hora a más de 5 horas al día. El lugar de exposición de este 4,7%, es en un 63,8% en casa y en segundo lugar en bares o restaurantes con un 17,0%, terrazas de instalaciones hosteleras 8,5% y otros un 8,5% (Figura 23).

Figura 23. Lugares de exposición pasiva al humo de tabaco. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.

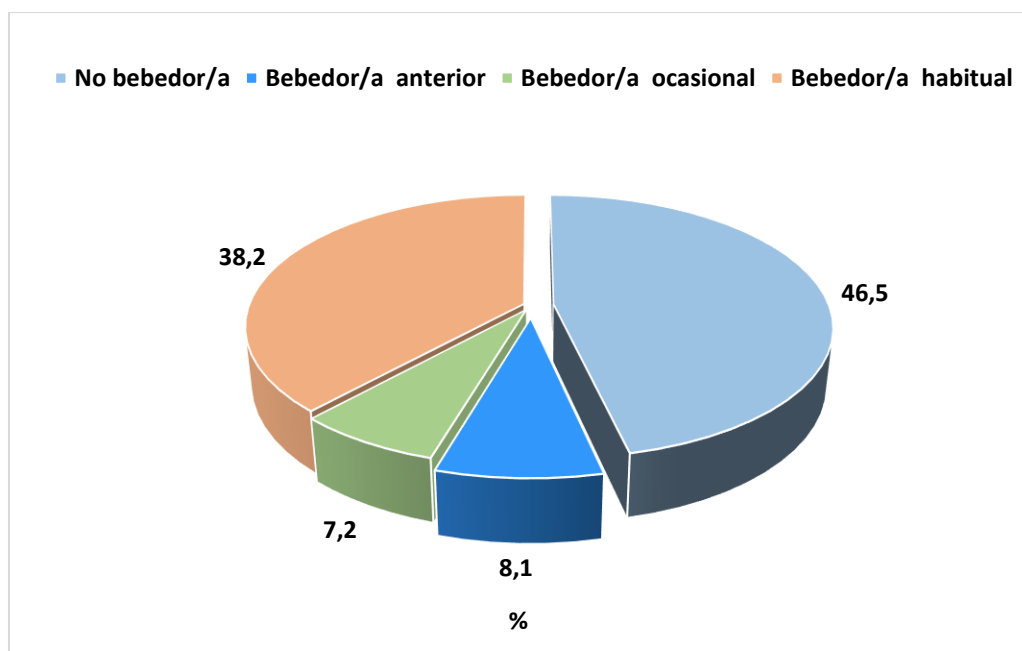
Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.2.5. Consumo de alcohol

En la población de 65 a 79 años, la proporción de consumo de alcohol según frecuencia en la categoría de bebedores habituales (personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días), supone un 38,2%, siendo esta situación dos veces más frecuente en hombres, 55,0%, que, en mujeres, 24,3%. El resto de categorías muestra: un 7,2% de bebedores ocasionales (consumo menor de una vez por semana en los últimos 30 días), y un 54,6% de no bebedores/as en la actualidad (ninguna vez en los últimos 30 días). De estos, un 8,1% de ellos se clasifican como bebedores anteriores, es decir, los que dijeron no beber en la actualidad, pero haber bebido con una frecuencia variable y un

45,5% no bebedores (Figura 24 y Tabla 13). Por edad los porcentajes disminuyen considerablemente en el grupo de los más mayores.

Figura 24. Distribución según frecuencia de consumo de alcohol (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid 2023.



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

Tabla 13. Bebedores/as habituales, y de test de CAGE positivo (%). Población de 65 a 79. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total		Sexo				Edad					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Bebedores habituales*	386	38,2(35,4-41,1)	252	55,0(50,5-59,5)	134	24,3(20,9-28,0)	165	41,2(36,8-45,9)	149	41,5(36,7-46,4)	72	28,7(23,7-34,2)
Test CAGE 1 a 4 respuestas positivas	89	8,8(7,3-10,7)	78	17,0(13,8-20,8)	11	2,0(1,1-3,6)	40	4,5(3,6-5,4)	34	3,8(2,9-4,8)	15	16,8(10,8-25,4)
Test CAGE 2 0 más respuestas positivas	28	2,8(1,9-4,0)	24	5,2(3,5-7,7)	4	0,7(0,3-1,9)	14	3,5(2,1-5,8)	9	2,5(1,3-4,7)	5	2,0(0,8-4,5)

* Ha consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días.

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

De acuerdo con el resultado obtenido en el test de CAGE¹⁵, test que consta de 4 preguntas y estima el consumo problemático de alcohol (≥ 2 positivas), este se alcanza en el 5,2% de los hombres y en el 0,7% de las mujeres; en un 8,8% de la población se detectó respuesta positiva a cualquiera de las 4 preguntas con una gran diferencia por sexo (17,0 % de los hombres y 2,0% de las mujeres) (Tabla 13).

Según características sociodemográficas, el predominio de prevalencia de CAGE con alguna respuesta positiva en hombres respecto a mujeres se mantiene para todas las variables con amplia diferencia; el valor más alto es para hombres del más alto nivel económico (24,0%) y el menor es en mujeres de este mismo nivel de ingresos que no obtuvo ningún caso junto con las mujeres solteras. Destaca un gradiente significativo en hombres con incremento de la prevalencia con el aumento del nivel educativo y un aumento en el nivel más alto de ingresos (Anexo Tabla 7).

Prevalencias de consumo de alcohol en gramos/día y niveles de riesgo

Según la revisión más actualizada de la evidencia científica, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro, no consumirlo es lo único que evita sus efectos perjudiciales y en ningún caso debe recomendarse su consumo para mejorar la salud¹⁶.

El consumo en gramos de alcohol al día, se calcula a partir de las Unidades Básicas de Bebida (UBB): 10 g equivale a beber 1 chupito (40% de alcohol), 30 ml, o media copa de vino (10% de alcohol), 125 ml, o 1 caña (5% de alcohol), 250 ml. La actualización de los niveles de riesgo según gramos/día permite diferenciar cuatro categorías¹⁶ que se utilizan en este informe. El nivel denominado “alto riesgo” (≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres) equivale al “consumo promedio de riesgo” de informes anteriores del SIVFRENT, y es el indicador empleado para la evolución anual de prevalencia de consumo.

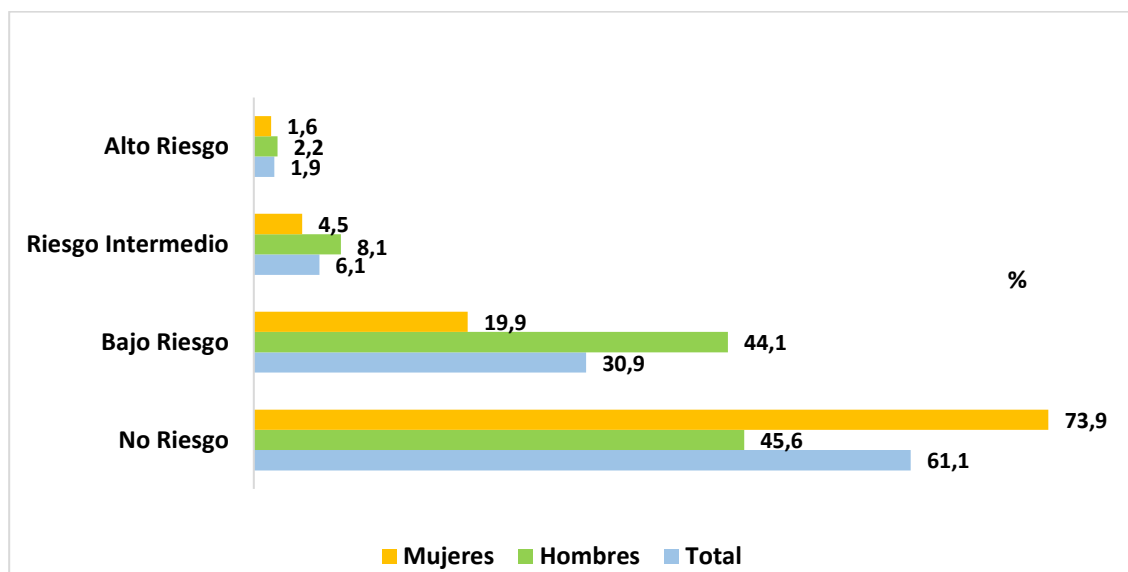
El 61,1% de esta población refiere no consumir o un consumo no diario. El 30,9%, se encuentra en el nivel de bajo riesgo, un 6,1% en riesgo intermedio y, el 1,9% en niveles de alto riesgo. Por sexo, las mujeres mayoritariamente están en el nivel de no consumo con una diferencia considerable respecto de los hombres y, la mayoría de los hombres se sitúa en el consumo de bajo riesgo (44,1% frente al 19,9% en mujeres). Para los niveles intermedios y de alto riesgo los niveles son más elevados en hombres (Tabla 14 y Figura 25).

Tabla 14. Consumo de alcohol por niveles de riesgo según gramos/día (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total		Hombres			Mujeres		
	n	%(IC95%)	Alcohol gr/día	n	%(IC95%)	Alcohol g/día	n	%(IC95%)
No Riesgo	617	61,1(58,0-64,1)	0 g/día	209	45,6(41,0-50,3)	0 g/día	408	73,9(70,0-77,5)
Bajo Riesgo	312	30,9(28,1-33,8)	>0-20 g/día*	202	44,1(39,5-48,8)	>0-<=10 g/día*	110	19,9(16,7-23,5)
Riesgo Intermedio	62	6,1(4,7-7,8)	>20-<40 g/día	37	8,1(5,7-11,0)	>10-23 g/día	25	4,5(2,9-6,6)
Alto Riesgo	19	1,9(1,1-2,9)	>=40g/día**	10	2,2(1,2-4,0)	>=24 g/día**	9	1,6(0,7-3,1)

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

La distribución por edad muestra cifras similares en los tres grupos y para todas las categorías de consumo (Tabla 15).

Figura 25. Consumo de alcohol en gramos/día según niveles de riesgo* por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

*No Riesgo: H y M: 0 g/día; Bajo Riesgo: H >0-≤20 g/día, M >0-≤10 g/día; Riesgo Intermedio: H >20-<40 g/día, M >10-<24 g/día; Alto Riesgo: H ≥40g/día M ≥24 g/día

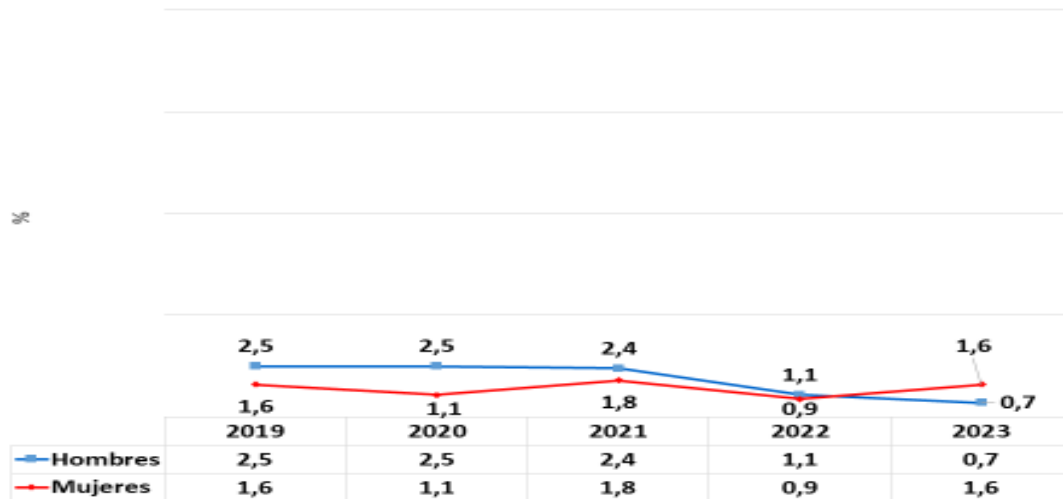
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor(SIVFRENT-M).

Tabla 15. Consumo de alcohol por niveles de riesgo según gramos/día, por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
No Riesgo	251	62,7(59,5-65,9)	225	62,7(59,0-66,2)	143	57,0(52,9-61,0)
Bajo Riesgo	123	30,7(27,4-34,3)	105	29,2(25,5-33,3)	82	32,7(28,2-37,5)
Riesgo Intermedio	20	5,0(3,3-7,6)	20	5,6(3,7-8,4)	22	8,8(5,9-12,8)
Alto Riesgo	6	1,5(0,7-3,3)	9	2,5(1,3-4,7)	4	1,6(0,6-4,1)

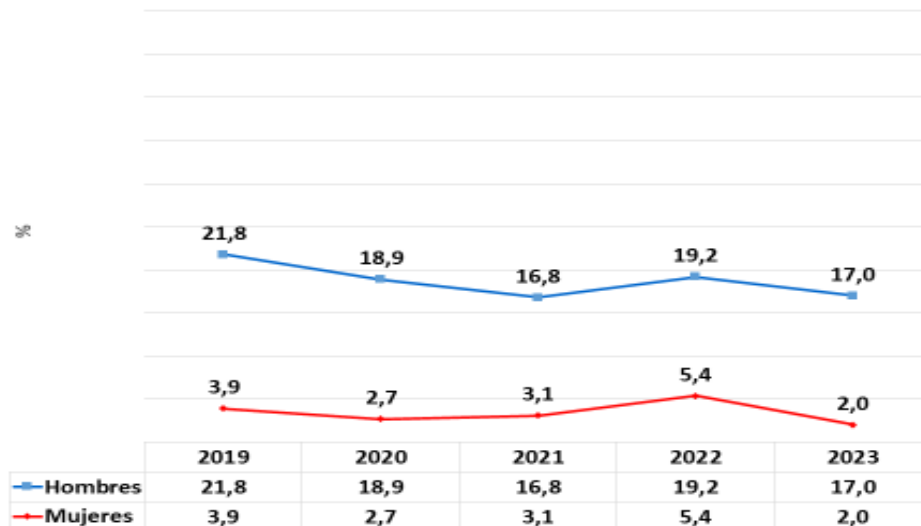
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

La evolución de la prevalencia de bebedores/as con consumo de alto riesgo muestra en hombres un descenso en el último año y en mujeres tras el descenso del año 2022 vuelve a cifras iniciales de la serie (1,6%) (Figura 26).

Figura 26. Evolución del consumo de alto riesgo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

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

Las prevalencias de alguna respuesta afirmativa en el cuestionario CAGE, se mantienen en la serie y así mismo lo hace la gran diferencia entre hombres y mujeres, con valores superiores en hombres (Figura 27).

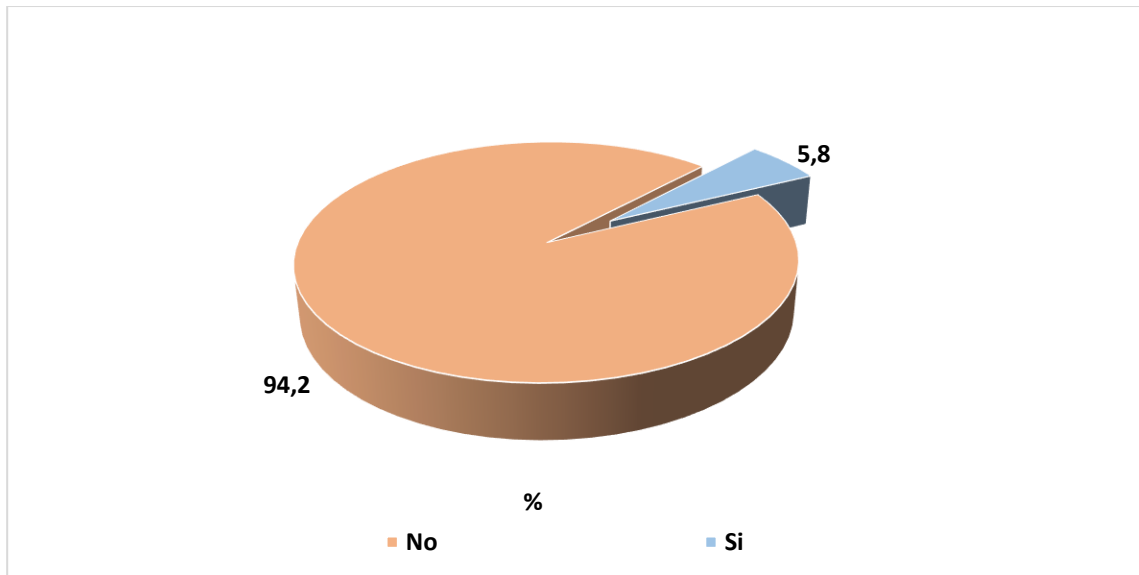
Figura 27. Evolución de bebedores con alguna respuesta positiva al cuestionario CAGE (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

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

3.2.6. Accidentes

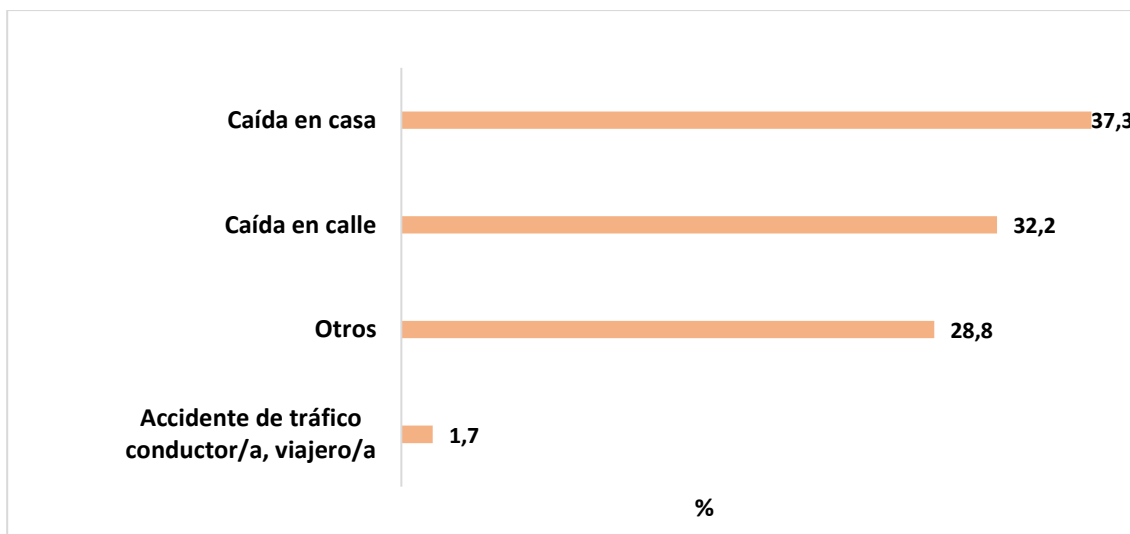
Se recogen accidentes como caídas, quemaduras, intoxicaciones, agresiones, golpes, accidentes de tráfico y otros, que hayan podido tener en los últimos 12 meses y que hubieran requerido asistencia sanitaria.

El 5,8% refiere haber tenido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica (Figura 28).

Figura 28. Accidentes con asistencia sanitaria (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

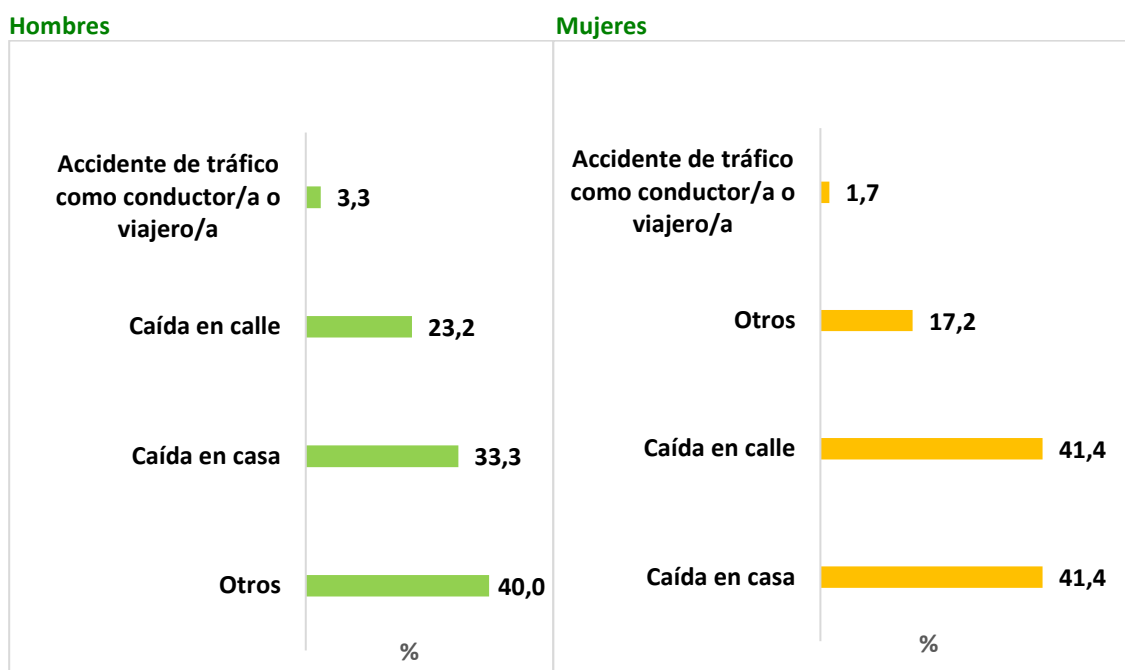
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El accidente más frecuente fue la caída en casa con un 37,3%, seguido del 32,2% caída en la calle y mucho menos frecuentes fueron los accidentes de tráfico como conductor/a o viajero/a con un 1,7%; el 28,8% refirió otro tipo de accidente (Figura 29).

Figura 29. Accidentes en casa, calle, tráfico conduciendo o como viajero/a transeúnte (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Las caídas en la calle y en casa fueron el accidente más frecuente en mujeres con el mismo porcentaje (41,4%) seguido de "otros" con un 17,2% y, en hombres la categoría más frecuente fue "otros" (40,0%) y a continuación caídas en casa (33,3%) y en calle (23,2%). Con un porcentaje considerablemente menor que los anteriores se refieren accidentes de tráfico como viajeros/as o conductores/as siendo casi el doble en hombres (hombres 3,3% vs mujeres 1,7%) (Figura 30).

Figura 30. Tipos de accidentes por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

El mayor porcentaje de accidentes ocurre a partir del segundo grupo de edad (70-74 años) siendo las caídas en casa o la calle los accidentes más frecuentes (Tabla 16).

Tabla 16. Tipos de accidentes (%) por sexo y edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total		Sexo				Edad					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Caída en casa	22	37,3(25,0-50,8)	10	33,3(17,3-52,8)	12	41,4(23,5-61,1)	7	31,8(13,8-54,9)	5	22,7(7,8-45,4)	10	45,4(24,4-67,8)
Caída en la calle	19	32,2(20,6-45,6)	7	23,3(9,9-42,3)	12	41,4(23,5-61,1)	3	15,8(3,4-39,6)	8	42,1(20,2-66,5)	8	42,1(20,2-66,5)
Accidente de tráfico *	1	1,7(0,4-9,1)	1	3,3(0,8-17,2)	0	0	1	(-2,5-1)	0	0	0	0
Otros	17	28,8(17,8-42,1)	12	40,0(22,6-59,4)	5	17,2(5,8-36,0)	3	17,6(3,8-43,4)	10	58,8(32,9-81,5)	4	23,5(6,8-49,9)

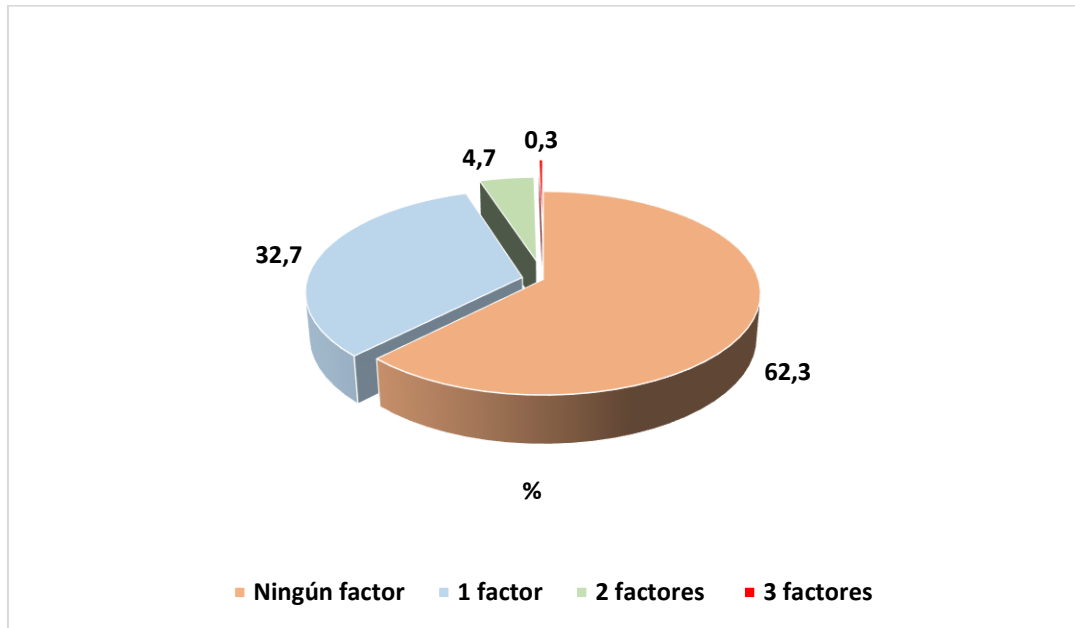
*Como conductor/a o viajero/a

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT M).

3.2.7. Agregación de factores

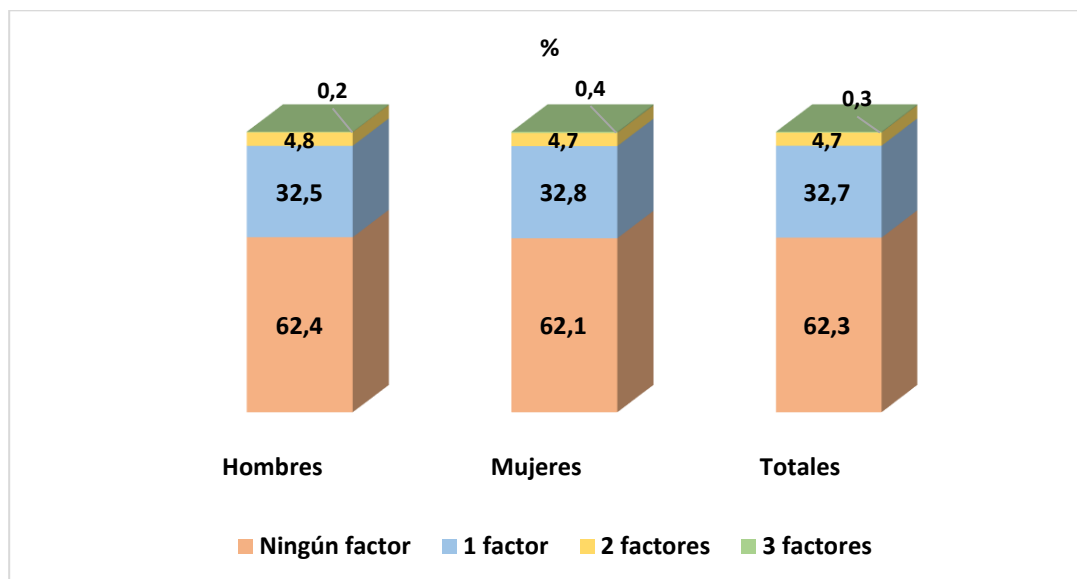
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, se elabora un indicador a partir de cuatro indicadores: consumo de tabaco, consumo de alcohol, realización de actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol se seleccionaron como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador/a actual y consumo de alcohol de alto riesgo. Para la actividad física se crea 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 y las personas que dijeron no realizar ningún tipo de ejercicio de intensidad moderada o vigorosa, 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 62,3% de los entrevistados/as no tenía ningún factor de riesgo, el 32,7% tenía uno y el 4,7% tenía dos factores de riesgo, y el 0,3% tres (Figura 31).

Figura 31. Número de factores de riesgo (%) global . Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

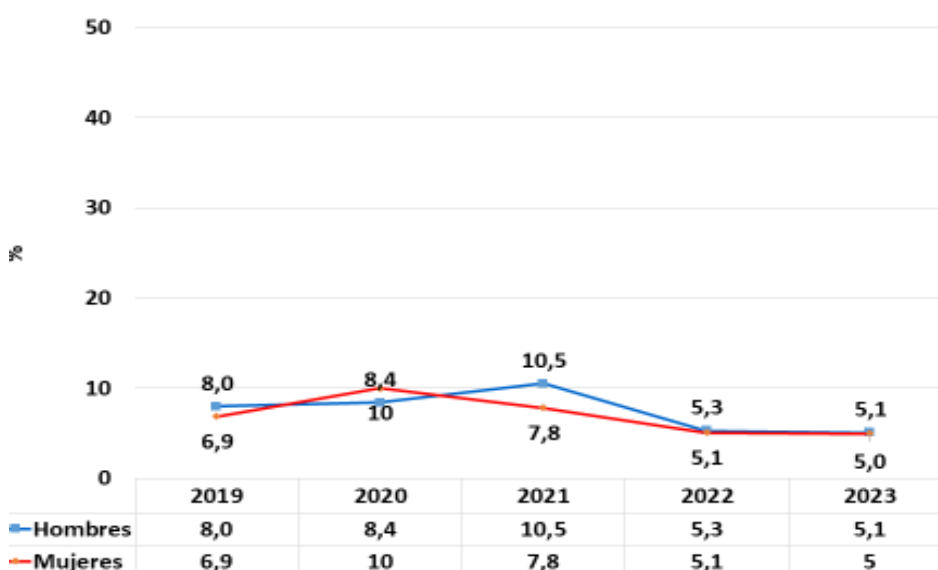
En la Figura 32 se muestra la distribución de agregación de factores por sexo obteniendo resultados muy similares en hombres y mujeres para cualquier categoría.

Figura 32. Agregación de factores de riesgo*. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

*Fuman actualmente, consumo de alcohol de alto riesgo, sedentarismo en la ocupación habitual y en ocio, dieta desequilibrada: menos de 3 raciones de fruta fresca y verdura y consumir 2 o más raciones de cárnicos al día.

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

Según se muestra en el gráfico inferior, en los dos últimos años el porcentaje por sexo es similar y parece estabilizado.

Figura 33. Evolución de 2 a 3 factores de riesgo por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

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

3.3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

El objetivo de las actuaciones preventivas es detectar las enfermedades en fase presintomática mediante cribado o evitar que aparezcan mediante la detección y actuación sobre los factores de riesgo implicados en su origen.

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 SNS sobre el cribado poblacional de cáncer^{18,19}, mamografías o test de sangre oculta en heces (SOH) y otros como la realización de colonoscopia o sigmoidoscopia, o bien indicadores sobre las recomendaciones que Atención Primaria emite a través de sus grupos de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (PAPPS)¹⁷ sobre medición de la tensión arterial (TA) y la medición del colesterol en sangre.

En la tabla 17 podemos observar la proporción de personas que se habían realizado medición de la TA y colesterolemia alguna vez en la vida o en el último año. La recomendación del PAPPS según actualización de 2020 aconseja que la medida de TA debe ser anual en adultos mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para desarrollar HTA¹⁷. La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación de colesterol total debido a su relación con la mortalidad cardiovascular¹⁷. Aunque no hay evidencias suficientes sobre rango de edad o periodicidad para realizar el colesterol sérico en población sana, la actitud más razonable es incluirlo en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años y a partir de los 18 años¹⁷.

3.3.1 Medición de tensión arterial y colesterol

La medición de TA y colesterol alguna vez en la vida se cumple por encima del 95% (96,1% para medida de TA y 96,7% para la medida de colesterol). La medición el último año alcanza para la TA el 83,1% (85,0% en hombres y 81,5% en mujeres) y para la medición de colesterol alcanza el 90,5%, siendo similar por sexo (Tabla 17).

Tabla 17. Porcentajes de medición de tensión arterial y colesterol alguna vez en la vida o en el último año. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Medición Tensión Arterial alguna vez en la vida	971	96,1(94,7-97,2)	441	96,3(94,1-97,7)	530	96,0(94,0-97,4)	381	95,2(92,7-97,0)	346	96,4(93,9-97,9)	244	97,2(94,3-98,7)
Medición de Tensión Arterial <= 1 año	791	83,1(80,6-85,3)	368	85,0(81,3-88,1)	423	81,5(77,9-84,6)	307	81,9(77,6-85,5)	271	80,2(75,6-84,1)	213	89,1(84,5-92,5)
Medición colesterol alguna vez en la vida	977	96,7(95,4-97,7)	443	96,7(94,6-98,0)	534	96,7(94,9-97,9)	383	95,7(93,3-97,3)	349	97,2(94,9-98,5)	245	97,6(94,7-98,9)
Medición de colesterol <= 1 año	877	90,5(88,5-92,2)	398	90,6(87,6-93,0)	479	90,4(87,6-92,6)	348	91,3(88,1-93,8)	305	88,7(84,8-91,6)	224	91,8(87,6-94,6)

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

(a) Medición de la tensión arterial hace un año o menos. (b) Análisis de colesterol en el último año o menos.

Un 50,1% de los/las entrevistados/as afirmó que un/a médico/a o personal de enfermería le había comunicado que tenía la TA elevada. Por sexo se observan cifras más elevadas en hombres (52,8%) que en las mujeres y con la edad, se aprecian cifras similares (Tabla 18). Mayoritariamente tomaban medicación para la TA (93,4%), un 16,6% refirió controlar la toma de sal, un 16,0% realizar ejercicio y un 4,9 controlar su peso.

A un 48,1% le habían comunicado que tenía elevado el nivel de colesterol (Tabla 19), de ellos, la gran mayoría dijo seguir alguna recomendación para controlar el colesterol, un 82,1% tomaba medicamentos, el 21,7% realizaba dieta baja en grasas o colesterol, y el 18,3% practicaba ejercicio físico, no tomaba ninguna medida un 6,6% y otras medidas diferentes un 3,0%.

Tabla 18. Comunicación de tensión arterial y colesterol elevados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Comunicación TA** alta	487	50,1(47,0-53,3)	233	52,8(48,1-57,5)	254	47,9(43,7-52,2)	184	48,3(43,3-53,3)	177	51,2(45,9-56,4)	126	51,6(45,3-57,9)
Comunicación colesterol alto	470	48,1(45,0-51,2)	200	45,1(40,6-49,8)	270	50,6(46,3-54,8)	180	47,0(42,0-52,0)	172	49,3(44,1-54,5)	118	48,2(42,0-54,4)

* Tensión arterial

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

3.3.2 Mamografía

Con carácter general, la mamografía, como prueba de cribado de cáncer de mama, se oferta a todo el SNS y, se recomienda con una periodicidad de 2 años en las mujeres entre 50 y 69 años¹⁸⁻²⁰. Esta recomendación se amplía a mujeres hasta los 74 años por el grupo de expertos del PAPPs, mientras que para mujeres de más edad las evidencias para evaluar el balance entre riesgos y beneficios son insuficientes²⁰.

En 65 a 79 años de edad, el 33,0% de las mujeres se hicieron una mamografía hace menos de un año, el 24,5% entre 1 a 2 años y el 40,5% entre 3 y 5 años, el 2,0% nunca se habían hecho esta prueba. En el grupo de edad de 65 a 69 años un 31,7% se había hecho una mamografía en un período entre 1 y 2 años y el 79,5% en los últimos dos años.

3.3.3 Test de sangre oculta en heces

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^{18,19}. 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^{20,21}.

Un 43,4% nunca se hicieron SOH o se la hicieron en un período superior o igual a 5 años, por sexo con cifras similares, aunque ligeramente más elevadas en mujeres, y por edad aumenta al hacerlo esta (Tabla 20). Un 43,9% se había realizado la prueba de SOH en un período menor a 1 año y hasta 2 años. Entre las personas que se hicieron la prueba, el 89,3% se la hizo exclusivamente con fines preventivos y un 10,7% por una sospecha de enfermedad. En el 22,8% la recomendó el/la médico/a de atención primaria, 16,1% fue aconsejada por médico de otra especialidad y en el 61,1% recibió una carta o llamada telefónica. Por edad el grupo de 65 a 69 años, grupo objetivo para la recomendación dentro de las edades que abarca el SIVFRENT-M, alcanza el 58,2% la realización en los últimos 2 años, por lo que se encuentra muy cercano a la del 60% para un coste-efectividad favorable.

Tabla 19. Realización del test de SOH (%) por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	TOTAL		SEXO				EDAD					
			Hombre		Mujer		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
<1 año a 2 años	443	43,9(40,9-46,8)	221	48,2(43,8-52,7)	222	40,2(36,4-44,2)	233	58,2(53,4-63,0)	145	40,4(35,4-45,6)	65	25,9(20,9-31,6)
Nunca a 5 años o más	438	43,4(40,4-46,3)	174	38,0(33,7-42,4)	264	47,8(43,8-51,8)	137	34,2(29,8-39,0)	141	39,3(34,3-44,5)	160	63,7(57,7-69,4)

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

3.3.4 Colonoscopia

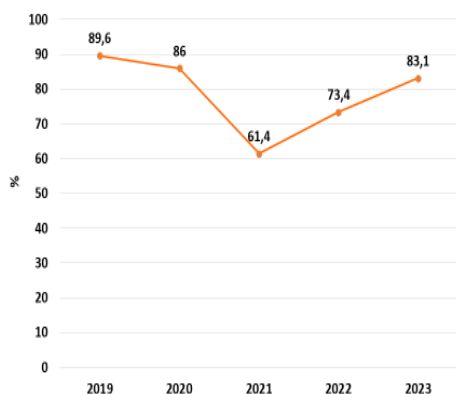
No se trata de una prueba aislada recomendada para el cribado del cáncer colorrectal, pero sí es importante en el seguimiento de pacientes asintomáticos con test de SOH positivo²⁰.

El 11,2% se hizo una colonoscopia hacía menos de 1 año, 16,2% entre 1 y 2 años y el 25,4% de 3 a 5 años; un 45,8% dijo no haberse hecho nunca esta prueba.

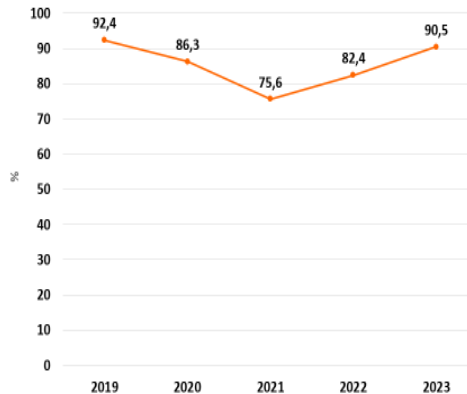
En todas las medidas preventivas de realización de pruebas en el último año, hay un marcado descenso en los porcentajes durante el año 2021 que tienden a recuperarse en el 2023 (Figura 34).

Figura 34. Evolución de realización de medidas preventivas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

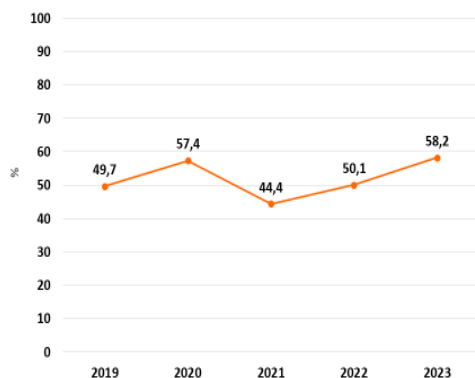
Toma de tensión arterial ≤1 año



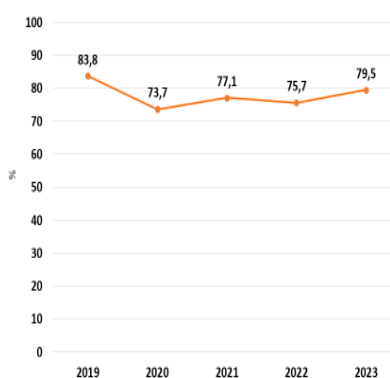
Analítica de colesterol ≤1 año



Test de sangre oculta en heces ≤2 años, 65 a 69 años



Mamografía ≤2 años, 65 a 69 años



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

4. CONCLUSIONES

1.- Actividad física. Se sigue observando amplio margen de mejora en este indicador. A pesar de que una gran mayoría de la población camina más de 10 minutos la mayoría de los días de la semana, la población que alcanza el indicador de la OMS de realización de ejercicio moderado está en torno a la mitad, por lo que queda gran recorrido para obtener una mayor eficacia preventiva y saludable en lo que a actividad física se refiere. A esto añadir que las actividades de desarrollo muscular son muy minoritarias a esta edad. El cumplimiento es en todos los casos menor en mujeres y empeora según aumenta la edad. Se desprende que la población ha incorporado la recomendación de caminar, pero desconoce que es insuficiente y que para alcanzar los beneficios óptimos para la salud debería realizar con mayor frecuencia ejercicios de intensidad moderada e incorporar hábitos de ejercicio de desarrollo muscular, o la combinación de AF de varios tipos (aeróbica, muscular, y de entrenamiento de coordinación y equilibrio). En 2023 respecto a 2022 se observa un aumento del sedentarismo en la actividad habitual, mientras que, como nota positiva se incrementa la realización de ejercicios de desarrollo muscular de forma significativa en hombres.

2.- Antropometría. El problema de la obesidad/sobrepeso grados I y II afecta a la mayoría de la población de 65 a 79 años con cifras que superan los dos tercios, y con valores más altos en hombres que en mujeres. Los grupos de los niveles más bajos tanto para recursos económicos como de nivel educativo, están más claramente afectados con un significativo gradiente, disminuyendo este problema en los socialmente más favorecidos, gradiente más significativo en mujeres. Ello hace patente la mayor exposición a una alimentación inadecuada y una actividad física deficiente.

3.- Alimentación. También en los resultados de este año constatamos que el consumo de alimentos muestra un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura en más de un tercio de la población de 65 a 79 años y alta de productos cárnicos globalmente en un porcentaje similar. En torno a una de cada 10 personas alcanza el objetivo nutricional de 5 o más raciones diarias de verdura o fruta fresca. Este desequilibrio dietético con un consumo excesivo de productos cárnicos y bajo de frutas frescas y verduras afecta a esta población en cualquiera de las variables estudiadas (nivel educativo, recursos económicos y estado civil) y es ligeramente mayor en hombres.

4.- Tabaco. El consumo de tabaco, fumadores/as diarios y ocasionales, alcanza al 10,3% de esta población (de forma mayoritaria por fumadores/as diarios), disminuye con la edad y no muestra diferencias por sexo. En los hombres el porcentaje más alto se da en la franja más baja de ingresos económicos y, en las mujeres en la situación de separación o divorcio.

Tras la legislación vigente sobre el tabaco, la exposición pasiva ha disminuido considerablemente y mayoritariamente no están nunca o casi nunca expuestos/as; un pequeño grupo refirió estarlo entre 1 hora al día a 5 horas y fue, en su gran mayoría el propio hogar por encima del 60% y el resto en instalaciones hosteleras, bares, terrazas de bares, restaurantes.

5.- Alcohol. El consumo semanal de alcohol durante los últimos 30 días en la población de 65 a 79 años, sigue siendo muy extendido, con una frecuencia que se duplica en hombres (más de la mitad de la población lo refiere), respecto a mujeres. El consumo según gramos por día se acumula en el rango de menor riesgo (aproximadamente hasta dos unidades básicas diarias de bebida en hombres y hasta una unidad en mujeres), que afecta en torno a un tercio de la población y es tres veces superior en hombres. Un consumo diario de alto riesgo (cuatro o más unidades básicas de bebida en hombres y superior o igual a dos y media unidades en mujeres), afecta aproximadamente al 2%, sin diferencia significativa por sexo. De acuerdo con el test que valora el consumo problemático de alcohol con alguna respuesta positiva al test CAGE, es positivo en un valor cercano al 10% de la población y muy superior en hombres. Dos respuestas positivas lo refieren más del 2%, lo cual indica la importante cifra con este grave problema. Dado que, en la última revisión de la evidencia científica, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro, los resultados ponen de manifiesto el amplio margen de mejora en relación al consumo de alcohol.

6.- Accidentes. Un 5,8% refirió haber sufrido algún accidente en los últimos 12 meses que requirió asistencia médica; el accidente más frecuente son las caídas en casa, seguidas de caídas en la calle, y un número menor fueron accidentes de tráfico como conductores, viajero/a o transeúnte; en este caso, aunque menos frecuentes, son potencialmente más graves y se favorecen a esta edad por la pérdida de movilidad, reflejos, y en general pérdida de las condiciones psicofísicas. En los accidentes intervienen las características de la persona, el agente que lo produce y las circunstancias en las que se produce por lo que, para prevenirlos, se debería actuar sobre estos tres elementos.

7.- Agregación de factores. Como en años previos, más de un tercio de esta población presenta uno o más factores de riesgo para la salud modificables, como sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de alto riesgo. Dado que a estos factores se atribuye gran parte de la morbimortalidad por las principales enfermedades crónicas, su agregación indica la necesidad de intervenir de forma integrada para maximizar el beneficio para la salud.

8.- Prácticas preventivas. La medición de TA, así como la de colesterol en sangre alguna vez en la vida es una práctica habitual en toda la población. La recomendación de la toma de la TA en el último año es algo más baja y no alcanza el 90% cifra que si se alcanza en la medición de colesterol. La evolución de estos indicadores muestra mejoría progresiva desde 2021.

En relación al cumplimiento de las recomendaciones para el cribado de cáncer mediante las pruebas incluidas en la cartera de servicios del SNS, en las edades incluidas en este SIVFRENT-M que entran en los grupos objetivo de las recomendaciones, la realización de mamografía en los últimos 2 años en el grupo de 65 a 69 años muestra un margen de mejora en torno a un 20% de mujeres.

En cuanto al test de sangre oculta en heces entre 65 y 69 años de edad, un 43,4% refiere no habérselo hecho nunca o haberlo hecho hace más de 5 años por lo que, queda sin alcanzarse la cifra del 60% del cumplimiento de la recomendación para un coste-efectividad favorable y en consecuencia ver impacto en las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal.

9.- Nivel socioeconómico. En el nivel de ingresos menores a 1.050 euros netos por hogar y mes se encuentra uno de cada ocho hombres y una de cada cuatro mujeres, suponiendo en conjunto un quinto de la población. Entre los indicadores analizados, se observa un gradiente socioeconómico y por nivel educativo en el exceso de peso en mujeres con cifras más altas en niveles inferiores (indicando una deficitaria alimentación y una pobre actividad física) y una diferencia muy acusada entre niveles en el menor consumo de fruta. En cuanto al consumo de alcohol destaca el gradiente de mayor prevalencia de consumo problemático, con alguna respuesta positiva al test CAGE, en hombres del más alto nivel de

ingresos, o nivel educativo universitario y en estado civil viudedad que se sitúa entre un cuarto y un quinto de ellos.

Informe elaborado por:

Virginia del Pino, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Hábitos de salud en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (I). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 29. Septiembre 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): 1736–1788.
- 2.- WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3.- Enfermedades no transmisibles. En: Informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid. 2023. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2023. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/iesp-enfermedades-no-transmisibles>
- 4.- Morabia A. Annotation: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. *Am J Public Health*. 1996; 86: 625-627.
- 5.- 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.
- 6.- Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta y joven de la Comunidad de Madrid. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996/2019. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2021; 26 (1):16-123.
- 7.- OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=78A1F265BDACBD6662CDC26FDF5CE6F?sequence=1
- 8.- Real Decreto 743/2019, de 20 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2019.
- 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: 377-385.
- 10.- IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 11.- Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, Nº 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 12.- Gorroñoigoitia Iturbe A, López-Torres Hidalgo J, Martín Lesende I, Herreros Herreros Y, Acosta Benito MÁ, de Hoyos Alonso MDC, Baena Díez JM, Magán Tapia P, García Pliego R. Actualización PAPPs GdT Mayor 2020 [PAPPs GdT Major 2020 Update]. *Aten Primaria*. 2020; 52(Suppl 2): 114-124.
- 13.- Guía de actividad física y conducta sedentaria de la OMS; Génova, Organización Mundial de la Salud, 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- 14.- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115: 587-597.

- 15.- Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addict Behav.* 2004; 29: 867-878.
- 16.- 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.
- 17.- Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánche JJ, Banegas Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil Guillen VF, Martín Rioboó E y Navarro Pérez J. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2020. *Atencion Primaria.* 2020; 52(S2): 5-31
- 18.- 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.
- 19.- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I,II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios communes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- 20.-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. *Atencion Primaria.* 2020; 52 (S2): 44-69
- 21.-Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, Naber SK, Doria-Rose VP, Pabiniak C, et al. Estimation of benefits, burden, and harms of colorectal cancer screening strategies: Modeling study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016; 315: 2595-609.
- 22.- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C; del Grupo de Determinantes Sociales de Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013; 27(3): 263-272.
- 23.- OMS. Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030. Personas más activas para un mundo más sano. Organización Mundial de la Salud, 2018. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-mundial-sobre-actividad-fisica-2018-2030-mas-personas-activas-para-mundo>

6. ANEXO

Tabla 1. Población con ingresos <=1.050 euros netos /mes por hogar por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	19	13,7(8,8-20,5)	31	21,4(15,4-28,8)	50	17,6(13,6-22,5)
70-74	12	10,5(6,2-17,3)	28	22,4(15,9-30,6)	40	16,7(12,6-21,9)
75-79	10	13,9(7,6-23,9)	27	36,0(25,8-47,6)	37	25,2(18,9-32,6)
País de Nacimiento						
España	33	11,1(8,0-15,1)	69	22,5(18,2-27,5)	102	16,9(14,1-20,0)
Otro	8	29,6(15,5-49,2)	17	43,6(29,0-59,4)	25	37,9(27,0-50,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	25	9,3(6,4-13,4)	24	12,0(8,2-17,3)	49	10,4(8,0-13,5)
Soltería	4	36,4(14,2-66,4)	11	35,5(20,8-53,5)	15	35,7(22,8-51,2)
Separación/Divorcio	8	26,7(13,8-45,2)	15	41,7(26,9-58,1)	23	34,8(24,3-47,1)
Viudedad	4	26,7(10,3-53,5)	35	45,4(34,7-56,7)	39	42,4(32,7-52,7)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	12	36,4(21,8-54,0)	30	43,5(32,2-55,4)	42	41,2(32,0-51,0)
Secundarios	25	14,5(10,0-20,7)	50	27,0(21,0-34,0)	75	20,9(17,1-25,5)
Universitarios	4	3,3(1,3-8,5)	6	6,7(3,0-14,1)	10	5,0(2,6-8,6)
Totales	41	12,6(9,4-16,6)	86	24,9(20,6-29,7)	127	19,0(16,2-22,0)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

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

Tabla 2. No realización ejercicios de desarrollo muscular (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	145	75,1(68,5-80,7)	171	82,6(76,8-87,2)	316	79,0(74,7-82,7)
70-74	123	77,8(70,7-83,6)	165	82,1(76,1-86,8)	288	80,2(75,8-84,0)
75-79	80	74,8(65,6-82,2)	125	86,8(80,2-91,4)	205	81,7(76,4-86,0)
País de Nacimiento						
España	325	77,2(72,9-81,0)	417	83,4(79,9-86,4)	742	80,6(77,9-83,0)
Otro	23	62,2(45,8-76,2)	44	84,6(72,2-92,1)	67	75,3(65,3-83,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	282	75,8(71,2-79,9)	280	84,1(79,7-87,7)	562	79,7(76,6-82,5)
Soltería	14	82,3(57,1-94,2)	37	84,1(70,1-92,2)	51	83,6(72,1-91,0)
Separación/Divorcio	31	75,6(60,2-86,4)	37	78,7(64,8-88,1)	68	77,3(67,4-84,8)
Viudedad	21	75,0(56,0-87,6)	103	83,1(75,3-88,7)	124	81,6(74,6-87,0)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	34	75,6(61,0-85,9)	112	90,3(83,7-94,4)	146	86,4(80,3-90,8)
Secundarios	188	76,7(71,0-81,6)	255	83,6(79,0-87,4)	443	80,5(77,0-83,6)
Universitarios	126	75,0(67,9-81,0)	94	76,4(68,1-83,1)	220	75,6(70,3-80,2)
Recursos económicos*						
<=1050	35	85,4(71,1-93,2)	72	83,7(74,3-90,1)	107	84,2(76,8-89,6)
1051-1850	62	74,7(64,2-83,0)	93	86,9(79,2-92,0)	155	81,6(75,5-86,4)
1851-2700	67	69,1(59,3-77,4)	56	80,0(69,0-87,8)	123	73,6(66,5-79,7)
>2700	84	80,8(72,0-87,3)	62	75,6(65,1-83,7)	146	78,5(72,0-83,8)
Totales	348	76,0(71,8-79,7)	461	83,5(80,2-86,4)	809	80,1(77,5-82,4)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

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

Tabla 3. Exceso de peso (obesidad y sobrepeso) por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

SEXO						
	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	141	74,6(68,0-80,3)	130	66,0(59,1-72,3)	271	70,2(65,5-74,5)
70-74	121	77,1(69,8-83,0)	108	56,0(48,9-62,8)	229	65,4(60,4-70,1)
75-79	72	69,2(59,6-77,4)	90	69,2(60,7-76,6)	162	69,2(63,0-74,9)
País de Nacimiento						
España	303	73,4(68,9-77,4)	297	62,9(58,5-67,1)	600	67,8(64,7-70,8)
Otro	31	83,8(68,3-92,5)	31	64,6(50,2-76,7)	62	72,9(62,6-81,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	270	74,0(69,2-78,2)	189	60,4(54,9-65,6)	459	67,7(64,1-71,2)
Soltería	12	70,6(45,6-87,3)	28	66,7(51,3-79,1)	40	67,8(54,9-78,4)
Separación/Divorcio	29	72,5(56,7-84,1)	29	64,4(49,5-77,0)	58	68,2(57,6-77,3)
Viudedad	23	82,1(63,5-92,4)	79	68,1(59,0-76,0)	102	70,8(62,9-77,7)
Nivel educativo						
Primarios y menos	35	81,4(66,8-90,5)	87	77,7(69,0-84,5)	122	78,7(71,5-84,5)
Secundarios	189	78,4(72,8-83,2)	183	63,8(58,1-69,1)	372	70,4(66,5-74,2)
Universitarios	110	66,3(58,7-73,1)	58	47,9(39,2-56,8)	168	58,5(52,8-65,0)
Recursos económicos*						
<=1050	31	77,5(62,0-87,9)	58	76,3(65,3-84,6)	89	76,7(68,1-83,6)
1051-1850	63	76,8(66,4-84,7)	65	63,7(53,9-72,5)	128	69,6(62,5-75,8)
1851-2700	71	74,0(64,2-81,8)	38	54,3(42,5-65,6)	109	65,7(58,1-72,5)
>2700	78	75,0(65,8-82,4)	42	52,5(41,6-63,2)	120	65,2(58,1-71,7)
Totales	334	74,2(70,0-78,0)	328	63,1(58,9-67,1)	662	68,3(65,3-71,1)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

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

Tabla 4. Consumo de 5 o más frutas y/o verduras por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	n	Hombres %(IC95%)	n	Mujeres %(IC95%)	n	Totales %(IC95%)
Edad						
65 a 69	12	6,2(3,6-10,6)	25	12,1(8,3-17,3)	37	9,2(6,8-12,5)
70 a 74	12	7,6(4,3-12,9)	23	11,4(7,7-16,7)	35	9,7(7,1-13,3)
75 a 79	13	12,1(7,1-19,9)	18	12,5(8,0-19,0)	31	12,3(8,8-17,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	31	8,3(5,9-11,6)	41	12,3(9,2-16,3)	72	10,2(8,2-12,7)
Soltería	1	5,9(0,8-32,1)	5	11,4(4,5-24,6)	6	9,8(4,5-20,2)
Separación/Divorcio	1	2,4(0,3-15,5)	3	6,4(2,1-18,1)	4	4,5(1,7-11,5)
Viudedad	4	14,3(5,5-32,4)	16	12,9(8,1-20,1)	20	13,2(8,6-19,5)
País de Nacimiento						
España	35	8,3(6,0-11,4)	61	12,2(9,6-15,4)	96	10,4(8,6-12,6)
Otro	2	5,4(1,3-19,3)	5	9,6(4,0-21,2)	7	7,9(3,8-15,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	5	11,1(4,5-24,1)	13	10,5(6,2-17,2)	18	10,6(6,8-16,3)
Secundarios	17	6,9(4,3-10,9)	39	12,8(9,5-17,0)	56	10,2(7,9-13,0)
Universitarios	15	8,9(5,4-14,3)	14	11,4(6,8-18,3)	29	10,0(7,0-14,0)
Recursos económicos *						
<=1050	1	2,4(0,3-15,5)	5	5,8(2,4-13,3)	6	4,7(2,1-10,1)
1051-1850	6	7,2(3,3-15,2)	13	12,1(7,1-19,9)	19	10,0(6,4-15,2)
1851-2700	11	11,3(6,4-19,3)	11	15,7(8,9-26,3)	22	13,2(8,8-19,2)
>2700	9	8,6(4,6-15,8)	13	15,8(9,4-25,4)	22	11,8(7,9-17,3)
Totales	37	8,1(5,9-11,0)	66	12,0(9,5-15,0)	103	10,2(8,5-12,2)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

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

Tabla 5. Consumo \geq a 2 raciones de productos cárnicos por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	n	Hombres %(IC95%)	n	Mujeres %(IC95%)	n	Totales %(IC95%)
Edad						
65 a 69	66	34,2(27,8-41,2)	68	32,8(26,7-39,6)	134	33,5(29,0-38,3)
70 a 74	48	30,4(23,6-38,1)	52	25,9(20,2-32,4)	100	27,9(23,4-32,8)
75 a 79	37	34,6(26,3-43,9)	41	28,5(21,7-36,4)	78	31,1(25,7-37,0)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	129	34,7(30,0-39,7)	91	27,3(16,2-42,1)	220	31,2(27,9-34,7)
Soltería	4	23,5(9,1-48,7)	12	27,3(16,2-42,1)	16	26,2(16,7-38,6)
Separación/Divorcio	8	19,5(10,1-34,4)	11	23,4(13,4-37,6)	19	21,6(14,2-31,4)
Viudedad	10	35,7(20,4-54,6)	45	36,3(28,3-45,1)	55	36,2(28,9-44,1)
País de Nacimiento						
España	136	32,3(28,0-36,9)	145	29,0(25,2-33,2)	281	30,5(27,6-33,6)
Otro	15	33,0(28,8-37,4)	16	30,8(19,7-44,6)	31	34,8(25,6-45,3)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	14	31,1(19,4-45,9)	35	28,2(21,0-36,8)	49	29,0(22,6-36,3)
Secundarios	81	33,1(27,4-39,2)	87	28,5(23,7-33,9)	168	30,5(26,8-34,5)
Universitarios	56	33,3(26,6-40,8)	39	31,7(24,1-40,5)	95	32,6(27,5-38,3)
Recursos económicos *						
<=1050	13	31,7(19,3-47,3)	22	25,6(17,4-36,0)	35	27,6(20,4-36,0)
1051-1850	30	36,1(26,6-46,9)	31	29,0(21,1-38,3)	61	32,1(25,9-39,1)
1851-2700	32	33,0(24,3-43,0)	25	30,5(21,4-41,3)	57	34,1(27,3-41,7)
>2700	35	33,6(25,2-43,3)	25	30,5(21,4-41,3)	60	32,3(25,9-39,3)
Totales	151	33,0(28,8-37,4)	161	29,2(25,5-33,1)	312	30,9(28,1-33,8)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

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

Tabla 6. Fumadores/as diarios/as u ocasionales por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65 a 69	23	11,9(8,0-17,3)	28	13,5(9,5-18,9)	51	12,7(9,8-16,4)
70 a 74	15	9,5(5,8-15,2)	25	12,4(8,5-17,8)	40	11,1(8,3-14,8)
75 a 79	5	4,7(1,9-10,8)	8	5,6(2,8-10,7)	13	5,2(3,0-8,7)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	33	8,9(6,4-12,2)	30	9,0(6,4-12,6)	63	8,9(7,0-11,3)
Soltería	1	5,9(0,8-32,3)	6	13,6(6,2-27,3)	7	11,5(5,6-22,2)
Separación/Divorcio	4	9,8(3,7-23,3)	10	21,3(11,8-35,3)	14	15,9(9,6-25,1)
Viudedad	5	17,9(7,6-36,6)	15	12,1(7,4-19,1)	20	13,2(8,6-19,5)
País de Nacimiento						
España	40	9,5(7,1-12,7)	57	11,4(8,9-14,5)	97	10,5(8,7-12,7)
Otro	3	8,1(2,6-22,5)	4	7,7(2,9-18,8)	7	7,9(3,8-15,6)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	6	13,3(6,1-26,7)	8	6,4(3,2-12,4)	14	8,3(4,5-13,5)
Secundarios	26	10,6(7,3-15,1)	39	12,8(9,5-17,0)	65	11,8(9,4-14,8)
Universitarios	11	6,5(3,6-11,5)	14	11,4(6,8-18,3)	25	8,6(5,9-12,4)
Recursos económicos *						
<=1050	9	21,9(11,8-37,1)	8	9,3(4,7-17,5)	17	13,4(8,5-20,5)
1051-1850	9	10,8(5,7-19,7)	18	16,8(10,9-25,1)	27	14,2(9,9-19,9)
1851-2700	4	4,1(1,5-10,5)	11	15,7(8,9-26,3)	15	9,0(5,5-14,3)
>2700	9	8,6(4,5-15,9)	9	11,0(5,8-19,9)	18	9,7(6,2-14,9)
Totales	43	9,4(7,0-12,4)	61	11,0(8,7-13,9)	104	10,3(8,6-12,3)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar

Fuente Sistema de vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Tabla 7. CAGE positivo por variables sociodemográficas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.**

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65 a 69	33	17,1(12,4-23,1)	7	3,4(1,6-7,0)	40	10,0(7,5-13,3)
70 a 74	30	19,0(13,6-25,9)	4	2,0(0,7-5,2)	34	9,5(6,9-12,8)
75 a 79	15	14,0(8,6-22,1)	0	0	15	5,6(3,7-9,5)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	64	17,2(13,7-21,4)	6	1,8(0,8-4,0)	70	9,9(8,0-12,3)
Soltería	1	5,9(0,8-32,1)	0	0	1	1,6(0,2-10,7)
Separación/Divorcio	7	17,1(8,3-31,7)	2	4,3(1,1-15,5)	9	10,2(5,4-18,5)
Viudedad	6	21,4(9,9-40,3)	3	2,4(0,8-7,2)	9	5,9(3,1-11,0)
País de Nacimiento						
España	74	17,6(14,2-21,5)	9	1,8(0,9-3,4)	83	9,0(7,4-11,0)
Otro	4	10,8(4,1-25,6)	2	3,8(0,01-14,1)	6	6,7(3,1-14,2)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	6	13,3(6,1-26,7)	1	0,8(0,1-5,5)	7	4,1(2,0-8,4)
Secundarios	36	14,7(10,8-19,7)	7	2,3(1,1-4,7)	43	7,8(5,9-10,3)
Universitarios	36	21,4(15,8-28,3)	3	2,4(0,8-7,3)	39	13,4(1,0-17,8)
Recursos económicos *						
<=1050	6	14,6(6,7-28,9)	2	2,3(0,6-8,9)	8	6,3(3,2-12,0)
1051-1850	16	19,3(12,1-29,2)	1	0,9(0,1-6,4)	17	8,9(5,7-13,8)
1851-2700	15	15,5(9,5-24,1)	3	4,3(1,4-12,5)	18	10,8(6,9-16,4)
>2700	25	24,0(16,7-33,2)	0	0	25	13,4(9,3-19,0)
Totales	78	17,0(13,8-20,8)	11	2,0(1,1-3,6)	89	8,8(7,3-10,7)

*Ingresos mensuales en euros netos por hogar **1 a 4 respuestas positivas en el test CAGE.

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

**INFORME:**

SALUD Y DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN MAYOR DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2023

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M) (II)

ÍNDICE

RESUMEN	92
1. INTRODUCCIÓN.....	95
2. METODOLOGÍA	96
3. RESULTADOS	99
3.1. Indicadores de salud y discapacidad.....	99
3.1.1. Percepción de salud	99
3.1.2. Problemas crónicos de salud	100
3.1.3. Limitación de la actividad	102
3.1.4. Limitación física y cognitiva	104
3.1.5. Dificultad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	106
3.1.6. Caídas.....	114
3.1.7. Dolor físico persistente	115
3.1.8. Sensación de cansancio	119
3.2. Salud mental	120
3.3. Apoyo social	124
3.4. Personas mayores como cuidadoras	128
3.5. Sentimiento de soledad	131
3.6. Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC)	133
3.7. Participación comunitaria	134
3.8. Fragilidad y prefragilidad	138
4. CONCLUSIONES.....	139
5. BIBLIOGRAFIA.....	142
6. ANEXO.....	144

RESUMEN

Antecedentes y objetivos

A partir del año 2020 se analiza el SIVFRENT-M dividido en 2 bloques: I Hábitos de salud y II Salud y Discapacidad. Este informe incluye los resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles en mayores (SIVFRENT-M), para el año 2023, segundo bloque y evolutivos de la serie desde 2019.

Metodología

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana. El cuestionario del primer bloque, que se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento: actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas.

En este segundo bloque se analiza la percepción del estado de salud y las áreas de interés especiales en este grupo de edad: problemas crónicos de salud, limitación de la actividad (GALI), limitación física y cognitiva, limitación para actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), Incontinencia Urinaria, caídas, dolor persistente, sensación de cansancio, salud mental como valoración de sintomatología depresiva, apoyo social, personas mayores como cuidadoras, sentimiento de soledad, el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y fragilidad y prefragilidad.

Resultados

Percepción de salud. De forma global, la percepción positiva de salud (buena o muy buena) se refiere en el 55,8% de las personas, con predominio de mejor salud en hombres, 63,3%, frente a mujeres 49,6%, diferencia que se mantiene a lo largo de la serie 2019-2023. Según variables socioeconómicas, el predominio de percepción de mejor salud en hombres respecto de las mujeres, solo desaparece en el caso de estado civil en situación de soltería, en que las prevalencias se igualan. Se observa un gradiente de aumento muy llamativo de la percepción positiva de salud a mayor nivel educativo, una diferencia de más de 22 puntos porcentuales entre los niveles extremos. En el caso de nivel de ingresos económicos la diferencia entre los niveles extremos es cercano a 30 puntos porcentuales. A lo largo de toda la serie se mantiene esta mayoría de población que manifiesta tener buena o muy buena salud con un valor máximo en 2020 volviendo a valores iniciales en 2023 y obteniendo en las mujeres el nivel más bajo que no llega al 50% por primera vez en toda la serie.

Problemas crónicos de salud. Un 58,9% afirma tener problemas crónicos de salud, sin diferencia significativa por sexo; hay un aumento progresivo con el aumento de la edad y una diferencia de más de 12 puntos porcentuales entre el nivel más bajo de ingresos económicos y el más alto.

Limitación de la actividad. Se valora tanto la gravedad de la limitación como si se ha producido en los últimos 6 meses. La limitación grave fue de un 5,8% con un 6,5% en las mujeres y 5,0% en los hombres, y aumenta ligeramente en los más mayores; en el 68,0% la limitación de cualquier intensidad, ocurre en los últimos 6 meses. La limitación de actividad se debe a causas físicas en su inmensa mayoría y mucho menor es la limitación por causa mental o ambas.

Limitación física y cognitiva. Se valoró la dificultad para andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda y se obtuvo que un 10,5% tenía “alguna dificultad” y un 5,5% “mucho o total incapacidad”. Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda, un 16,7% tuvo alguna dificultad y un 8,5% mucha o imposibilidad total, aumentando con la edad de forma progresiva en ambas categorías. Para recordar o concentrarse, el 21,4% tiene alguna dificultad y el 2,7% mucha o total dificultad. En cualquiera de estas tres formas de limitación las mujeres muestran cifras significativamente más elevadas que los hombres. El 41,1% tiene afectadas una, dos o tres de las dimensiones anteriores, nuevamente mayor en mujeres que en hombres y mayor con el aumento de la edad.

Dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). El 13,2% refiere algún tipo de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, el 10,3% en hombres y el 15,6% en mujeres. Por edad, hay un aumento progresivo pasando de 10,7% en 65 a 69 años a 18,3% en 75 a 79 años. Para las distintas actividades, el porcentaje más elevado estuvo en la categoría “alguna dificultad” para “sentarse o levantarse de una silla o cama o acostarse” (6,3%), seguido de “vestirse y desvestirse” (4,6%); en la categoría “mucho dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a” se alcanzó mayor porcentaje en “levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse” (2,4%). Para cualquier actividad las mujeres obtuvieron valores más elevados que los hombres excepto en “micción, deposición, lavarse y arreglarse”.

Dificultad en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La dependencia global de algún grado, ligera, moderada a grave o total, se refiere en más de 4 de cada 10 personas; respecto a la dependencia de moderada, grave o total, afecta al 9,8%, y por sexo la cifra se duplica en mujeres (13,2% frente a 5,7% en hombres). Se observa un aumento progresivo con la edad de más del doble en el mayor respecto al grupo más joven (15,5% vs. 6,7%). Tanto en recursos económicos como en nivel educativo hay una mayor dependencia en los niveles más bajos respecto de los más altos con una importante diferencia. Destaca el grupo con menor dependencia moderada a grave o total, el de nivel universitario con un 3,8% y en ingresos de >2.700 euros con un 3,2%.

Incontinencia Urinaria. El 20,2% tiene problemas de incontinencia urinaria (el 13,3% de los hombres y el 25,9% de las mujeres). El 81,4% de ellos reconoce que este problema afecta a su vida diaria en diferente grado, desde ligeramente a mucha afectación.

Caídas. Refiere una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año el 10,2%, siendo mayor en las mujeres respecto de los hombres, 12,1% vs. 7,9%, y un 1,4% presenta un riesgo alto de caídas. Un 8,6% responde tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente, un 11,6% de las mujeres y un 5,0% de los hombres; se observa un aumento progresivo con el aumento de la edad. El 16,4% tiene miedo a caerse siempre o frecuentemente, en hombres 7,6% y en mujeres 23,7%; los problemas para andar “siempre o frecuentemente”, por edad, el grupo de los mayores es más numeroso que de los más jóvenes, 5,5% frente a 13,1%; en “limitación de la actividad” en la categoría “siempre/frecuentemente” se sitúan el 7,9%, 2,6% de los hombres y 12,3% de las mujeres.

Dolor físico persistente. Un 56,7% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a sufrir dolor de cualquier intensidad en las últimas 4 semanas, desde muy leve a severo o extremo, el 44,5% de los hombres y el 66,9% de las mujeres; los porcentajes se elevan con la edad hasta el 58,4%. El dolor de intensidad severo a extremo, que se refiere por el 10,5%, es tres veces superior en mujeres que en hombres y muestra gradiente significativo tanto por nivel de ingresos como por nivel educativo, destacando con la cifra más alta, un 23,3%, las mujeres que refieren ingresos mensuales ≤1.050 euros. Por estado civil, se alcanza un 18,2% en las mujeres en situación de soltería y 19,1% en separación o divorcio. El 33,0% afirma tener limitación en las últimas 4 semanas para las actividades. El 33,0% afirma tener limitación en las últimas 4 semanas para las actividades de la vida cotidiana debido al dolor. La limitación de la movilidad, en grado de bastante a mucha por dolor severo-extremo, fue del 10,9% globalmente, en hombres 4,4% y en mujeres 16,4%. En cuanto a la evolución, en 2022 se aprecia un descenso respecto y un aumento en el 2023 en de las mujeres, a lo largo de toda la serie se observa una gran diferencia por sexo.

Sensación de cansancio. El 42,9% refirió sentirse cansado/a en parte o poco tiempo y el 15,0% la mayor parte del tiempo o todo el tiempo; la sensación de cansancio aumenta con la edad y es mayor en las mujeres respecto de los hombres (66,1% vs. 48,0%); para el nivel más bajo de ingresos, existe una diferencia que supera al nivel más alto de casi 15,0 puntos porcentuales, y por nivel educativo esta sensación disminuye con el aumento del nivel académico.

Salud mental. Según el cuestionario PHQ-8, la prevalencia de sintomatología depresiva moderada, moderadamente severa o severa de un 7,7%, en hombres un 5,0% y en mujeres un 9,6; los valores en las mujeres son considerablemente más altos que en los hombres para todas las variables socioeconómicas con gradiente de aumento al disminuir el nivel educativo y recursos económicos. Las cifras más elevadas por encima del 14% son para las mujeres en la categoría de menor nivel educativo, estudios primarios o menos.

Apoyo social. El porcentaje de las personas que refieren contar con apoyo, de 3 a 5 personas o más cercanas, en caso de un problema personal grave, fue del 69,6%, similar en hombres y mujeres; el apoyo social de tan solo 1 o 2 personas llega al 28,6%. Según la escala OSSLO-3, el 9,5% refiere pobre apoyo social, valor similar en hombres y mujeres. La prevalencia en el caso de pobre apoyo social o sin apoyo, sixtuplica la cifra en el nivel de ingresos más bajos respecto al de mayor nivel. Según país de nacimiento el pobre apoyo social o su ausencia, es mayor en nacidos fuera de España, 16,0%, frente a un 9,0% en autóctonos; este indicador presenta la cifra más alta en hombres en situación de soltería, con un 26,7% seguido con un 23,1% de separados o divorciados.

Personas mayores como cuidadoras. Entre las personas entrevistadas un 12,8% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica, un 10,5% de los hombres y 14,7% de las mujeres; de las personas que se declaran cuidadoras un 62,8% son mujeres y un 37,2% son hombres. El porcentaje desciende por edad. La cifra más alta, aproximándose al tercio de la población se observa en mujeres con ingresos de >1.851 a 2.700 euros netos hogar por mes y por encima del 20% en las mujeres de 65 a 69 años universitarias y de ingresos >2.700 euros mes.

Sentimiento de soledad. Con referencia al último año, el 78,9% dijo no tenerlo nunca o casi nunca, los hombres lo indican en un 82,8% y las mujeres en un 75,6%. En la categoría sentimiento de soledad siempre o casi siempre se sitúa el 7,9%, las mujeres superan en más de 4 puntos porcentuales la cifra en hombres (9,8% vs. 5,6%), y el grupo de mayor edad lo refiere doblemente que el grupo de los menores. La mayor cifra por variables sociodemográficas se alcanza en situación de separación o divorcio, un 24,4% en hombres y en las mujeres en ingresos \leq 1.051 euros netos mes con un 20,9%.

Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC). El 83,4% refiere disponer de teléfono móvil con acceso a internet, cifra más elevada en hombres respecto de las mujeres; por edad el grupo de 65-69 lo utiliza en un 91,5% y el de 75-79 años un 70,5%; lo usan, además de para llamar y enviar mensajes por WhatsApp, para el acceso a Internet buscando información un 64,5% y, por edad este porcentaje disminuye ostensiblemente al aumentar ésta en más de 24 puntos porcentuales.

Participación comunitaria. Las actividades realizadas con frecuencia de una o más veces al mes fueron actividades “del entorno” relacionadas con la residencia o barrio (tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc.), que se refiere en el 68,8%; le sigue en frecuencia con un 55,3% las actividades sociales, que incluyen ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta etc. Las actividades con una frecuencia baja, menos de una vez al mes, fueron hacer turismo, excursiones, viajar, indicado en el 40,2%. Los porcentajes más bajos de participación, con una frecuencia menor de una vez al año o no realizados en absoluto, se dan en las dos actividades que suponen una participación activa en la comunidad: no participación en asociaciones en el 87,1% y en el aprendizaje de nuevas disciplinas o realización de actividades formativas que alcanza el 74,7%. Por sexo, no se observan grandes diferencias; conforme aumenta la edad disminuye la realización de actividades en prácticamente todas sus formas. El grado de participación en la comunidad se incrementa gradualmente de modo significativo con el nivel de ingresos y con el nivel educativo. Este

gradiente es a expensas de las mujeres: destacar que el porcentaje más bajo de no participación (77,9%) y por tanto la mayor participación asociativa se aprecia en mujeres de nivel educativo alto.

Fragilidad y prefragilidad. Un 50,5% está en situación de prefragilidad y el 16,7% en fragilidad, el 22,6% de las mujeres y el 9,6% de los hombres. La fragilidad aumenta significativamente con la edad y con la disminución de los recursos económicos con una diferencia entre el nivel más alto y el más bajo de más de 16 puntos porcentuales y con una diferencia mayor en el nivel educativo de más de 20 puntos. Destaca con la cifra más alta las mujeres de 75 a 79 años con el 31,5%.

Evolución. Desde el inicio de la serie en 2019, en 2023 se aprecia la autopercepción de salud como buena o muy buena con cifras que regresan a valores previos a los años de pandemia en que se apreciaban las mayores prevalencias; se mantienen los porcentajes de personas que refieren padecer una enfermedad crónica; la evolución del dolor crónico por sexo, de intensidad severa a extrema no muestra , grandes variaciones salvo un descenso en mujeres en 2022, manteniéndose los valores superiores en ellas; la prevalencia de sintomatología depresiva muestra un incremento significativo en hombres y de menos intensidad en mujeres; el apoyo social muestra descenso desde los años de pandemia para situarse en los niveles más bajos de los últimos 5 años; se aprecia un leve incremento en el porcentaje de personas que se autodefinen como cuidadoras; el sentimiento de soledad muestra cifras de evolución al alza en hombres y cifras sin cambios en mujeres; la participación en asociaciones, después del descenso en los años de pandemia, presenta un leve incremento. En todos los indicadores considerados hay una gran diferencia por sexo que resulta en valores más elevados para las mujeres, excepto en fuerte apoyo social con porcentajes similares en 2023.

1. INTRODUCCIÓN

La población mundial está envejeciendo rápidamente y, concretamente en Europa, se espera que en 2050 un 34% de las personas superen los 60 años¹. Según la OMS, la salud supone un factor determinante para vivir esta transición demográfica de forma que cada uno de nosotros como personas y la sociedad en su conjunto pueda obtener el mayor beneficio¹.

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos que se pueden prevenir o retrasar mediante adopción de hábitos de vida saludables¹.

En este período de la vida, las capacidades físicas y cognitivas experimentan cambios desde un estado de pre-fragilidad a fragilidad o incluso discapacidad.

La fragilidad, se define como un estado dinámico que afecta a una persona que experimenta pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano, físico, psicológico o social, que son causadas por la influencia de una gama de variables, y que aumenta el riesgo de resultados adversos¹. La fragilidad, en lo físico, incluye sensación de cansancio, dificultad para caminar, peor salud autopercebida; alteraciones en la visión, audición, equilibrio, pérdida de peso no querida, y de fuerza en las manos; en lo psicológico, la falta de ánimo y sentirse nervioso/ansioso, la dificultad para recordar; en lo social, la falta de apoyo y soledad. La identificación temprana de esta situación permite evitar caídas, prevenir los estados de discapacidad y mejorar la calidad de vida en las personas mayores. En este sentido, son numerosos los predictores de fragilidad a valorar en mayores como la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el sentimiento de soledad y apoyo social, además de la edad avanzada, la hospitalización, la comorbilidad, las caídas, la limitación de la movilidad, la debilidad muscular y la falta de ejercicio, así como los condicionantes sociales adversos como la falta de recursos económicos.

Desde el año 2019 se realiza anualmente una encuesta dirigida a población entre 65 a 79 años de la Comunidad de Madrid, dentro del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociado a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M). En este informe se presentan los resultados correspondientes al año 2023 del segundo bloque sobre aspectos específicos de esta población desde el punto de vista del envejecimiento saludable.

2. METODOLOGÍA

El SIVFRENT-M se basa en una encuesta telefónica iniciada en 2018 con un estudio piloto y realizada anualmente desde 2019 a una muestra de aproximadamente 1.000 personas de 65 a 79 años residentes en la Comunidad de Madrid. El marco muestral es el registro de Tarjeta Sanitaria Individualizada (CIBELES), y el muestreo estratificado según sexo, edad, área geográfica y día de la semana.

Las preguntas del SIVFRENT-M se organizan en dos grandes bloques. El cuestionario del primer bloque, se compone de un núcleo central de preguntas estable en el tiempo y que permite realizar comparaciones con el SIVFRENT de adultos, incluye factores de riesgo ligados al comportamiento como actividad física, antropometría, alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, accidentes, agregación de factores y, otro grupo de preguntas que recogen la realización de prácticas preventivas. En un segundo bloque el sistema incluye también aspectos que se agrupan como “situación de salud y discapacidad”, de especial interés en este grupo etario, que describen: percepción de salud, problemas crónicos de salud, limitación de la actividad, limitación física y cognitiva, dificultades en las actividades de la vida diaria (ABVD y AIVD), caídas, dolor físico persistente, sensación de cansancio, salud mental, apoyo social, personas mayores como cuidadoras, soledad, uso de nuevas tecnologías de información y comunicación, participación comunitaria y en último lugar fragilidad y pre-fragilidad.

A continuación, se definen las variables relativas al segundo bloque, para las cuales se presentan los resultados en este informe.

Definición de indicadores, estrategia de análisis y precisión de las estimaciones

En el análisis de resultados se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. En la tabla 0 se recogen las variables analizadas, si bien otros aspectos metodológicos de la definición de indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados de presentación de resultados.

El error estándar del estimador se calculó teniendo en cuenta el efecto de diseño del muestreo por conglomerados mediante STATA 16.1 y módulo de muestras complejas SPSS/SAV versión 22 y 26³.

Tabla 0. Relación de variables de situación de salud y discapacidad, SIVFRENT-M, 2023.

Variabes	Categorías	Definiciones y criterios
Percepción de salud	Buena, Muy buena, Regular, Mala, Muy mala	Percepción de la propia salud como indicador de salud general
Problemas crónicos de salud	Sí, No	Tener problemas crónicos de salud
Limitación de la actividad (GALI) ²	Gravemente limitado/a, Limitado/a pero no gravemente, Nada limitado/a	Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?
	Limitación grave, No grave, Sin limitación	Grado de limitación de la actividad
	Física, Mental, Ambas	Causa de limitación
	Sí, No	Limitación de la actividad en los últimos 6 meses
		Dificultad para andar 500 metros

Limitación física y cognitiva: discapacidad funcional	Ninguna dificultad, Alguna dificultad, Mucha/total dificultad	Dificultad para subir o bajar 12 escalones
		Dificultad para recordar o concentrarse
Dificultad para realizar actividades de la vida diaria		Limitación mencionada para actividades de la vida diaria por causa
A) Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Escasa, Moderada, Grave, Total, Independencia	Dependencia/independencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) autocuidado y vida doméstica
		<p>Actividades: 1-Alimentarse, 2-Sentarse, levantarse de silla o cama, acostarse, 3-Vestirse y desvestirse, 4-Micción, deposición, lavarse y arreglarse, 5-Ducharse o bañarse</p> <p>Valoración según dificultad: 10 puntos "ninguna dificultad", 5 puntos "alguna dificultad", 0 puntos "mucha dificultad/no puedo hacerlo"</p> <p>Definición de: dependencia escasa: 40-45 puntos, dependencia moderada: 30-35 puntos, dependencia grave: 20-25 puntos, dependencia total: 5-15 puntos, independencia: 50 puntos</p>
B) Actividades Básicas Instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Ligera, Moderada, Grave, Total, Autonomía	Dependencia/autonomía para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
		<p>Actividades: 1. Preparar comidas, 2. Uso teléfono, 3. Hacer compras, 4. Tomar medicamentos, 5. Tareas domésticas ligeras, 6. Tareas domésticas de esfuerzo, 7. Administrar dinero</p> <p>Valoración según dificultad: Ninguna dificultad 10 puntos, alguna dificultad 5 puntos, mucha dificultad/no puedo 0 puntos.</p> <p>Definición de: dependencia ligera: 65 puntos, moderada: 40-40 puntos, grave: 20-30 puntos, dependencia total: 0 a 10 puntos, autonomía: 70 puntos.</p>
Incontinencia urinaria	Sí, No	¿Tiene problemas de incontinencia urinaria?
Esta incontinencia afecta a su vida diaria	Escala del 0 al 10 , siendo 0 no me afecta nada a 10 me afecta mucho	Cuánto afecta a su vida diaria
Caídas		
Problemas para andar o trasladarse de un sitio a otro	Siempre, Frecuentemente, Algunas veces, Raramente, Nunca	
Miedo a caerse	Siempre, Frecuentemente, Algunas veces, Raramente, Nunca	
Limitación global de la actividad por miedo a caerse	Mucho, Bastante, Algo, Poco, Nada	Este miedo limita su actividad
Riesgo de caídas	Sin riesgo Bajo riesgo Alto riesgo	3 preguntas negativas 1 a 2 negativas 3 positivas
Nº de caídas en el último año que requirieron atención sanitaria		¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria? ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?
Dolor físico persistente	Sí, No	Dolor físico de cualquier intensidad en las últimas 4 semanas
	Severo, moderado, muy leve a leve, ningún dolor	Dolor físico según intensidad
	Sí, No	Limitación de actividades por el dolor en las últimas 4 semanas
	Nada, Un poco, Moderadamente, Bastante, Mucho	Limitación de actividades por dolor en las últimas 4 semanas en grados
Sensación de cansancio	Sí, No	Sensación de cansancio, cualquier frecuencia durante las últimas 4 semanas
	La mayor parte del tiempo, Parte, Un poco de tiempo	Sensación de cansancio por frecuencia
		Sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas

Salud Mental (cuestionario PHQ-8)¹²	No síntomas, Síntomas leves, Sintomatología moderada, Moderadamente severa, Severa	<p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 inquietas/o agitada/o que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual <p>La respuesta afirmativa en cada pregunta: 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</p> <p>La suma de todos los ítems supone 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</p>
Apoyo Social (OSSLO)¹³	Ninguna, 1 o 2 personas, 3 a 5 personas o más Poco o nada, Algo, Ni mucho ni poco, Mucho Muy difícil/Difícil, Es posible, Muy fácil/Fácil Pobre, intermedio o fuerte apoyo social	<p>Puntuación por las 3 dimensiones de escala OSSLO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas cercanas en caso de problema grave: 1 punto "Ninguna", 2 puntos "1 o 2 personas", 3 puntos "3 a 5 personas", 4 puntos "Más de 5 personas" 2. Interés por lo que les pasa: 1 punto "Nada", 2 puntos "Poco", 3 puntos "Ni mucho ni poco", 4 puntos "Algo", 5 "Mucho" 3. Poder obtener ayuda de vecinos en necesidad: 1 punto "Muy difícil", 2 puntos "Difícil" 3 puntos "Es posible", 4 puntos "Fácil", 5 puntos "Muy fácil" <p>Puntuación escala OSSLO: "Pobre soporte social" está entre 3 y 8 puntos, "Intermedio apoyo" de 9 a 11 puntos y "Fuerte apoyo social" de 12 a 14 puntos.</p>
Sentimiento de soledad	Nunca/Casi nunca, Pocas veces, Siempre/Bastante	Prevalencia global de sentimiento de soledad
Personas mayores como cuidadoras	Sí, No Sí, No Sí, No Hombres, Mujeres	Cuidadoras/es de otras personas mayores o con dolencias crónicas Cuidados de 10 horas a más de 20 a la semana Cuidado de un familiar Porcentaje de hombres y mujeres que son cuidadoras
Uso de nuevas tecnologías de Información y Comunicación	Sí, No Sí, No	Personas con teléfono móvil con conexión a Internet Personas que usan el móvil para conectarse a internet
Participación comunitaria	Menos de 1 vez/año/nunca, menos de 1 vez /mes, una o más veces /mes Una vez al año o nunca	Participación comunitaria por tipo: asociaciones, aficiones del entorno, aficiones domésticas, turismo, excursiones, actividades sociales, actividades formativas, actividades culturales No participación en actividades comunitarias
Fragilidad (escala FRAIL adaptada) / Prefragilidad ¹⁰	Fragilidad por dimensiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fatigabilidad: "¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado/a?" "1= Todo el tiempo, 2 = La mayoría de las veces, 3 = Parte del tiempo, 4 = un poco del tiempo, 5 = En ningún momento. Las respuestas de "1 "o "2 "se califican como 1 y todos los demás son 0

		<p>2. Resistencia: “¿Tiene alguna dificultad para caminar 12 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda? “1 = Sí, 0 = No</p> <p>3. Deambulaci3n: Por ti mismo/a y no el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar 500 metros en terreno llano? “1 = Sí, 0 = No</p> <p>4. Cronicidad: “¿Padece alguna enfermedad cr3nica o de larga duraci3n? 1=Si, 0=No</p> <p>5. P3rdida de peso: “¿Cu3nto pesa sin ropa puesta y sin zapatos? [peso actual] “y “Hace un a3o en, ¿cu3nto pesaba? [peso hace 1 a3o] “. El cambio de peso porcentual se calcula como: [[peso Hace 1 a3o - Peso actual] / peso hace 1 a3o]] * 100. Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de p3rdida de peso) se puntúa como 1 y < 5% como 0</p>
	Fragilidad global	Puntuaci3n fragilidad global si ≥ 3 puntos
	Prefragilidad	Prefragilidad: los mismos ítems con puntuaci3n de 1 a 2

Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en poblaci3n mayor (SIVFRENT-M).

3. RESULTADOS

3.1. Indicadores de salud y discapacidad

3.1.1. Percepci3n de salud

El concepto de salud tiene un componente objetivo de buen funcionamiento org3nico junto con la capacidad de integraci3n bio-psicosocial pero adem3s tiene un componente subjetivo, la percepci3n de la propia salud, el cual es uno de los indicadores m3s utilizados al evaluar la salud de la poblaci3n, y aporta una primera aproximaci3n de la satisfacci3n vital del individuo. La percepci3n de la salud goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la poblaci3n, fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte car3cter predictivo que tiene sobre el uso de servicios o la mortalidad⁵. Conocer qu3 piensan las personas mayores sobre su salud es de gran importancia porque nos proporciona una evaluaci3n de su estado general de salud.

La percepci3n de salud global “buena o muy buena” se refiere en el 55,8% de la poblaci3n; disminuye con la edad pasando de un 62,2% en el grupo de 65-69 a3os a un 49,0% en los de 75-79 a3os de edad; por sexo, el valor alcanzado por los hombres supera en casi 14 puntos porcentuales al de las mujeres (63,3% frente a 49,6%). Al aumentar la edad tambi3n se observa un aumento progresivo en la categoría “mala o muy mala salud”; y en esta misma categoría el porcentaje de mujeres es mayor del alcanzado por los hombres (12,0% vs. 8,5%) (Tabla 1).

Tabla 1. Salud autopercebida seg3n categoría, por sexo, edad y totales (%). Poblaci3n de 65 a 79 a3os. Comunidad de Madrid, 2023.

	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Buena a Muy buena	564	55,8(52,8-58,8)	290	63,3(58,8-67,6)	274	49,6(45,5-53,8)	249	62,2(57,5-66,8)	192	53,5(48,3-58,6)	123	49,0(42,9-55,1)
Regular	341	33,8(30,9-36,7)	129	28,2(24,2-32,5)	212	38,4(34,4-42,5)	118	29,5(25,2-34,1)	127	35,4(30,6-40,5)	96	38,2(32,5-44,4)
Mala a Muy mala	105	10,4(8,7-12,4)	39	8,5(6,3-11,4)	66	12,0(9,5-15,0)	33	8,2(5,9-11,4)	40	11,1(8,3-14,8)	32	12,7(9,1-17,5)

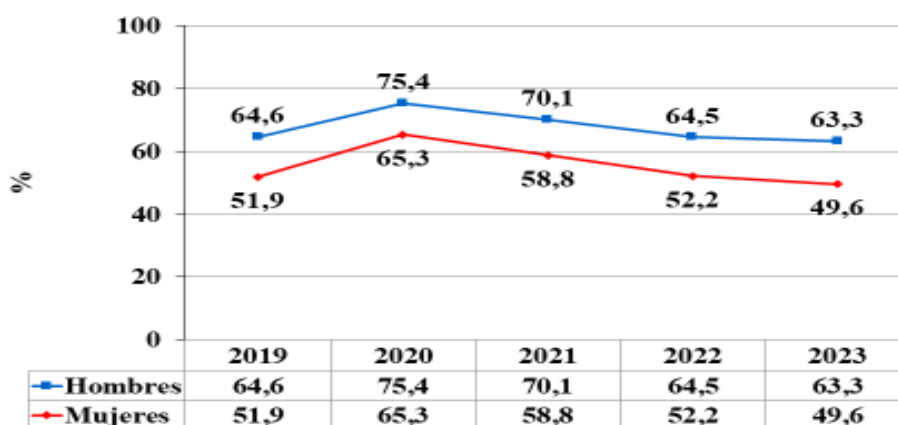
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en poblaci3n mayor (SIVFRENT-M).



Según variables sociodemográficas (Anexo Tabla 1), en general la prevalencia de percepción de salud como “buena o muy buena” es menor para las mujeres respecto de los hombres prácticamente en todas las variables (solo en la categoría de soltería se observan valores similares). El mínimo en las mujeres se observa en el grupo de ingresos económicos \leq a 1.050 euros al mes y el máximo en el de ingresos de mayor nivel y, para los hombres el mínimo es soltería y el máximo en ingresos del más alto nivel que también es el más alto de la tabla (73,1%). Existe un gradiente por nivel de ingresos del hogar disminuyendo el porcentaje de “buena o muy buena salud” al disminuir los ingresos y supone una diferencia de casi 30 puntos porcentuales entre el nivel más bajo, de \leq 1.050 euros netos por hogar al mes y la categoría de >2.700 euros netos/mes. El gradiente también se observa y en el mismo sentido por nivel educativo.

Desde 2019, la percepción de la propia salud como buena o muy buena presenta un valor máximo en 2020 y vuelve a valores iniciales en el final de la serie. En 2023 en hombres se mantiene aproximadamente el porcentaje del año anterior, pero en las mujeres se obtiene un valor por debajo del 50,0%, siendo el más bajo de toda la serie (Figura 1).

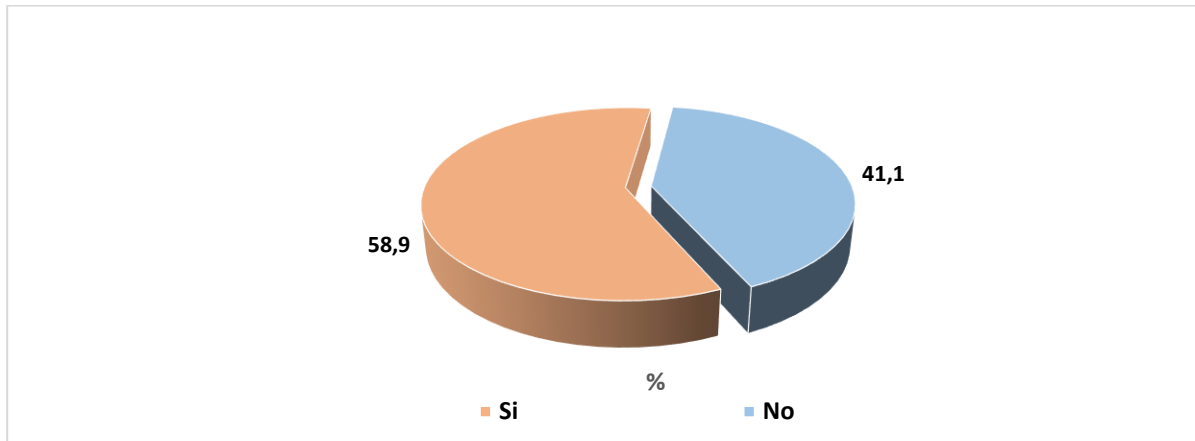
Figura 1. Evolución de la autopercepción de salud como buena o muy buena por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

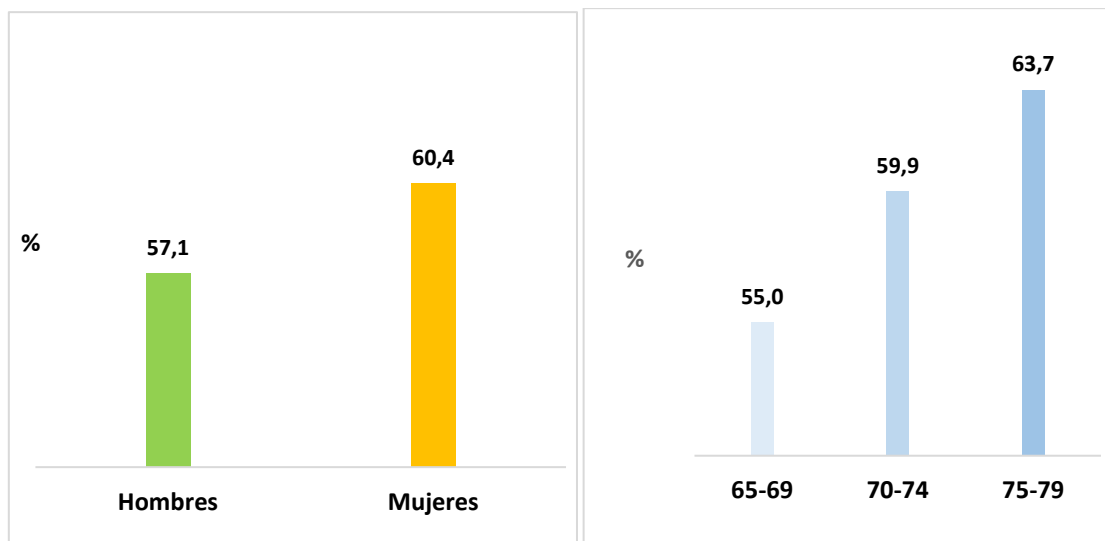
3.1.2. Problemas crónicos de salud

En el año 2023, el 58,9% refieren sufrir alguna enfermedad crónica; por sexo, en los hombres el 57,1% y el 60,4% en las mujeres; por edad, hay un aumento al aumentar esta con una diferencia de casi 9 puntos entre el primer y último grupo (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Presencia o no de alguna enfermedad crónica (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

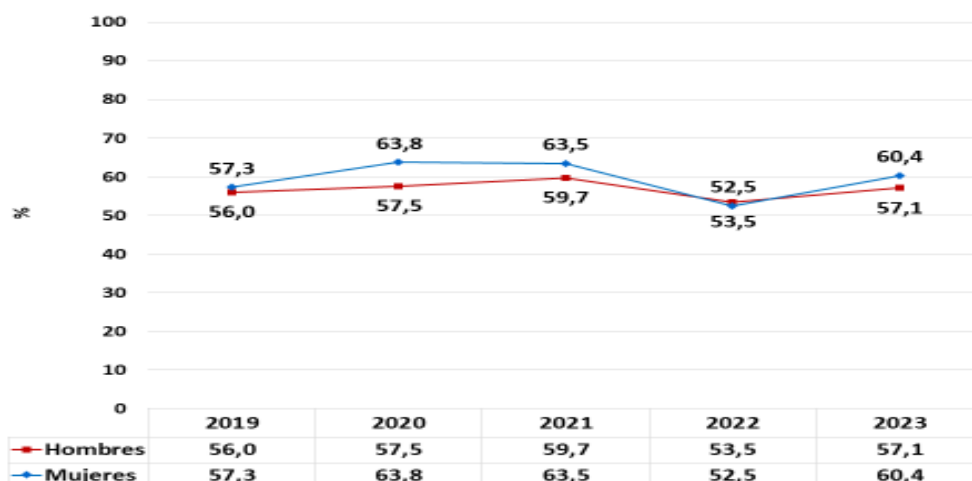
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Según características sociodemográficas (Anexo Tabla 2), la prevalencia de enfermedades crónicas entre los 65 a 79 años es superior al 50% en prácticamente todas las variables estudiadas y en la mayoría es superior en mujeres que en hombres. La mayor diferencia por categorías dentro de una variable se observa en el nivel de ingresos económicos con más de 12 puntos porcentuales entre el nivel más bajo y el más alto.

Figura 3. Prevalencia de alguna enfermedad crónica por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

A lo largo de toda la serie se mantiene el mayor porcentaje en mujeres respecto de los hombres excepto en el año 2022 en el que se obtienen resultados similares, siendo como media de estos años una diferencia mayor a 3 puntos porcentuales en las mujeres. (Figura 4).

Figura 4. Evolución de la prevalencia de alguna enfermedad crónica por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

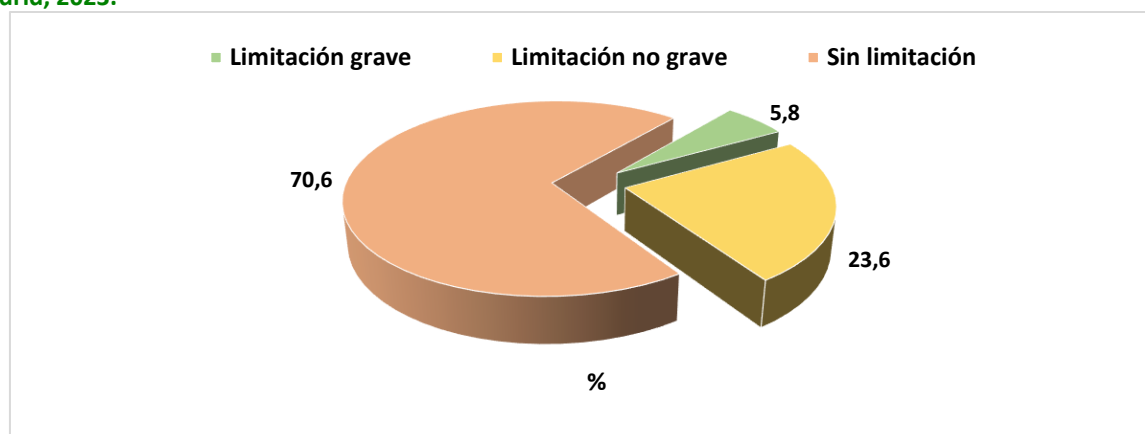
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.1.3. Limitación de la actividad

Como indicador de la limitación para actividades se ha utilizado el Indicador General de Limitación de Actividad (GALI). Es un índice simple de incapacidad subjetiva o percibida que trata de capturar cuatro dimensiones en una única pregunta: 1) la presencia de limitación de actividad, 2) si se trata de una limitación para las actividades que la gente normalmente realiza, 3) si esa limitación, en el caso de que exista, se debe a un problema de salud y 4) si su duración es de al menos 6 meses². La pregunta es: "Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?: Gravemente limitado/a; Limitado/a pero no gravemente; Nada limitado/a". Se analizan dos componentes: el grado de limitación en grave y no grave y la limitación en los últimos 6 meses para actividades que la gente realiza normalmente.

Limitación grave/no grave

La limitación de la actividad grave alcanza un 5,8% y no grave alcanzó un 23,6% (Figura 5).

Figura 5. Limitación grave, no grave y sin limitación de la actividad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

La prevalencia por sexo de limitación grave para actividades que realiza la gente habitualmente (GALI) es más elevada en las mujeres (6,5%) que en los hombres (5,0%) y para limitación no grave también. Al aumentar la edad se observa un aumento en la prevalencia de limitación no grave (Tabla 2).

Tabla 2. Limitación de la actividad grave, no grave y sin limitación por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Limitación grave	59	5,8(4,5-7,5)	23	5,0(3,4-7,4)	36	6,5(4,7-8,9)	19	4,7(3,0-7,3)	25	7,0(4,7-10,1)	15	6,0(3,6-9,7)
Limitación no grave	238	23,6(21,0-26,3)	92	20,1(16,7-24,0)	146	26,4(22,9-30,3)	77	19,2(15,7-23,4)	92	25,6(21,4-30,4)	69	27,5(22,3-33,3)
Sin Limitación	713	70,6(67,7-73,3)	343	74,9(70,7-78,7)	370	67,0(63,0-70,8)	304	76,0(71,6-79,9)	242	67,4(62,4-72,1)	167	66,5(60,5-72,1)

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

Limitación de la actividad en los últimos 6 meses

En el aspecto de limitación de la actividad en el período comprendido en los últimos 6 meses, entre los que refieren limitación, las respuestas afirmativas fueron del 68,0%, con resultados similares por sexo, y por edad más elevada en los más mayores (Tabla 3).

Tabla 3. Limitación de la actividad grave/no grave en los últimos 6 meses, por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Si	202	68,0(62,5-73,1)	80	69,6(60,4-77,4)	122	67,0(60,0-73,4)	64	66,7(56,4-75,5)	77	65,8(56,9-73,7)	61	72,6(62,2-81,0)
No	95	32,0(26,9-37,5)	35	30,4(22,6-39,6)	60	33,0(26,6-40,0)	32	33,3(24,5-43,6)	40	34,2(26,3-43,1)	23	27,4(19,0-37,8)

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

Causas de limitación de la actividad

El mejor indicador de salud global en la persona mayor es el estado funcional; la existencia de alteraciones en cualquier área (física, mental o social) puede ser la causa de variaciones en la funcionalidad de la persona mayor. La funcionalidad está definida como capacidad para realizar actividades que nos permiten vivir de forma independiente en nuestro domicilio y en la comunidad asociadas generalmente con habilidades motoras⁴.

En la tabla siguiente se exponen los porcentajes de limitación para actividades por su causa física, mental o ambas. La causa de dificultad para realizar actividades comunes fue predominantemente física, 91,9%; en la categoría de limitación por causas mentales, los hombres obtienen un 0,9% y las mujeres 1,6% (Tabla 4).

Tabla 4. Limitación para actividades según causa, por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Físico	273	91,9(88,2-94,6)	107	93,0(86,6-96,5)	166	91,2(86,0-94,6)	86	89,6(81,4-94,4)	111	94,9(89,0-97,7)	76	90,5(81,9-95,2)
Mental	4	1,3(0,5-3,6)	1	0,9(0,1-6,0)	3	1,6(0,5-5,0)	0	0	1	0,8(0,1-5,9)	3	3,6(1,1-10,7)
Ambos	20	6,7(4,4-10,3)	7	6,1(2,9-12,2)	13	7,1(4,1-12,0)	10	10,4(5,6-18,5)	5	4,3(1,8-10,0)	5	5,9(2,5-13,6)

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

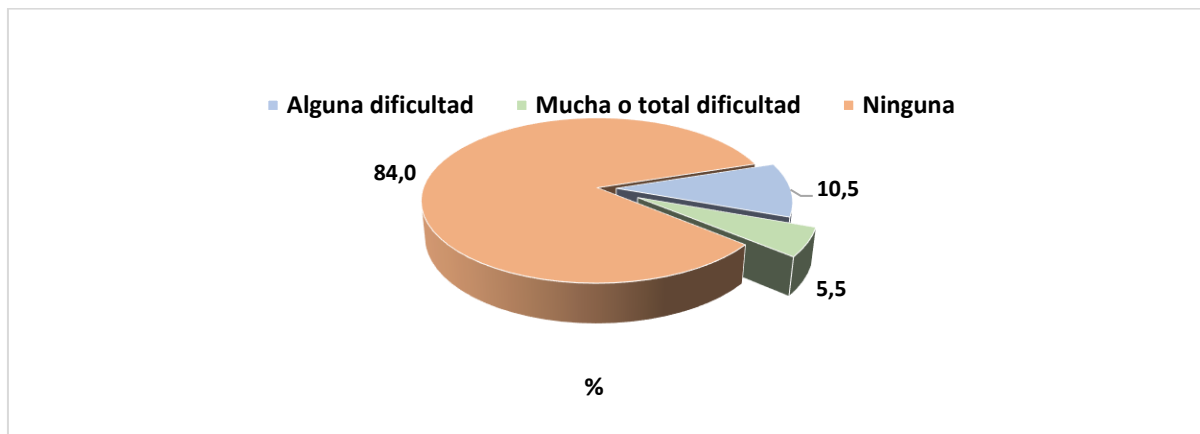
3.1.4. Limitación física y cognitiva

Uno de los aspectos de la discapacidad en personas mayores es la dificultad en la movilidad para caminar, subir escaleras o recordar y concentrarse⁵.

Dificultad para caminar

La dificultad que estas personas tienen para poder andar 500 metros sin ningún tipo de ayuda se refiere en el 10,5% con “alguna dificultad” y un 5,5% con “mucho o total incapacidad”. Por sexo, las mujeres obtienen valores más elevados que los hombres en las dos categorías “alguna dificultad” (12,7% vs. 7,9%) y “mucho/total dificultad” (7,1% vs. 3,7%). Se observa un claro aumento progresivo con la edad en ambas categorías (Figura 6 y Tabla 5).

Figura 6. Dificultad para andar 500 metros (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

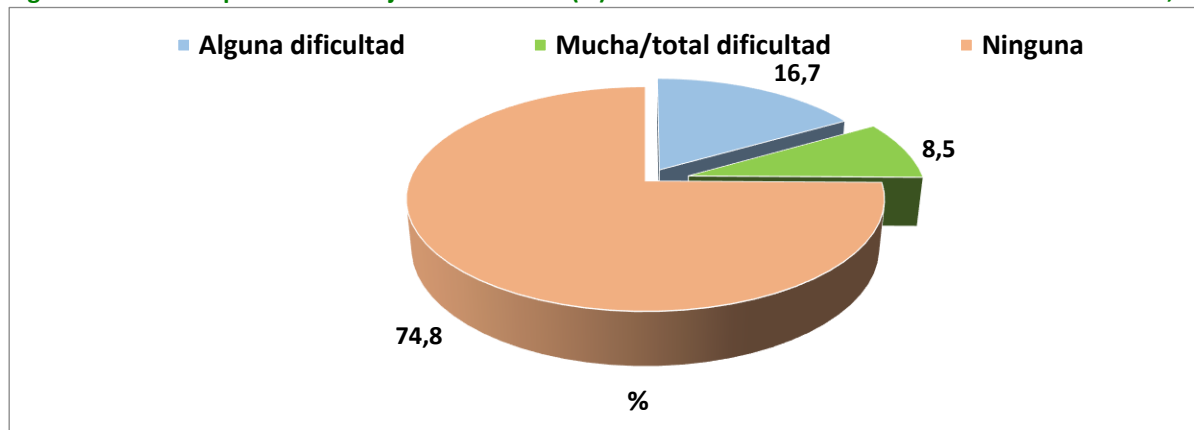


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Subir o bajar 12 escalones

Para subir o bajar 12 escalones sin ayuda un 16,7% tuvo alguna dificultad y un 8,5% mucha o imposibilidad total de hacerlo; por sexo, predomina en las mujeres y se incrementa de forma progresiva según la edad tanto en “alguna dificultad” como en “mucho o total dificultad” (Figura 7 y Tabla 5).

Figura 7. Dificultad para subir o bajar 12 escalones (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

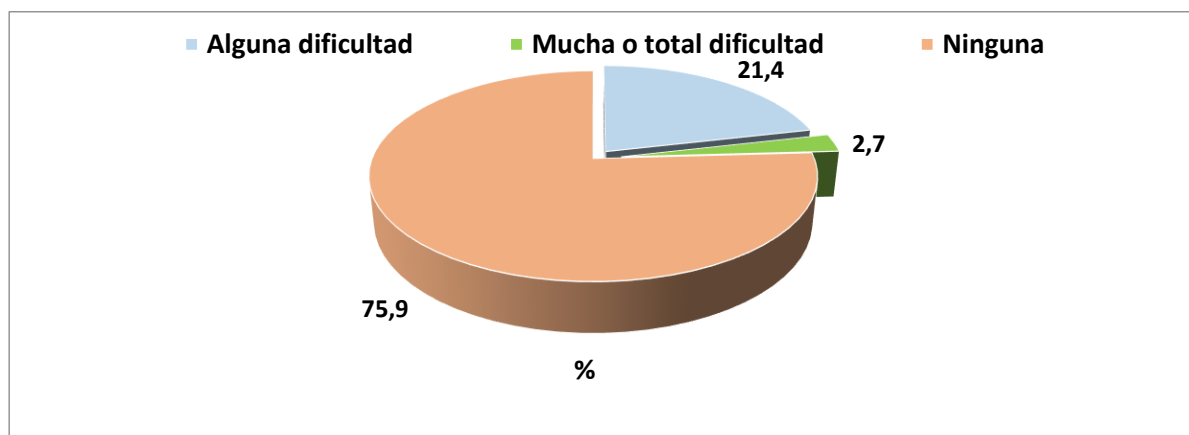


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor.

Dificultad para recordar o concentrarse

A la pregunta sobre la dificultad para recordar o concentrarse, un 21,4% respondió tener alguna dificultad, el 75,9% ninguna dificultad y un 2,7% mucha o total dificultad. Por sexo, las mujeres tenían más de 6 puntos porcentuales que los hombres en la categoría “alguna dificultad” y ligeramente superior en “mucha o total dificultad”; por edad, en ambas categorías se observa un aumento progresivo (Figura 8 y Tabla 5).

Figura 8. Dificultad para recordar o concentrarse (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Tabla 5. Discapacidad (dificultad para caminar 500 metros, para subir o bajar escalones y para recordar o concentrarse) por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

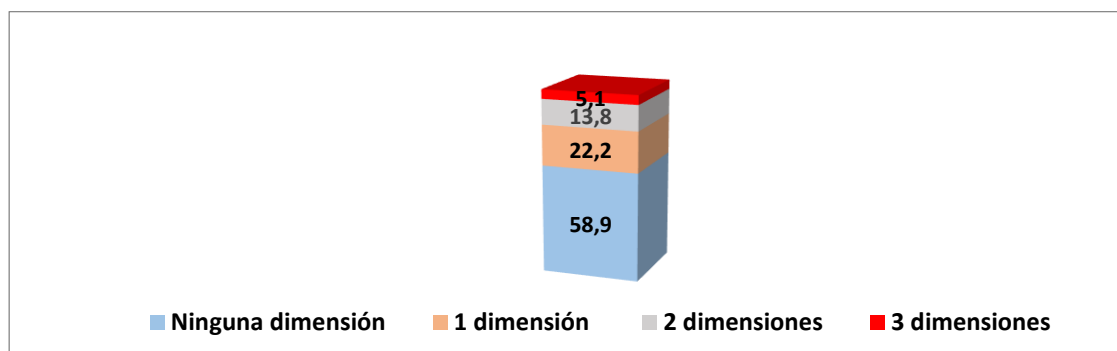
Grado de dificultad	SEXO						EDAD						
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79		
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	
Caminar 500 metros*	Alguna	106	10,5(8,8-12,6)	36	7,9(5,7-10,7)	70	12,7(10,2-15,8)	35	8,7(6,3-12,0)	40	11,2(8,3-14,9)	31	12,3(8,8-17,0)
	Mucha/Total	56	5,5(4,3-7,1)	17	3,7(2,3-5,9)	39	7,1(5,2-9,5)	14	3,5(2,1-5,8)	21	5,9(3,8-8,8)	21	8,4(5,5-12,5)
Subir o bajar 12 escalones**	Alguna	168	16,7(14,5-19,1)	58	12,7(9,9-16,0)	110	20,0(16,9-23,5)	54	13,5(10,5-17,2)	63	17,5(14,0-21,8)	51	20,4(15,8-25,9)
	Mucha/Total	86	8,5(7,0-10,4)	26	5,7(3,9-8,2)	60	10,9(8,6-13,8)	23	5,8(3,9-8,5)	31	8,6(6,1-12,0)	32	12,8(9,2-17,5)
Recordar/Concentrarse***	Alguna	216	21,4(19,0-24,0)	83	18,1(14,8-21,9)	133	24,1(20,7-27,8)	66	16,5(13,2-20,5)	80	22,3(18,3-26,9)	70	27,9(22,7-33,7)
	Mucha/Total	27	2,7(1,8-3,9)	9	2,0(1,0-3,7)	18	3,3(2,1-5,1)	8	2,0(1,0-4,0)	9	2,5(1,3-4,8)	10	4,0(2,1-7,2)

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

*sin ningún tipo de ayuda, el bastón no se considera ayuda **sin ayuda, la barandilla no se considera ayuda ***dificultad para recordar o concentrarse.

El 58,9% no tiene afectada ninguna de las 3 dimensiones de discapacidad (recorrer 500 metros, subir 12 escalones, dificultad para recordar o concentrarse); el 41,1% tiene afectada una, dos o tres dimensiones de discapacidad (22,2% una dimensión, 13,8% dos y 5,1% las tres) (Figura 9).

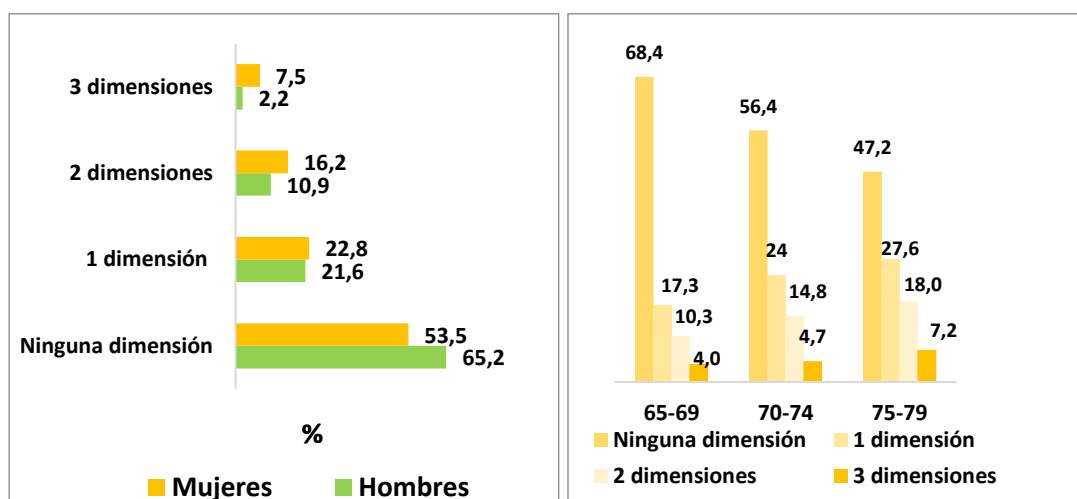
Figura 9. Afectación de una dimensión de discapacidad, dos, tres o ninguna (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

La afectación de las dimensiones de discapacidad, de una a tres, es mayor en todos los niveles en mujeres que en hombres y por grupos de edad, en cada nivel hay un aumento progresivo al aumentar esta (Figura 10).

Figura 10. Afectación de una dimensión de discapacidad, dos, tres o ninguna, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

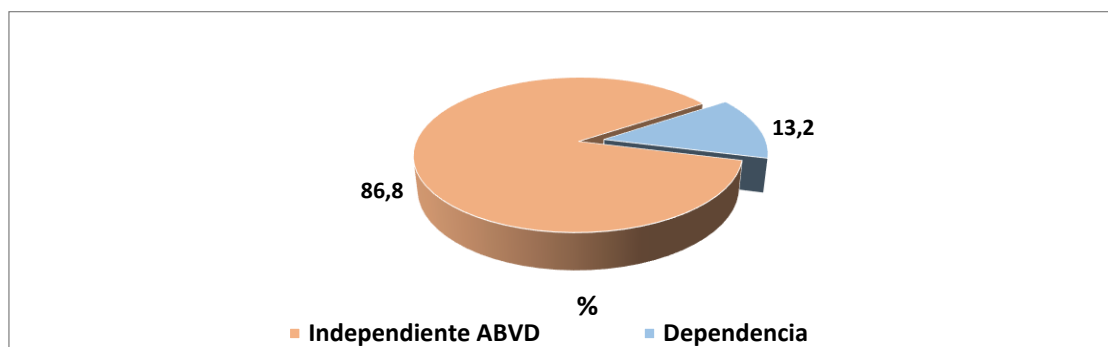


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.1.5. Dificultad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD)

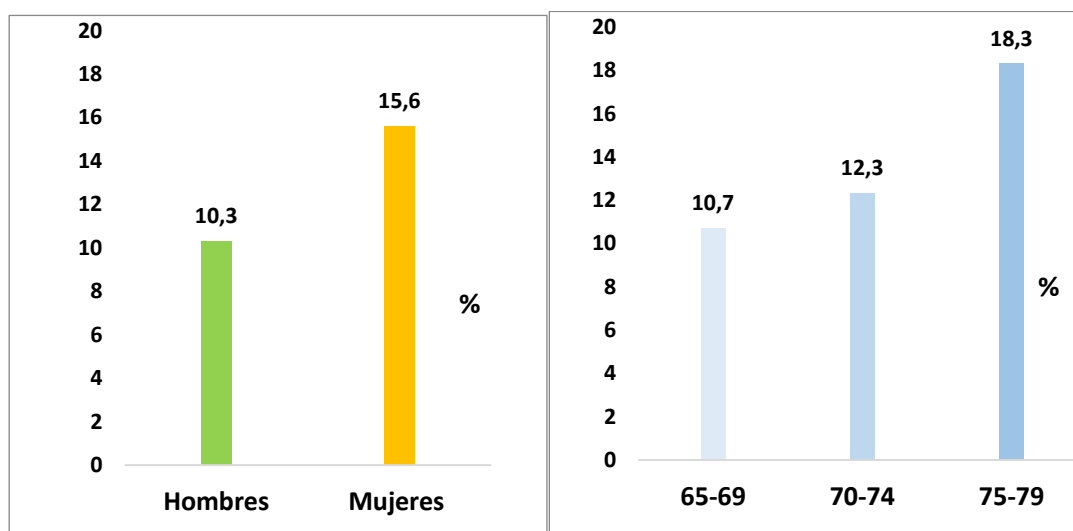
Las ABVD valoran el autocuidado y las necesidades básicas para que el paciente pueda mantenerse autónomo en su medio inmediato, es decir, su domicilio (comer, desplazarse, asearse, vestirse, contener esfínteres). Según la puntuación obtenida se sitúa a las personas encuestadas en dependencia escasa, moderada, grave y total o independencia. El 13,2% presentaba algún tipo de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (Figura 11).

Figura 11. Independencia y dependencia* de cualquier grado para ABVD (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

* Dependencia de cualquier grado escasa, moderada, grave y total.

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

El 15,6% de las mujeres y el 10,3% de los hombres tienen algún grado de dependencia para ABVD (Figura 12). Por edad hay un aumento con esta de 10,7% a 18,3%.

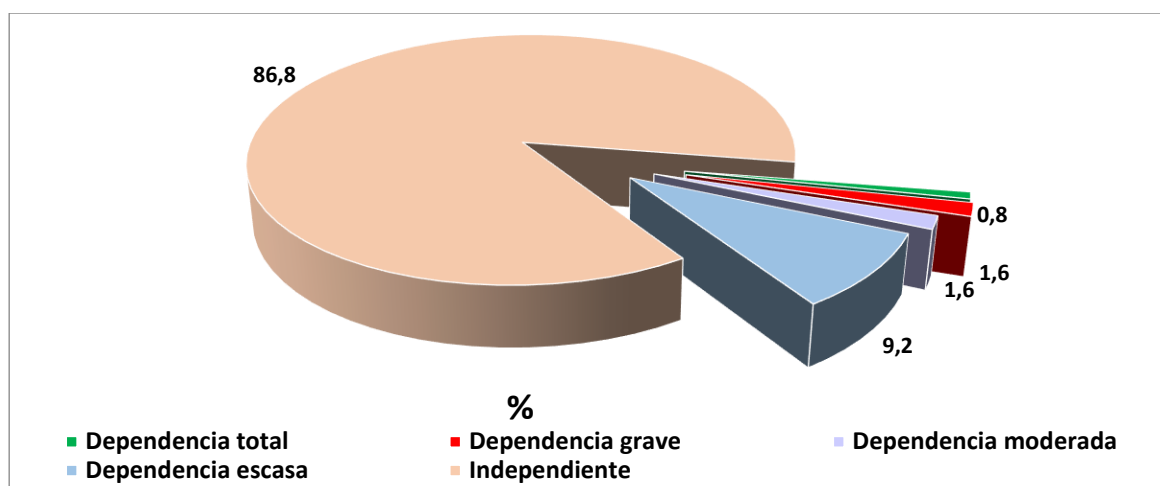
Figura 12. Dependencia para ABVD de cualquier grado, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Grado de dependencia según ABVD

Para las actividades valoradas, la puntuación según el grado de dificultad es de 10 puntos para “ninguna dificultad”, 5 puntos “alguna dificultad”, 0 puntos “muchoa dificultad /no puede hacerlo”. Se define Independencia como la obtención de 50 puntos, es decir ninguna dificultad en la realización de la tarea, dependencia escasa, 40-45 puntos; dependencia moderada, 30-35 puntos; dependencia grave, 20-25 y dependencia total, 0-15 puntos.

El 86,8% es independiente para todas las actividades de la vida diaria y el resto muestra algún grado de dependencia siendo esta escasa en el 9,2%, moderada en el 1,6%, grave en el 1,6%, y dependencia total en un 0,8%. El porcentaje de dependencia en sus diferentes grados se muestra en la Figura 13.

Figura 13. Dependencia según ABVD según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

La prevalencia de dependencia en ABVD en sus diferentes grados es mayor en las mujeres que en los hombres; y el aumento de la dependencia por edad, supera en más de 7 puntos porcentuales el de mayor de edad al de más jóvenes (Tabla 6).

Tabla 6. Independencia y dependencia de escasa a total por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Dependencia*	133	13,2(11,2-15,4)	47	10,3(7,8-13,4)	86	15,6(12,8-18,8)	43	10,7(8,1-14,2)	44	12,3(9,2-16,1)	46	18,3(14,0-23,6)
Independencia	877	86,8(84,6-88,8)	411	89,7(86,6-92,2)	466	84,4(81,2-87,2)	357	86,8(84,6-88,8)	315	87,7(83,9-90,8)	205	81,7(76,4-86,0)

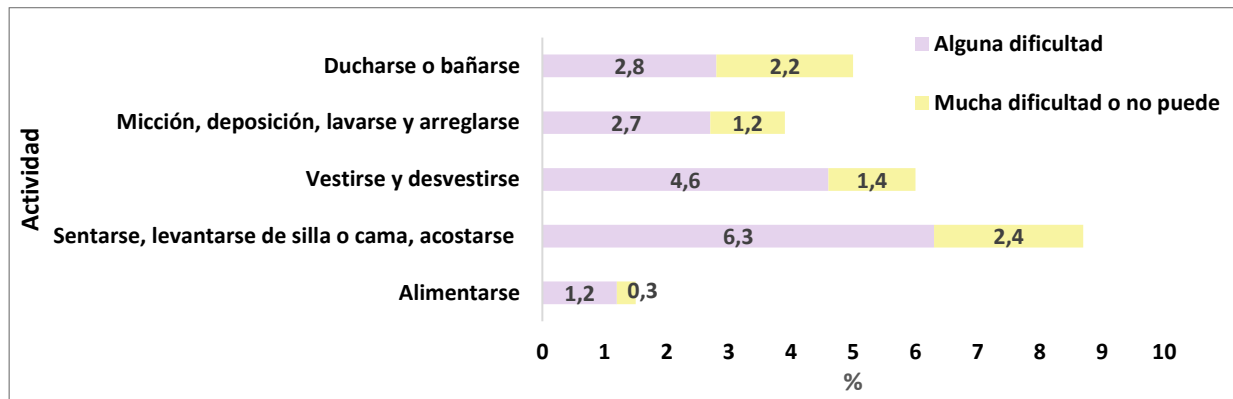
*Dependencia: de "alguna a mucha dificultad" en ABVD: alimentarse, vestirse y desvestirse, micción y deposición, lavarse y arreglarse, ducharse o bañarse.: <= 45 puntos. Independencia=50 puntos

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

Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) por tipo de actividad

Los porcentajes globales obtenidos sitúa alrededor del 95% la autonomía (no tener ninguna dificultad), para realizar actividades de la vida diaria tales como alimentarse, vestirse y desvestirse, micción y deposición, lavarse y arreglarse, ducharse o bañarse. La actividad más frecuente para "alguna dificultad" fue levantarse o sentarse en una silla o cama o acostarse (6,3%), seguido de vestirse y desvestirse (4,6%); en la categoría "mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo solo/a" sentarse o levantarse de una silla o cama fue la de mayor porcentaje (2,4%). La dificultad para alimentarse fue la actividad con la puntuación más baja (Figura 14).

Figura 14. ABVD, porcentajes de “Alguna dificultad”, “Mucha o imposibilidad total” de realizar la actividad sola/o. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

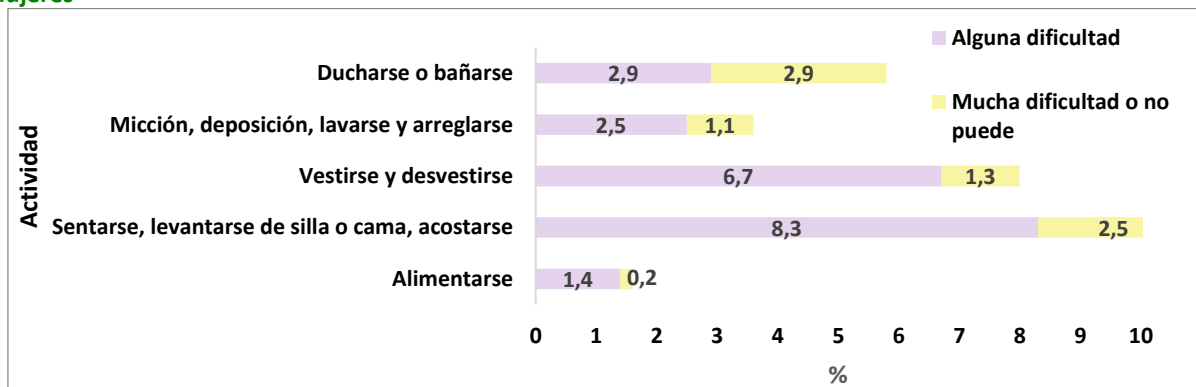


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

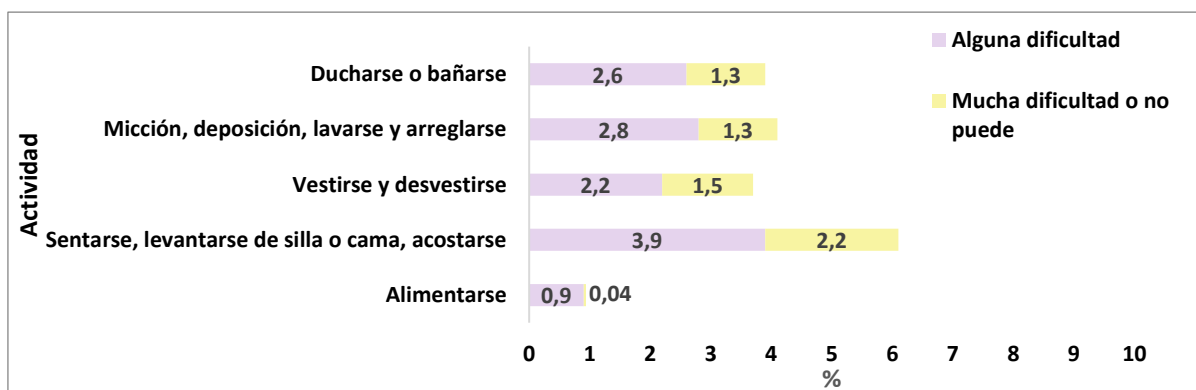
Según sexo, en general, en la categoría “alguna dificultad” los porcentajes obtenidos son más elevados en mujeres, solo ligeramente más elevado en hombres en “micción, deposición, lavarse y arreglarse”; refieren alguna dificultad para “sentarse, levantarse de silla o cama o acostarse” más del doble las mujeres (8,3%) que los hombres (3,9%). Dentro de tener “muchísima dificultad o no poderlo hacer por sí misma/o” la media por ítems en las mujeres es algo más elevada que en hombres 1,6% vs. 1,3% respectivamente (Figura 15).

Figura 15. ABVD, porcentajes de “alguna dificultad” a “muchísima o imposibilidad total” de realizar la actividad sola/o según sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Mujeres



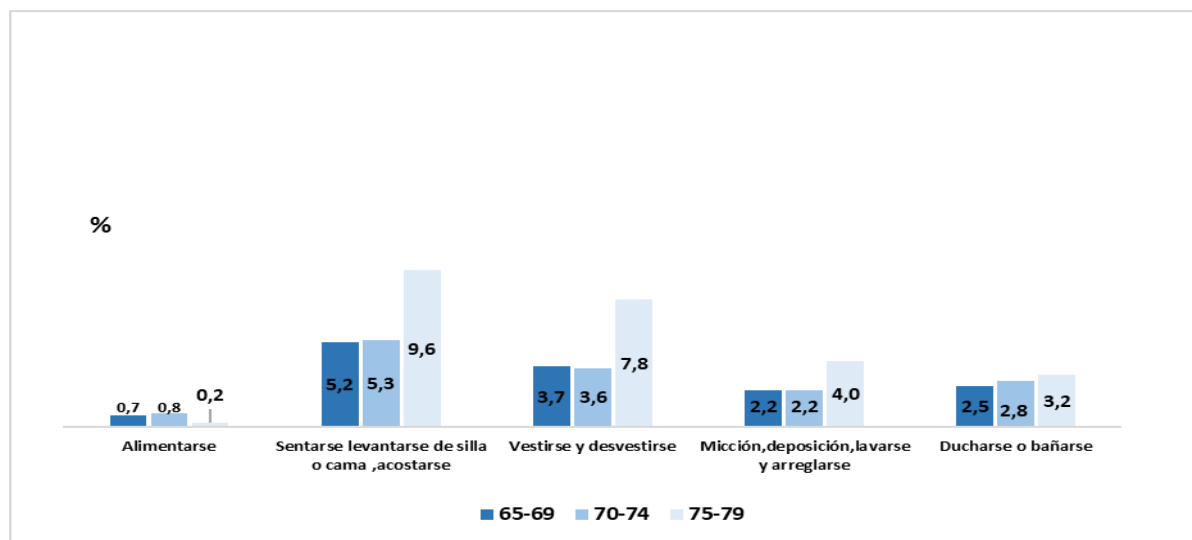
Hombres



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

En general se observa un aumento en progresión con la edad para “alguna dificultad” en todas las actividades; el menor porcentaje se da en “alimentarse” y el mayor en “sentarse, levantarse de una silla o cama o acostarse” y “vestirse o desvestirse” (Figura 16).

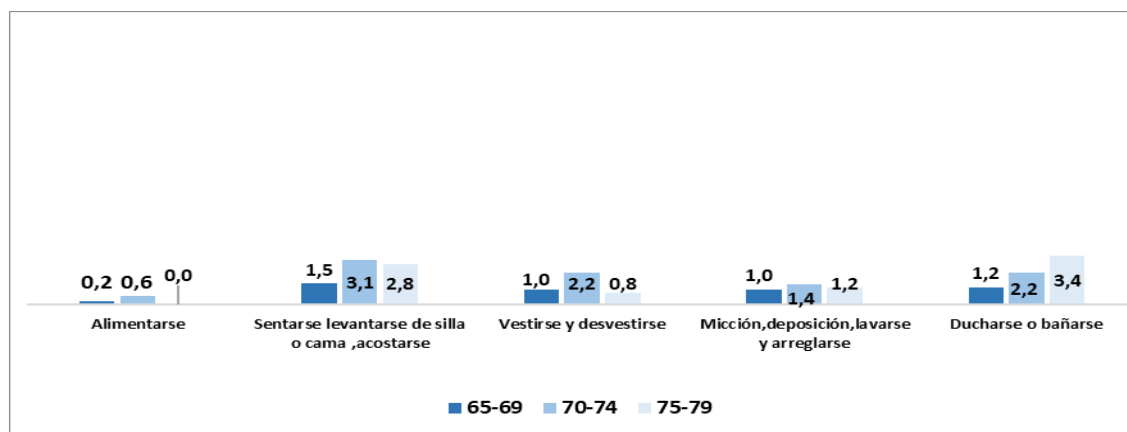
Figura 16. ABVD, porcentajes de “alguna dificultad” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

El menor porcentaje fue en tener “mucho dificultad para alimentarse”, para el resto de los ítems el porcentaje los valores alcanzados se muestran en la figura 17.

Figura 17. ABVD, porcentajes de “mucho dificultad o no puede hacerlo por sí misma/o” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023



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

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

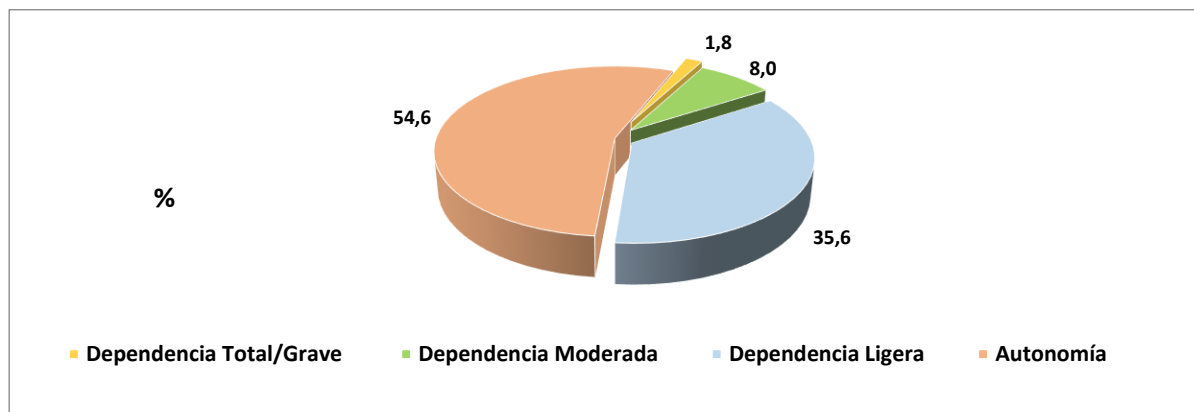
Las AIVD, que requieren más destreza y habilidad, valoran actividades necesarias para mantener la independencia en el hogar y poder permanecer autónomamente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida o hacer labores de la casa, desplazarse y utilizar transportes, usar el teléfono, llevar la contabilidad doméstica, etc.). Son las que primero se deterioran⁶. Se preguntó por la capacidad de hacer estas actividades, no por si las hacen, para evitar respuestas negativas por ejemplo en hombres que en general no realizan tareas como preparar comidas, trabajos domésticos, etc.

Grado de dependencia para AIVD

Para el análisis de la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), cuando la respuesta es “ninguna dificultad” se adjudican 10 puntos, alguna dificultad 5 puntos y mucha dificultad/no puedo hacerlo en absoluto 0 puntos. La suma de las puntuaciones obtenidas resulta en una valoración como dependencia total si el resultado son 0 a 10 puntos, dependencia grave de 20 a 30 puntos, moderada de 35 a 50 puntos, ligera 65 puntos y autonomía 70 puntos.

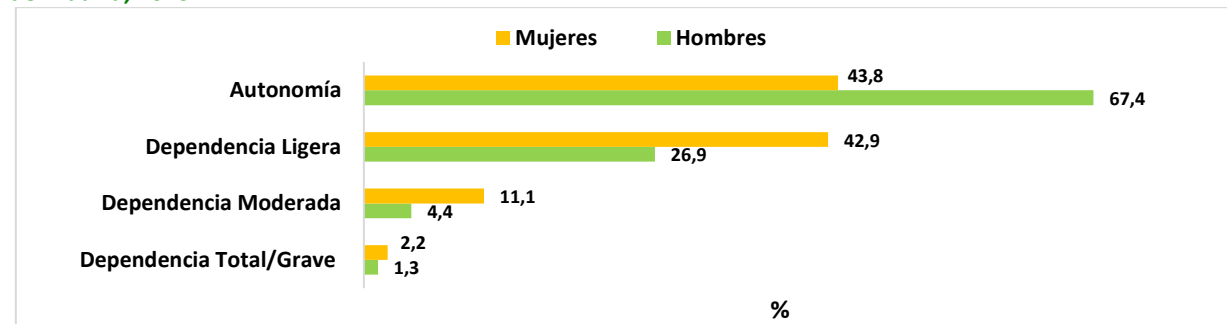
El 35,6% tiene una dependencia ligera, el 8,0% moderada, el 1,8% dependencia total/grave y un 54,6% es autónomo/a. El porcentaje de autonomía en hombres fue de 67,4% y en mujeres de 43,8%; la dependencia total/grave fue en hombres de 1,3% y en mujeres de 2,2% (Figuras 18 y 19).

Figura 18. Porcentajes de dependencia para AIVD según grados. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Figura 19. Porcentajes de dependencia para AIVD según grados por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

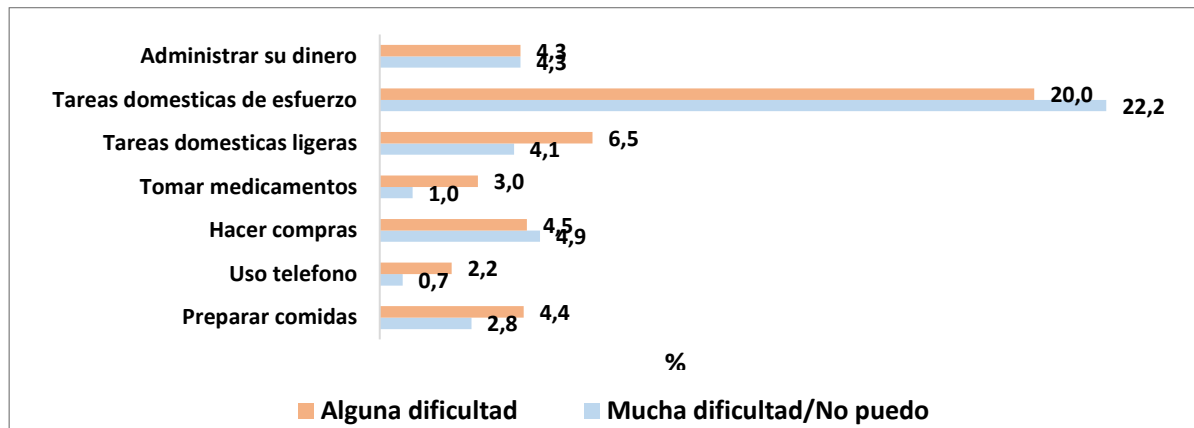


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la tabla 3 del Anexo, se presentan los porcentajes de dependencia moderada a grave y total por sexo y variables sociodemográficas. El 9,8% tienen dependencia de moderada a grave o total para AIVD; por sexo, más del doble en mujeres que en hombres, hecho que, en general se repite para todas las variables; la dependencia aumenta con la edad hasta llegar a ser más de 2 veces mayor en el grupo de los más mayores. Hay un gradiente descendente al aumentar el nivel de estudios y ocurre lo mismo con el nivel de ingresos.

El porcentaje global más elevado fue un 22,2% en la categoría “mucha dificultad o no puedo” para hacer tareas que requieren esfuerzo en el hogar como mover muebles, limpiar ventanas, transportar la compra y el menor porcentaje en esta categoría fue en el uso de teléfono con un 0,7% (Figura 20).

Figura 20. AIVD, porcentajes de “Alguna dificultad”, “Mucha dificultad/No puedo hacerlo” para realizar la actividad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

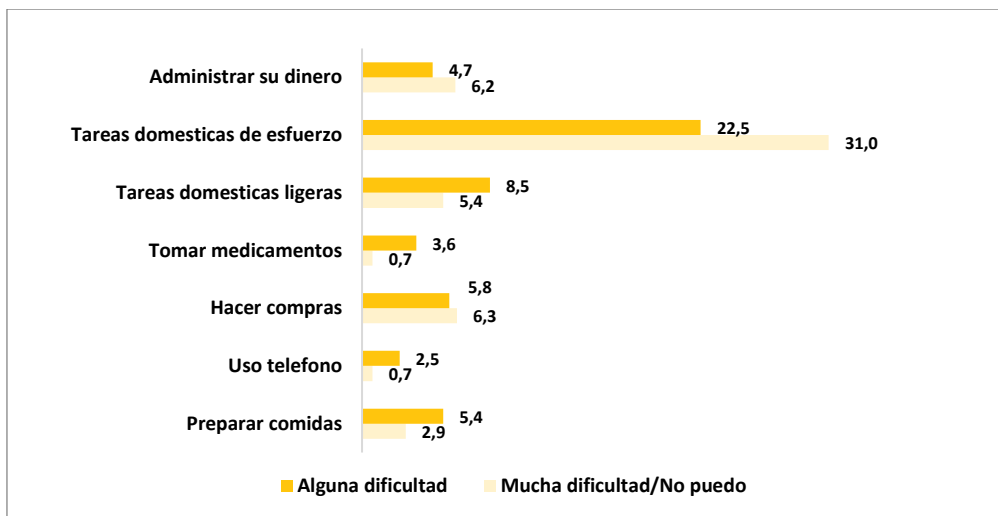


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

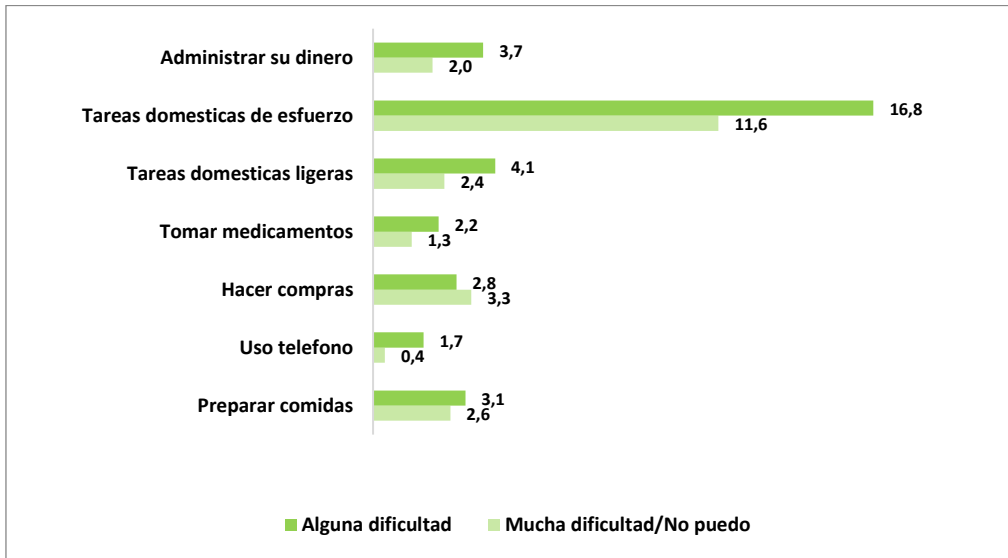
Por sexo, en general, los porcentajes son mayores en las mujeres que en los hombres (Figura 21). Por grupo de edad, “Mucha dificultad/No puedo hacerlo” en las tareas domésticas pesadas fue referido por el 32,7% en el grupo de edad 75-79 años (Figura 22). La toma de medicamentos, y el uso de teléfono, obtuvieron los menores porcentajes.

Figura 21. AIVD, porcentajes de “Alguna dificultad”, “Mucha dificultad/No puedo hacerlo” para realizar la actividad, por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Mujeres



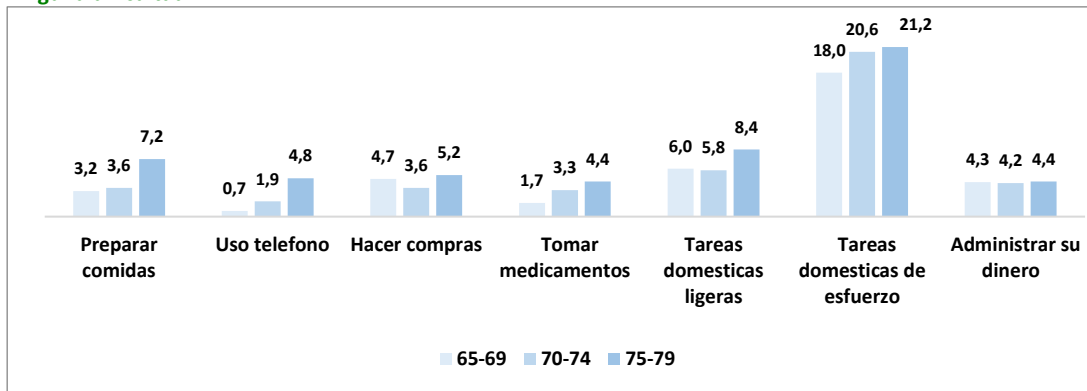
Hombres



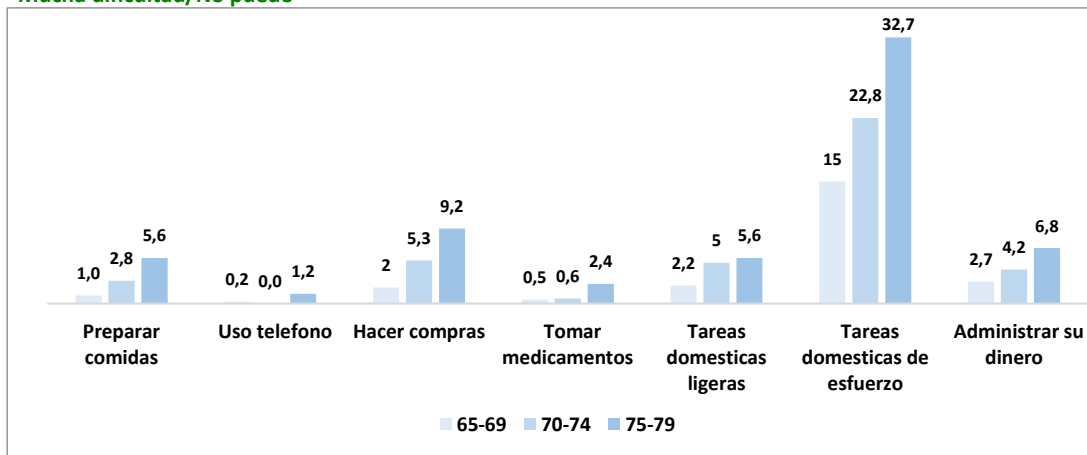
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Figura 22. AIVD, porcentajes de realización para cualquier grado de dificultad desde “Alguna dificultad” a “No puedo hacerlo por mí mismo” por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

“Alguna dificultad”



“Mucha dificultad/No puedo”



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

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) se engloba dentro de los síndromes geriátricos por su elevada prevalencia y su potencial para originar diferentes formas de incapacidad en las personas mayores. Conocer mejor las características de la IU supone un reto para los profesionales sanitarios, debido al impacto que puede generar en la calidad de vida de estas personas y sus cuidadores/as.

Las preguntas incluidas son:

Tiene usted problemas de incontinencia urinaria (nos referimos a pérdida de orina, al toser, por esfuerzo, espontánea, antes de llegar al W.C. etc)
Este problema de incontinencia ¿Cuánto afectan a su vida diaria? (por favor siendo 0 no me afecta nada a 10 me afecta mucho)

El 20,2% tiene problemas de incontinencia urinaria, pérdida de orina, al toser, por esfuerzo, espontánea, antes de llegar al W.C. (el 13,3% de los hombres y el 25,9% de las mujeres). El 81,4% de ellos reconoce que este problema afecta a su vida diaria en diferente grado, desde ligeramente a mucha afectación.

3.1.6. Caídas

Las caídas, incluidas en el grupo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) dentro de las causas externas, son una importante causa de discapacidad y representan el tipo de accidente más frecuente, incluso letal en las personas mayores⁷. Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas suponen el inicio de la discapacidad y suponen uno de los condicionantes y desenlaces adversos de la fragilidad^{8,9}. En el SIVFRENT-M, se han recogido datos sobre dificultades para andar, miedo a caerse, limitación de la actividad y número de caídas con asistencia sanitaria en el último año.

Un 8,6% respondió tener problemas para andar o trasladarse de un lugar a otro siempre o frecuentemente y un 9,2% algunas veces o rara vez. Por sexo fue mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres para la categoría “siempre/frecuentemente” y, se observa un aumento progresivo con la edad. El miedo a caerse muestra un comportamiento por sexo y edad similar al ítem anterior (Tabla 7).

La limitación a la actividad muestra unos porcentajes elevados siendo para “siempre/frecuentemente” de un 7,9% con una gran diferencia por sexo. Por edad, esta misma categoría muestra diferencia entre los de 65-69 años y los de 75-79 años, de 5,5% y 12,7% respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7. Problemas para andar, miedo a caerse y número de caídas totales, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 a años. Comunidad de Madrid, 2023.

		SEXO						EDAD					
		Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
		n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Problemas para andar	Siempre/Frecuentemente	87	8,6(7,0-10,5)	23	5,0(3,4-7,4)	64	11,6(9,2-14,5)	22	5,5(3,6-8,2)	32	8,9(6,4-12,3)	33	13,1(9,6-17,8)
	Algunas veces/raramente	93	9,2(7,6-11,1)	43	9,4(7,0-12,4)	50	9,1(6,9-11,8)	31	7,7(5,5-10,8)	34	9,5(6,8-12,9)	28	11,2(7,8-15,7)
Miedo a caerse	Siempre/Frecuentemente	166	16,4(14,2-18,8)	35	7,6(5,5-10,5)	131	23,7(20,4-27,4)	49	12,2(9,4-15,8)	54	15,0(11,7-19,1)	63	25,1(20,3-30,6)
	Algunas veces/raramente	236	23,4(20,9-26,1)	78	17,0(13,8-20,8)	158	28,6(25,0-32,5)	83	20,7(17,1-25,0)	94	26,2(21,9-30,9)	59	23,5(18,6-29,2)
Limitar su actividad*	Siempre/Frecuentemente	80	7,9(6,4-9,7)	12	2,6(1,5-4,6)	68	12,3(9,8-15,3)	22	5,5(3,7-8,2)	26	7,2(5,0-10,4)	32	12,7(9,2-17,4)
	Algunas veces/raramente	98	9,7(8,0-12,7)	35	7,6(5,5-10,5)	63	11,4(9,0-14,4)	37	9,2(6,8-12,5)	33	9,2(6,6-12,7)	28	11,2(7,8-15,7)
Caída con atención sanitaria**	Una caída	103	10,2(8,5-12,2)	36	7,9(5,7-10,7)	67	12,1(9,7-15,1)	31	7,7(5,5-10,8)	43	12,0(9,0-15,8)	29	11,5(8,1-16,2)
	Dos ó más caídas	23	2,3(1,5-3,4)	8	1,7(0,8-3,4)	15	2,7(1,6-4,4)	6	1,5(0,7-3,3)	6	1,7(0,7-3,7)	11	4,4(2,4-7,8)

* Sobre muestra total n=1.010, ** En el último año.

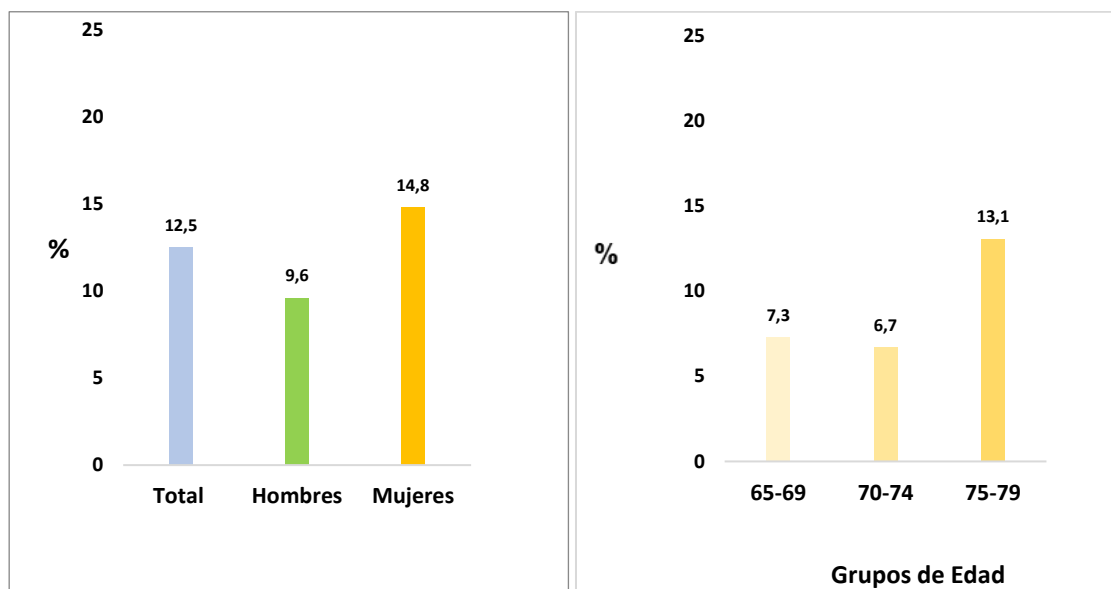
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Caídas con asistencia sanitaria

El total de una o más caídas con asistencia sanitaria en el último año fue de 12,5% siendo 5,2 puntos porcentuales más en las mujeres que en los hombres (14,8% vs. 9,6%) (Figura 23).

Por edad, el 13,1% en el grupo de 75 a 79 años refirió haber sufrido una o más caídas en el último año que requirieron asistencia sanitaria, siendo el mayor porcentaje de todos los grupos (Figura 23).

Figura 23. Porcentajes de una o más caídas en el último año que precisaron asistencia sanitaria, por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Riesgo de caídas

Para valorar el riesgo de caídas se cuenta con las siguientes preguntas:

1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?; 2. ¿Ha sufrido 2 o más caídas en el último año?; 3. ¿Tiene usted algún problema para andar o trasladarse de un sitio a otro? Un bajo riesgo se considera cuando las tres respuestas son negativas y, un riesgo alto cuando la respuesta es positiva en las tres preguntas¹⁰.

El 77,2% presenta un bajo riesgo de caídas, es decir su respuesta fue negativa para las tres preguntas y un 1,4% (1,5% en mujeres y 1,3% en hombres) se valora en un riesgo alto ya que respondió afirmativamente a las 3 preguntas mencionadas anteriormente.

Un total de 22,9% refirió una respuesta positiva a 1, 2 o 3 de las preguntas, con gran diferencia por sexo (27,2% en mujeres y 17,5% en hombres). Por grupos de edad, el grupo de 75 a 79 años triplica en porcentaje a cada uno de los otros dos (3% vs. 1%).

3.1.7. Dolor físico persistente

El dolor persistente en los mayores es mucho más prevalente que en jóvenes y es causa de trastornos como ansiedad, depresión, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, aumento de costes sociosanitarios, etc¹¹. El dolor es una experiencia subjetiva, frente a la cual no hay, a fecha de hoy, un marcador test para cuantificarlo, pese al gran esfuerzo que se está realizando en la

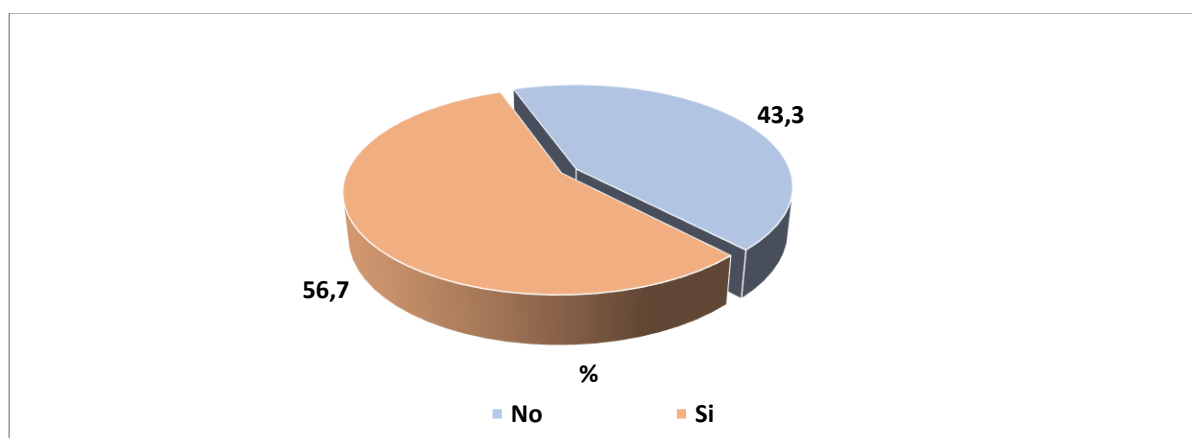
búsqueda con técnicas de neuroimagen funcional específica. Se considera la autoevaluación como el método más adecuado de cuantificación del dolor¹¹. Hay un infratratamiento del dolor en mayores por múltiples causas, entre otras, por parte de la persona mayor por no reportarlo, comorbilidades, efectos secundarios de medicaciones, etc. y por parte de los profesionales por confundir edad con irreversibilidad, no creer al paciente, no evaluar el dolor, etc.

En SIVFRENT-M se pregunta por dolor físico en las últimas 4 semanas y en qué intensidad; se recoge también la limitación a la movilidad por dolor en este mismo período de tiempo.

Intensidad del dolor de cualquier grado

Un 56,7% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de cualquier intensidad, desde muy leve a severo o extremo (Figura 24). Por sexo el 44,5% de los hombres y el 66,9% de las mujeres, y por edad para los tres grupos se obtienen resultados en progresión que van de 54,1% en 65-69 años a 58,4% en los grupos más mayores.

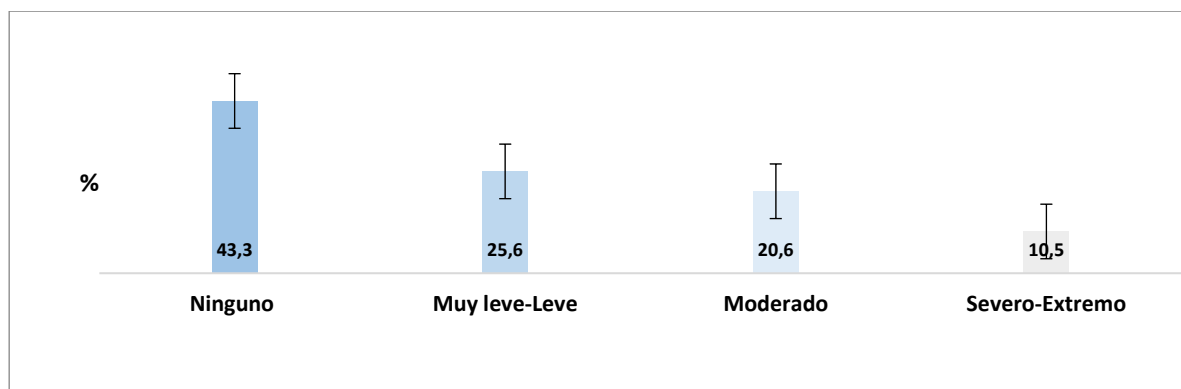
Figura 24. Dolor físico de cualquier intensidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Un 20,6% de las personas entrevistadas respondieron afirmativamente a tener dolor de intensidad moderada y un 10,5% se sitúa en intensidad severa a extrema (Figura 25).

Figura 25. Dolor físico por grados de intensidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Algo más de la mitad de los hombres viven sin dolor y en el caso de las mujeres este porcentaje baja a un tercio de ellas (Tabla 8).

El dolor de intensidad moderada es más de 11 puntos porcentuales mayor en mujeres respecto de los hombres (25,7% vs. 14,5%); en la categoría “dolor severo/extremo” el 10,5% indican padecerlo y aquí las mujeres superan en casi 9 puntos porcentuales a los hombres (14,6% vs. 5,7%) (Tabla 8).

Tabla 8. Dolor físico según intensidad por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

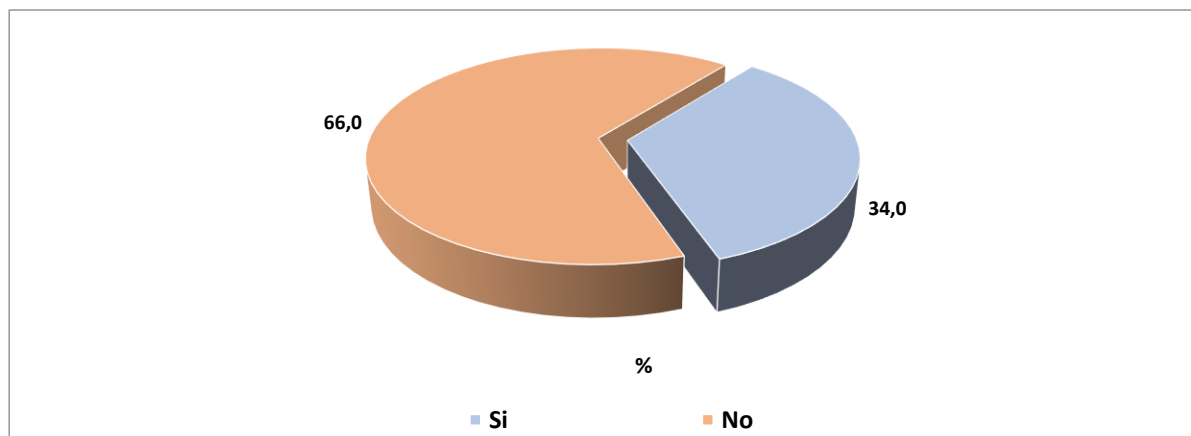
	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Ninguno	435	43,3(40,3-46,3)	253	55,5(50,9-60,0)	182	33,1(29,3-37,2)	183	45,9(41,1-50,7)	148	41,6(36,7-46,7)	104	41,6(35,7-47,7)
Leve-Muy leve	257	25,6(23,0-28,4)	111	24,3(20,6-28,5)	146	26,6(23,1-30,4)	101	25,3(21,3-30,0)	96	27,0(22,6-31,8)	60	24,0(19,1-30,0)
Moderado	207	20,6(18,2-23,2)	66	14,5(11,5-18,0)	141	25,7(22,2-29,5)	77	19,3(15,7-23,5)	75	21,1(17,2-25,6)	55	22,0(17,3-27,5)
Severo-Extremo	106	10,5(8,8-12,6)	26	5,7(3,9-8,2)	80	14,6(11,8-17,8)	38	9,5(7,0-12,8)	37	10,4(7,6-14,0)	31	12,4(8,9-17,1)

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

Limitación de actividades por el dolor

El 34,0 % respondió tener limitaciones debido al dolor (Figura 26).

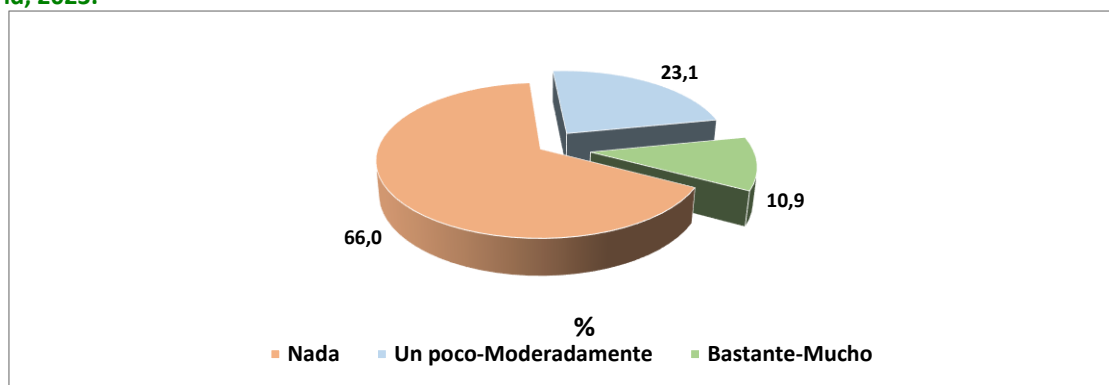
Figura 26. Limitación de actividad por el dolor (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Aproximadamente un tercio de esta población sufre algún tipo de limitación en algún grado debida al dolor; un 23,1% respondió padecer esta limitación en grado de poco a moderadamente y, un 10,9% de bastante a muy limitada (Figura 27).

Figura 27. Limitación de actividad por el dolor físico según grados (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

El 10,1% respondió estar bastante o muy limitado para las actividades de la vida diaria por el dolor; en las mujeres esta limitación es mucho mayor que en los hombres para las dos categorías con respuesta afirmativa de cualquier grado; y también se observa un incremento con la edad (Tabla 9).

Tabla 9. Limitación de actividades* por dolor físico según grado de intensidad, por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

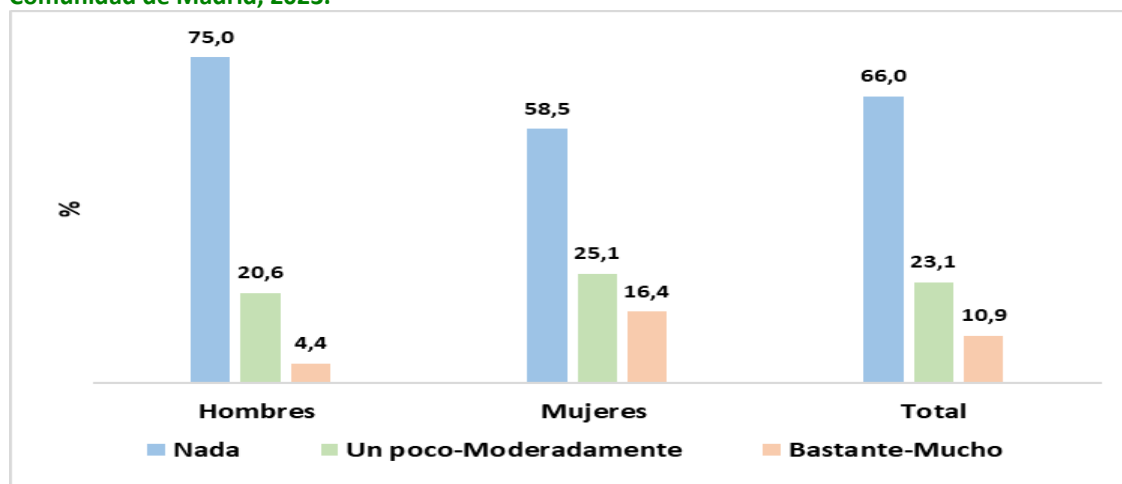
	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Nada	664	66,0(63,0-68,8)	342	75,0(70,8-78,8)	322	58,5(54,4-62,6)	275	68,9(60,0-69,6)	232	65,0(60,0-69,6)	157	62,8(56,7-68,5)
Un poco-Moderada	232	23,1(20,6-25,8)	94	20,6(17,1-24,6)	138	26,0(21,6-28,9)	86	21,5(17,8-25,9)	90	25,2(21,0-29,9)	56	22,4(17,6-28,0)
Bastante-Mucho	110	10,9(9,2-13,0)	20	4,4(2,8-6,7)	90	16,4(13,5-19,7)	38	9,5(7,0-12,8)	35	9,8(7,1-13,3)	37	14,8(10,9-19,7)

*Limitación de actividades de la vida cotidiana.

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

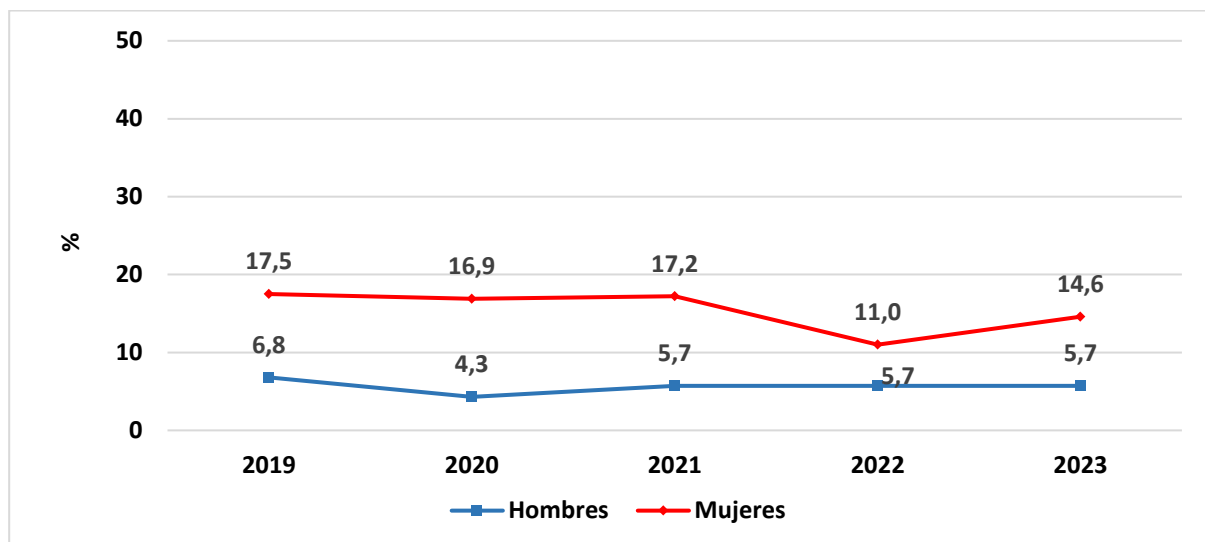
La limitación de la movilidad de cualquier grado, por dolor, es superior en las mujeres respecto a los hombres en más de 16 puntos porcentuales (Figura 28).

Figura 28. Limitación a la movilidad debido al dolor físico por sexo y total (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

En la figura 29 se muestra la evolución de la prevalencia anual de dolor crónico de intensidad severa a extrema en hombres y en mujeres. Es llamativo el predominio en mujeres y, el mantenimiento de porcentajes en hombres.

Figura 29. Evolución de prevalencia de dolor crónico de intensidad severa a extrema, por sexo y año (%). Población de 65-79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

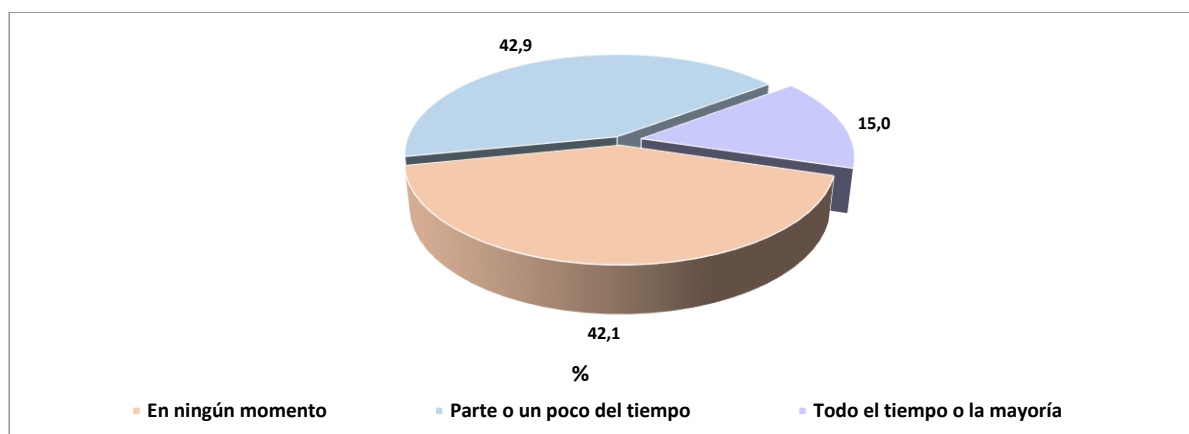
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 10,5% sufre dolor extremo a severo, en las mujeres 14,6% y en los hombres 5,7%, diferencia que se observa en todas las variables socioeconómicas estudiadas en incluso mayor grado. Hay una disminución progresiva con el aumento de ingresos económicos y también con el aumento del nivel educativo (Anexo Tabla 4).

3.1.8. Sensación de cansancio

La sensación de cansancio es la sensación subjetiva de falta de energía o agotamiento físico o mental, asociada o no a una actividad física, que puede disminuir la capacidad para llevar a cabo las tareas habituales y que debe ser evaluada por la posibilidad de ser un indicativo de un problema orgánico y/o psicosocial.

El 42,9% refiere tener sensación de cansancio desde parte del tiempo a un poco del tiempo y un 15,0% la mayoría o todo el tiempo (Figura 30).

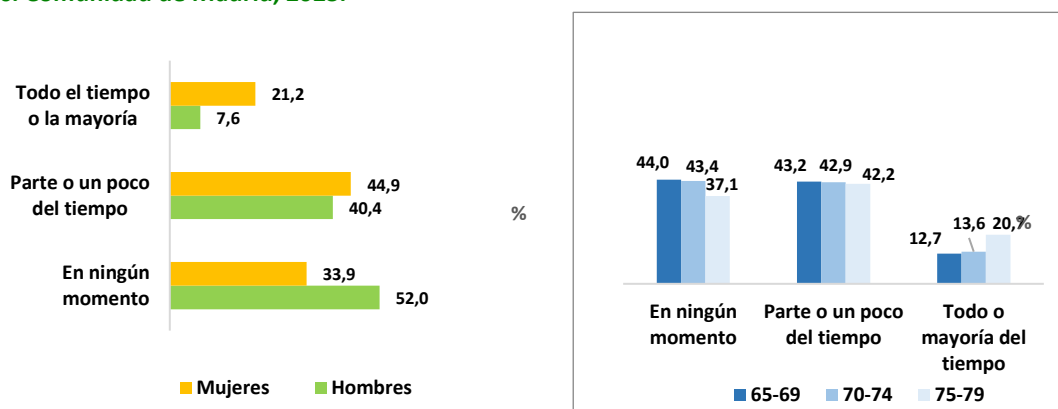
Figura 30. Prevalencia de tiempo con sensación de cansancio (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Por sexo, el 48,0% de los hombres refieren sensación de cansancio y el 66,1% de las mujeres. En la categoría de “todo o la mayoría del tiempo”, el cansancio muestra un aumento progresivo con la edad (Figura 31).

En la categoría sentirse cansado/a “parte o un poco del tiempo” hay diferencia por sexo, en hombres un 40,4% y en mujeres un 44,9%; la diferencia es también muy acusada en la categoría cansancio la “mayoría o todo el tiempo” siendo en mujeres de 21,2% y en hombres de 7,6% (Figura 31).

Figura 31. Porcentajes de tiempo con sensación de cansancio por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

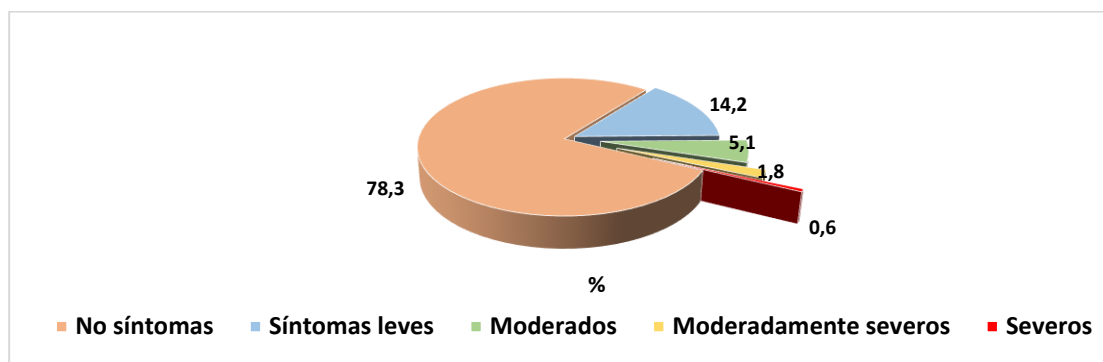
La sensación de cansancio es mayor en un menor nivel educativo y menores ingresos y en ambos existe un gradiente de aumento al disminuir los ingresos y nivel educativo, además de un aumento progresivo con la edad (Anexo Tabla 5).

3.2. Salud mental

La salud mental es una importante dimensión del estado de salud, tanto porque las enfermedades mentales son uno de los mayores componentes de la carga global de enfermedad como por su carácter determinante del bienestar. El cuestionario PHQ se refiere únicamente a la depresión¹². Los desórdenes depresivos son los trastornos mentales más frecuentes en las consultas y uno de los más importantes problemas de salud pública.

En SIVFRENT-M se incluye el cuestionario PHQ-8 de valoración de depresión y gravedad de sintomatología depresiva por su duración desde nunca a varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días; las respuestas obtenidas se refieren a las dos semanas anteriores a la entrevista.

En la figura 32 se observan los resultados obtenidos para presencia de sintomatología depresiva: el 14,2% tiene síntomas leves de depresión, el 5,1% moderados, un 1,8% moderadamente severos, y un 0,6% severos.

Figura 32. Sintomatología depresiva por gravedad según cuestionario PHQ-8 (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

La prevalencia autodeclarada de síntomas depresivos de moderados a severos resultó en un 7,7%; por sexo hay una diferencia de 4,6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (5,0% y 9,6% respectivamente). Un 2,4% de las personas entrevistadas refirieron síntomas de depresión de intensidad moderadamente severa a severa con una diferencia de 2,4 puntos porcentuales en las mujeres respecto de los hombres (3,5% vs. 1,1%). En el grupo de los mayores (75-79 años), llega a ser un 6,0% con sintomatología por encima de leve (moderada, moderadamente severa y severa) (Tabla 10).

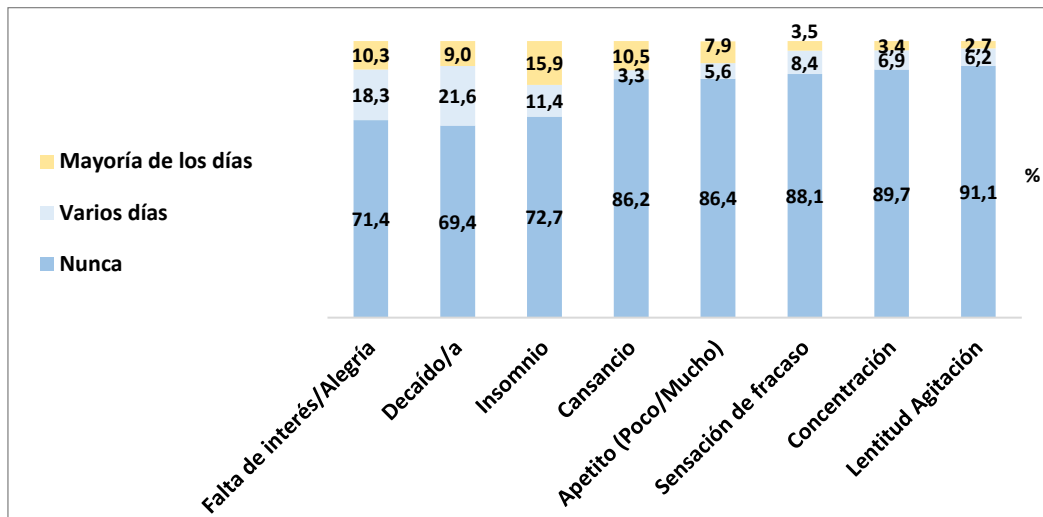
Tabla 10. Sintomatología depresiva según cuestionario PHQ-8 en sus diferentes grados, desde ninguna sintomatología a severa por sexo y edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
No sintomatología	783	78,3(75,7-80,7)	393	86,2(82,7-89,0)	390	71,7(67,7-75,3)	325	82,3(78,2-85,7)	269	75,6(70,9-79,7)	189	75,9(70,3-80,8)
Leve	142	14,2(12,2-16,5)	40	8,8(6,5-11,7)	102	18,7(15,7-22,3)	44	11,1(8,4-14,6)	53	14,9(11,5-19,0)	45	18,1(13,8-23,3)
Moderada	51	5,1(3,9-6,6)	18	3,9(2,5-6,2)	33	6,1(4,3-8,4)	16	4,0(2,5-6,5)	24	6,7(4,6-10,0)	11	4,4(2,5-7,8)
Moderadamente severa	18	1,8(1,1-2,8)	4	0,9(0,3-2,3)	14	2,6(1,5-4,3)	8	2,0(1,0-3,9)	6	1,7(0,7-3,7)	4	1,6(0,6-4,2)
Severa	6	0,6(0,3-1,3)	1	0,2(0-1,5)	5	0,9(0,4-2,2)	2	0,5(0,1-2,0)	4	1,1(0,4-3,0)	0	0

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

Un 18,3% refirió sufrir “varios días” falta de interés o alegría y similar porcentaje se obtuvo en el ítem decaído/a; en la categoría padecer “insomnio” la “mayoría de los días o siempre” hubo un 15,9% de la población (Figura 33).

Figura 33. Depresión por dimensiones del cuestionario PHQ-8 según frecuencia en las últimas dos semanas (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

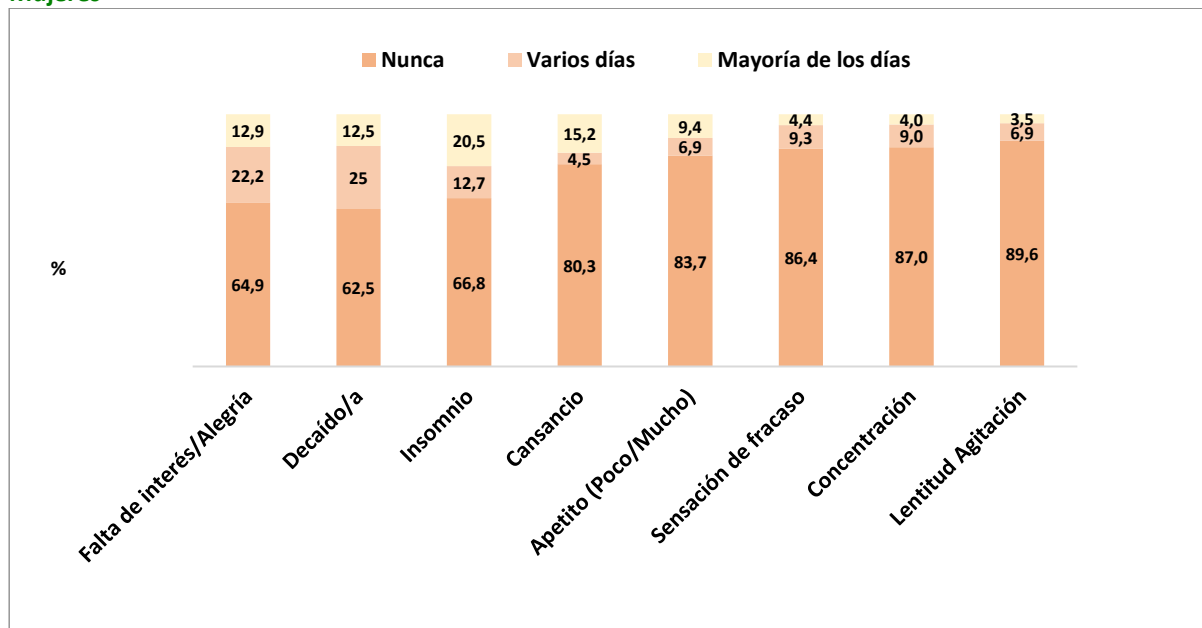


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

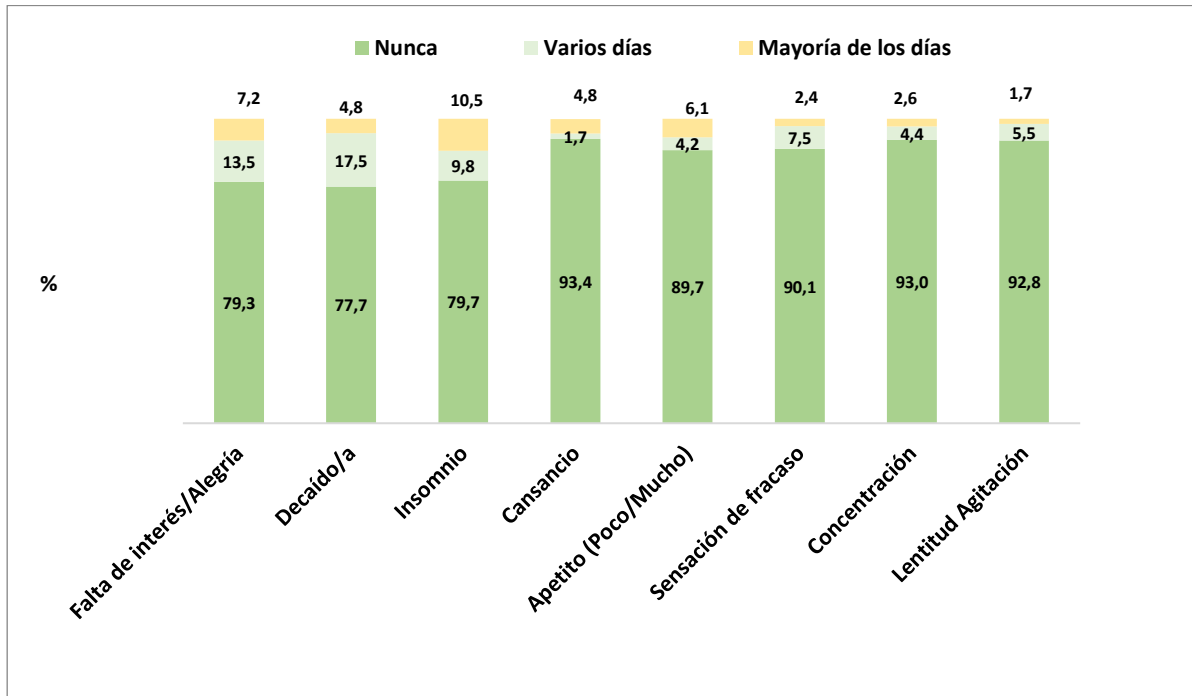
La presencia de síntomas depresivos se da en las mujeres con más frecuencia que en los hombres como se muestra en la Figura 34 para las categorías varios días durante las últimas dos semanas y mayoría de los días (más de la mitad de los días o casi todos los días).

Figura 34. Depresión por dimensiones del cuestionario PHQ-8 según frecuencia en las últimas dos semanas según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Mujeres



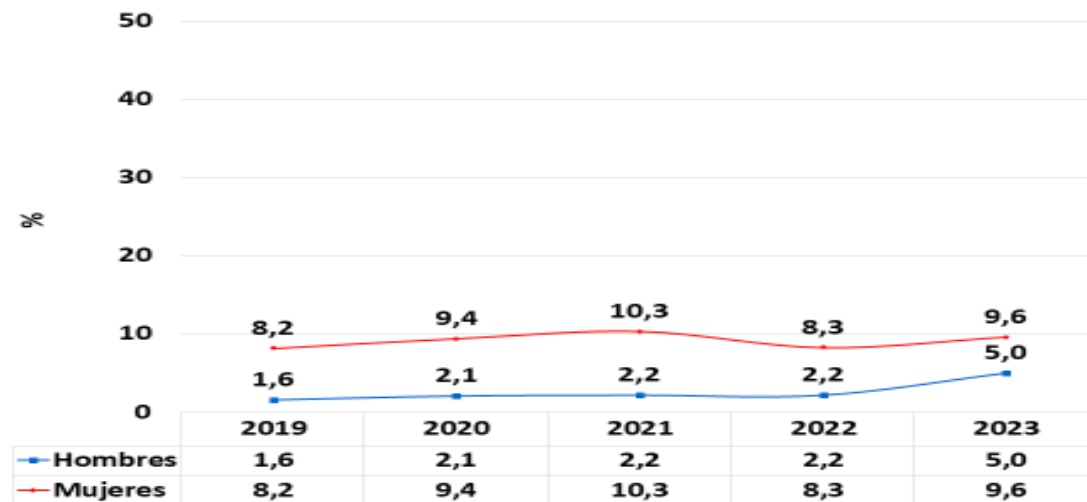
Hombres



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

Respecto a la evolución anual, la Figura 35 indica incremento de las cifras en hombres y leve incremento en 2023 en mujeres. Se mantiene la diferencia de porcentajes por sexo, siempre muy superiores en mujeres.

Figura 35. Evolución de sintomatología depresiva de ligeramente moderada a severa* por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



* PHQ-8 ≥10

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

De forma general prácticamente para todas las variables socioeconómicas el porcentaje mayor es para las mujeres con gran distancia de lo obtenido por los hombres; existe una gran diferencia mostrando un gradiente de disminución al aumentar los ingresos como también ocurre con el nivel educativo (Anexo Tabla 6).

El porcentaje global más elevado en prevalencia de sintomatología depresiva según variables socioeconómicas se obtiene en mujeres con nivel educativo de estudios primarios (14,5%) y el nivel económico más bajo con un 11,6% y su nivel más bajo fue en viudas 6,4% y en universitarias con un 4,8%; en hombres el nivel más alto fue en viudos (14,2%) y el más bajo en soltería y nivel universitario (2,9%) (Anexo Tabla 6).

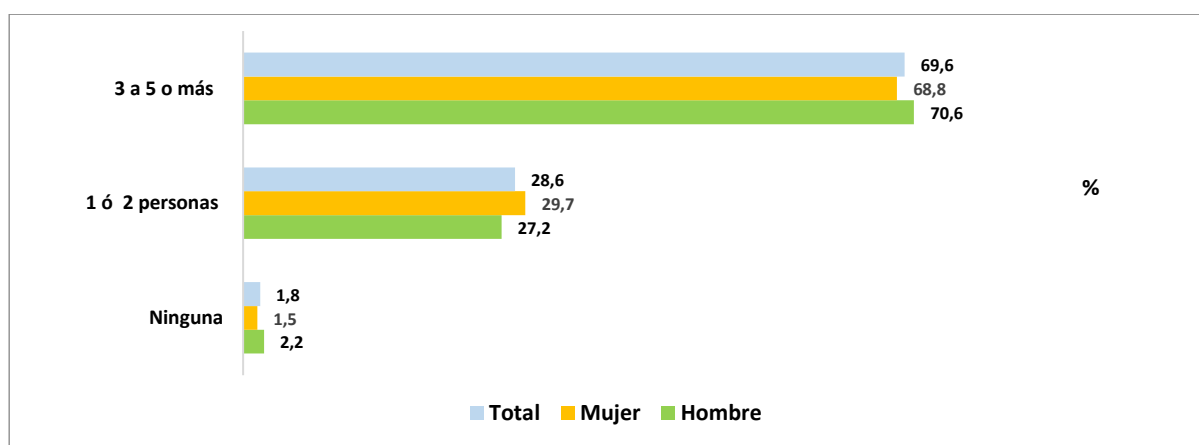
3.3. Apoyo social

Uno de los factores de vulnerabilidad asociada a la edad es el grado de apoyo social de las personas. El cuestionario OSSLO (*The Oslo Social Support Scale*) recoge la posibilidad de recibir ayuda de vecinos, el interés de los demás por sus problemas, la facilidad de obtención de ayuda¹³. Esta escala está recomendada por el grupo técnico de estadísticas de salud y la Encuesta Europea de Salud, y forma parte de la lista ECHI (Indicadores de Salud de la Comunidad Europea) desde 2014. Está clasificado como un indicador de envejecimiento saludable, de desigualdades de salud, de riesgos de salud prevenibles, y de salud mental, dado que es un indicador que apunta a medir un factor de protección en tiempos de estrés¹³. La escala OSSLO-3 se compone de 3 preguntas (número de personas cercanas con quien contar ante un problema grave, interés de estas personas y grado de facilidad para obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad) con 4 categorías la primera pregunta y de 5 categorías cada una de las otras dos. Una menor puntuación corresponde a un menor apoyo social de modo que “pobre soporte social” está entre 3 y 8 puntos, “intermedio apoyo” de 9 a 11 puntos y, “fuerte apoyo social” 12 a 14 puntos, como se explica en la tabla variables.

Personas cercanas en caso de un problema grave

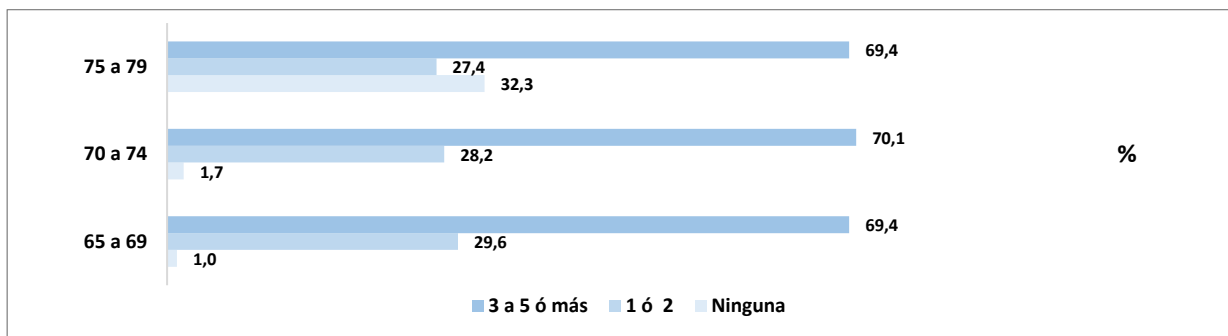
El porcentaje de las personas entrevistadas que dijeron tener de “3 a 5 personas o más” cercanas en caso de un problema personal grave fue mayoritario con un total de 69,6%, por sexo, similar entre hombres y mujeres. Un 28,6% global manifiesta tener una o dos personas cercanas, un 1,8% respondió no tener ninguna (Figura 36).

Figura 36. Porcentajes de “número de personas con las que puede contar en caso de un problema grave” según la escala OSSLO-3, totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

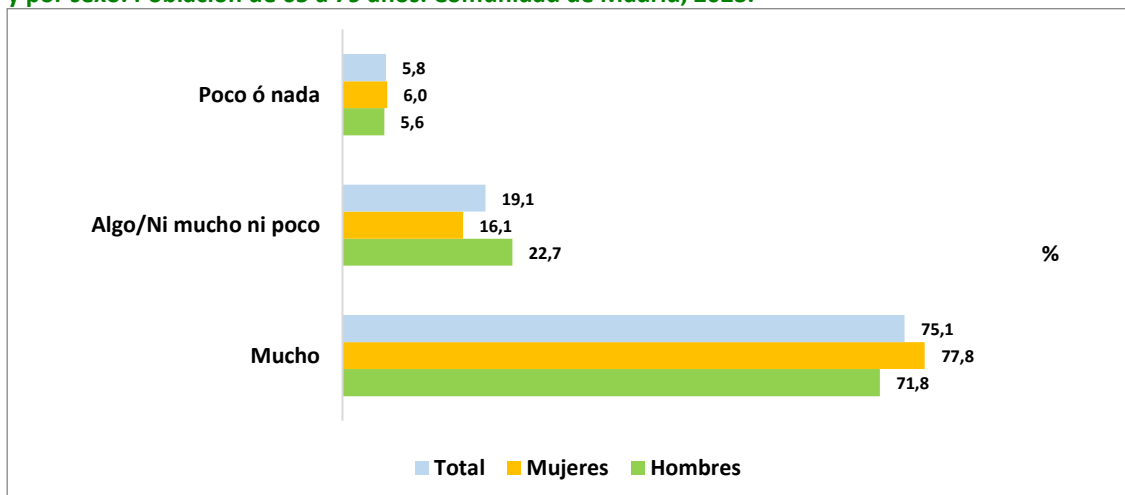
En el grupo 75 a 79 años un 27,4% manifiesta tener una o dos personas cercanas en caso de un problema grave (Figura 37).

Figura 37. Porcentajes de número de personas de apoyo social por edad, según la escala OSSLO-3. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Grado en que otras personas se interesan por lo que le pasa

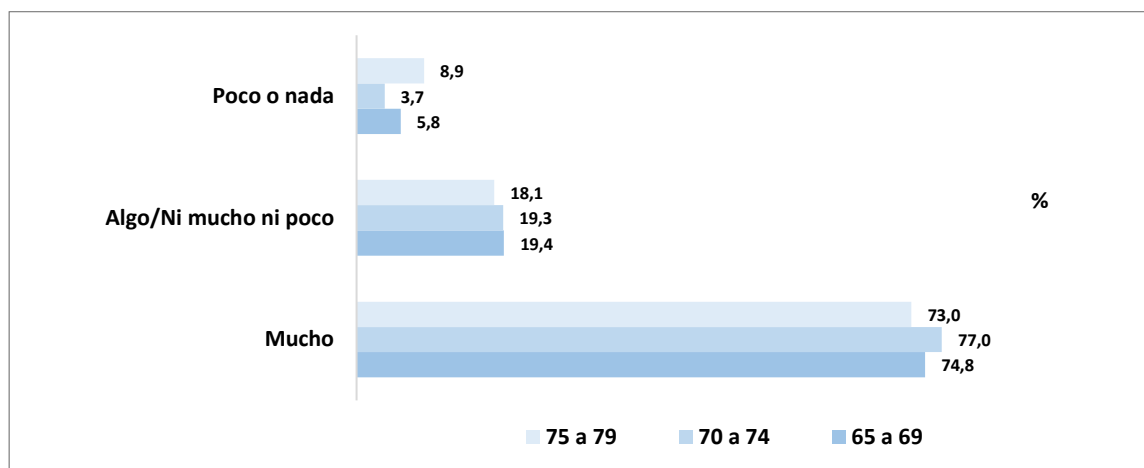
Un 75,1% respondió que otras personas se interesaban “mucho” por lo que les pasa, porcentaje superior en las mujeres en relación a los hombres; y en las categorías de “algo/ni poco ni mucho” a “poco o nada” se sitúa el 19,1% (Figura 38).

Figura 38. Porcentajes de grado en que “se interesan por usted otras personas” según la escala OSSLO-3, totales y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

El 18,1% piensa que se interesan por lo que le pasa “algo/ni mucho ni poco” en el grupo de los más mayores y en este mismo grupo un 8,9% se situó en la categoría “poco o nada” interés de los demás por lo que le pasa (Figura 39).

Figura 39. Porcentajes de grado en que “se interesan por usted otras personas” según la escala OSSLO-3, totales y por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

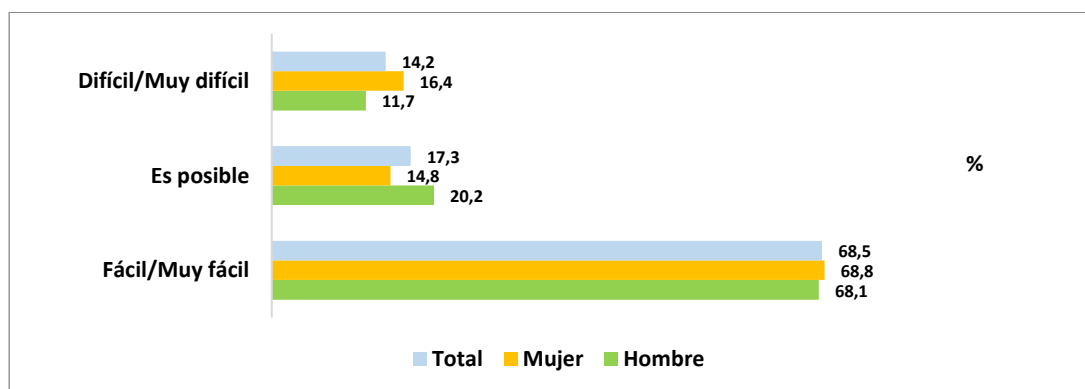


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En qué medida es posible obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad

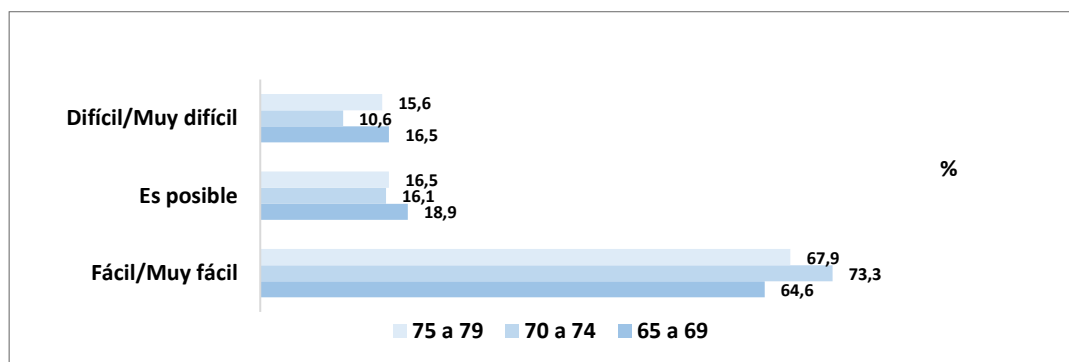
En caso de necesidad la posibilidad de obtener ayuda de los vecinos para la categoría “muy fácil o fácil” fue de 68,5% en total y por sexo fue similar en hombres y mujeres. En un 14,2% se respondió que la obtención de esta ayuda sería difícil o muy difícil (mujeres 16,4% vs. hombres 11,7%) (Figura 40).

Figura 40. Porcentajes de “posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad” según la escala OSSLO-3, total y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



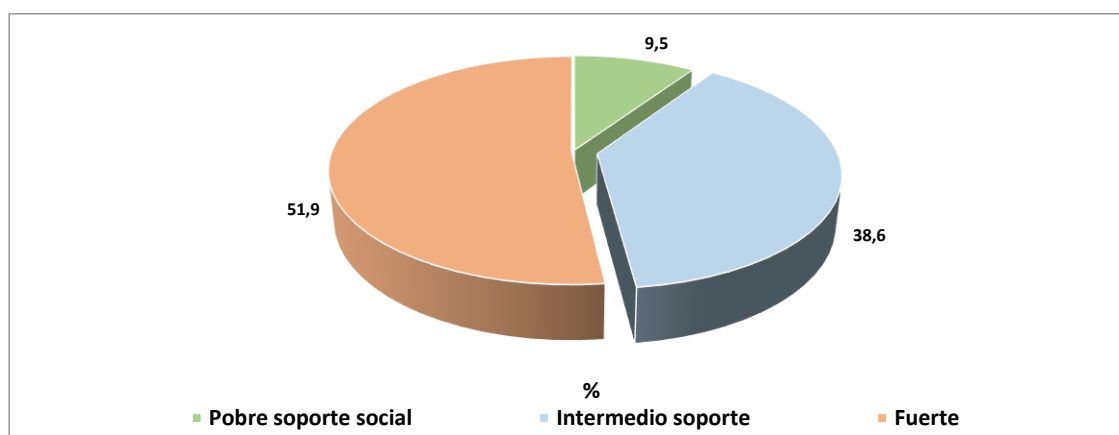
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Para el grupo de mayor edad un 15,6% considera muy difícil o difícil obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad (Figura 41).

Figura 41. Porcentajes de “posibilidad de obtención de ayuda de vecinos en caso de necesidad” según la escala OSSLO-3, total y por grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Según el grado de apoyo social siguiendo la escala OSSLO-3, el 51,9% refiere fuerte soporte social, el 38,6% intermedio soporte social y un 9,5% pobre apoyo social (Figura 42).

Figura 42. Grado de apoyo social según la escala OSSLO-3 (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Por sexo en la categoría de soporte medio hay una ligera diferencia a favor de los hombres (39,3%) respecto de las mujeres (37,9%) y por grupos de edad en las personas de 70 a 74 años se obtienen cifras muy inferiores a los otros dos grupos de edad (Tabla 11).

Tabla 11. Grado de apoyo social según la escala OSSLO-3, por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Totales		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Pobre soporte	89	9,5(7,8-11,6)	36	8,4(6,1-11,5)	53	10,5(8,1-13,4)	40	10,6(7,8-14,1)	21	6,5(4,3-9,8)	28	12,1(8,5-16,9)
Soporte medio	360	38,6(35,5-41,8)	168	39,3(34,8-44,1)	192	37,9(33,8-42,2)	149	39,3(34,5-44,3)	126	39,1(33,9-44,6)	85	36,6(30,6-43,1)
Soporte fuerte	484	51,9(48,6-55,1)	223	52,2(47,4-57,0)	261	51,6(47,2-55,9)	190	50,1(45,1-55,2)	175	54,4(48,9-59,7)	119	51,3(44,8-57,7)

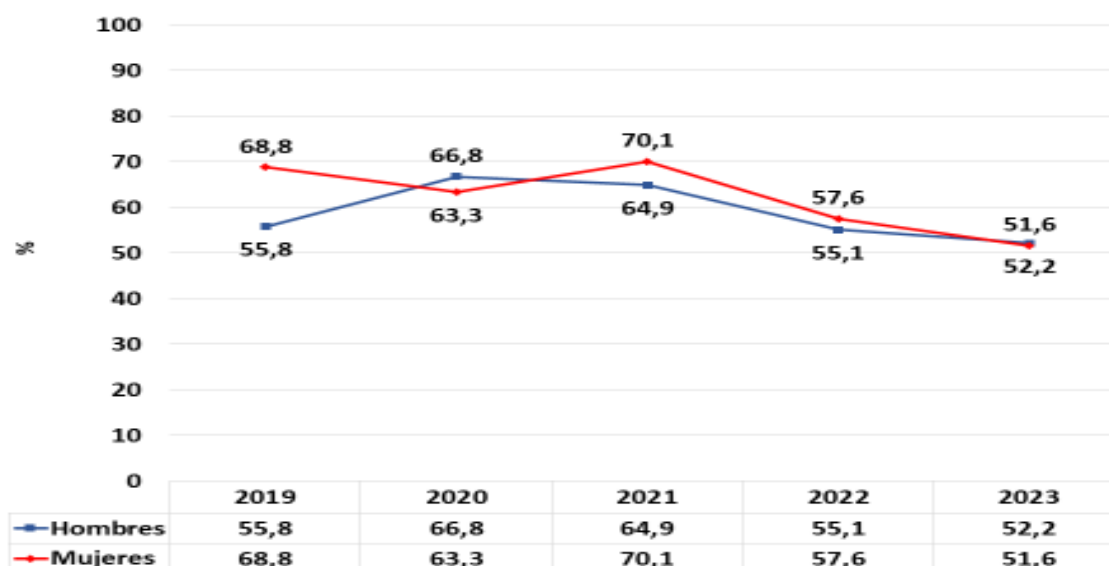
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

El 9,5% refiere pobre o ningún apoyo social sin diferencias por sexo: 10,5% en mujeres y 8,4% en hombres. La cifra en hombres supera a la de mujeres y es la más alta de según variables sociodemográficas en la categoría soltería, separación o divorcio y en el nivel económico más bajo; dentro de recursos económicos

se observa un gradiente decreciente al aumentar estos de forma que la cifra en el grupo de más bajo nivel económico casi sextuplica al de más alto nivel; según nivel educativo es mayor el apoyo a más nivel; por estado civil, en la soltería el porcentaje llegó al 21,8% global (Anexo Tabla 7).

En el último año (2023) se observa un descenso muy marcado en las mujeres respecto de años anteriores, tras el importante aumento en 2021, siendo el valor más alto de la serie, situándose en los valores más bajos de la serie (Figura 43).

Figura 43. Evolución de la percepción de fuerte apoyo social según la escala OSSLO-3 por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.

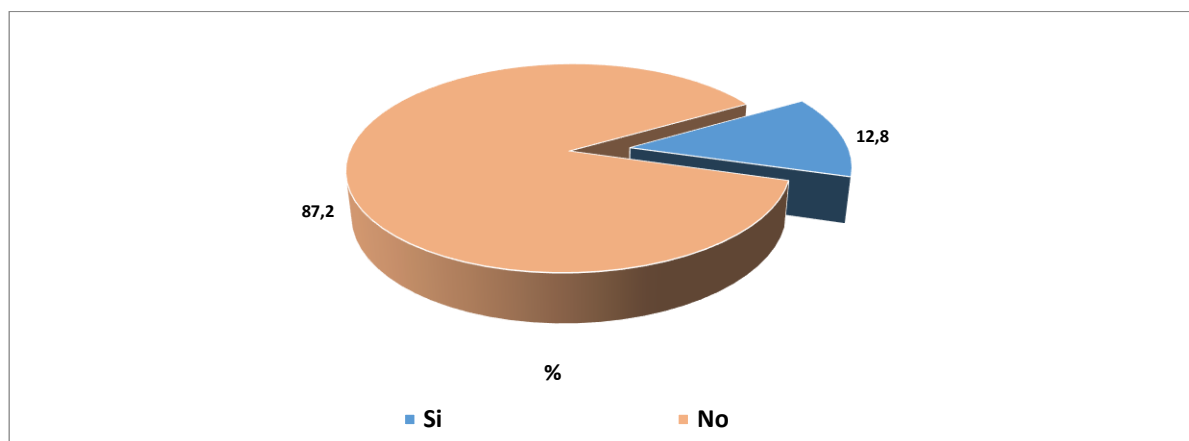


Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

3.4. Personas mayores como cuidadoras

Entre las personas entrevistadas un 12,8% dijo ser cuidadora de persona mayor o persona con enfermedad crónica (Figura 44); por sexo es mayor en mujeres que en hombres (14,7% y 10,5% respectivamente), y por edad el grupo más joven fue el más cuidador (17,5%).

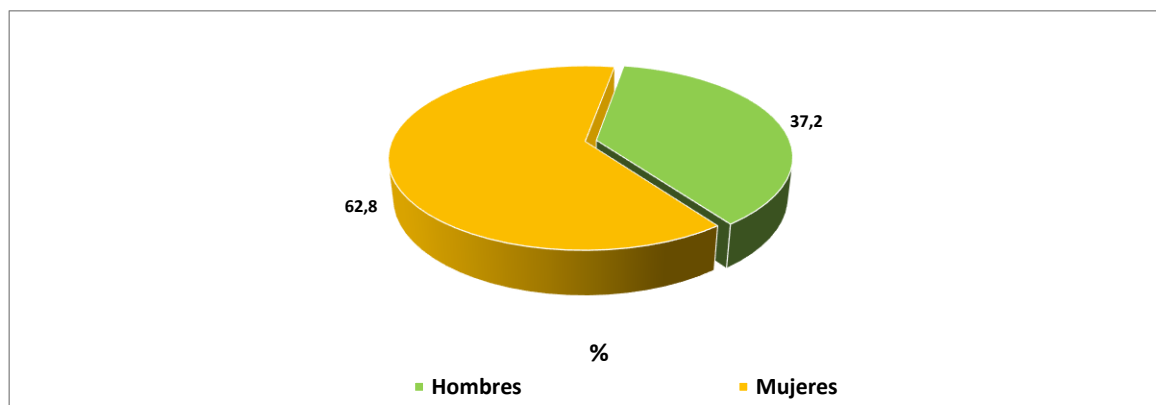
Figura 44. Porcentaje de personas cuidadoras. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

El 62,8% de las personas que cuidan a otras personas familiares o con otra relación, son mujeres y un 37,2% son hombres (Figura 45).

Figura 45. Porcentaje de personas cuidadoras por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

En la tabla 12, se observa que un 12,8% cuidan a otras personas, y de estas personas cuidadoras la gran mayoría, el 88,4%, cuida a otro familiar. Estas personas cuidadoras dedican 10 o más horas a la semana, en un 74,4% (siendo el 51,9% las que cuidan 20 horas o más a la semana y un 22,5% las que dedican de 10 horas a menos de 20) y finalmente el 25,5% menos de 10 horas a la semana.

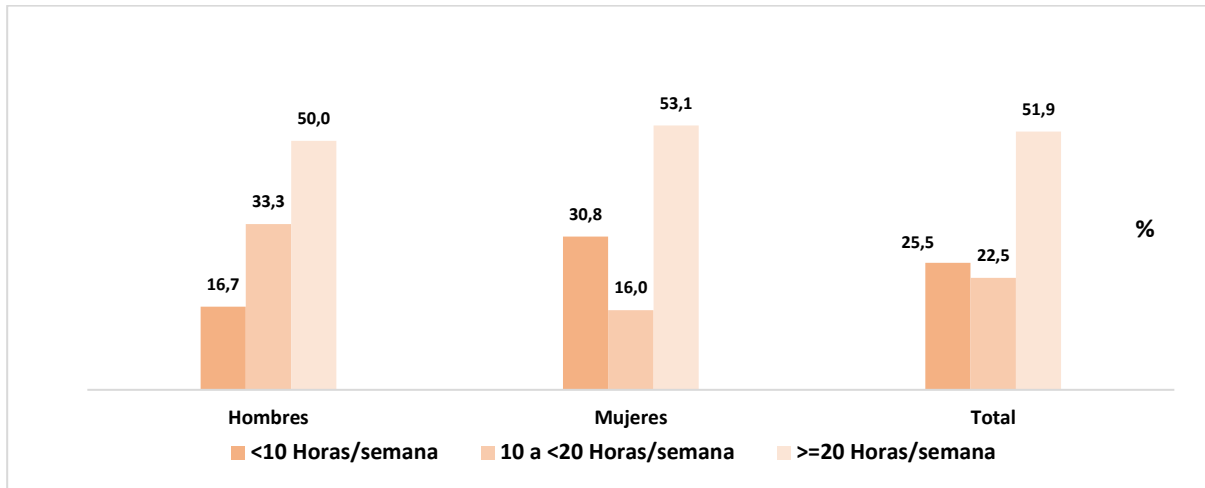
Tabla 12. Porcentajes de cuidado de otras personas, tipo de relación familiar, horas de cuidado a la semana por sexo y grupos de edad. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Cuidado de otras personas*	129	12,8(12,0-17,9)	48	10,5(7,8-13,6)	81	14,7(12,0-17,9)	70	17,5(14,1-21,6)	36	10,0(7,3-13,6)	23	9,2(6,1-13,4)
Cuidado de un familiar	114	88,4(81,5-93,3)	44	91,7(80,0-97,7)	70	86,4(77,0-93,0)	64	91,4(82,3-96,8)	31	86,1(70,5-95,3)	19	82,6(61,2-95,0)
Horas de cuidados semana**	96	74,4(66,0-81,7)	40	83,3(69,8-92,5)	56	69,1(57,9-78,9)	49	70,0(57,9-80,4)	29	80,6(64,0-91,8)	18	78,3(56,3-92,5)

* Personas que están cuidando de personas mayores o con dolencias crónicas, ** Porcentaje de personas que cuidaron 10 horas o más en la semana.

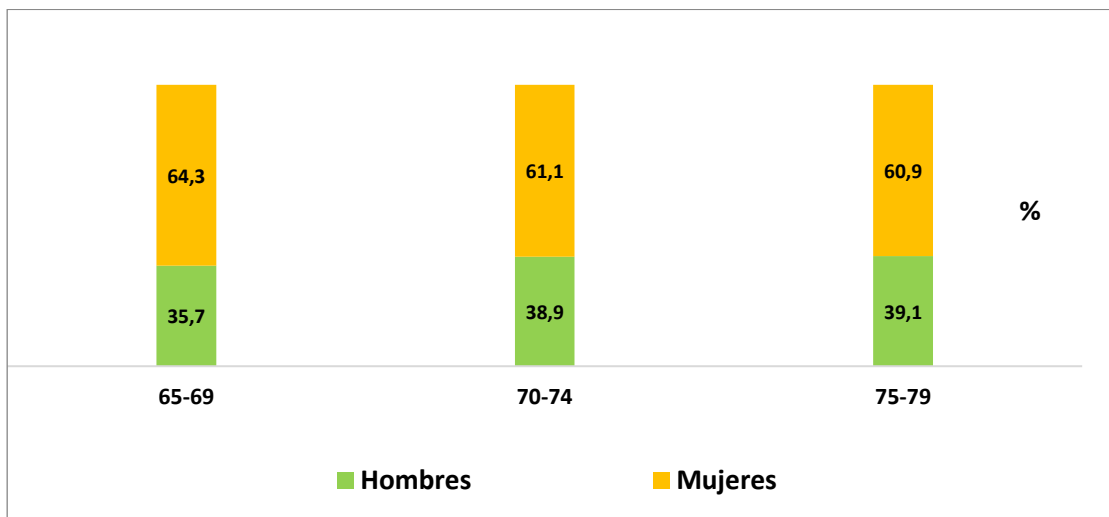
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En número de horas dedicadas al cuidado de otras personas según sexo, el 53,1% de las mujeres supone ≥20 horas vs. 50,0% en hombres (Figura 46).

Figura 46. Número de horas de cuidado realizados semanalmente por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

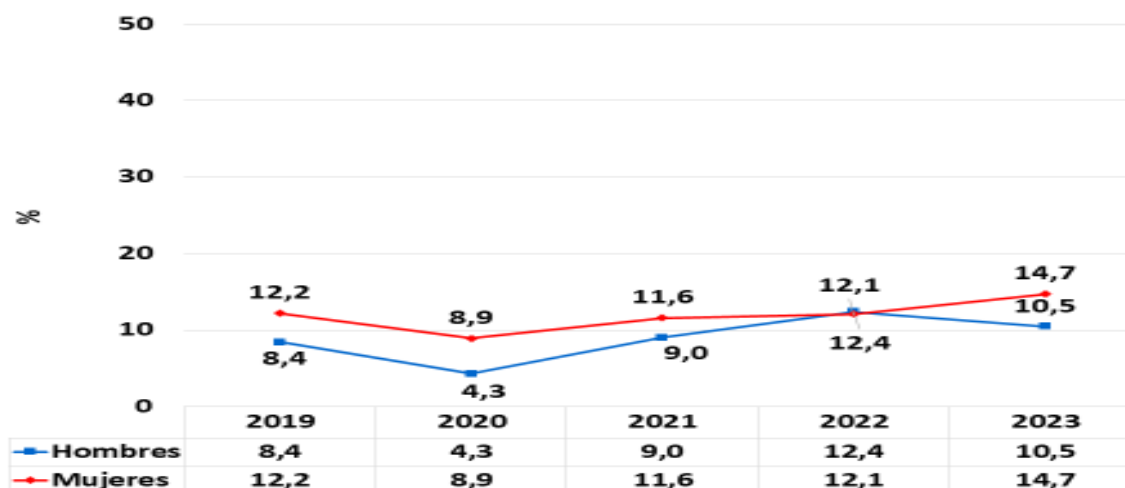
En todos los grupos de edad las personas cuidadoras son mayoritariamente mujeres (Figura 47).

Figura 47. Personas cuidadoras, por grupos de edad y por sexo. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

En el último año de la serie hay un aumento para las mujeres y un descenso en los hombres; tan solo en uno de los años de la serie las cifras son similares, el 2022 (Figura 48).

Figura 48. Evolución de la prevalencia de personas que se autodefinen como cuidadoras por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

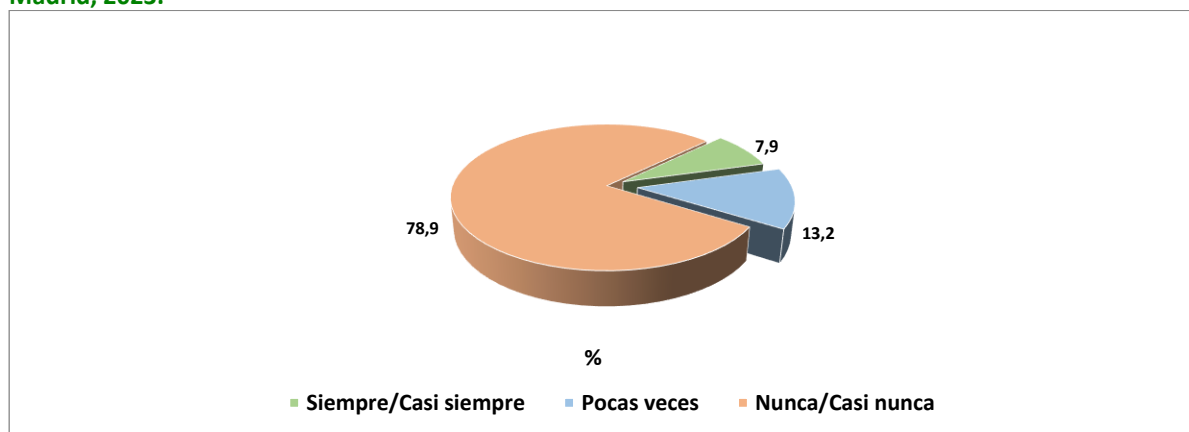
En general los valores para personas cuidadoras son más altos en mujeres respecto de los hombres; los porcentajes más altos, por encima del 20% fueron para las mujeres con ingresos de 1051 a 1850 euros al mes netos por hogar, universitarias y las que están en el grupo de edad de 65 a 69 años; los valores más bajos fueron para hombres solteros que no obtuvo ningún caso y viudos con un 3,6% (Anexo Tabla 9).

3.5. Sentimiento de soledad

No hay una definición consensuada de soledad, pero se considera un fenómeno multidimensional y subjetivo que involucra aspectos de personalidad, interacción social y habilidades¹⁴. La soledad como sentimiento es una situación dolorosa, no buscada por la persona, sino impuesta, que se da con mucha frecuencia entre las personas mayores. Hay circunstancias personales que provocan el sentimiento de soledad entre las personas mayores: deterioro de relaciones familiares, el aislamiento social y la falta de participación en actividades.

El 78,9% dijo no tener sentimiento de soledad “nunca o casi nunca” (Figura 49) y por sexo los hombres obtuvieron un 82,8% y mucho menor porcentaje en esta categoría, las mujeres con un 75,6% (Tabla 13).

Figura 49. Prevalencia de sentimiento de soledad según frecuencia (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

En la categoría de sentimiento de soledad “siempre o casi siempre” contestaron un 7,9% y, por sexo el porcentaje de las mujeres supera en casi el doble al de los hombres (9,8% mujeres vs. 5,6% hombres). Según edad se observa un gradiente de aumento al hacerse mayor; en el grupo de 75 a 79 años un 11,2% refirió sentirse solo/a siempre o casi siempre, resultado que fue considerablemente mayor que en el grupo más joven (5,5%) (Tabla 13).

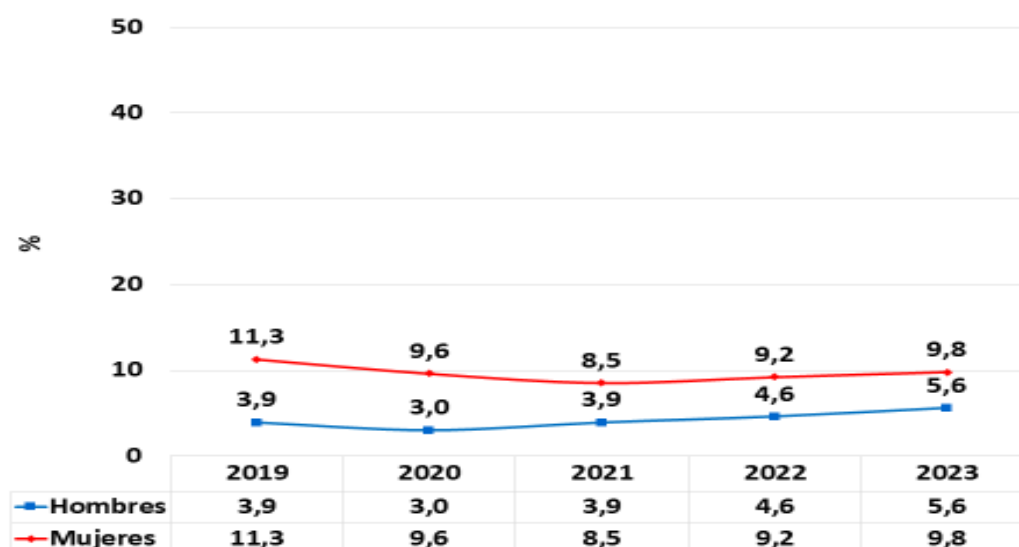
Tabla 13. Prevalencia de sentimiento de soledad según frecuencia por sexo y grupos de edad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Totales		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Siempre/Casi siempre	79	7,9(6,3-9,7)	25	5,6(3,7-8,0)	54	9,8(7,6-12,6)	22	5,5(3,6-8,2)	29	8,1(5,7-11,4)	28	11,2(7,9-15,8)
Pocas veces	133	13,2(11,3-15,4)	53	11,6(9,0-14,9)	80	14,6(11,9-17,7)	61	15,3(12,1-19,2)	48	13,4(10,2-17,3)	24	9,6(6,5-14,0)
Nunca/Casi nunca	791	78,9(76,2-81,2)	377	82,8(79,0-86,0)	414	75,6(71,7-78,9)	315	79,1(74,8-82,8)	280	78,4(73,8-82,4)	196	79,0(73,5-83,6)

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

El sentimiento de soledad “siempre o casi siempre” se mantiene a lo largo de la serie como se observa en la Figura 50, además vemos una gran diferencia entre hombres y mujeres de forma que son más afectadas por este problema las mujeres si bien la distancia parece acortarse.

Figura 50. Evolución de prevalencia de sentimiento de soledad siempre o casi siempre, por sexo y año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

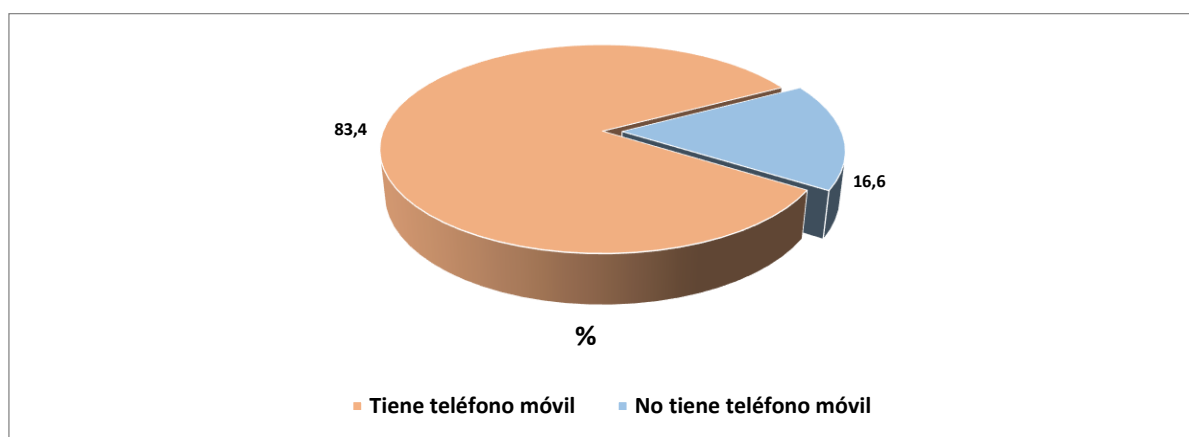
Se observa una disminución del porcentaje con el aumento de ingresos económicos siendo un 16,5% en el más bajo y un 4,3% en el más alto. Se refirió por el 24,4% de los hombres separados o divorciados que fue el más alto de la tabla siendo el más bajo con un 3,0% los hombres en matrimonio o pareja (Anexo Tabla 8).

3.6. Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC)

El uso de nuevas tecnologías, entre ellas el teléfono móvil, es un instrumento de participación activa que facilita la interacción de las personas mayores con las entidades públicas y privadas, el ocio y las relaciones sociales¹⁵. Está clara “La potencialidad de NTIC para la mejora de la calidad de vida, la autonomía y la seguridad de las personas mayores, lo cual incluye aspectos de vida independiente, tecnologías asistidas, salud electrónica, servicios de emergencia, localización, etc”¹⁶. El uso de las tecnologías de información y comunicación en los hogares ha crecido en los últimos años, si bien sigue existiendo una brecha entre los usuarios y no usuarios (brecha digital) que se puede atribuir a una serie de factores: la falta de infraestructura (en particular en las zonas rurales), la falta de conocimientos de informática y habilidades necesarias para participar en la sociedad de la información, o la falta de interés en lo que la sociedad de la información puede ofrecer¹⁷.

En SIVFRENT-M se recoge el porcentaje de personas con teléfono móvil y conexión a Internet y cuál es su uso.

Figura 51. Porcentaje de personas que disponen de teléfono móvil. Población de 65 a 79 años Comunidad de Madrid, 2023.



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

El uso del móvil además de para hablar con sus familiares y amigos, se usa para mensajes a familiares y amigos/as por WhatsApp prácticamente en todos los casos; el uso para conectarse a internet y buscar información es mucho menor, globalmente 64,5%, por sexo es mayor en los hombres frente a las mujeres, 71,6% y 58,7% respectivamente; por edad destaca el grupo de 75 a 79 años que muestra un uso mucho menor de Internet (50,2%) que los otros dos grupos de edad (Tabla 14).

Tabla 14. Porcentaje de personas que disponen de teléfono móvil por sexo y edad. Población de 65 a años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo						Edad					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Disponen de teléfono móvil	842	83,4(81,0-85,5)	404	88,2(85,0-90,8)	438	79,3(75,9-82,4)	366	91,5(88,3-93,9)	299	83,3(79,1-86,7)	177	70,5(64,6-75,8)
Uso de Internet	652	64,5(61,6-67,3)	328	71,6(67,4-75,5)	324	58,7(54,7-62,6)	299	74,7(70,3-78,7)	227	63,2(58,3-67,9)	126	50,2(44,1-56,3)

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

3.7. Participación comunitaria

La participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal. Las organizaciones de personas de edad constituyen un medio importante para facilitar la participación mediante la realización de actividades de promoción y el fomento de la interacción entre las generaciones¹⁸, previene el aislamiento, es una fuente de apoyo social, es un espacio de reconocimiento personal, la persona mayor ejerce un rol, se identifica y se siente parte del grupo, se plantea objetivos individuales y colectivos. Pero uno de los elementos que tiene mayor incidencia en el bienestar general de las personas mayores es el hecho de que la participación actúa como un mecanismo protector o amortiguador en situaciones de estrés¹⁹.

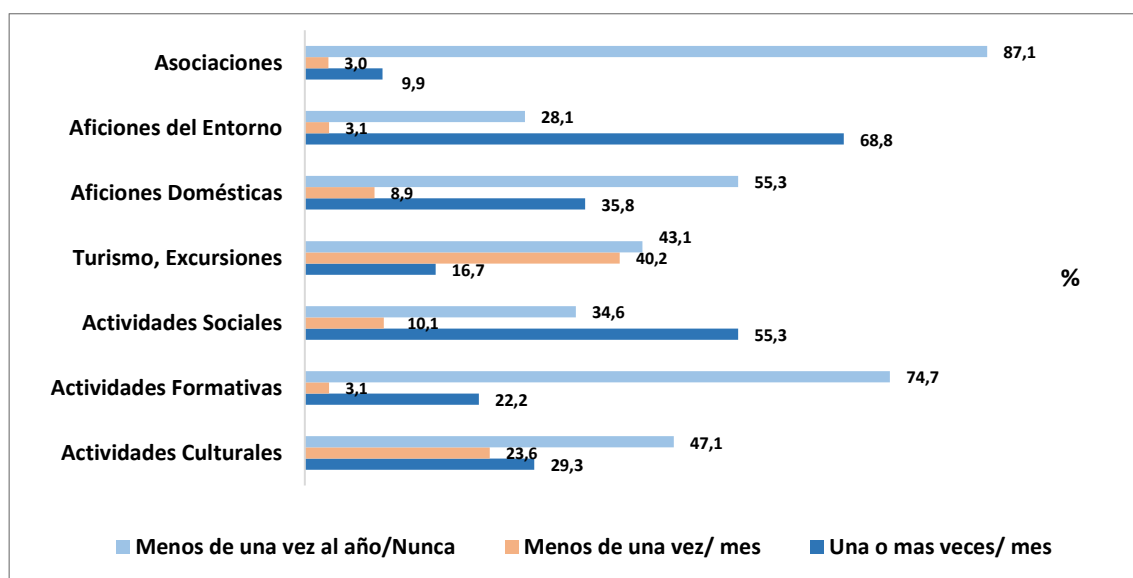
En el SIVFRENT-M se incluye un grupo de preguntas que recoge la participación en determinadas actividades que van desde culturales, formativas, sociales, viajes, hobbies domésticos y del entorno hasta participación activa en asociaciones, así como sus frecuencias de realización.

En la Figura 52 vemos los porcentajes globales por actividades de participación activa y su frecuencia de realización en tres categorías, una o más veces al mes, menos de una vez al mes, menos de una vez al año o nunca.

Los porcentajes más bajos de participación, con una frecuencia menor de una vez al año o no realizados en absoluto fueron en asociaciones con un 87,1% y en actividades formativas con un 74,7%. Las actividades realizadas con frecuencia de “una o más veces al mes” fueron “actividades del entorno relacionadas con la residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc.” con un 68,8%, así como “actividades sociales que incluyen ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, ir de fiesta etc.” con un 55,3%.

En la categoría “menos de una vez al mes”, se situó hacer turismo o excursiones con un 40,2% y las actividades culturales asimismo obtuvieron un porcentaje con un 23,6%.

Figura 52. Participación activa por actividades y frecuencia (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



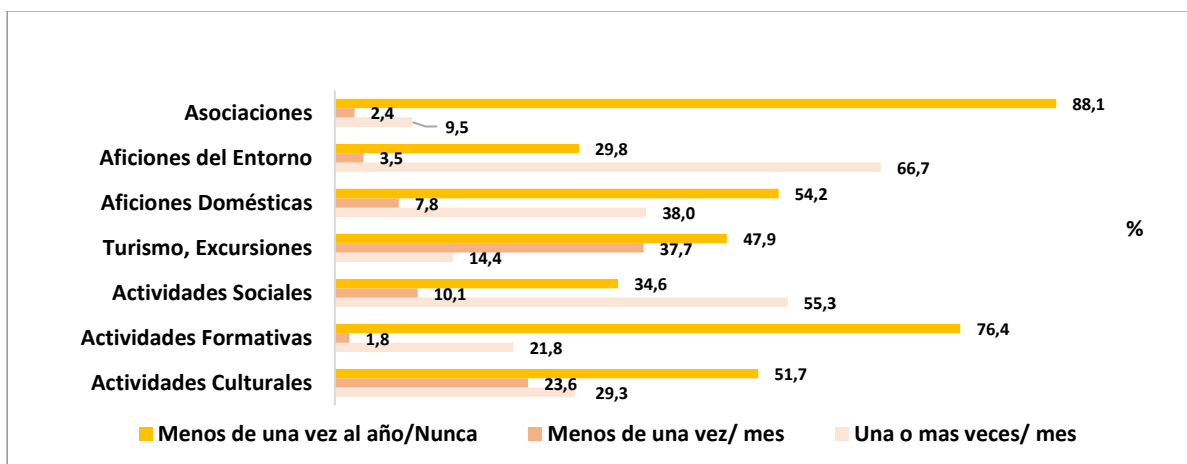
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

En la figura 53 se muestran los porcentajes por cada ítem de participación por sexo; las actividades con más frecuencia realizadas por los hombres son las relacionadas con el entorno 71,3% y en las mujeres también, pero con un valor mucho menor, 66,7%; las formativas y de asociación son las menos realizadas en ambos sexos; las actividades sociales en frecuencia de una o más veces al mes son más elevadas en hombres 58,8%, que en mujeres 55,3%. Las actividades de una regularidad de una o más veces al mes

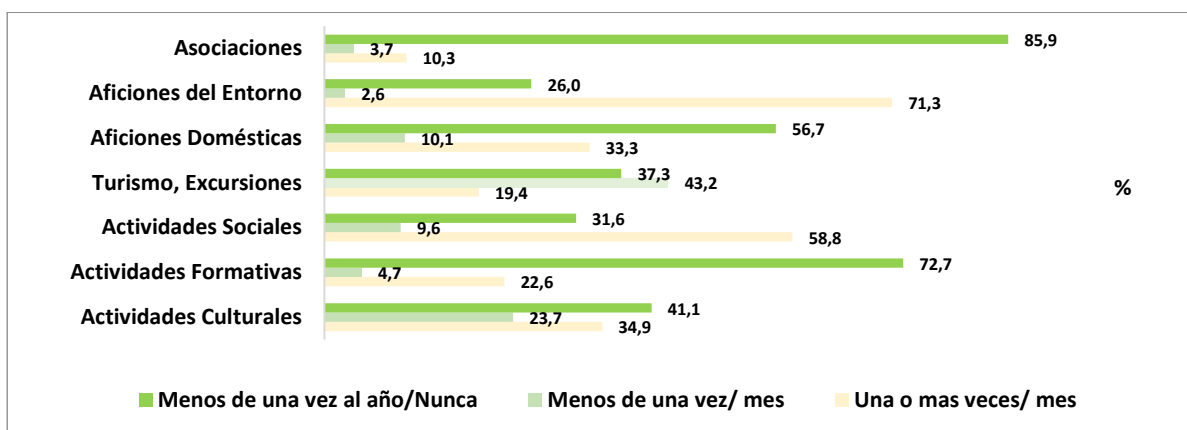
(excepto las mencionadas de entorno y sociales), mostraron valores muy bajos, si bien las de tipo doméstico se sitúan en hombres en 33,3% y en mujeres en 38,0 %.

Figura 53. Participación activa por actividades y frecuencia según sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

Mujeres



Hombres



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

En la tabla 15 se muestran los porcentajes de actividades que, o no se realizan, o se hacen en una frecuencia de una vez al año, o incluso inferior.

De forma global el porcentaje más alto de “no realización” se halló en la participación en cualquier tipo de asociación, social, política, vecinal comunitaria etc. (87,1%); por sexo este porcentaje fue incluso mayor en las mujeres 88,1% vs. 85,9% en hombres y por edad es similar entre los grupos. La falta de realización de actividades formativas como estudiar, hacer cursos o aprender cosas nuevas es muy elevada con un global de 74,7% y se mantienen estas cifras de inactividad tanto por sexo, algo más elevadas en mujeres como por edad. No asisten a actividades culturales como ir al cine, teatro o exposiciones nunca o menos de una vez al año un 47,1% de los/as entrevistados/as; por sexo, mujeres 51,7% y hombres 41,4%; hay un evidente aumento de este porcentaje con la edad. La no realización de actividades sociales como ir a clubs, reunirse con amigos o amigas, salir a comer o cenar, ir a centros de mayores, es mucho menor que los dos ítems anteriores con un total de 34,6% y una diferencia de unos 6 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (31,6% vs. 37,1% respectivamente); con el aumento de la edad también aumenta la no participación en eventos sociales de forma considerable según se observa en la Tabla 15. Un 43,1% de las personas de esta población, no realiza actividades turísticas, excursiones o viajes, con un mayor porcentaje en mujeres (47,9%) y globalmente este porcentaje aumenta considerablemente con la edad.

Nunca hacen una actividad doméstica como bricolaje, jardinería, manualidades, punto, ganchillo, etc. un 55,5% y nunca una actividad del entorno como caminar, ir al parque, etc. un 28,1%.

Tabla 15. Porcentajes de no participación comunitaria*: actividades culturales, formativas, sociales, turismo, aficiones o participación en asociaciones por sexo, edad y totales. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO						EDAD					
	Total		Hombres		Mujeres		65-69		70-74		75-79	
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Actividades culturales	474	47,1(44,1-50,1)	189	41,4(37,1-45,9)	285	51,7(47,6-55,8)	156	39,1(34,5-43,9)	170	47,6(42,6-52,7)	148	59,0(52,7-64,9)
Actividades formativas	749	74,7(72,0-77,3)	328	72,7(68,4-76,6)	421	76,4(72,7-79,8)	289	73,0(68,4-77,1)	262	73,6(68,8-77,9)	198	74,7(72,0-77,4)
Actividades sociales	348	34,6(31,7-37,6)	144	31,6(27,5-36,0)	204	37,1(33,2-41,2)	126	31,7(27,3-36,4)	113	31,6(27,1-36,6)	109	43,4(37,4-49,7)
Turismo,excursiones	433	43,1(40,1-46,1)	171	37,3(33,0-41,8)	262	47,9(43,8-52,1)	144	36,3(31,7-41,1)	152	42,6(37,6-47,7)	137	54,6(48,4-60,6)
Aficiones domésticas	556	55,3(52,2-58,4)	259	56,7(52,1-61,1)	297	54,2(50,0-58,3)	209	52,5(47,6-57,4)	184	51,7(46,5-56,8)	163	64,9(58,8-70,6)
Aficiones del entorno	282	28,1(25,4-30,9)	119	26,0(22,2-30,3)	163	29,8(26,1-33,7)	96	24,2(20,2-28,6)	95	26,7(22,3-31,6)	91	36,2(30,5(42,4)
Asociaciones	873	87,1(84,9-89,1)	390	85,9(82,4-88,8)	483	88,1(85,1-90,6)	343	86,2(82,4-89,2)	308	87,0(83,1-90,1)	222	88,8(84,2-92,2)

*de una vez al año a nunca.

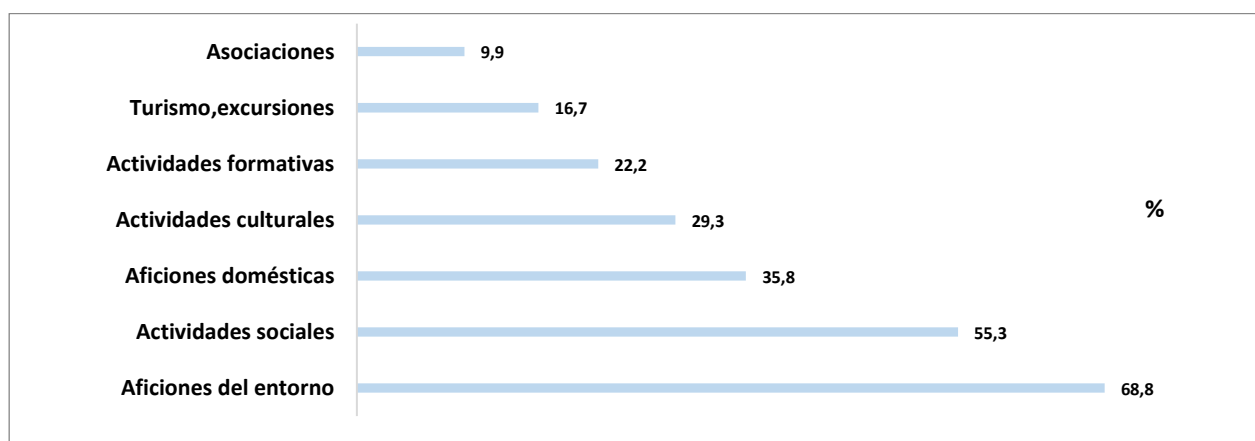
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Participación comunitaria una vez al mes o más

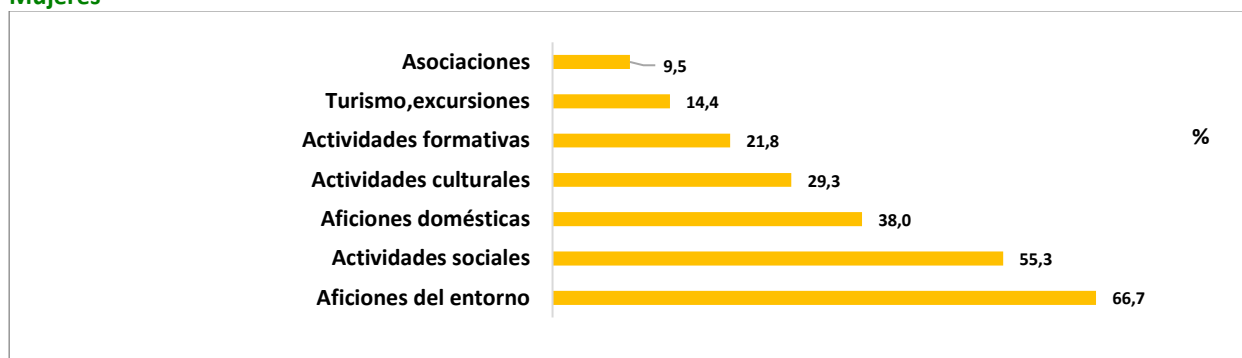
En las Figuras 54 y 55 se muestran los porcentajes de participación comunitaria en los diferentes aspectos preguntados con una frecuencia igual o superior a una vez por mes.

El mayor porcentaje global fue en aficiones relacionadas con el entorno o residencia o barrio tales como caminar, ir al parque, ir al centro deportivo, ir a la plaza, quedar con los vecinos etc. con un 68,8% y el menor fue de participación actividades de asociacionismo. Por sexo, todas las actividades de participación recogidas, muestran unos porcentajes superiores en los hombres respecto de las mujeres excepto en las domésticas (Figura 55).

Figura 54. Porcentajes de participación comunitaria una o más veces al mes: actividades culturales, formativas, sociales, turismo, aficiones o participación en asociaciones. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.



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

Figura 55. Porcentajes de actividades de participación una o más veces al mes, hombres y mujeres. Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.**Hombres****Mujeres**

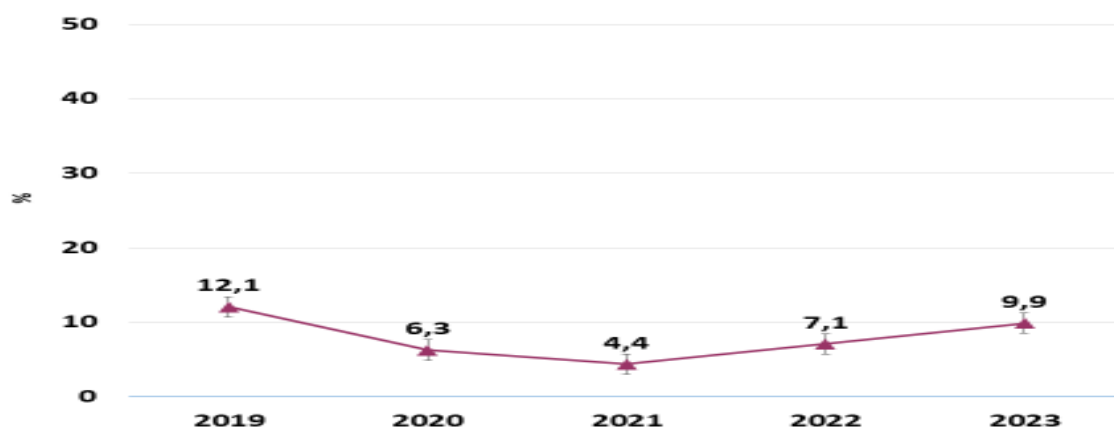
Fuente: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población mayor (SIVFRENT-M).

Participación en asociaciones

El porcentaje de personas que refieren no participar de forma activa en asociaciones (desde nunca a menor o igual a una vez al año), según variables socioeconómicas, en todas sus categorías mantienen cifras superiores al 85% con lo que una actividad que resulta tan beneficiosa parece estar relegada a una minoría. Esta falta de participación, es mayor de forma progresiva al disminuir tanto el nivel educativo como el de ingresos económicos. Por sexo no se aprecian diferencias (Anexo Tabla 10).

En la evolución anual en participación en asociaciones una o más veces al mes, se mantiene durante toda la serie, un bajo porcentaje que parece elevarse en los dos últimos años, pero sin llegar al valor de inicio de la serie (Figura 56).

Figura 56. Evolución de prevalencia de participación en asociaciones una o más veces al mes según año (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2019 a 2023.



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

En la categoría “Participación comunitaria de asociacionismo”, actividad de participación que implica interacción comunitaria activa (voluntariado social, político, vecinal o comunitario, deportivo o de otro tipo), que no tiene un carácter lúdico, sino que muestra una integración y posibilidad de decisión dentro de la comunidad, los resultados figuran en la tabla 10 del Anexo.

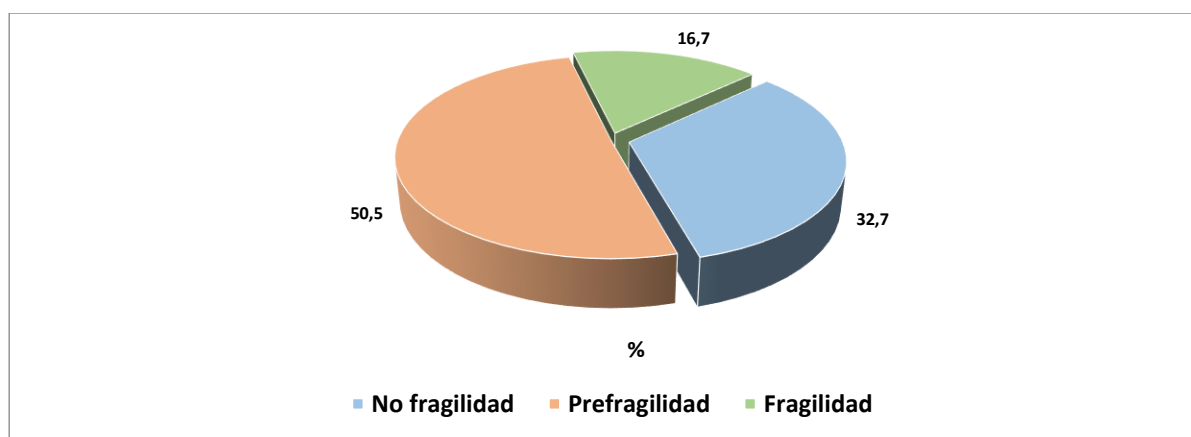
El alto porcentaje en déficit de asociacionismo refleja la dificultad de la población para esta actividad que se sitúa de forma general muy por encima del 80%, exceptuando las mujeres de nivel universitario y los hombres del nivel económico más elevado; los hombres solteros respondieron todos no realizar este tipo de actividad, el valor más alto de la tabla y, el más bajo y por tanto el de mayor participación, fue para las universitarias.

3.8. Fragilidad y prefragilidad

La fragilidad es un estado de prediscapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad. Su importancia radica en que se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad. Es un predictor de eventos adversos de salud a corto medio y largo plazo¹².

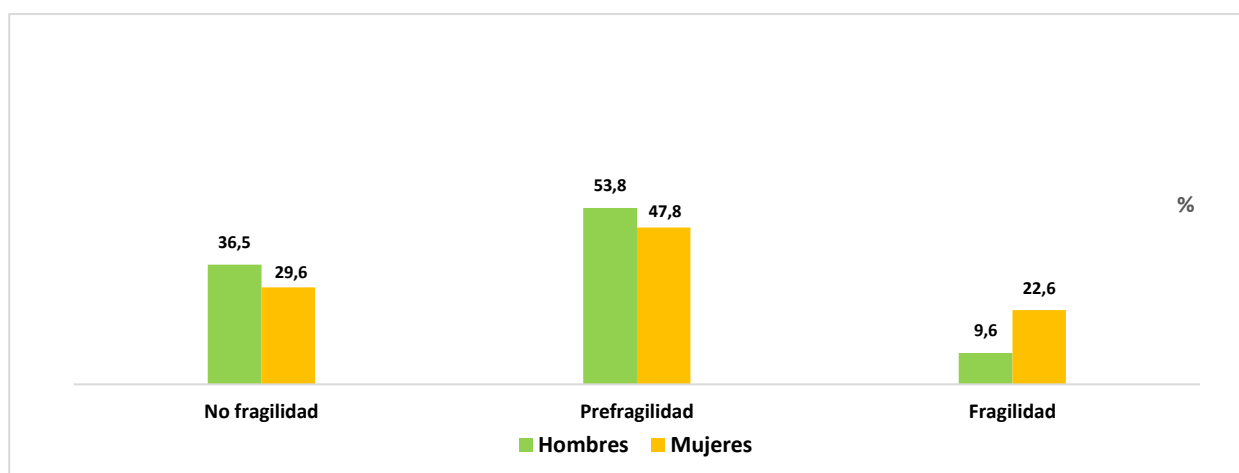
Para medir fragilidad, nos basamos en la escala FRAIL que incluye 5 preguntas relativas cada una de ellas a un dominio: Fatigabilidad, Resistencia, Deambulación, Cronicidad y Pérdida de peso; cada una de las cuales vale 1 punto y los pacientes se clasifican como frágiles cuando suman 3-5 puntos; se clasifica como prefragilidad si se obtienen de 1 a 2 puntos¹² (más detalle en la Tabla de variables). Se toman las preguntas del cuestionario SIVFRENT-M que recogen los aspectos estudiados en esta escala y se adaptan a este grupo de edad. Las variaciones respecto de la escala FRAIL se encuentran en la pregunta sobre comorbilidad para la cual hemos considerado la mención de tener o no una enfermedad crónica y en la pregunta “posibilidad de recorrer varios cientos de metros” que en nuestra escala incluye específicamente la distancia de “500 metros”, siendo en el resto de aspectos similar.

El 67,2% de la población está en algún grado de fragilidad (prefragilidad 50,5% y 16,7% fragilidad), es decir responde afirmativamente a cualquiera de los aspectos mencionados anteriormente incluidos, un 32,7% respondió negativamente a todos ellos (Figura 57).

Figura 57. Fragilidad, prefragilidad y no fragilidad (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

Por sexo, en situación de pre-fragilidad se encuentran un 47,8% de mujeres y un 53,8% de hombres y, en no fragilidad el 29,6% de las mujeres y el 36,5% de los hombres (Figura 58).

Figura 58. Fragilidad, prefragilidad y no fragilidad por sexo (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

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

El 22,6% de las mujeres y el 9,6% hombres sufren fragilidad. La fragilidad disminuye ostensiblemente con el aumento de ingresos económicos y nivel educativo, además de duplicarse entre los grupos de edad extremos (Anexo Tabla 11).

4. CONCLUSIONES

Percepción de salud. La salud es percibida como buena o muy buena globalmente en más de la mitad de la población, y empeora al aumentar la edad; por sexo y según variables sociodemográficas los resultados son mejores en hombres de forma significativa, con las peores cifras en mujeres de más edad, de menor nivel educativo o menor nivel de ingresos; según estas dos variables se observa un clarísimo gradiente favorable a medida que aumentan o mejora el nivel. A lo largo de la serie desde 2019 se mantiene la diferencia por sexos a favor de los hombres; tras el ascenso de 2020 de la cifra de salud autopercibida buena o muy buena, la curva sufre un descenso, para alcanzar por primera vez en las mujeres en 2023 a menos de la mitad de la población.

Problemas crónicos de salud. Cerca de 6 de cada 10 personas de 65 a 79 años refiere un problema de salud crónico, con predominio en mujeres; entre los grupos extremos de edad la frecuencia en padecimientos crónicos aumenta en más de ocho puntos porcentuales. La variable de ingresos mensuales en el hogar en mujeres permite observar la mayor variación en las cifras, con el valor máximo de problemas crónicos en las de menor nivel adquisitivo y el mínimo, inferior a cifras en hombres, en las de mayores ingresos. La evolución anual de este indicador en la serie mantiene cifras similares con pequeñas variaciones.

Limitación de la actividad. Aproximadamente un tercio de la población refiere algún grado de limitación de su actividad por un problema de salud (GALI), una de cada 3 mujeres y uno de cada 4 hombres; esta limitación refiere haberse producido en los últimos 6 meses en más de dos tercios de los casos; en su gran mayoría se ocasiona por causa física y en mucha menor medida por causas mentales o ambas.

Limitación física y cognitiva. Las tres dimensiones contempladas, dificultad o imposibilidad para caminar 500 metros sin ayuda, imposibilidad o dificultad para subir o bajar 12 escalones y dificultad para recordar o concentrarse, afectan juntas o por separado y en diferente grado, a más del 40% de la población. Se repite el patrón de mayor afectación de las mujeres respecto de los hombres; por grupos de edad y con el aumento de esta, hay un empeoramiento de las tres capacidades.

Dificultad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En torno a una de cada 10 personas muestra dependencia de cualquier grado para las actividades de autocuidado y autonomía relacionadas con las necesidades básicas de la vida diaria, con predominio de mayor dependencia en mujeres; en el grupo de mayor edad la cifra se incrementa en 8 puntos porcentuales. La dificultad más frecuente fue para sentarse o levantarse de una silla o cama o acostarse y la de menor fue alimentarse.

Dificultad para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Son las primeras que se afectan. Más de un tercio de esta población se clasifica con dependencia ligera, cerca de una de cada 10 personas con dependencia moderada, grave o total; la dependencia de cualquier grado es significativamente superior en mujeres; en ambos sexos muestra un gradiente según ingresos económicos, con cifra 6 veces mayor en el grupo de menores ingresos respecto al de mayor nivel; similar gradiente ocurre con el nivel educativo. Según el tipo de tareas, las que se refieren en mayor porcentaje con alguna dificultad, mucha o no poder hacerla en absoluto, fueron las tareas domésticas que requieren algún esfuerzo.

Incontinencia urinaria. Una de cada cinco personas refiere padecer esta dolencia, en las mujeres afecta a una de cada cuatro, duplicando el porcentaje de los hombres; una gran mayoría indica que esta afectación limita su vida en diferente grado.

Caídas. Supone el tipo de accidente más frecuente, condiciona la limitación de la actividad, provoca el miedo a sufrir una posterior caída y resulta en otros déficits que van desde la pérdida de autonomía a empeoramiento del estado de ánimo, siendo en muchos casos responsable de discapacidad. Refieren haber sufrido una o más caídas en el último año con necesidad de asistencia sanitaria más de una de cada 10 personas, con predominio en mujeres respecto a hombres; el riesgo de caídas por haber sufrido dos o más en el último año y presentar problemas para andar, afecta a casi un quinto de esta población y se incrementa considerablemente con la edad.

Dolor físico persistente. El dolor en mayores está muy presente y causa una disminución de calidad de vida importante con limitaciones en sus actividades, además del malestar psicológico, alteración del sueño, pérdida de apetito y otros problemas. Más de la mitad de la población de 65 a 79 años vive con dolor físico persistente de variada intensidad desde muy leve a severo o extremo. Como en el resto de indicadores anteriormente mencionados, la cifra predomina de forma significativa en mujeres, en concreto, la de dolor extremo o severo, que afecta a una de cada 10 personas, es más del doble en ellas. En ambos sexos, la población con menores ingresos es la que presenta mayor prevalencia este tipo de dolor extremo o severo, siendo en hombres donde se observa el mayor gradiente, multiplicándose por 7

la prevalencia respecto de los de más poder adquisitivo. En las mujeres también se observa el gradiente según nivel educativo.

Sensación de cansancio. Más de la mitad de la población sufre sensación de cansancio, parte del tiempo, la mayoría o todo el tiempo, cifra que se incrementa con la edad y es significativamente más elevada en las mujeres que en los hombres con la cifra más alta en aquellas de menor nivel de ingresos económicos o menor nivel educativo.

Salud mental. Los síntomas depresivos de moderados a severos siguiendo el cuestionario PHQ-8, están cercanos al 8% de la población y el porcentaje en mujeres es casi el doble que, en hombres, diferencia que se mantiene en toda la serie. En 2023 se aprecia incremento en hombres, con el valor más alto de los 5 años de estudio. De nuevo, como en anteriores indicadores, se obtiene un gradiente de descenso de síntomas depresivos al aumentar ingresos económicos y nivel educativo, con el valor más elevado en mujeres de menor nivel educativo.

Apoyo social. La falta de apoyo social, entendido como presencia de recursos provenientes de otras personas, es uno de los factores de vulnerabilidad. La gran mayoría refiere *contar con 3 a 5 o más personas* en caso de un problema grave y una de cada tres personas con el apoyo de 1 a 2 personas o ninguna. Otro aspecto del apoyo social, la *percepción de que otras personas se preocupan por uno/a mismo/a*, siendo mayoritariamente de respuesta positiva, en una de cada cinco esa preocupación se percibe mínima, algo, poco o nada; la dificultad de *encontrar ayuda entre los vecinos* en caso de un problema grave, se presenta con alguna o mucha dificultad en una de cada tres personas. La puntuación de la escala OSSLO-3 muestra que la mitad de la población tiene un apoyo de intermedio a pobre, menor apoyo en los hombres respecto de las mujeres; los niveles más altos de porcentajes de pobre o nulo apoyo social se encuentran en los hombres de menor nivel de ingresos y en solteros, separados o divorciados. La prevalencia de personas que refieren fuerte apoyo social inició un descenso en 2021 que continúa hasta 2023, tanto en hombres como en mujeres.

Personas mayores como cuidadoras. Una de cada 10 personas refiere cuidar de persona mayor o con enfermedad crónica. Los cuidados, tanto por lo dificultoso de la labor como por el tiempo empleado, son una prolongación de la actividad laboral en edades de jubilación; esta parte de la población que debe hacer frente a esta situación, ya sea cuidando a familiares u otros, no accede a la parte de la vida en la que el descanso de obligaciones laborales ocurre. La frecuencia de esta actividad predomina en mujeres, que suponen dos de cada tres personas cuidadoras.

Sentimiento de soledad. La soledad sentida no querida referida al último año, alcanza en alguna medida, con frecuencia de pocas veces a siempre o casi siempre, a un quinto de la población, y las mujeres están más afectadas que los hombres. Por variables sociodemográficas, una mayor frecuencia y prevalencia de sentimiento de soledad destaca en hombres separados o divorciados y en mujeres de nivel de ingresos económicos bajos.

Uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC). El uso del teléfono móvil para comunicación está muy extendido y algo menos su uso como herramienta de consulta a Internet, posiblemente el déficit de formación en este aspecto sería un punto importante a corregir, especialmente en los grupos de mayor edad. Un tercio entre 75 y 79 años no dispone de este tipo de teléfono.

Participación comunitaria. La participación en actividades comunitarias en esta edad es básica para evitar estrés, aislamiento, obtener reconocimiento personal, y en definitiva mantener el bienestar. Las actividades relacionadas con el entorno como caminar, ir a la plaza, quedar con los vecinos o ir al centro deportivo, se realizan una o más veces al mes de forma mayoritaria. Le sigue en frecuencia las actividades sociales como ir al club o centro de mayores, salir a comer o cenar, juntarse con amigos, fiestas, etc. Los porcentajes más bajos de participación se dan en las dos actividades que suponen una participación activa en la comunidad: asociaciones y en el aprendizaje de nuevas disciplinas o realización de actividades formativas. El grado de participación en la comunidad se incrementa gradualmente de modo significativo

con el nivel de ingresos y con el nivel educativo. Este gradiente es a expensas de las mujeres: destacar que el porcentaje más bajo de no participación y por tanto la mayor participación asociativa se aprecia en mujeres de nivel educativo alto.

Fragilidad y prefragilidad. En este grupo de edad dos tercios de las personas están en situación de prefragilidad o fragilidad, los hombres superan en prefragilidad a las mujeres por seis puntos porcentuales y las mujeres en fragilidad en más del doble; por edad se observa un aumento llegando en las mujeres del grupo de más edad a prácticamente un tercio de ellas en situación de fragilidad, al igual que ocurre en las de estudios primarios o menos con un gradiente creciente de la cifra de fragilidad con descenso de ingresos económicos y de nivel educativo, triplicando, o incluso más, los de menor nivel a los de mayor.

Informe elaborado por: Virginia del Pino, Ana Gandarillas. Unidad Técnica de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Salud y discapacidad en la población mayor de la Comunidad de Madrid, 2023. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-M). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 29. Septiembre 2024.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS. Acción multisectorial par un envejecimiento saludable en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.4 del orden provisional. 22 de abril de 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
- 2.- Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.
- 3.- IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- 4.- Martín Lesende I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor. Miembro de los Grupos de Trabajo de Atención al Mayor (semFYC y Osatzen) y de Prevención en el Mayor (PAPPS-semFYC). AMF. 2013;9(9)508-514.
- 5.- European Health Interview Survey (EHIS wave3) Metodológica Manual 2018 edition. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2018.
- 6.- Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Miñana T y Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309-319.
- 7.- IMSERSO. El libro blanco del envejecimiento activo. 1.ª edición, 2011
- 8.-Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes estudios e investigación 2014.
- 9.- Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc). 2010;135(15):713-719.
- 10.- Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022.
- 11.- Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):674-686.
- 12.- 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.
- 13.- Bøen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. BMC Geriatr. 2012; 12:27.

- 14.- Montero López Lena M, Sánchez-Sosa JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual; Salud Mental, Vol. 24, No. 1, febrero 2001 19-27.
- 15.- Sánchez D, Eizmendi G, Azkoitia JM. Envejecimiento y nuevas tecnologías. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;41 Supl 2:57-65.
- 16.- Abellán García A, del Barrio Truchado E, Castejón Villarejo P, Esparza Catalán C, Fernández-Mayoralas Fernández G, Pérez Ortiz L, Puga González MD, Rojo Pérez F y Sancho Castiello M. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Observatorio de personas Mayores. Colección Documentos; Serie Documentos Estadísticos, Nº 22009. Encuesta 2006; Primera edición, 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- 17.- Instituto Nacional de Estadística (INE)
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&p_agename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- 18.- Naciones Unidas. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Artículo 10, Objetivo 2, Nueva York, 2002.
- 19.- Gallardo-Peralta L, Conde-Llanes D, Córdova-Jorquera I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. Gerokomos. 2016;27(3):104-108.

6. ANEXO

Tabla 1. Salud autopercibida buena o muy buena por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
	Hombres			Mujeres		
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	129	66,8(59,9-73,1)	120	58,0(51,2-64,4)	249	62,2(57,5-66,8)
70-74	98	62,0(54,2-69,3)	94	46,8(39,9-53,7)	192	53,5(48,3-58,6)
75-79	63	58,9(49,3-67,9)	60	41,7(33,8-50,0)	123	49,0(42,9-55,1)
País de Nacimiento						
España	264	62,7(58,0-67,2)	249	49,8(45,5-54,1)	513	55,7(52,5-58,8)
Otro	26	70,3(53,9-83,0)	25	48,1(35,0-61,4)	51	57,3(47,0-67,0)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	238	64,0(59,0-68,7)	168	50,4(45,1-55,8)	406	57,6(54,0-61,2)
Soltería	9	52,9(30,1-74,6)	23	52,3(37,7-66,5)	32	52,5(40,0-64,6)
Separación/Divorcio	28	68,3(52,6-80,7)	26	55,3(41,1-68,7)	54	61,4(50,8-70,9)
Viudedad	15	53,6(35,4-70,8)	56	45,2(36,6-54,0)	71	46,7(38,9-55,0)
Nivel educativo						
Primarios y menos	27	60,0(45,1-73,2)	47	37,9(29,8-46,8)	74	43,8(36,5-51,3)
Secundarios	145	59,2(52,9-65,2)	151	49,5(43,9-55,1)	296	53,8(49,6-57,9)
Universitarios	118	70,2(62,9-76,6)	274	49,6(45,5-54,0)	194	66,7(61,1-71,8)
Recursos económicos*						
<=1050	24	58,5(43,0-72,5)	28	32,6(23,5-43,2)	52	40,9(32,7-50,0)
1051-1850	47	56,6(45,7-67,0)	57	53,3(44,0-62,3)	104	54,7(47,7-61,6)
1851-2700	54	55,7(45,6-65,3)	46	65,7(53,8-75,9)	100	60,0(52,2-67,1)
>2700	76	73,1(63,8-80,7)	54	65,8(55,0-75,3)	130	70,0(62,9-76,0)
Totales	290	63,3(58,8-67,6)	274	49,6(45,5-53,8)	564	55,8(52,8-58,8)

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

Tabla 2. Sufrir alguna enfermedad crónica por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
	Hombres			Mujeres		
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	104	53,9(46,8-60,8)	116	56,0(49,1-62,7)	220	55,0(50,1-59,8)
70-74	93	59,2(51,3-66,7)	121	60,5(53,5-67,1)	214	59,9(54,7-64,9)
75-79	64	59,8(50,2-68,7)	96	66,7(58,5-73,9)	160	63,7(57,6-69,5)
País de Nacimiento						
España	242	57,6(52,8-62,3)	305	61,1(56,8-65,3)	547	59,5(56,3-62,7)
Otro	19	51,3(35,7-66,8)	28	53,8(40,2-66,9)	47	52,8(42,4-63,0)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	213	57,4(52,3-62,4)	204	61,4(56,1-66,5)	417	59,3(55,6-62,9)
Soltería	10	58,8(35,2-78,9)	30	68,2(53,1-80,2)	40	65,6(52,9-76,4)
Separación/Divorcio	23	56,1(40,7-70,4)	26	55,3(41,0-68,8)	49	55,7(45,1-65,7)
Viudedad	15	53,6(35,4-70,9)	72	58,1(49,2-66,4)	87	57,2(49,2-64,9)
Nivel educativo						
Primarios y menos	23	51,1(36,7-65,3)	79	64,2(55,4-72,2)	102	60,7(53,1-67,8)
Secundarios	133	54,5(48,2-60,7)	185	60,7(55,0-66,0)	318	57,9(53,7-62,0)
Universitarios	105	62,5(54,9-69,5)	69	56,1(47,2-64,6)	174	59,8(54,0-65,3)
Recursos económicos*						
<=1050	23	56,1-40,5-70,5)	58	67,4(56,9-76,5)	81	63,8(55,0-71,7)
1051-1850	42	50,6(39,9-61,3)	64	59,8(50,2-68,8)	106	55,8(48,6-62,7)
1851-2700	60	62,5(52,5-71,5)	42	60,0(48,2-70,7)	102	61,4(53,9-68,5)
>2700	59	56,7(47,1-65,9)	37	45,1(34,6-56,1)	96	51,6(44,4-58,7)
Totales	261	57,1(52,5-61,6)	333	60,4(56,3-64,4)	594	58,9(55,8-61,9)

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

Tabla 3. Dependencia moderada, grave y total para AIVD por variables sociodemográficas, según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
		Hombres		Mujeres		Total
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	9	4,7(2,4-8,7)	18	8,7(5,5-13,4)	27	6,7(4,7-9,7)
70-74	9	5,7(3,0-10,6)	24	11,9(8,1-17,2)	33	9,2(6,6-12,6)
75-79	8	7,5(3,8-14,3)	31	21,5(15,5-29,0)	39	15,5(11,6-20,5)
País de Nacimiento						
España	24	5,7(3,8-8,4)	65	13,0(10,3-16,2)	89	9,7(7,9-11,7)
Otro	2	5,4(1,3-19,3)	8	15,4(7,9-27,9)	10	11,2(6,1-19,6)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	18	4,8(3,1-7,6)	40	12,0(8,9-15,9)	58	8,2(6,4-10,5)
Soltería	2	11,8(2,9-37,1)	7	15,9(7,7-30,0)	9	14,7(7,8-26,1)
Separación/Divorcio	3	7,3(2,4-20,5)	9	19,1(10,2-33,0)	12	13,6(7,9-22,5)
Viudedad	3	10,7(3,5-28,5)	17	13,7(8,7-21,0)	20	13,2(8,6-19,5)
Nivel educativo						
Primarios y menos	7	15,6(7,6-29,3)	25	20,2(14,0-28,2)	32	18,9(13,7-25,6)
Secundarios	12	4,9(2,8-8,4)	44	14,4(10,9-18,8)	56	10,2(7,9-13,0)
Universitarios	7	4,2(2,0-8,5)	4	3,2(1,2-8,4)	11	3,8(2,1-6,7)
Recursos económicos*						
<=1050	7	17,0(8,4-31,6)	17	19,8(12,6-29,6)	24	18,9(13,0-26,7)
1051-1850	3	3,6(1,2-10,7)	19	17,8(11,6-26,1)	22	11,6(7,8-16,9)
>1851-2700	4	4,1(1,5-10,6)	4	5,7(2,1-14,4)	8	4,8(2,4-9,3)
>2700	3	2,9(0,9-8,6)	3	3,7(1,2-10,8)	6	3,2(1,4-7,0)
Totales	26	5,7(4,0-8,2)	73	13,2(10,7-16,3)	99	9,8(8,1-11,8)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 4. Dolor extremo o severo por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
		Hombres		Mujeres		Totales
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)
Edad						
65-69	9	4,7(2,4-8,8)	29	14,1(9,9-19,6)	38	9,5(7,0-12,8)
70-74	8	5,1(2,5-9,9)	29	14,6(10,3-20,2)	37	10,4(7,6-14,0)
75-79	9	8,5(4,5-15,5)	22	15,3(10,2-22,2)	31	12,4(8,9-17,1)
País de Nacimiento						
España	22	5,2(3,5-7,9)	70	14,1(11,2-17,4)	92	10,0(8,2-12,1)
Otro	4	10,8(4,1-25,6)	10	19,6(10,8-32,8)	14	15,9(9,6-25,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	17	4,6(2,9-7,3)	45	13,5(10,3-17,7)	62	8,8(6,9-11,2)
Soltería	1	5,9(0,8-32,3)	8	18,2(9,3-32,4)	9	14,7(7,8-26,0)
Separación/Divorcio	3	7,3(2,4-20,4)	9	19,1(10,3-32,9)	12	13,6(7,9-22,5)
Viudedad	5	17,9(7,6-36,5)	17	13,7(8,7-21,0)	22	14,5(9,7-21,0)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	3	6,7(2,2-18,7)	25	20,5(14,2-28,6)	28	16,8(11,8-23,2)
Secundarios	15	6,2(3,7-10,0)	43	14,1(10,6-18,5)	58	10,6(8,3-13,5)
Universitarios	8	5,0(2,4-9,2)	12	9,7(5,6-16,4)	20	6,9(4,5-10,4)
Recursos económicos *						
<=1050	9	21,9(11,8-37,0)	20	23,3(15,5-33,3)	29	22,8(16,4-30,9)
1051-1850	2	2,4(0,6-9,1)	16	14,9(9,3-23,1)	18	9,5(6,0-14,5)
1851-2700	6	6,2(2,8-13,2)	4	5,7(2,1-14,3)	10	6,0(3,2-10,8)
>2700	3	2,9(0,9-8,6)	14	17,1(10,3-26,9)	17	9,1(5,8-14,2)
Totales	26	5,7(3,9-8,2)	80	14,6(11,8-17,8)	106	10,5(8,8-12,6)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 5. Sensación de cansancio por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	89	46,1(39,2-53,2)	135	65,2(58,4-71,4)	224	56,0(51,2-60,7)
70-74	72	45,6(37,9-53,4)	131	65,2(58,3-71,5)	203	56,5(51,4-61,5)
75-79	59	55,1(45,5-64,4)	99	68,7(60,7-75,8)	158	62,9(56,8-68,7)
País de Nacimiento						
España	196	46,6(41,8-51,4)	334	66,8(62,5-70,8)	530	57,5(54,4-60,7)
Otro	24	64,9(48,3-78,4)	31	59,6(45,8-72,0)	55	61,9(51,3-71,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	179	48,1(43,1-53,2)	221	66,4(62,0-71,3)	400	56,7(53,1-60,3)
Soltería	8	47,1(25,4-70,0)	28	63,6(48,6-76,4)	36	59,0(46,3-70,6)
Separación/Divorcio	17	41,5(27,5-57,0)	30	63,8(49,2-76,2)	47	53,4(43,0-63,6)
Viudedad	16	57,1(38,6-73,9)	84	67,7(59,0-75,4)	100	65,8(57,9-72,9)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	19	42,2(28,7-57,0)	92	74,2(65,7-81,1)	111	65,7(58,2-72,4)
Secundarios	118	48,2(41,9-54,5)	203	66,6(61,0-71,7)	321	58,4(54,2-62,4)
Universitarios	83	49,4(41,9-54,5)	70	56,9(48,0-65,4)	153	52,6(46,8(58,3)
Recursos económicos *						
<=1050	23	56,1(41,0-70,1)	64	74,4(64,2-82,5)	87	68,5(60,0-75,9)
1051-1850	44	53,0(42,2-63,5)	79	73,8(64,8-81,2)	123	64,7(57,7-71,2)
1851-2700	48	49,5(39,6-59,4)	40	57,1(45,3-68,2)	88	52,7(45,1-60,2)
>2700	52	50,0(40,4-59,6)	48	58,5(47,5-68,7)	100	53,8(46,5-60,8)
Totales	220	48,0(43,5-52,6)	365	66,1(62,0-70,0)	585	57,9(54,9-60,9)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 6. Sintomatología depresiva por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.**

	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	10	5,1(2,8-9,4)	17	8,2(5,1-12,7)	27	6,7(4,6-9,6)
70-74	8	5,0(2,5-9,8)	27	13,4(9,3-18,9)	35	9,7(7,0-13,2)
75-79	6	5,5(2,5-12,0)	10	6,9(3,7-12,4)	16	6,3(3,9-10,1)
País de Nacimiento						
España	22	5,2(3,4-7,8)	48	9,6(7,3-12,5)	70	7,6(6,0-9,5)
Otro	2	5,4(1,3-19,2)	6	11,5(5,2-23,4)	8	9,0(4,5-16,9)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	18	4,8(3,0-7,5)	35	10,5(7,6-14,2)	53	7,5(5,7-9,7)
Soltería	0	0	6	13,6(6,2-27,2)	6	9,8(4,4-20,2)
Separación/Divorcio	2	4,8(1,2-17,6)	4	8,5(3,2-20,6)	6	6,8(3,0-14,3)
Viudedad	4	14,2(5,4-32,5)	8	6,4(3,2-12,4)	12	7,8(4,5-13,4)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	3	6,6(2,1-18,7)	18	14,5(9,3-21,8)	21	12,4(8,2-18,3)
Secundarios	16	6,5(4,0-10,4)	30	9,8(6,9-13,7)	46	8,3(6,3-11,0)
Universitarios	5	2,9(1,2-6,9)	6	4,8(2,2-10,4)	11	3,7(2,1-6,7)
Recursos económicos *						
<=1050	3	7,3(2,3-20,6)	10	11,6(6,4-20,1)	13	10,2(6,0-16,7)
1051-1850	6	7,2(3,2-15,2)	11	10,2(5,7-17,8)	17	8,9(5,6-13,9)
1851-2700	4	4,1(1,5-10,5)	6	8,5(3,9-17,7)	10	6,0(3,2-10,7)
>2700	1	0,9(0,1-6,5)	7	8,5(4,1-16,9)	8	4,3(2,1-8,3)
Totales	24	5,0(3,5-7,7)	54	9,6(7,6-12,5)	78	7,7(6,2-9,5)

**PHQ-8 ≥ 10

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 7. Apoyo social pobre o sin apoyo según escala OSSLO, por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	15	8,1(4,9-13,0)	25	13,0(8,9-18,5)	40	10,6(7,8-14,1)
70-74	12	8,3(4,7-14,1)	9	5,1(2,6-9,5)	21	6,5(4,3-9,8)
75-79	9	9,4(4,9-17,1)	19	14,0(9,1-21,0)	28	12,1(8,5-16,9)
País de Nacimiento						
España	31	7,8(5,5-11,0)	46	10,0(7,5-13,0)	77	9,0(7,2-11,1)
Otro	5	16,1(6,9-33,4)	7	15,9(7,7-29,8)	12	16,0(9,3-26,1)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	19	5,4(3,5-8,4)	33	10,9(7,8-14,9)	52	8,0(6,1-10,3)
Soltería	4	26,7(10,3-53,4)	7	18,4(9,0-34,0)	11	21,8(11,8-33,8)
Separación/Divorcio	9	23,1(12,4-39,0)	7	15,6(7,6-29,2)	16	19,1(12,0-29,0)
Viudedad	4	17,4(6,7-38,4)	6	5,1(2,3-11,0)	10	7,1(3,8-12,8)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	2	4,8(1,2-17,2)	14	12,5(7,6-20,0)	16	10,4(6,5-16,3)
Secundarios	23	10,1(6,8-14,8)	34	12,1(8,8-16,5)	57	11,2(8,7-14,3)
Universitarios	11	7,0(3,9-12,2)	5	4,4(1,8-10,2)	16	5,9(3,6-9,4)
Recursos económicos *						
<1050	7	20,6(10,2-37,2)	14	16,7(10,1-26,2)	21	17,8(11,9-25,7)
1051-1850	9	11,7(6,2-21,0)	13	12,9(7,6-21,1)	22	12,4(8,2-18,1)
1851-2700	5	5,4(2,2-12,3)	6	9,7(4,4-20,0)	11	7,1(4,0-12,4)
>2700	2	2,0(0,5-7,7)	4	5,3(2,0-13,4)	6	3,4(1,5-7,4)
Totales	36	8,4(6,1-11,5)	53	10,5(8,1-13,4)	89	9,5(7,8-11,6)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 8. Sentimiento de soledad bastantes veces, siempre o casi siempre, por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	8	4,2(2,1-8,2)	14	6,8(4,0-11,1)	22	5,5(3,7-8,2)
70-74	8	5,1(2,5-9,8)	21	10,5(7,0-15,7)	29	8,1(5,7-11,5)
75-79	9	8,5(4,5-15,5)	19	13,4(8,7-20,1)	28	11,3(7,9-15,9)
País de Nacimiento						
España	23	5,5(3,7-8,1)	47	9,5(7,2-12,4)	70	7,7(6,1-9,6)
Otro	2	5,4(1,3-19,3)	7	13,5(6,5-25,7)	9	10,1(5,3-18,3)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	11	3,0(1,6-5,3)	24	7,3(4,9-10,6)	35	5,0(3,6-6,9)
Soltería	1	6,2(0,9-33,6)	5	11,4(4,8-24,5)	6	10,0(4,6-20,5)
Separación/Divorcio	10	24,4(13,6-39,8)	7	14,9(7,2-28,1)	17	19,3(12,3-29,0)
Viudedad	3	10,7(3,5-28,7)	18	14,5(9,3-21,9)	21	13,8(9,2-20,3)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	4	9,1(3,4-22,0)	17	13,8(8,7-21,1)	21	12,6(8,3-18,5)
Secundarios	15	6,1(3,7-10,0)	32	10,6(7,5-14,6)	47	8,6(6,5-11,3)
Universitarios	6	3,6(1,6-7,8)	5	4,1(1,7-9,5)	11	3,8(2,1-6,7)
Recursos económicos *						
<=1050	3	7,3(2,3-20,6)	18	20,9(13,6-30,8)	21	16,5(11,0-24,0)
1051-1850	6	7,2(3,3-15,2)	8	7,6(3,8-14,5)	14	7,4(4,4-12,2)
1851-2700	6	6,2(2,8-13,2)	4	5,7(2,1-14,4)	10	6,0(3,2-10,8)
>2700	4	3,9(1,5-10,0)	4	4,9(1,8-12,5)	8	4,3(2,2-8,5)
Totales	25	5,6(3,7-8,0)	54	9,8(7,6-12,6)	79	7,9(6,3-9,7)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 9. Cuidadoras/es por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	SEXO					
	n	Hombres %IC(95%)	n	Mujeres %IC(95%)	n	Totales %IC(95%)
Edad						
65-69	25	13,0(8,9-18,5)	45	21,8(16,7-28,0)	70	17,5(14,1-21,6)
70-74	14	8,9(5,3-14,3)	22	10,9(7,3-16,1)	36	10,0(7,3-13,6)
75-79	9	8,4(4,4-15,4)	14	9,7(5,8-15,8)	23	9,2(6,1-13,4)
País de Nacimiento						
España	43	10,2(7,7-13,5)	77	15,4(12,5-18,8)	120	13,0(11,0-15,3)
Otro	5	13,5(5,7-28,6)	4	7,8(3,0-19,1)	9	10,2(5,4-18,5)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	44	11,8(8,9-15,5)	63	18,9(15,1-23,5)	107	15,2(12,7-18)
Soltería	0	0	5	11,4(5,0-24,7)	5	8,2(3,4-18,3)
Separación/Divorcio	3	7,3(2,4-20,5)	5	10,6(4,5-23,2)	8	9,1(4,6-17,2)
Viudedad	1	3,6(0,5-21,6)	8	6,4(3,3-12,4)	9	5,9(3,1-11,0)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	5	11,1(5,0-24,2)	18	14,6(9,4-22,1)	23	13,7(9,3-19,8)
Secundarios	26	10,6(7,3-15,1)	38	12,5(9,2-16,6)	64	11,6(9,2-14,6)
Universitarios	17	10,1(6,4-15,7)	25	20,3(14,1-28,4)	42	14,4(11,0-18,9)
Recursos económicos *						
<=1050	5	12,2(5,1-26,5)	6	7,0(3,2-14,7)	11	8,7(4,8-15,0)
1051-1850	13	15,7(9,3-25,2)	20	18,7(12,4-27,3)	33	17,4(12,6-23,4)
>1851-2700	14	14,4(8,7-23,0)	19	27,1(18,0-38,8)	33	20,0(14,4-26,5)
>2700	11	10,6(5,9-18,2)	18	22,0(14,2-32,2)	29	15,6(11,1-21,5)
Totales	48	10,5(7,8-13,6)	81	14,7(12,0-17,9)	129	12,8(12,0-17,9)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 10. No participación activa en asociaciones de cualquier tipo por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	n	Hombres %IC(95%)	n	Mujeres %IC(95%)	n	Totales %IC(95%)
Edad						
65-69	162	83,9(78,1-88,5)	181	88,3(83,1-93,0)	343	86,2(82,4-89,2)
70-74	135	87,1(80,8-91,5)	173	86,9(81,5-91,0)	308	87,0(83,1-90,1)
75-79	93	87,7(80,0-92,8)	129	89,6(83,4-93,6)	222	88,8(84,2-92,2)
País de Nacimiento						
España	357	85,6(81,9-88,7)	438	88,1(85,0-90,7)	795	87,0(84,6-89,0)
Otro	33	89,2(74,4-95,9)	45	88,2(76,1-94,6)	78	88,6(80,1-93,8)
Estado Civil						
Matrimonio/Pareja	314	85,1(81,1-88,4)	293	88,8(84,9-91,8)	607	86,8(84,1-89,1)
Soltería	17	100(80,5-100)	37	84,1(70,1-92,3)	54	88,5(77,8-94,4)
Separación/Divorcio	36	87,8(73,8-94,8)	42	89,4(76,8-95,5)	78	88,6(80,1-93,8)
Viudedad	23	85,2(66,4-94,4)	108	87,1(79,9-92,0)	131	86,7(80,3-91,3)
Nivel educativo						
Primarios y Menos	41	93,2(80,7-97,8)	113	92,6(86,4-96,1)	154	92,8(87,7-95,8)
Secundarios	214	88,1(83,4-91,6)	275	90,5(86,6-93,3)	489	89,4(86,5-91,7)
Universitarios	135	80,8(74,1-86,1)	95	77,9(69,6-84,4)	230	79,6(74,5-83,8)
Recursos económicos *						
<=1050	35	85,4(71,1-93,3)	82	95,3(88,3-98,2)	117	92,1(86,1-95,7)
1051-1850	72	87,8(78,7-93,3)	90	84,9(76,7-90,6)	162	86,2(80,4-90,4)
1851-2700	81	83,5(74,7-89,7)	57	81,4(70,6-88,9)	138	82,6(76,1-87,7)
>2700	82	79,6(70,7-86,3)	74	90,2(81,6-95,1)	156	84,3(78,4-88,8)
Totales	390	85,9(82,4-88,8)	483	88,1(85,1-90,6)	873	87,1(84,9-89,1)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

Tabla 11. Fragilidad por variables sociodemográficas según sexo, edad y totales (%). Población de 65 a 79 años. Comunidad de Madrid, 2023.

	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Totales	
	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)	n	%IC(95%)
Edad						
65-69	18	9,3(5,9-14,4)	34	16,5(12,0-22,3)	52	13,0(10,1-16,7)
70-74	17	10,8(6,8-16,7)	45	22,6(17,3-29,0)	62	17,4(13,8-21,7)
75-79	9	8,4(4,4-15,5)	45	31,5(24,3-39,6)	54	21,6(17,1-27,0)
País de Nacimiento						
España	41	9,8(7,3-13,0)	110	22,1(18,7-26,0)	151	16,5(14,2-19,0)
Otro	3	8,1(2,6-22,5)	14	27,4(16,9-41,2)	17	19,3(12,3-28,9)
Estado Civil						
Marimonio/Pareja	35	9,4(6,8-12,9)	69	20,8(16,8-25,6)	104	14,8(12,4-17,6)
Soltería	0	0	11	25,0(14,4-39,8)	11	18,0(10,3-29,7)
Separación/Divorcio	5	12,2(5,1-26,3)	13	28,3(17,1-42,8)	18	20,7(13,4-30,5)
Viudedad	4	14,3(5,4-32,5)	29	23,6(16,9-31,9)	49	32,4(25,5-40,3)
Nivel educativo						
Primarios/Menos	8	17,9(9,1-31,8)	40	32,5(24,8-41,3)	48	28,6(22,2-35,9)
Secundarios	25	10,2(7,0-14,7)	71	23,5(19,1-28,6)	96	17,6(14,6-21,0)
Universitarios	11	6,5(3,6-11,5)	13	10,6(6,2-17,4)	24	8,2(5,6-12,0)
Recursos económicos*						
<=1050	7	17,1(8,3-31,8)	23	27,7(19,2-38,3)	30	24,2(17,5-32,5)
1051-1850	7	8,4(4,1-16,7)	28	26,2(18,7-35,3)	35	18,4(13,6-24,5)
1851-2700	9	9,4(4,9-17,2)	11	15,7(8,8-26,3)	20	12,0(7,9-18,0)
>2700	5	4,8(2,0-11,1)	10	12,2(6,6-21,3)	15	8,1(4,9-13,0)
Totales	44	9,6(7,2-12,7)	124	22,6(19,3-26,3)	168	16,7(14,6-19,1)

* Ingresos mensuales netos por hogar en euros.

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

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



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD