

**INFORME:**

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN JUVENIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2012

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), 2012

*Informe elaborado por Lucía Díez-Gañán, Dra., PhD.
Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y
Prevención. Dirección General de Atención Primaria.
Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.*

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. METODOLOGÍA.....	5
4. RESULTADOS.....	6
4.1. Ejercicio físico.....	7
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Percepción de la imagen corporal	15
4.4. Sobrepeso y obesidad.....	17
4.5. Consumo de tabaco.....	18
4.6. Consumo de alcohol.....	21
4.7. Consumo de drogas de comercio ilegal.....	25
4.8. Relaciones sexuales.....	31
4.9. Accidentes.....	32
4.10. Seguridad vial.....	33
4.11. Información sobre temas de salud.....	36
4.12. Agregación de factores.....	40
4.13. Evolución de los indicadores.....	41
5. BIBLIOGRAFÍA.....	44

1. RESUMEN

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

Metodología: Este sistema se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de Salud Pública. En este informe analizamos los indicadores correspondientes al año 2012 agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentabilidad y seguridad vial.

Resultados: En 2012, el 39,7% de las chicas y el 12,4% de los chicos no realizaban al menos 3 días a la semana actividades físicas vigorosas. El consumo de alimentos mantuvo un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 53,3% no consumía al menos dos raciones de fruta al día y un 36,5% no consumía al menos una de verdura; el 65,4% consumía dos o más raciones diarias de cárnicos, y el 20,2% dos o más raciones de galletas o productos de bollería. El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes, muestra que un 17,8% de los chicos y el 8,3% de las chicas tenían sobrepeso u obesidad.

En cuanto al consumo de sustancias, el 10,8% fumaba diariamente, siendo mayor la prevalencia en las chicas (12,0%), que en los chicos (9,5%). La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida fue un 5,5%. Este consumo se realizó principalmente en fines de semana, lo que dio lugar a ingestas excesivas agudas: el 31,1% había realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (patrón “binge drinking”) y el 22,5% afirmó que se había emborrachado durante este período.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente fue el hachís, con un 14,5% de consumidores en los últimos 12 meses. El 20,5% refirió que le habían ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 9,5% en los últimos 30 días.

El 31,9% de los jóvenes había tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 17,0% no había utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.

Un 11,7% había tenido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo casi dos veces más frecuente en los chicos (15,5%) que en las chicas (8,2%). La utilización del casco en moto continuó siendo baja ya que el 40,5% de los jóvenes que utilizaron este vehículo no emplearon siempre esta protección.

Las tendencias 1996-2012 muestran un importante avance en algunos de los indicadores estudiados, siendo especialmente reseñable por su magnitud la disminución del consumo de

tabaco y de drogas de comercio ilegal, así como el incremento de las prácticas preventivas de seguridad vial. También hay que destacar aunque, en menor medida, el consumo de alcohol, ya que, si bien ha disminuido la cantidad de consumo, los cambios han sido menores en los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, se observa un incremento sistemático del sobrepeso y obesidad que afecta a hombres y mujeres.

Conclusiones: Los resultados del SIVFRENT dirigido a población juvenil en 2012 ponen de manifiesto la necesidad de prestar la máxima prioridad a los indicadores relacionados con el balance energético, donde continúa observándose un importante incremento del sobrepeso y obesidad junto con una dieta desequilibrada y elevada inactividad física, especialmente en las mujeres; así como a los relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, a pesar de las mejoras observadas, debido a su gran impacto sobre la salud.

2.- INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid, la mortalidad o los ingresos hospitalarios alcanzan las cifras más bajas en la adolescencia^{1,2}. Sin embargo, algunos problemas de salud adquieren especial importancia, como por ejemplo los embarazos no deseados (en el año 2011 se realizaron en la Comunidad de Madrid 2.166 interrupciones voluntarias en menores de 20 años, el 10,5% del total, habiéndose duplicado su frecuencia en la última década)³, los trastornos del comportamiento alimentario, o la accidentabilidad. Por otro lado, la adolescencia es una etapa crítica, ya que en esta época se pueden adquirir y consolidar determinados comportamientos⁴, como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el de otras sustancias adictivas o los malos hábitos de consumo alimentario y de ejercicio físico, que se trasladan a la edad adulta provocando consecuencias graves a medio y largo plazo si estos factores no se modifican⁵⁻⁸, como la aparición de tumores malignos, enfermedades cardiovasculares o enfermedades degenerativas.

Durante el año 2012 se ha realizado la decimoséptima encuesta seriada del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)⁹⁻¹⁸, cuyo objetivo es conocer la evolución de los principales factores de riesgo ligados al comportamiento. La estructura del cuestionario y la similar metodología utilizada permite comparar los diferentes indicadores durante estos diecisiete años de estudio.

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

3. METODOLOGÍA

3.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

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

3.2. DISEÑO MUESTRAL

La **muestra** de población a estudiar se extrae cada año mediante un muestro de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los centros escolares y las de segunda etapa, por las aulas. Los **criterios de estratificación** son: la zona geográfica (Madrid y resto de municipios) y la titularidad de los centros escolares (públicos y concertados/privados).

La **asignación muestral** en cada estrato es proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados.

Como **fuentes de datos** para la selección muestral se utiliza el censo de centros escolares facilitado por la Consejería de Educación. La **selección** de las unidades de primera etapa (centros escolares) se realiza con probabilidad proporcional al número de alumnos de 15 y 16 años matriculados en dichas unidades. La selección de las unidades de segunda etapa es constante, muestreando dos aulas por centro escolar.

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

En 2012, el **tamaño muestral** fue de 2.087 entrevistas distribuidas en 89 aulas de 47 centros escolares.

Las entrevistas se **realizaron** durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2012.

3.3. CUESTIONARIO

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

3.4. PRECISIÓN DE LAS ESTIMACIONES

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

4. RESULTADOS

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

Del total de centros inicialmente seleccionados, 8 no colaboraron en el estudio (14,5%). Un 9,0% de los estudiantes se encontraban ausentes de la clase el día de la realización de la encuesta, dos estudiantes (0,086% del total de estudiantes a encuestar) no deseaba participar en el estudio (negativas), 11 cuestionarios fueron excluidos por presentar más del 50% en

blanco (0,48%) y 6 se descartaron por presentar inconsistencias (0,26%). La **tasa de respuesta global** fue 77,1%.

En el análisis de resultados referidos a los totales y sexo se ha tenido en cuenta a toda la población encuestada. Sin embargo, al elaborar el análisis según la edad se ha decidido comparar únicamente los jóvenes de 15 y 16 años, no exponiendo información estratificada para los que tenían 17 años o más. Esta decisión se justifica porque los de 17 o más años no son representativos del conjunto de jóvenes de estas edades escolarizados en la Comunidad de Madrid, sino que corresponden a aquellos estudiantes que, por diferentes circunstancias, han repetido uno o más cursos, y presentan, probablemente, unos indicadores con prevalencias mucho más elevadas que el conjunto de jóvenes de 17 o más años.

Tabla 1.
Tamaño, tasa de respuesta y características de la muestra del SIVFRENT-J 2012

Tamaño muestral:	
Nº estudiantes	2.087
Nº Colegios	47
Nº aulas	89
Tasa de respuesta (%)	
Colegios	85,5
Estudiantes	90,2
Global	77,1
Sexo (%)	
Hombres	51,3
Mujeres	48,7
Edad (%)	
15	38,4
16	40,8
17 y más	20,7
Titularidad (%)	
Pública	55,6
Concertada/Privada	44,4

4.1. EJERCICIO FÍSICO

Una gran parte de los jóvenes, un 75,7%, realizaron **alguna actividad física dentro o fuera del centro escolar** la mayoría de los días. Sin embargo, un 5,1% de los chicos y un 14,3% de las chicas no llegaron a realizar **algún tipo de actividad** de forma regular al menos 3 veces a la semana.

Si consideramos la frecuencia de realización de **actividades vigorosas o intensas** (definidas en esta encuesta como aquellas cuyo gasto energético es al menos 5 veces superior al de reposo), la proporción de jóvenes que no practicaron este tipo de ejercicio al menos 3 veces a la semana fue del 26,4%, destacando que un 9,0% no realizaron ninguna vez estas actividades (Figura 1). Se observaron grandes diferencias entre hombres y mujeres, ya que el 12,4% de los

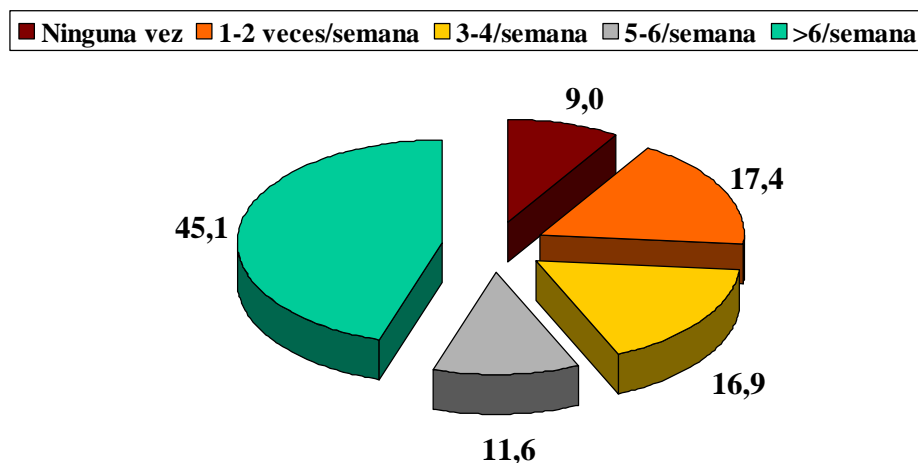
chicos no realizaron al menos 3 veces a la semana este tipo de actividades físicas frente al 39,7% de las chicas.

En la Tabla 3 podemos apreciar las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas con al menos una periodicidad semanal. En los chicos, el deporte más frecuentemente practicado con gran diferencia sobre el siguiente fue el fútbol, dado que un 71,2% lo practicaba alguna vez a la semana, ocupando el segundo lugar el footing (43,4%) y el tercero las pesas/gimnasia con aparatos (40,2%). El baloncesto ocupó el cuarto lugar (38,1%) y la bicicleta el quinto (30,2%). En las chicas, el baile/ballet y el footing fueron las actividades preferidas, aunque sólo el 30,8% y el 30,0%, respectivamente, las practicaba con al menos una periodicidad semanal. El baloncesto ocupó el tercer lugar (20,2%), aunque con apenas diferencia con el cuarto, las pesas/gimnasia con aparatos (20,1%). La quinta actividad más frecuentemente realizada por las chicas fue el aerobio (19,0%).

Comparando la estimación promedio de 2011/2012 con la de 1996/1997, en la proporción de jóvenes que no realizaron ejercicio físico intenso 3 o más días a la semana (Figura 2) se observa un incremento porcentual del 8,3% en las chicas mientras que en los chicos disminuyó un 11,6%.

Figura 1

FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO VIGOROSO O INTENSO* DE FORMA SEMANAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2012



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

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

Tabla 2.
Proporción de jóvenes que no realizan ejercicio físico 3 o más días a la semana, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No realizan algún tipo de actividad 3 o más días a la semana	9,8 (7,7-11,9)	5,1 (3,6-6,6)	14,3 (10,7-17,9)	8,3 (6,0-10,6)	8,9 (6,7-11,1)
No realizan actividad intensa 3 o más días a la semana	26,4 (23,3-29,4)	12,4 (10,0-14,8)	39,7 (35,2-44,2)	23,9 (19,6-26,6)	26,6 (22,8-30,5)

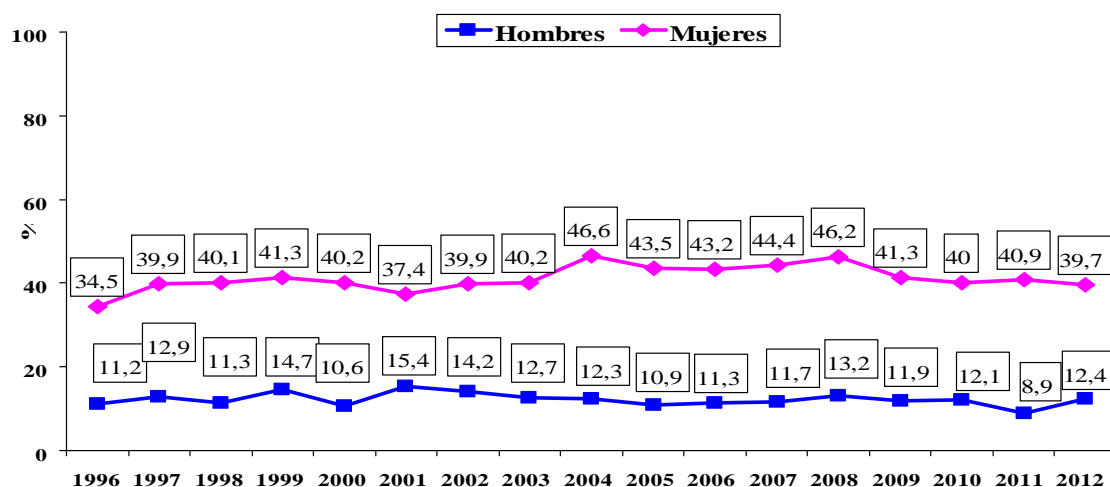
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3.
Actividades físicas más frecuentemente realizadas, según sexo

HOMBRES		MUJERES	
Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana	Actividad	% que lo realiza al menos 1 vez/semana
1. Fútbol	71,2	1. Baile/ballet	30,8
2. Footing	43,4	2. Footing	30,0
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	40,2	3. Baloncesto	20,2
4. Baloncesto	38,1	4. Pesas/Gimnasia con aparatos	20,1
5. Bicicleta	30,2	5. Aerobic	19,0

Figura 2

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO REALIZAN EJERCICIO FÍSICO INTENSO* 3 O MÁS DÍAS A LA SEMANA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

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

4.2. ALIMENTACIÓN

Para recoger la información de este apartado se utiliza un cuestionario de frecuencia de consumo no cuantitativo, diferenciado para cada una de las cinco comidas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda y cena). El cuestionario no incluye una lista exhaustiva de alimentos sino aquellos más representativos de cada uno de los grupos. Posteriormente, estas frecuencias se acumulan para valorar su consumo diario, expresando la ingesta en número de veces/día que equiparamos a raciones/día.

LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS

El consumo de leche en esta población fue de 1,5 raciones/día. El 17,2% de los jóvenes no llegaron a consumir una ración de leche al día y un 64,8% no alcanzó las dos raciones. Respecto al tipo de leche, el consumo de leche desnatada o semidesnatada fue muy frecuente: un 65,1% de las chicas y un 51,7% de los chicos que tomaron este producto lo consumieron de forma habitual con menor cantidad de grasa.

Considerando el grupo de leche y derivados lácteos en su conjunto, el consumo fue de 3,2 raciones/día. Un 48,5% de los jóvenes presentaron un consumo inferior a las tres raciones diarias, un 22,9% consumió menos de 2 raciones/día y un 5,0% no llegó a tomar al menos una ración/día.

Comparando con el promedio 1996/1997, en 2011/2012 se observa un empeoramiento en el consumo de leche y derivados lácteos, ya que el porcentaje que consumió menos de 3 raciones al día de estos alimentos aumentó tanto en los chicos (aumento del 19,4%) como en las chicas (aumento del 7,1%) (Figura 3).

FRUTA

El consumo medio de fruta fue de 1,7 raciones diarias. Un 31,9% de los jóvenes no llegaron a consumir una ración diaria de fruta y, en concreto, el 4,6% (5,2% de los chicos y 4,0% de las chicas) por lo general no tomó nada de fruta. El 55,3% no ingirió al menos dos raciones y el 78,0% (80,8% de los chicos y 75,4% de las chicas) ingirió menos de tres raciones/día. Tanto el consumo medio de fruta como la proporción de jóvenes que consumieron dos o más raciones de fruta al día, continuó siendo superior en las chicas que en los chicos.

Como se puede observar en el Figura 4, en el periodo 1996/1997-2011/2012 el consumo de frutas en los jóvenes empeoró tanto en chicos como en chicas, al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de 2 raciones de fruta al día (aumento del 16,0% en los chicos y del 14,2% en las chicas).

VERDURA Y HORTALIZAS

El consumo medio de verduras y hortalizas (no están incluidas las patatas) fue de 1,4 raciones diarias. Un 36,5% de los jóvenes consumieron menos de una ración diaria y, en concreto, el 3,4% (4,2% de los chicos y 2,6% de las chicas) no tomó nada de verdura. El consumo de

verduras fue más frecuente en las chicas que en los chicos, tanto a nivel de ingesta media, como en la proporción de jóvenes que consumieron al menos una ración al día.

Como en las frutas, en el periodo 1996/1997-2011/2012 el consumo de verduras empeoró al aumentar la proporción de jóvenes que consumieron menos de una ración de verdura al día (aumento del 11,7% en los chicos y del 23,7% en las chicas) (Figura 5).

Valorando **conjuntamente el consumo de fruta (sin incluir zumos) y verduras**, grupos de alimentos cuyo consumo diario es uno de los principales objetivos nutricionales, observamos que el 47,5% no llegó a consumir al menos 3 raciones/día (el 53,4% de los chicos y el 41,9% de las chicas). Sólo el 22,5% (18,2% de los chicos y 26,5% de las chicas) ingirió la **cantidad recomendada, 5 o más raciones al día**.

CARNE Y DERIVADOS

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

Comparando el periodo 2011/2012 con 1996/1997, se observa un descenso superior al 10% en este indicador, tanto en chicos como en chicas (descenso del 16,4% en los chicos y del 14,3% en las chicas) (Figura 6).

GALLETAS Y BOLLERÍA

El consumo de este tipo de alimentos fue de 1,1 raciones diarias por persona. La proporción de jóvenes que los consumieron dos o más veces al día fue de un 20,2%, observándose una frecuencia mayor en los chicos (22,0%) que en las chicas (18,4%).

Tanto en los chicos como en las chicas, se observa una disminución muy notable en el consumo de bollería en los dos últimos años de la serie (2011/2012) respecto a los dos primeros (1996/1997), habiendo disminuido el porcentaje de chicos y chicas con consumos de 2 ó más raciones al día un 40,1% y un 29,8%, respectivamente (Figura 7).

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

El consumo de estos productos continuó siendo muy extendido en la población adolescente. El 8,9% de los chicos y el 10,0% de las chicas consumieron chucherías saladas con una frecuencia superior a 4 días a la semana. Los jóvenes con elevados consumos de este producto tienen un perfil alimentario más desequilibrado, con mayor ingesta de productos cárnicos y bollería y menor de fruta y verdura.

OTROS ALIMENTOS

El consumo de **pan** fue de 1,9 raciones diarias, con un mayor consumo por parte de los chicos. El consumo acumulado de **arroz y pasta** fue de 6-7 raciones a la semana, y el de **legumbres** de 2-3. Por otro lado, la ingesta de **huevos** o tortilla fue de 4-5 raciones a la semana. Finalmente, la ingesta de **pescado** fue de 3-4 a la semana, siendo superior el consumo de este alimento en las mujeres que en los hombres.

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

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

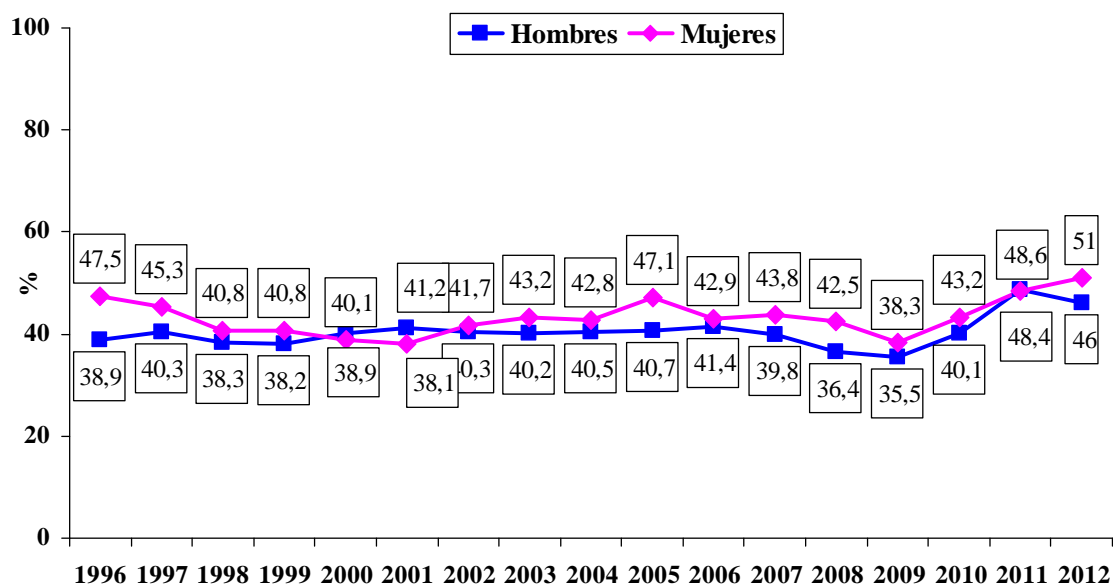
Tabla 4.
Proporción de jóvenes que consumen de forma deficitaria o excesiva diversos alimentos, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
% Consumo <1 ración de leche/día	17,2 (15,4-19,0)	13,4 (11,0-15,8)	20,8 (18,3-23,4)	14,0 (11,8-16,2)	17,4 (14,9-19,9)
% Consumo <3 raciones de leche y derivados lácteos/día	48,5 (46,4-50,7)	46,0 (42,7-49,2)	51,0 (47,7-42,2)	48,9 (45,7-52,2)	48,3 (44,5-52,1)
% Consumo <2 raciones de fruta/día	55,3 (51,9-58,7)	58,7 (54,4-62,9)	52,2 (48,0-56,4)	52,5 (47,2-57,7)	54,3 (50,2-58,5)
% Consumo <1 ración de verduras y hortalizas/día	36,5 (33,5-39,5)	42,7 (38,8-46,6)	30,6 (27,2-34,1)	36,9 (32,4-41,3)	33,3 (29,4-37,1)
% Consumo ≥2 raciones productos cárnicos/día	65,4 (62,7-68,1)	70,5 (67,1-73,8)	60,6 (57,1-64,1)	62,6 (58,7-66,6)	64,7 (61,1-68,4)
% Consumo ≥2 raciones de galletas, bollería/día	20,2 (18,4-21,9)	22,0 (19,4-24,7)	18,4 (15,9-20,9)	18,1 (15,6-20,6)	20,2 (17,5-23,0)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 3

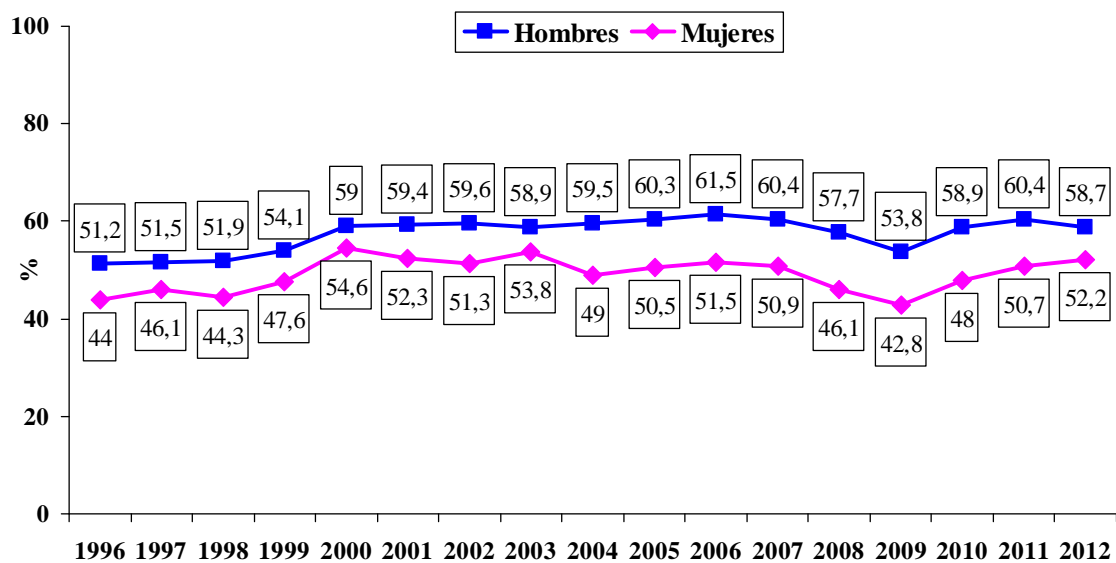
**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO
<3 RACIONES DE LECHE Y DERIVADOS AL DÍA.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012**



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

Figura 4

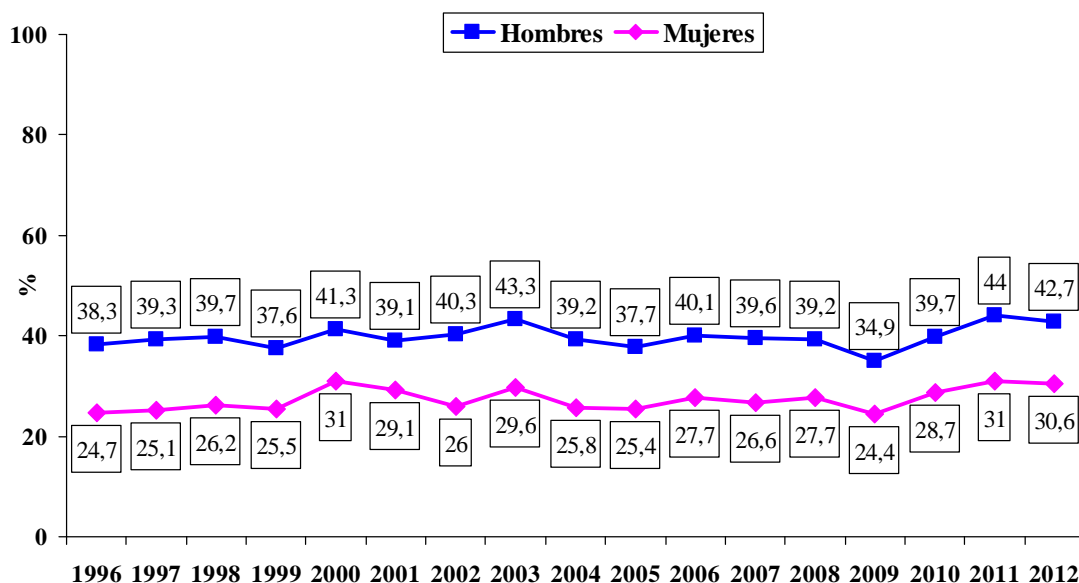
**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO
<2 RACIONES DE FRUTA AL DÍA.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012**



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

Figura 5

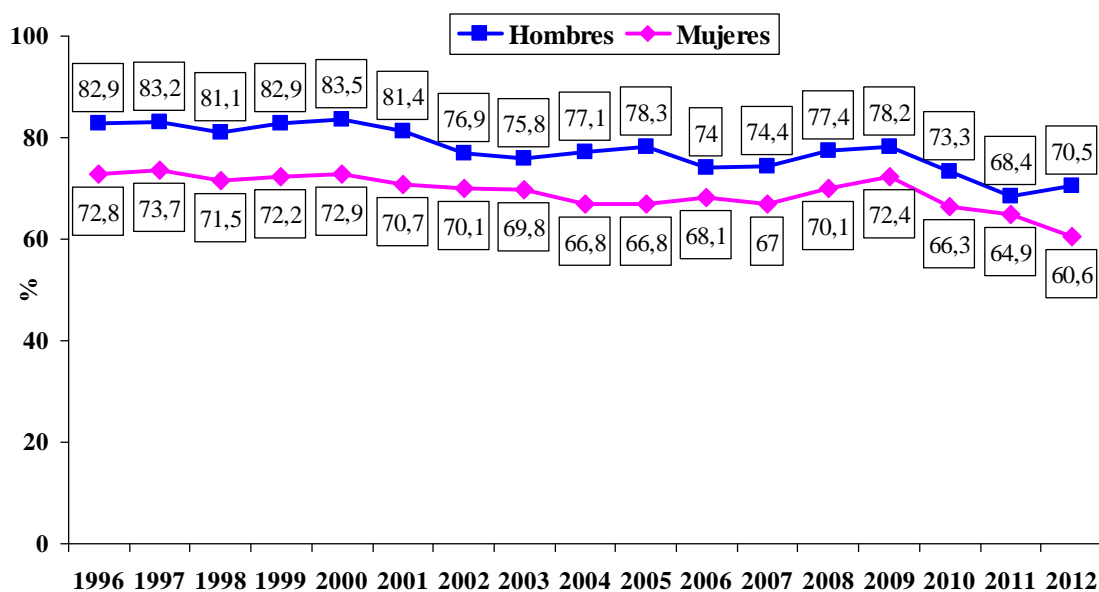
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO <1 RACIÓN DE VERDURA AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

Figura 6

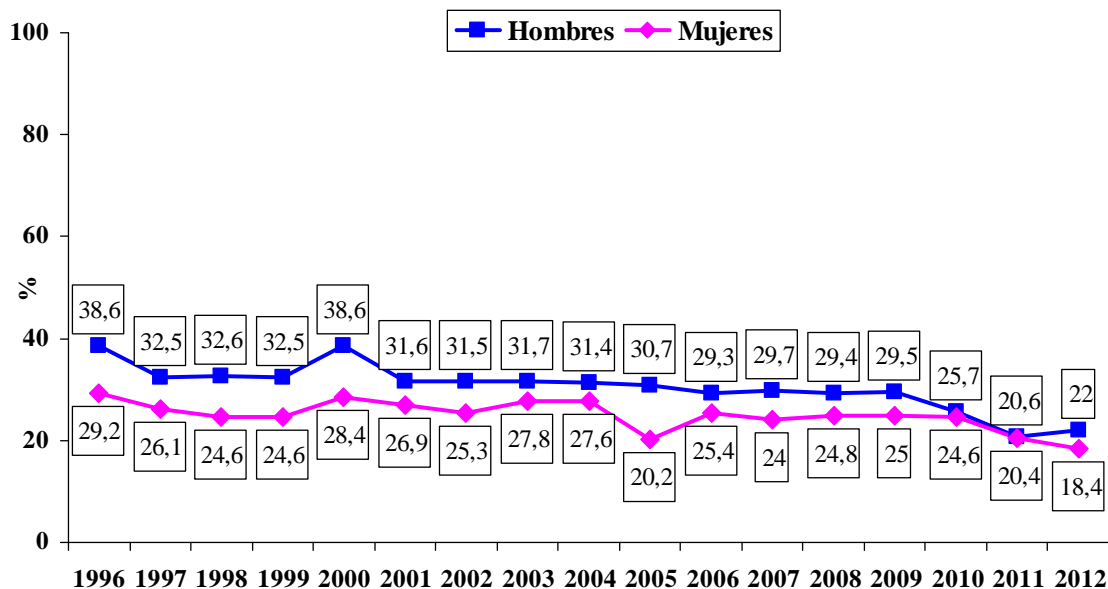
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO ≥ 2 RACIONES DE PRODUCTOS CÁRNICOS AL DÍA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

Figura 7

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO
≥2 RACIONES DE BOLLERÍA AL DÍA.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012**



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

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

El 18,2% de los chicos y el 33,2% de las chicas consideraron que tenían exceso de peso o que estaban obesos.

El 30,7% de los jóvenes afirmó haber realizado algún tipo de dieta en los últimos 12 meses, y un 21,4% haber llevado a cabo alguna dieta para adelgazar. Las chicas realizaron tres veces más frecuentemente dietas para adelgazar que los chicos, alcanzando una prevalencia del 31,3%.

En los años 2011/2012 comparando con el promedio de 1996/1997, la proporción de jóvenes que realizaron dietas para adelgazar se incrementó un 82,6% en los chicos y un 8,2% en las chicas (Figura 8).

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

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad	25,9 (23,8-28,0)	18,2 (15,5-20,9)	33,2 (29,9-36,5)	25,2 (21,8-28,5)	25,5 (22,4-28,7)
Realización de dietas en los últimos 12 meses	30,7 (28,5-32,9)	19,8 (17,2-22,4)	41,0 (37,7-44,4)	29,0 (25,9-32,0)	30,8 (27,4-34,3)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	21,4 (19,3-23,5)	11,0 (9,3-12,7)	31,3 (28,2-34,4)	21,1 (18,1-24,1)	21,1 (17,8-24,5)
No han comido durante 24 horas con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	7,8 (6,3-9,2)	3,0 (1,9-4,0)	12,3 (9,6-15,0)	7,1 (5,0-9,1)	7,1 (4,9-9,3)
Provocación de vómito con el fin de perder peso en los últimos 12 meses	4,4 (3,2-5,6)	1,1 (0,4-1,7)	7,6 (5,4-9,7)	4,3 (2,5-6,1)	4,4 (3,1-5,7)
Utilización de laxantes, diuréticos o píldoras adelgazantes para perder peso en los últimos 12 meses	3,1 (2,3-4,0)	1,7 (0,9-2,5)	4,5 (3,0-6,0)	2,7 (1,5-3,9)	2,4 (1,3-3,7)

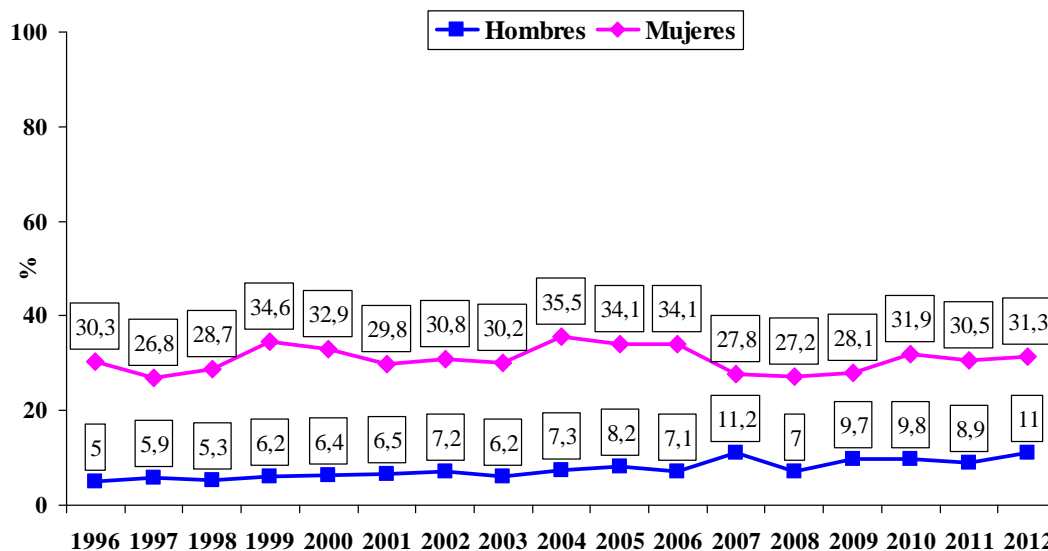
(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

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

El 4,2% de los chicos y el 17,0% de las chicas respondió afirmativamente a uno o más de estos tres indicadores (un 5,9% del total de mujeres responde a dos y el 0,7% a los tres). Concretamente, durante el último año el 12,3% de las chicas no había ingerido en alguna ocasión ningún tipo de alimento en 24 horas, el 7,6% se había provocado vómitos para perder peso, y un 4,5% había utilizado diuréticos, laxantes, o píldoras adelgazantes con el mismo fin.

Figura 8

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

4.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

Para la estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha empleado el Índice de Masa Corporal (IMC), calculado, a partir de los datos de peso y talla referidos por la persona encuestada, como el cociente del peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado (m^2). Para determinar la presencia de sobrepeso u obesidad se han empleado los puntos de corte internacionales del IMC propuestos por Cole et al²⁰. Conviene mencionar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad estimados, al estar basada en datos subjetivos, está infraestimada respecto a la prevalencia observada en mediciones objetivas. Teniendo en cuenta el error de medida para el sobrepeso y obesidad de forma conjunta, la prevalencia real podría ser un 50% superior a la observada de forma subjetiva²¹.

El 11,6% y 1,3% de los jóvenes tenía sobrepeso y obesidad respectivamente, siendo el sobrepeso algo más de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (2,3 veces), y la obesidad 1,5 veces más frecuente en los chicos que en las chicas.

La evolución de la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad entre 1996/1997 y 2011/2012, presentó un incremento del 12,5% en los hombres, aumentando en las mujeres un 70,6% (Figura 9).

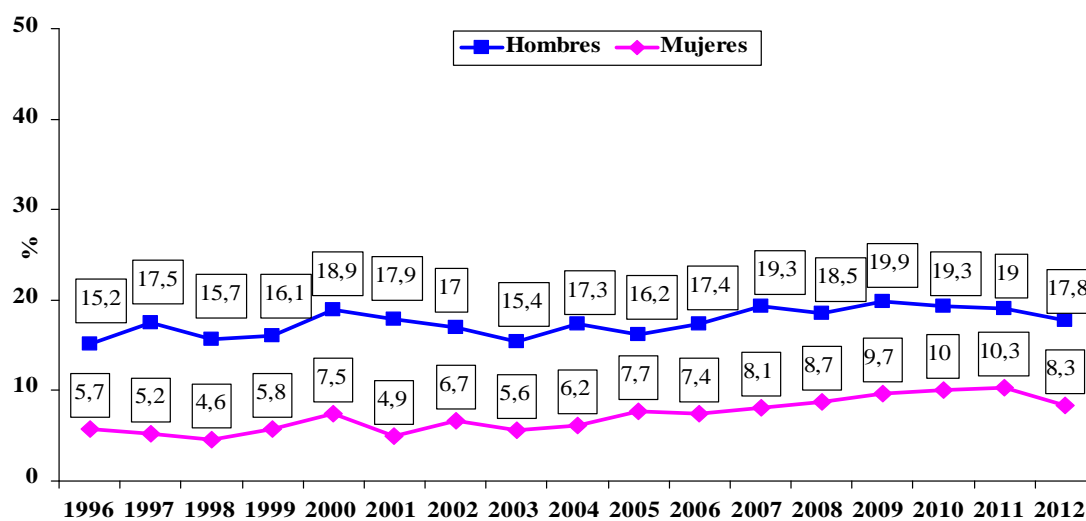
Tabla 6.
Proporción de jóvenes con sobrepeso y obesidad*, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Sobrepeso	11,6 (10,0-13,1)	16,2 (14,1-18,4)	9,2 (5,7-8,6)	10,1 (7,6-12,6)	11,5 (9,3-13,6)
Obesidad	1,3 (0,8-1,9)	1,5 (0,7-2,3)	1,2 (0,5-1,8)	1,3 (0,4-2,1)	1,2 (0,4-2,0)

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

Figura 9

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SOBREPESO U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

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

4.5. CONSUMO DE TABACO

En el Figura 10 podemos observar la distribución de la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes. Globalmente, el 26,0% refirió fumar con mayor o menor asiduidad, un 60,6% no fumaba y el 13,5% eran exfumadores. Del total de jóvenes, el 10,8% indicó fumar diariamente y el 7,6% fumar alguna vez a la semana, lo cual da una cifra de un 18,4% de fumadores habituales.

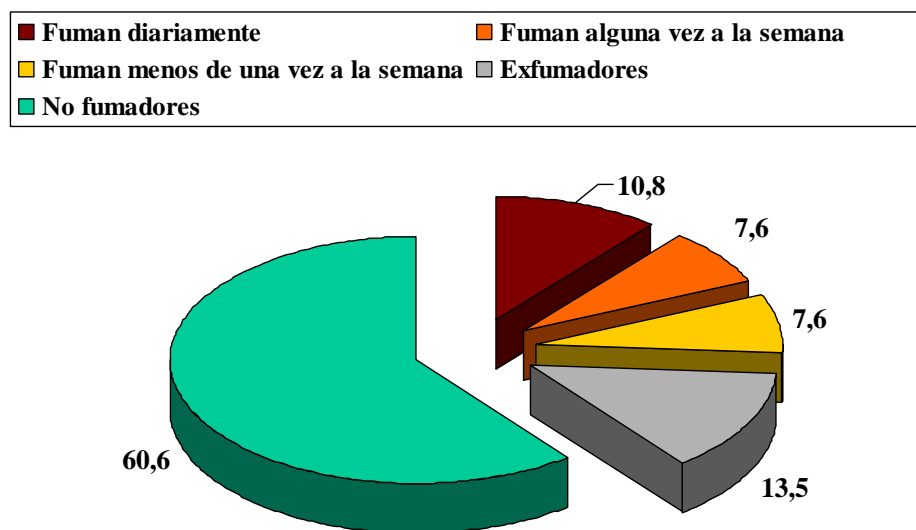
La proporción de jóvenes que indicó **fumar diariamente** fue mayor en las mujeres (12,0%) que en los hombres (9,5%) y la prevalencia se incrementó rápidamente con la edad: el 9,0% de los jóvenes de 16 años fumaba diariamente frente al 5,8% de los que tienen 15 años. La prevalencia de consumo superior a 10 cigarrillos al día fue un 1,8% en hombres y un 0,9% en mujeres.

El 7,6% del total de entrevistados refirió tener **permiso de los padres** para fumar, aumentando al 34,5% en aquellos jóvenes que fumaban diariamente. Por otro lado, la probabilidad de tener permiso para fumar fue mayor si los padres fumaban. Cuando no fumaba ninguno refirió tener permiso el 5,5%, cuando fumaba alguno de los dos, el 6,9%, mientras que cuando fumaban ambos padres lo tenían el 15,3%. La influencia del entorno familiar a la hora de adquirir determinadas conductas de salud se manifiesta claramente en el caso del consumo de tabaco. Cuando ambos padres fumaban, el consumo de tabaco de forma diaria de los hijos se observó en el 19,2%, reduciéndose al 12,8% cuando fumaba sólo uno de los progenitores y al 7,2% cuando no fumaba ninguno.

Si comparamos el promedio de consumo diario de los dos últimos años (2011/2012) frente a los dos primeros (1996/1997), se observa una disminución porcentual muy importante en la proporción de jóvenes con este consumo. En concreto, una disminución del 61,3% en los chicos y del 65,2% en las chicas (Figura 11).

Figura 10

CONSUMO DE TABACO. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2012



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

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

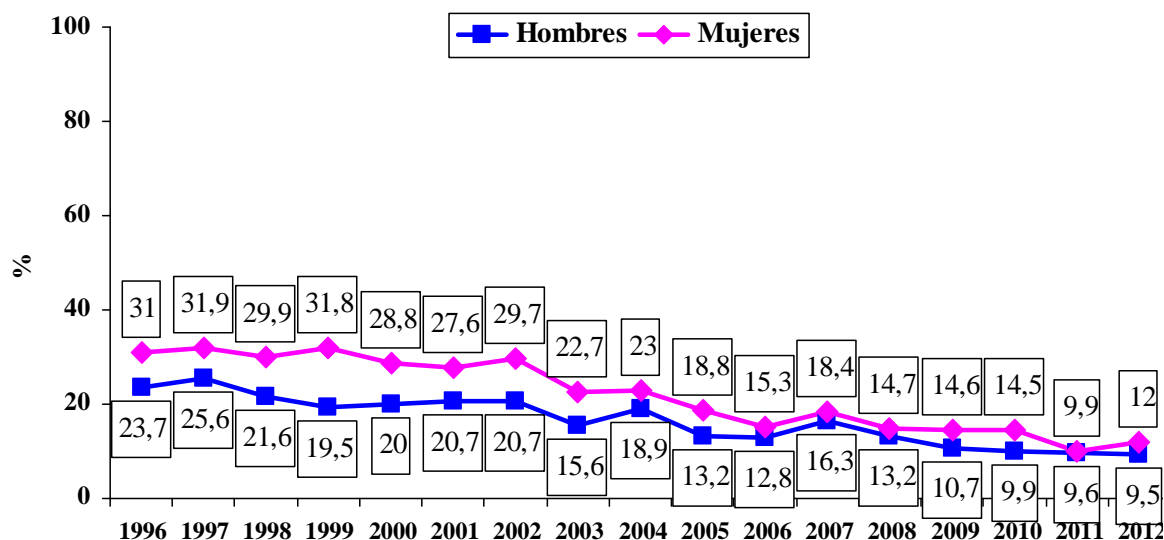
	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Fumadores diarios	10,8 (8,8-12,8)	9,5 (7,1-11,9)	12,0 (9,2-14,7)	5,8 (4,0-7,6)	9,0 (6,6-11,4)
Fumadores >10 cigarrillos	1,3 (0,5-2,1)	1,8 (0,8-2,8)	0,9 (--)*	0,4 (--)*	1,7 (0,8-2,6)
Permiso de los padres para fumar	7,6 (6,2-9,0)	8,5 (6,5-10,5)	6,8 (4,8-8,8)	3,3 (1,7-5,0)	6,6 (4,8-8,4)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

(--)*: Variación superior al 100%

Figura 11

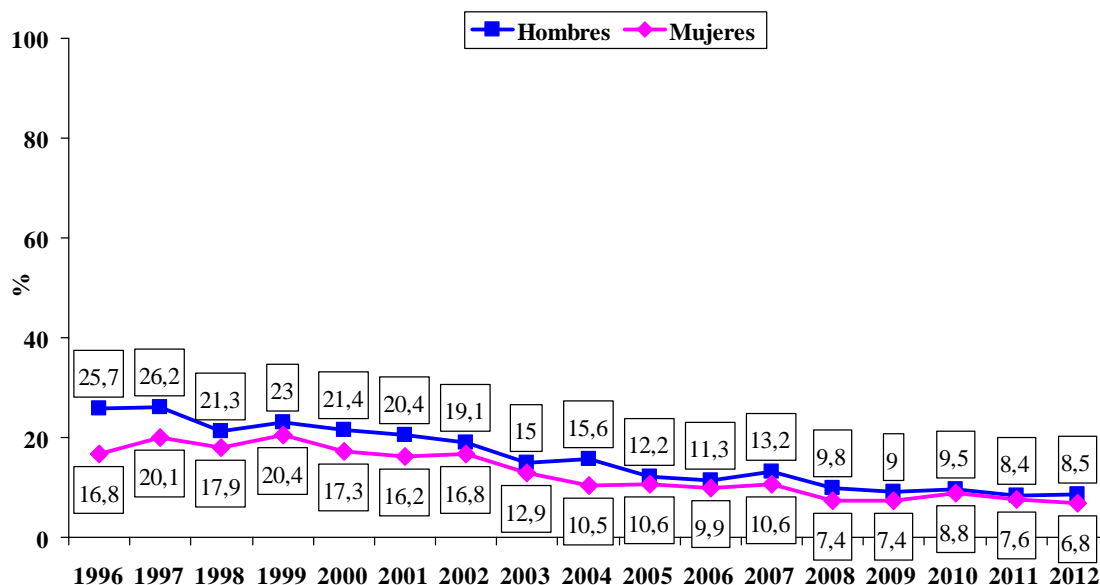
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE FUMADORES DIARIOS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 1996-2012



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

Figura 12

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON PERMISO
DE LOS PADRES PARA FUMAR. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS.
COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012**



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

4.6 . CONSUMO DE ALCOHOL

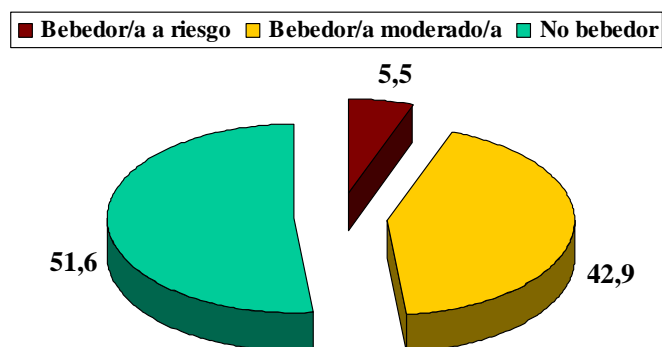
El 53,7% de los jóvenes había consumido algún tipo de bebida alcohólica en los 30 días previos a la entrevista y el 10,1% (11,5% de los chicos y 8,9% de las chicas) había ingerido alcohol 6 o más días. El **consumo medio** de bebidas alcohólicas supuso en esta población una ingesta de 64,8 cc de alcohol puro semanal. Los chicos, con una media de 68,7 cc presentaron un consumo superior al de las chicas (61,2 cc). Asimismo, se observó un incremento del consumo con la edad, 61,4 cc en los adolescentes de 16 años frente a 44,9 cc en los de 15 años. La bebida consumida con mayor frecuencia, tanto en los chicos como en las chicas, fue el combinado o cubata, que representó el 57,8% del total de alcohol puro consumido.

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

Globalmente, el 5,5% de los jóvenes fueron clasificados como **bebedores a riesgo**, el 42,9% como bebedores moderados y el 51,6% como no bebedores (Figura 13). La proporción de bebedores a riesgo fue moderadamente superior en mujeres (6,4%) que en hombres (4,5%), y en jóvenes de 16 años (4,0%) frente a los de 15 años (3,1%).

Figura 13

**CLASIFICACION SEGUN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO*.
POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2012**



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

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

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

El **consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión** (adaptación del término anglosajón “binge drinking”), definido en este estudio como el consumo de 60 o más cc puros de alcohol (por ejemplo 6 cervezas) en un corto período de tiempo (una tarde o una noche), tiene gran importancia en esta edad por su relación con efectos agudos como las intoxicaciones etílicas, los accidentes de tráfico y la violencia. El 31,1% de los entrevistados afirmó haber realizado algún consumo excesivo en los últimos 30 días, siendo un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres (33,2% frente al 29,0%), y en los jóvenes de 16 años (31,3%) respecto a los de 15 (23,1%).

El 45,7% afirmó haberse **emborrachado** alguna vez en los últimos 12 meses y el 22,5% en los últimos 30 días.

Por último, el 17,2% de los jóvenes había **viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor conducía bajo los efectos del alcohol**.

La disminución del consumo de alcohol fue también muy importante, siguiendo un patrón temporal similar al del tabaco. Comparando los dos últimos años (2011/2012) con los dos primeros (1996/1997), el descenso de mayor magnitud se observó en los bebedores de riesgo, con una disminución en el porcentaje de jóvenes con este consumo del 72,0% en los chicos y del 54,7% en las chicas. El resto de indicadores presentaron disminuciones menores, aunque igualmente importantes. Hay que destacar que los descensos observados en los diferentes indicadores fueron, en términos relativos, mayores en los chicos que en las chicas (descenso en el porcentaje con un consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días del 36,4% en los chicos y del 16,8% en las chicas; descenso en el porcentaje de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses del 20,4% en los chicos y del 7,7% en las chicas; y descenso en el porcentaje que ha viajado en los últimos 30 días en un vehículo cuyo conductor se encontraba bajo los efectos del alcohol del 21,1% en los chicos y del 18,5% en las chicas) (Figuras 14-17).

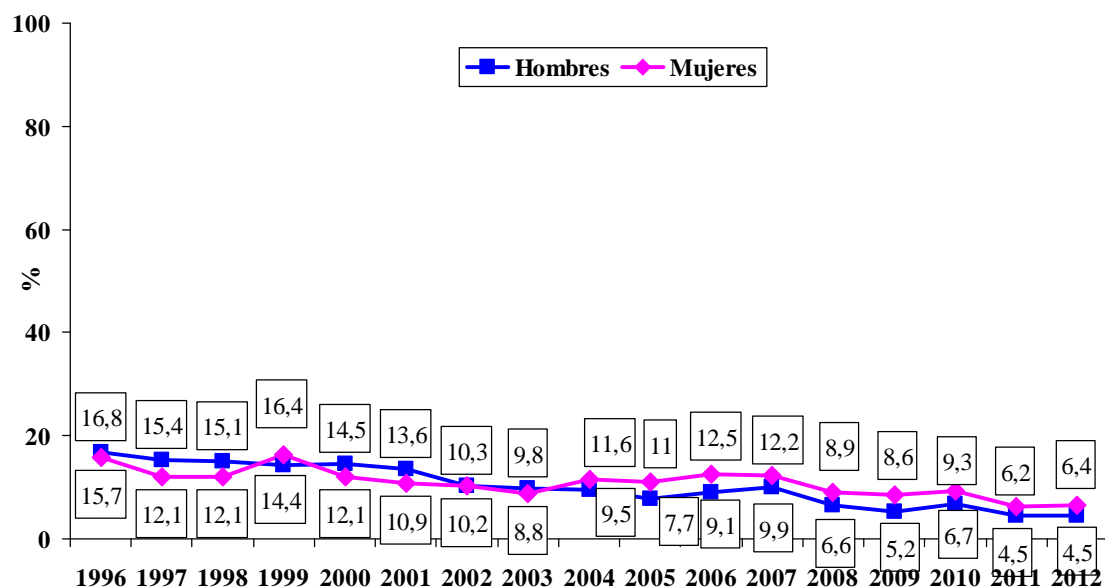
Tabla 8.
Proporción de bebedores a riesgo, de consumo excesivo de alcohol y de haber viajado con el conductor bajo los efectos del alcohol, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Bebedores a riesgo	5,5 (4,3-6,7)	4,5 (3,0-6 ,1)	6,4 (4,8-8,1)	3,1 (1,7-4,6)	4,0 (2,7-5,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días	31,1 (28,1-34,1)	29,0 (24,9-33,1)	33,2 (29,0-37,4)	23,1 (19,4-26,8)	31,3 (27,2-35,4)
Borrachera en los últimos doce meses	45,7 (42,3-49,1)	41,3 (37,1-45,5)	50,0 (45,6-54,3)	39,4 (35,0-43,7)	46,7 (41,7-51,6)
Borrachera en los últimos 30 días	22,5 (19,7-25,3)	20,0 (16,5-23,5)	24,9 (21,4-28,4)	18,5 (14,7-22,4)	21,0 (17,2-24,7)
Han viajado en los últimos 30 días en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol	17,2 (14,7-19,6)	17,7 (14,2-21,2)	16,6 (13,7-19,6)	13,4 (10,6-16,1)	14,1 (11,9-16,2)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012

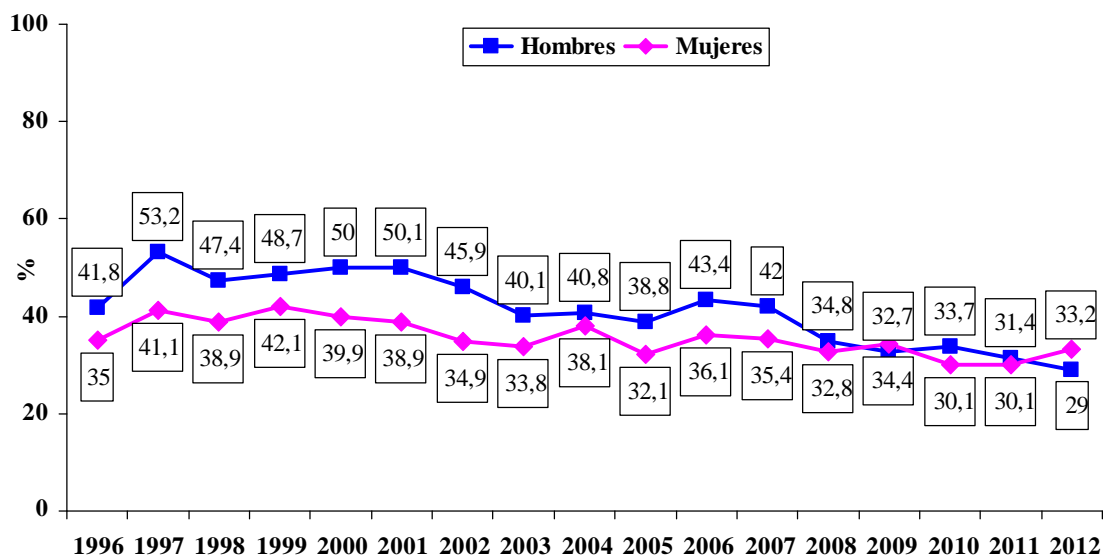


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

Figura 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO EXCESIVO* EN UNA MISMA OCASIÓN EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012

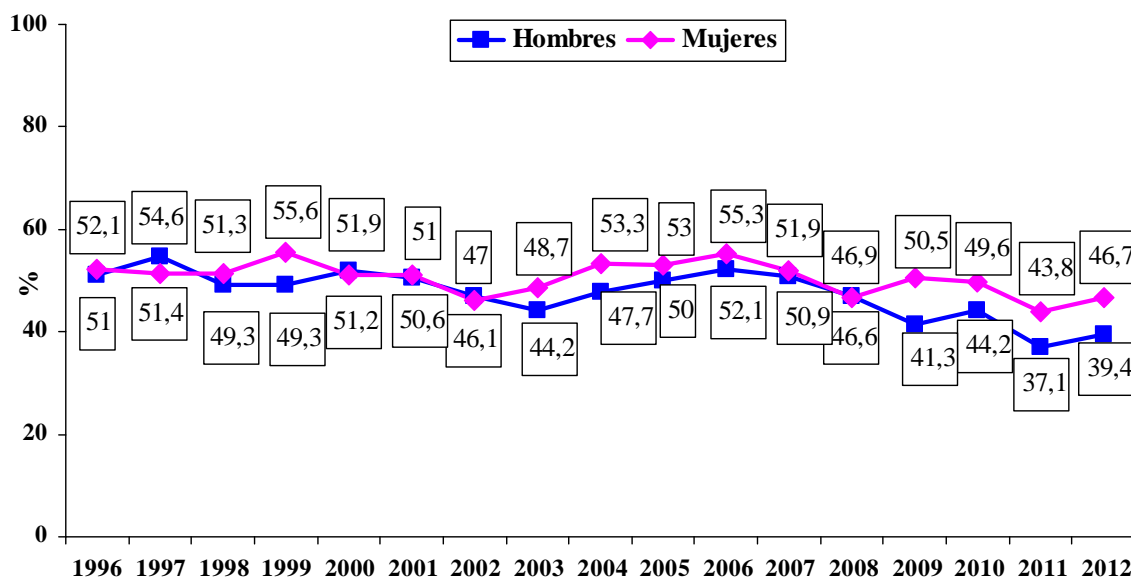


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

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

Figura 16

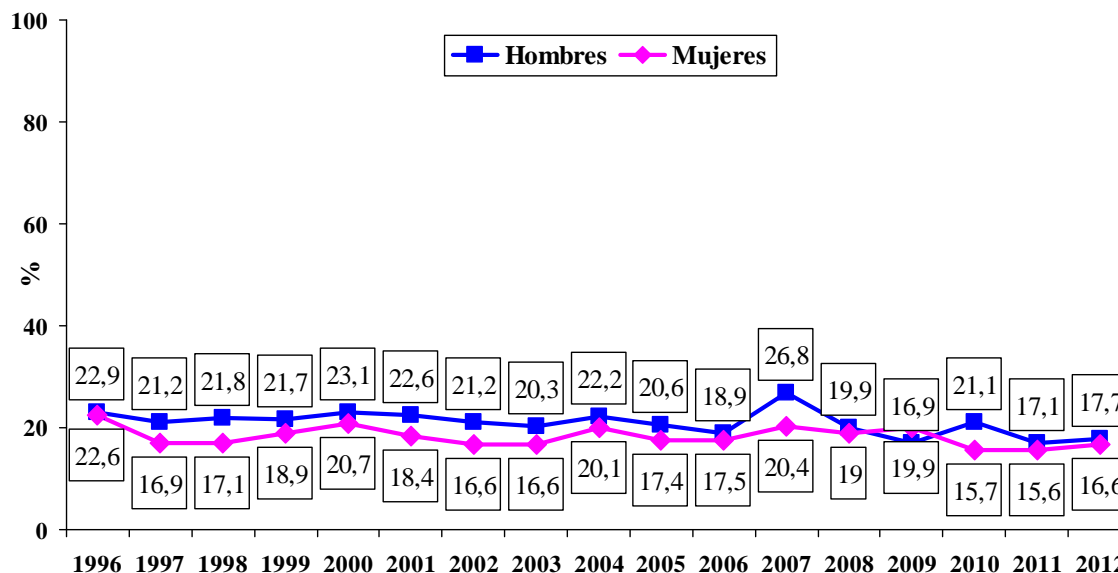
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE SE HAN EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

Figura 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN VIAJADO EN UN VEHÍCULO CON EL CONDUCTOR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

4.7. CONSUMO DE DROGAS DE COMERCIO ILEGAL

La droga más frecuentemente consumida, con mucha diferencia sobre el resto, continuó siendo el hachís, refiriendo su consumo alguna vez durante los últimos 12 meses un 14,6% de los jóvenes y alguna vez en los últimos 30 días el 8,8%. La segunda sustancia más frecuentemente consumida fueron los tranquilizantes sin prescripción, con un consumo en los últimos 12 meses en el 2,5% de los jóvenes. La droga menos consumida fue la heroína.

De forma agregada, el 17,0% de los jóvenes había realizado en los doce últimos meses algún consumo de alguna de estas sustancias y un 10,3% en los últimos 30 días.

Al 20,5% de los jóvenes les habían **ofrecido drogas** en los últimos 12 meses, y a un 9,5% en los últimos 30 días.

Entre 1996/1997-2011/2012 el consumo de drogas de uso ilegal descendió en un rango que fue desde el 35,0% en el caso del hachís, hasta el 84,8% en el caso de los alucinógenos. Hay que tener en cuenta que en todas las sustancias para las que se registran prevalencias de consumo muy bajas (cocaína, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos y sustancias volátiles), pequeños cambios absolutos pueden traducirse en grandes cambios relativos (Figura 18).

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

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Tranquilizantes sin prescripción	2,5 (1,9-3,2)	2,2 (1,1-3,3)	2,8 (1,8-3,8)	3,5 (2,3-4,8)	1,8 (1,0-2,6)
Hachís	14,5 (12,3-16,8)	17,1 (14,5-19,8)	12,9 (9,3-14,9)	11,0 (8,4-13,5)	12,9 (9,8-16,1)
Cocaína	0,8 (0,3-1,3)	1,3 (0,3-2,3)	0,3 (--)*	0,4 (--)*	0,8 (0,1-1,5)
Heroína	0,5 (0,2-0,9)	1,0 (0,3-1,7)	0,1 (--)*	0,4 (--)*	0,4 (--)*
Speed o anfetaminas	0,7 (0,2-1,2)	1,3 (0,3-2,3)	0,1 (--)*	0,8 (--)*	0,4 (--)*
Éxtasis u otras drogas de diseño	0,9 (0,4-1,4)	1,5 (0,5-2,5)	0,3 (--)*	0,6 (--)*	0,7 (0,2-1,3)
Alucinógenos	0,9 (0,4-1,4)	1,6 (0,5-2,7)	0,3 (--)*	0,8 (--)*	0,7 (0,1-1,3)
Sustancias volátiles	0,8 (0,3-1,3)	1,4 (0,5-2,3)	0,2 (--)*	0,9 (0,03-1,7)	0,7 (0,03-1,4)

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

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

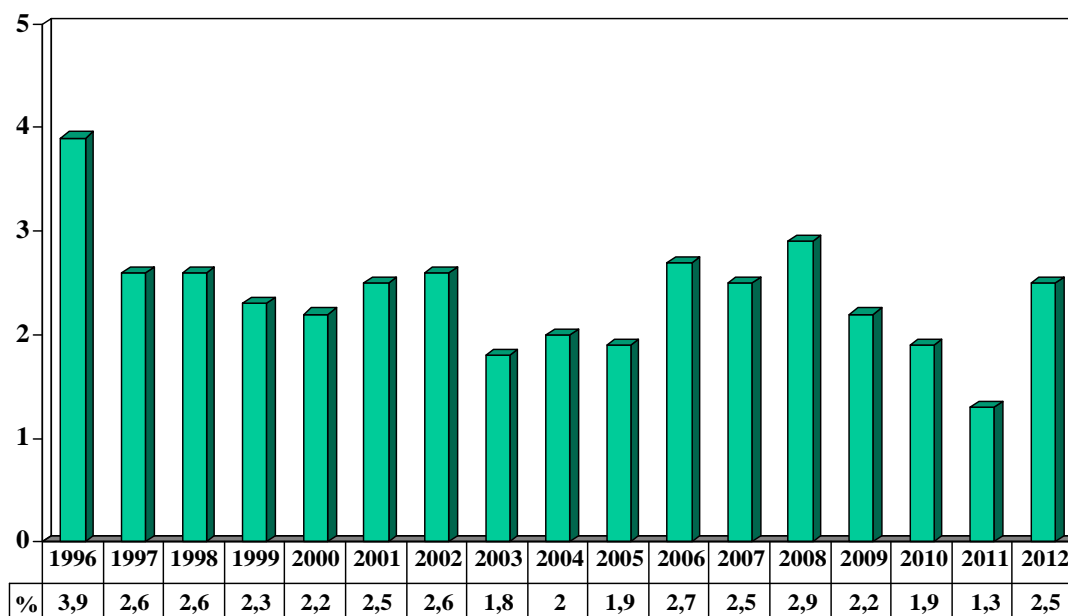
	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 12 meses	20,5 (18,0-23,0)	23,5 (20,3-26,7)	17,6 (14,5-20,7)	18,6 (14,9-22,4)	21,6 (17,9-25,2)
Oferta de drogas de comercio ilegal en los últimos 30 días	9,5 (7,9-11,0)	11,7 (9,2-14,3)	7,3 (5,5-9,2)	6,8 (5,0-8,7)	11,3 (8,6-14,1)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 18

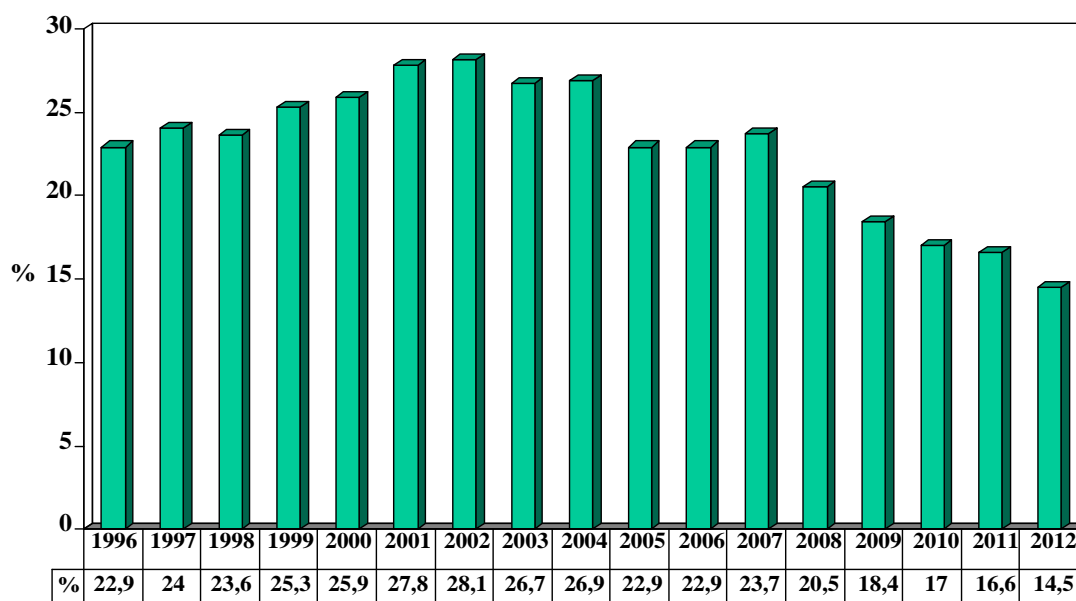
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES CON CONSUMO DE DIVERSAS DROGAS DE COMERCIO ILEGAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012

TRANQUILIZANTES SIN PRESCRIPCIÓN



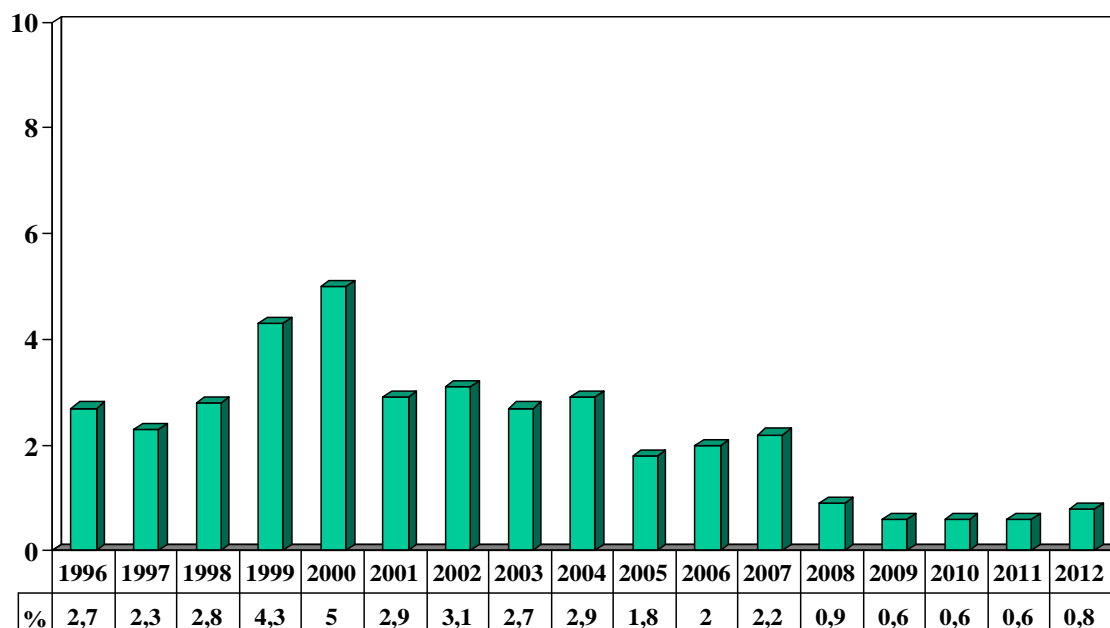
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

HACHÍS



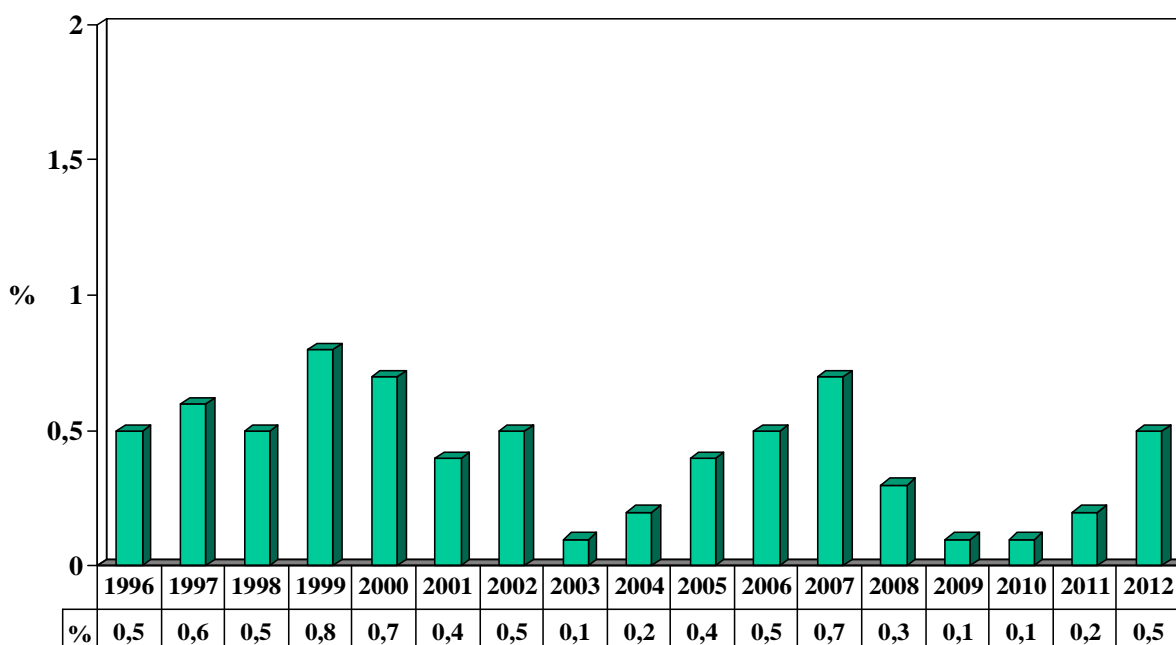
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

COCAÍNA

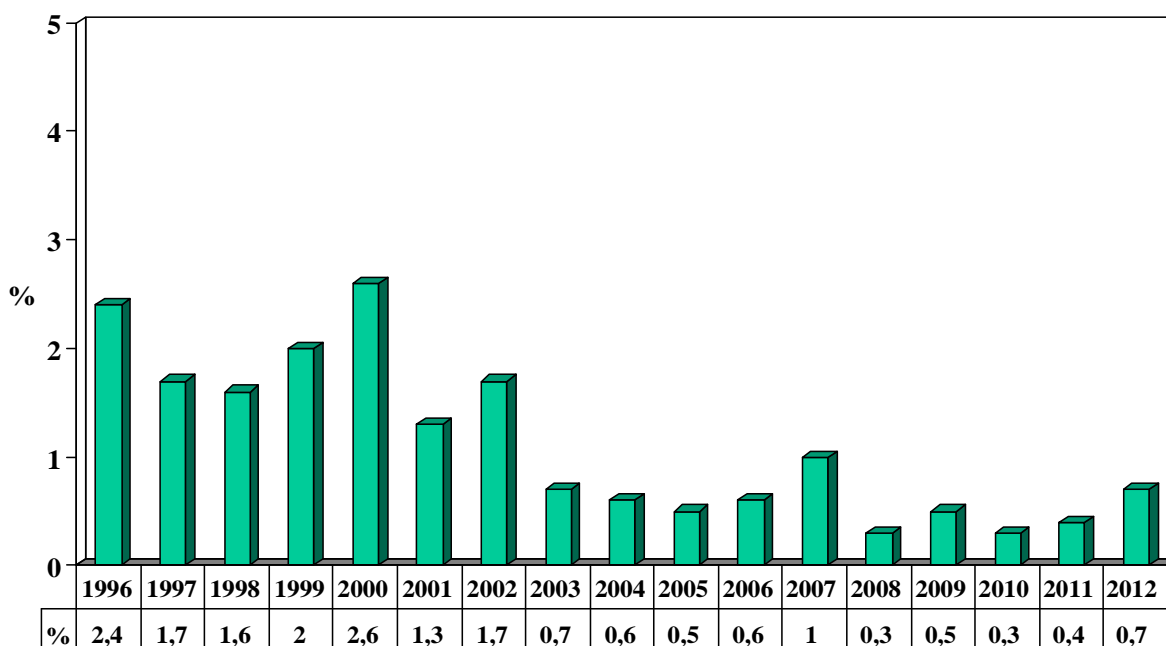


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

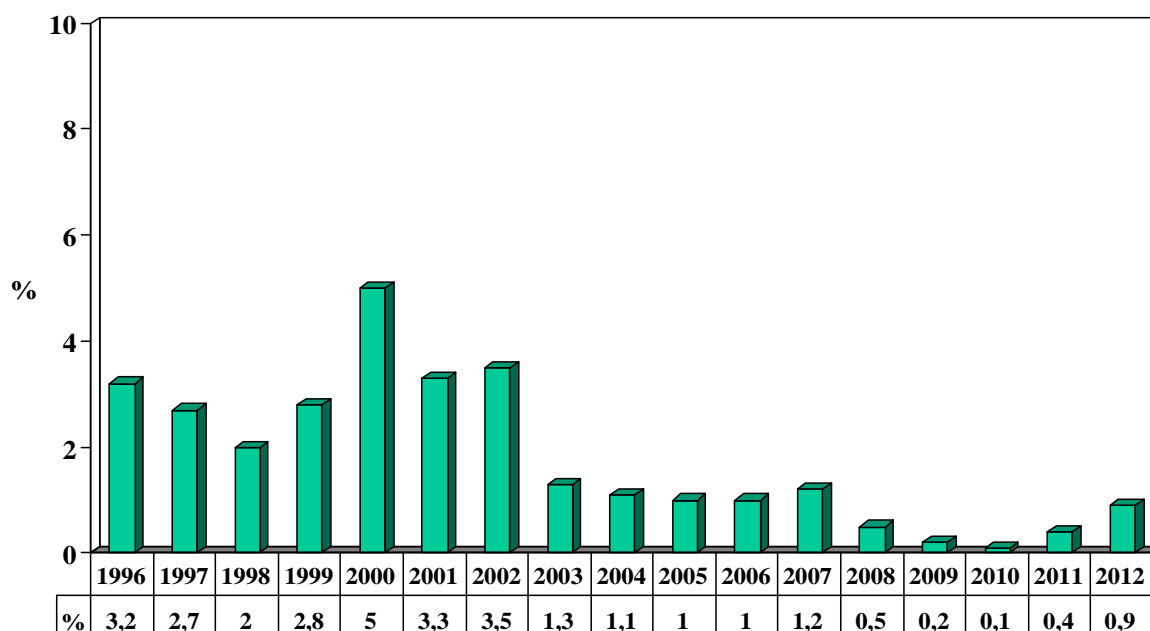
HEROÍNA



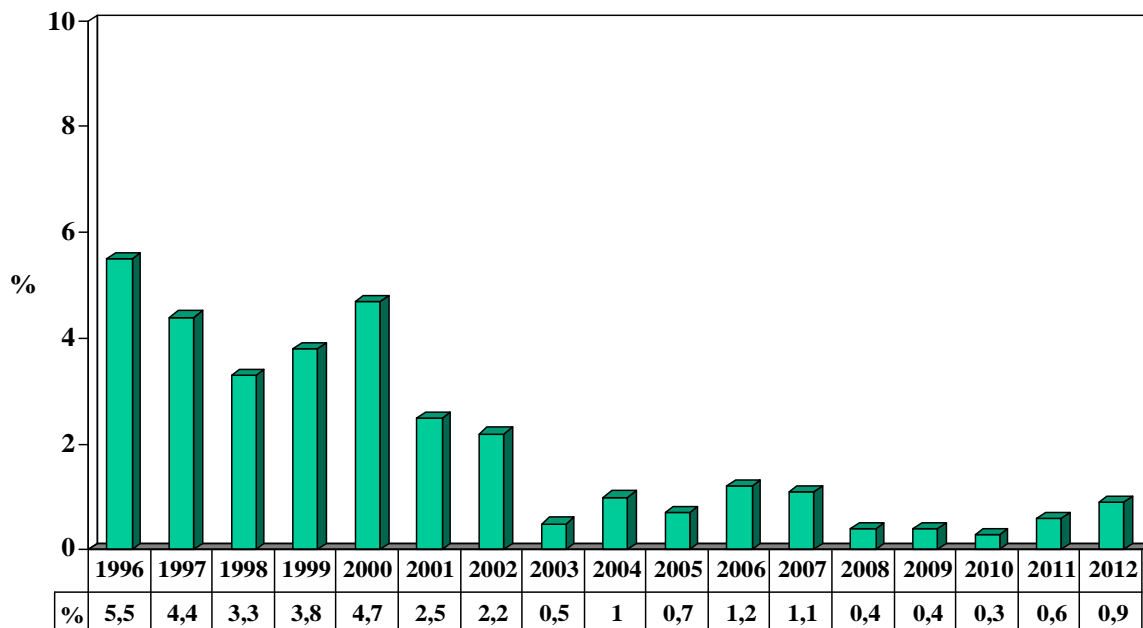
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

SPEED O ANFETAMINAS

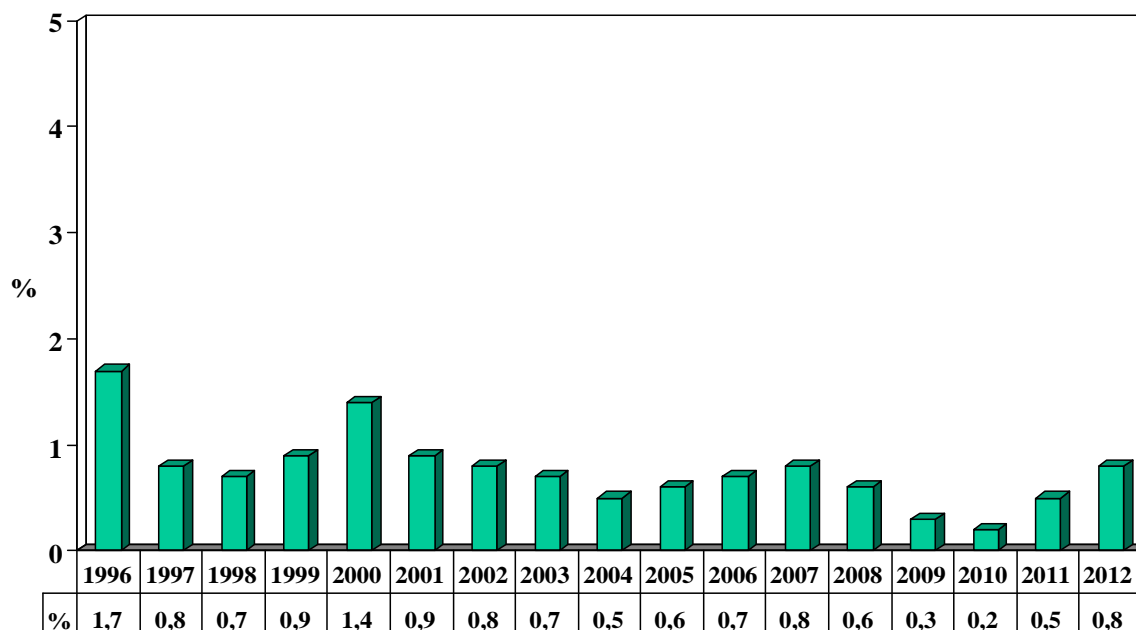
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

ÉXTASIS U OTRA DROGAS DE DISEÑO

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

ALUCINÓGENOS

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

SUSTANCIAS VOLÁTILES

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

4.8. RELACIONES SEXUALES

El 31,9% de los jóvenes había tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. Esta proporción fue similar en chicos y chicas, mientras que en los jóvenes de 16 años este porcentaje fue del 28,5% frente al 20,0% en los de 15 años. Un 82,4% utilizaron el **preservativo** durante la última relación sexual.

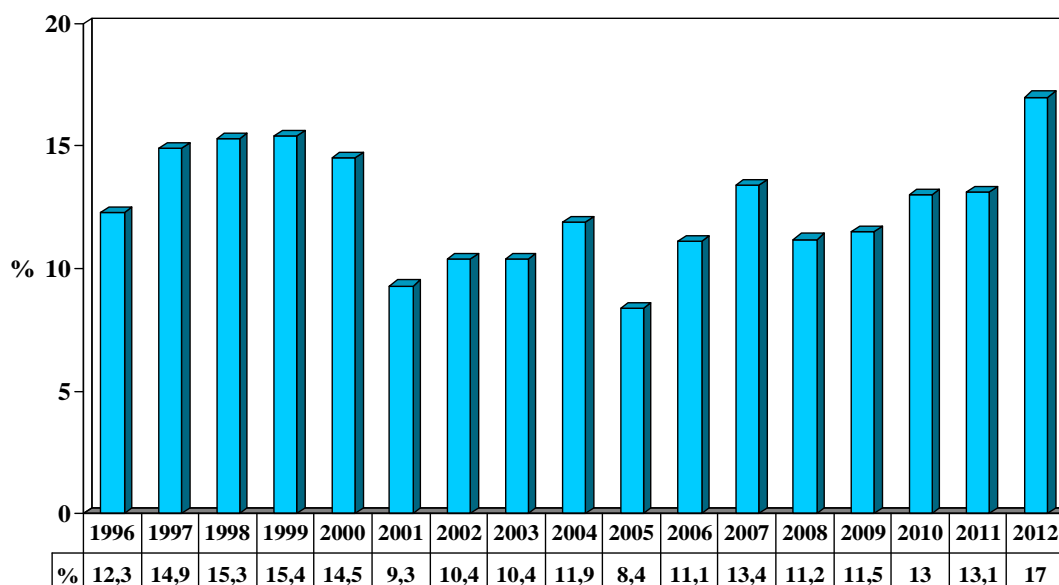
Un 17,0% **no utilizaron métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual** (ningún método, marcha atrás, método de Ogino, o no sabe con seguridad)²².

En la evolución de este indicador se observó una importante mejora entre 2001 y 2005, volviendo a empeorar desde 2006. Entre 1996/1997 y 2011/2012 se ha registrado un empeoramiento importante observándose un 10,7% más de jóvenes que no emplearon métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual (Figura 19).

Tabla 11.
Utilización de preservativo y métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Han tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración	31,9 (28,0-35,0)	34,3 (29,0-38,9)	29,6 (25,6-32,7)	17,4 (16,1-23,4)	28,5 (24,8-31,8)
Han utilizado preservativo durante la última relación sexual	82,4 (79,3-84,8)	82,7 (78,2-85,9)	82,1 (78,0-86,1)	89,2 (83,7-94,6)	80,8 (75,9-85,6)
No han utilizado métodos anticonceptivos eficaces durante la última relación sexual	17,0 (13,5-20,5)	19,9 (15,1-24,8)	13,8 (9,7-17,9)	12,2 (6,3-18,0)	20,6 (15,2-25,9)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 19**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EFICACES* EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012**

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

*Métodos eficaces: píldora anticonceptiva y preservativo.

4.9. ACCIDENTES

El 11,7% de los jóvenes entrevistados había tenido en los últimos 12 meses algún accidente que requirió tratamiento médico, siendo casi 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Respecto a la descripción del espacio o situación en los que se produjo el último accidente, en los chicos la situación/lugar más frecuente fue la práctica deportiva/centro deportivo (25,8%), seguido de la casa (22,5%) y en tercer lugar en la calle (15,9%). En las mujeres se originaron fundamentalmente en casa (36,0%) seguido de los ocurridos en la calle (17,4%) o en otro lugar no especificado (12,8%).

La frecuencia de accidentes ha venido reduciéndose tanto en chicos como en chicas, principalmente, desde 2004/2005 (Figura 20). El descenso global registrado entre 1996/1997 y 2011/2012 fue del 5,0% en los chicos y del 35,9% en las chicas (Figura 20).

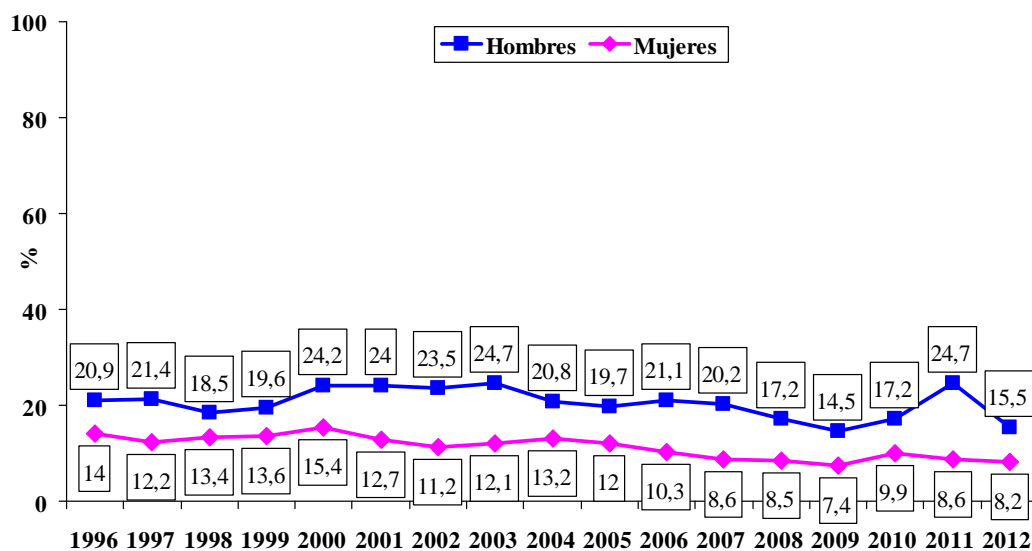
Tabla 12.
Proporción de jóvenes que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
Algún accidente en los últimos 12 meses	11,7 (10,4-13,1)	15,5 (13,3-17,7)	8,2 (6,6-9,8)	12,3 (9,8-14,7)	10,5 (8,5-12,6)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACION DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

4.10. SEGURIDAD VIAL

El 16,2% de los jóvenes entrevistados no utilizó siempre el cinturón de seguridad por ciudad. Este porcentaje fue del 10,5% en la circulación por carretera.

La no utilización del **casco en moto** fue muy alta, dado que todavía el 40,5% refirió no ponérselo siempre.

La utilización del **casco en bicicleta** continuó siendo extraordinariamente infrecuente, ya que el 92,1% de los jóvenes señaló no utilizarlo habitualmente.

La situación sobre estos hábitos relacionados con la seguridad vial, que empezaron a mejorar de forma notable en torno a 2004, prácticamente no ha variado desde 2008 (Figuras 21-22), salvo la utilización del casco en moto, que muestra un empeoramiento desde 2010 (Figura 23).

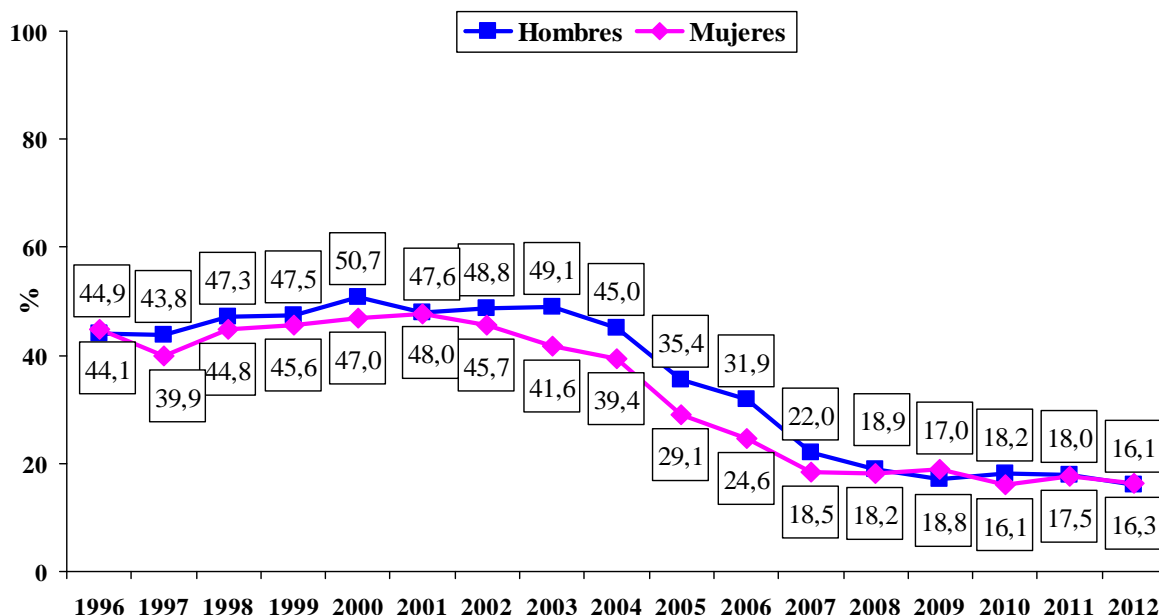
Tabla 13.
Proporción de jóvenes que no utilizan siempre el cinturón de seguridad, el casco en moto y bicicleta, según sexo y edad: % (IC95%)

	TOTAL	Sexo		Edad	
		Hombre	Mujer	15	16
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	16,2 (13,5-18,7)	16,1 (13,3-18,9)	16,3 (13,1-19,4)	14,7 (11,6-17,8)	16,3 (12,6-20,0)
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	10,5 (8,8-12,1)	12,0 (9,8-14,2)	9,0 (7,1-10,9)	9,0 (6,6-11,3)	9,6 (7,4-11,9)
No utilización del casco en moto	40,5 (36,2-44,8)	40,7 (35,4-46,1)	40,2 (34,0-46,5)	40,1 (33,7-46,4)	37,3 (30,9-43,8)
No utilización del casco en bicicleta	92,1 (90,7-93,6)	90,3 (88,5-92,2)	94,2 (92,7-95,8)	92,9 (90,8-94,9)	90,6 (88,4-92,8)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 21

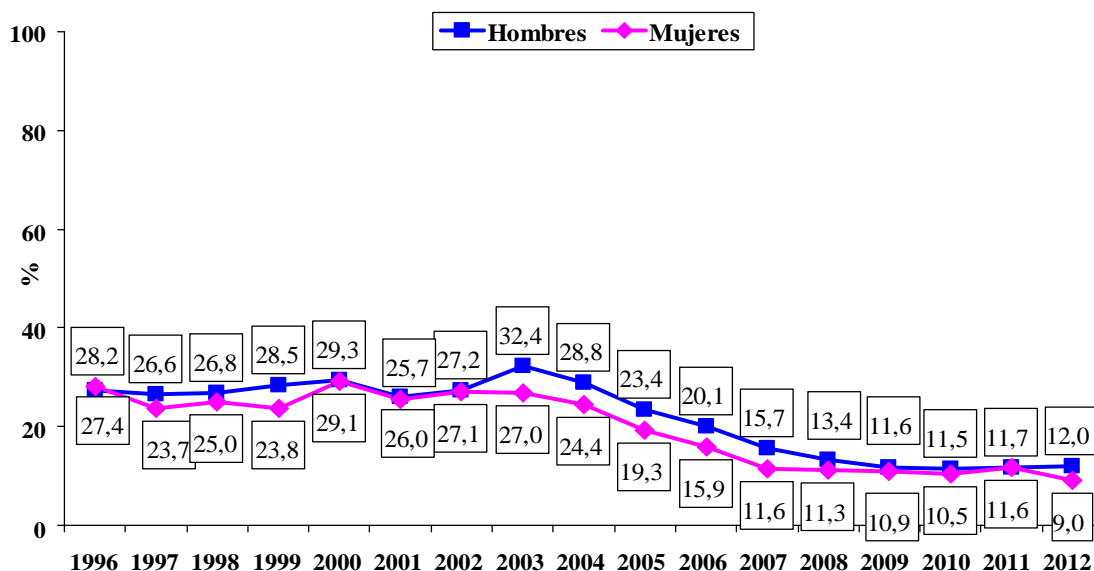
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CIUDAD. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

Figura 22

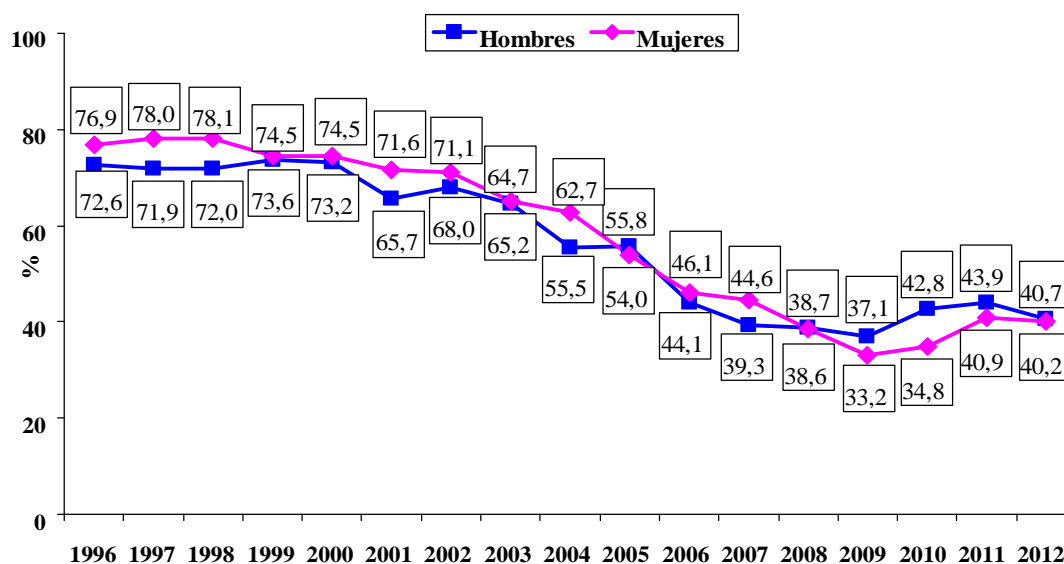
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD POR CARRETERA. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

Figura 23

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CASCO EN MOTO. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2012



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

4.11. INFORMACION SOBRE TEMAS DE SALUD

La proporción de jóvenes que no había recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso escolar actual o los dos cursos anteriores, osciló entre el 20,3% sobre el consumo de alcohol y el 48,0% en el caso del SIDA.

Desde 1996, excepto en el SIDA, la situación ha mejorado, disminuyendo progresivamente la proporción de jóvenes que indicaron no haber recibido información sobre diversos temas de salud en los centros escolares, en especial sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas de comercio ilegal (Figura 24).

Estudiando los dos últimos años (2011/2012) frente a los dos primeros (1996/1997), las menores mejoras se observaron en los temas que guardan alguna relación con la sexualidad (información sobre enfermedades de transmisión sexual o sobre métodos anticonceptivos), llegando a registrarse un empeoramiento por ejemplo en la información sobre el SIDA (en 2011/2012 señalaron no haber recibido información un 15,9% más de jóvenes que en 1996/1997) (Figura 24).

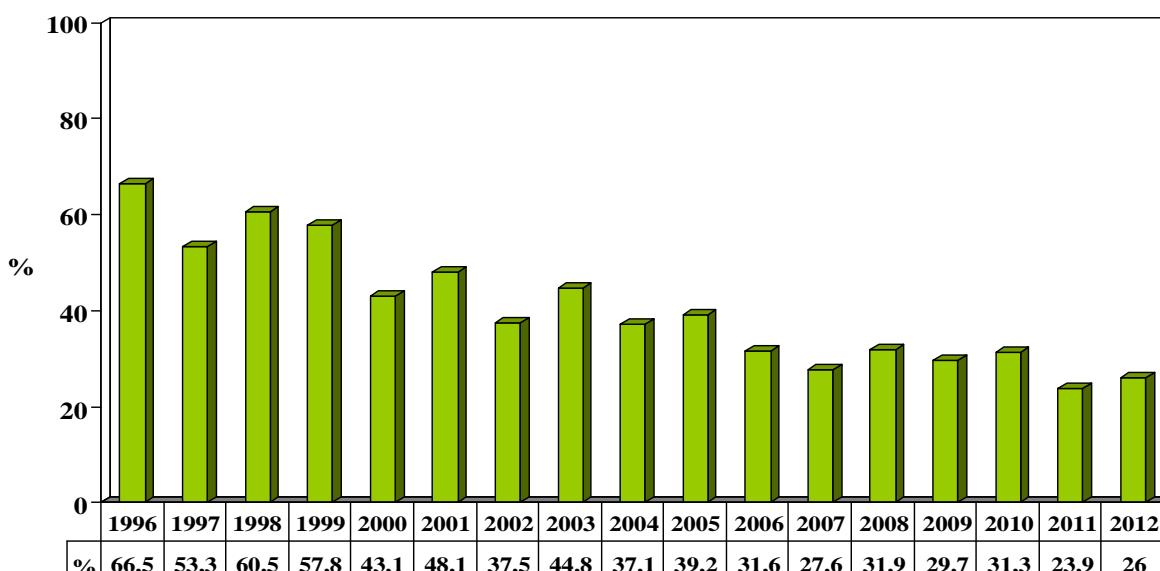
Tabla 14.		
Proporción de jóvenes que no han recibido información sobre diversos temas de salud durante el curso actual o los dos últimos cursos escolares: % (IC95%)		
Tabaco	26,0	(21,0-30,9)
Alcohol	20,3	(16,0-24,7)
Drogas de comercio ilegal	22,3	(17,4-27,2)
Métodos anticonceptivos	29,7	(23,9-35,6)
SIDA	47,4	(40,5-54,2)
Enfermedades de transmisión sexual	29,9	(24,2-35,6)
Accidentes	48,0	(40,5-55,5)

(IC95%): Intervalo de confianza al 95%

Figura 24

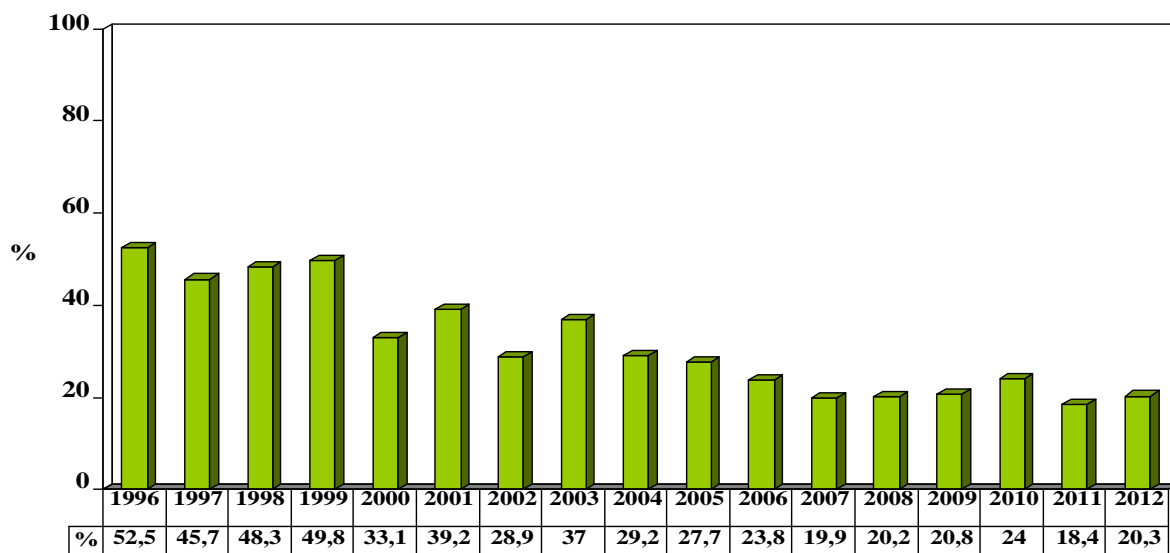
EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DIVERSOS TEMAS DE SALUD DURANTE EL CURSO ACTUAL O LOS DOS ÚLTIMOS CURSOS ESCOLARES. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1996-2011

TABACO

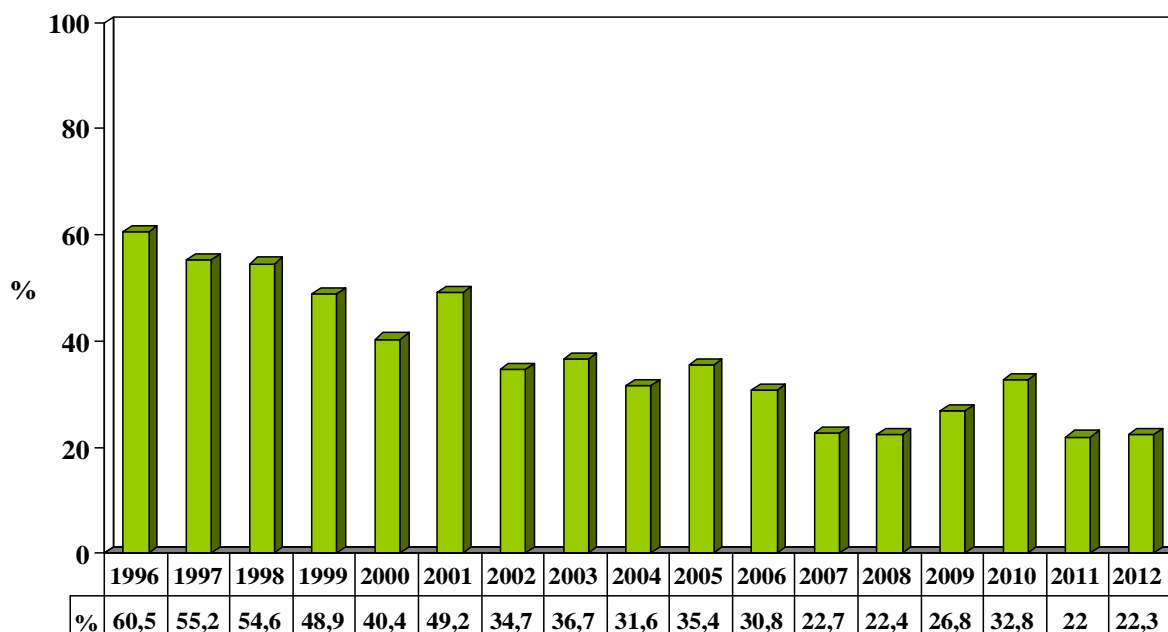


Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

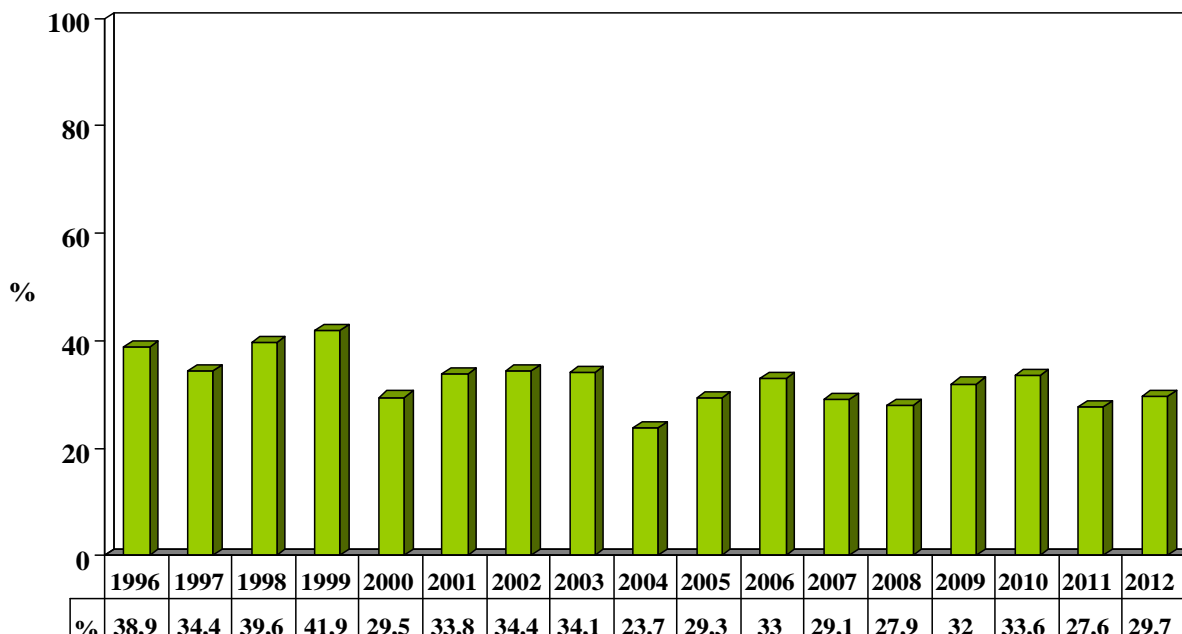
ALCOHOL



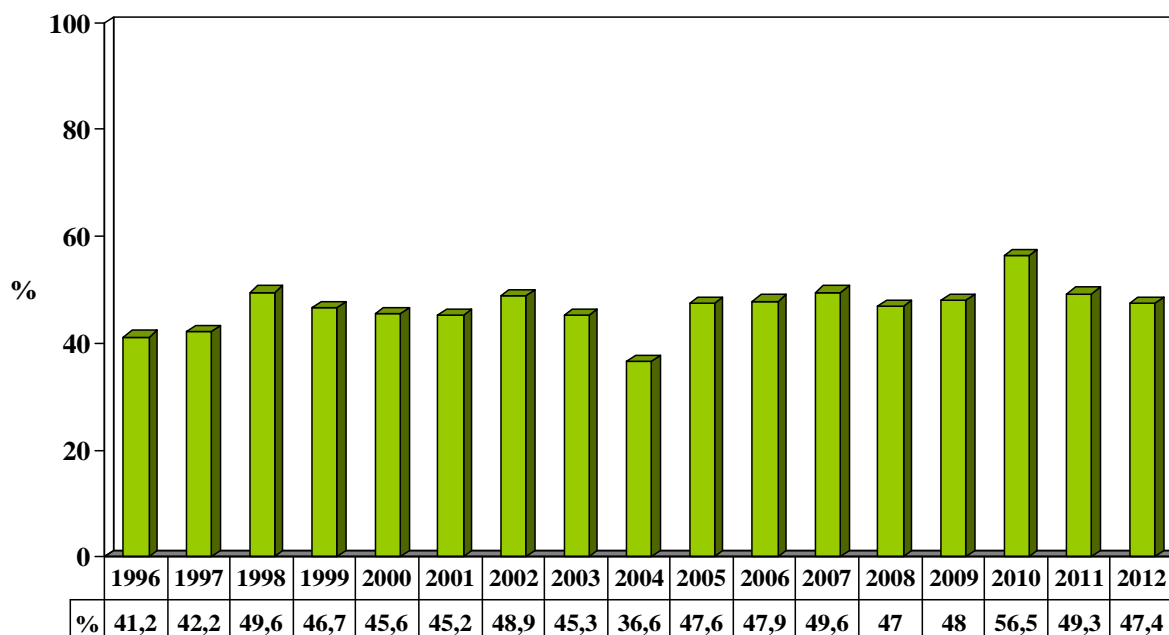
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

DROGAS

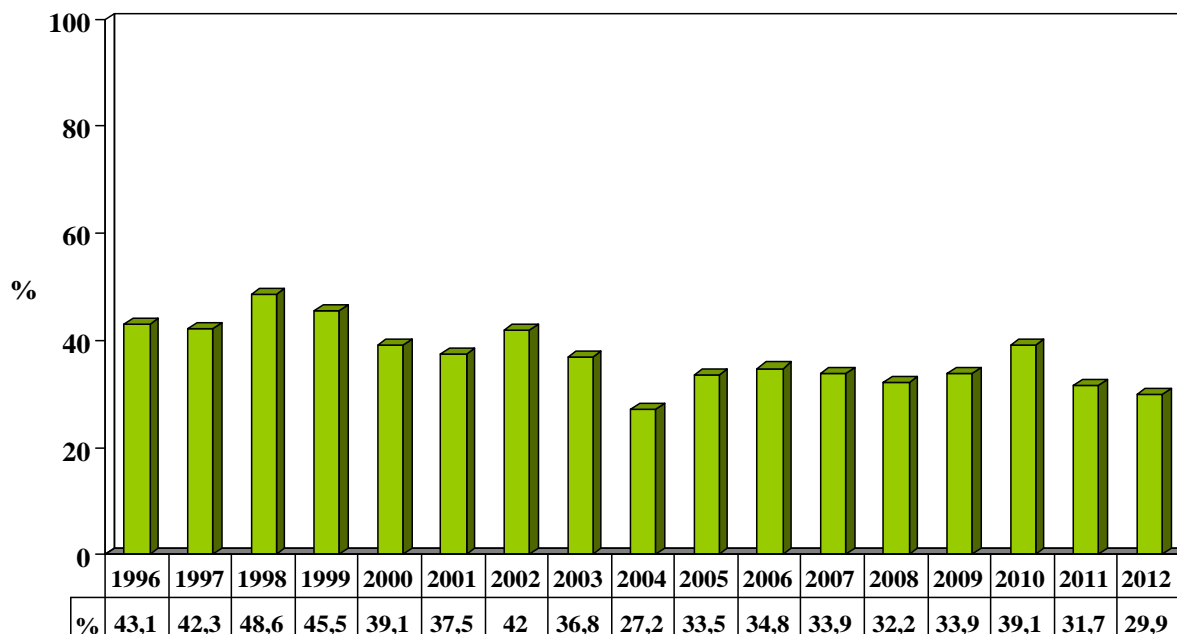
Fuente: SIVFRENT-J. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

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

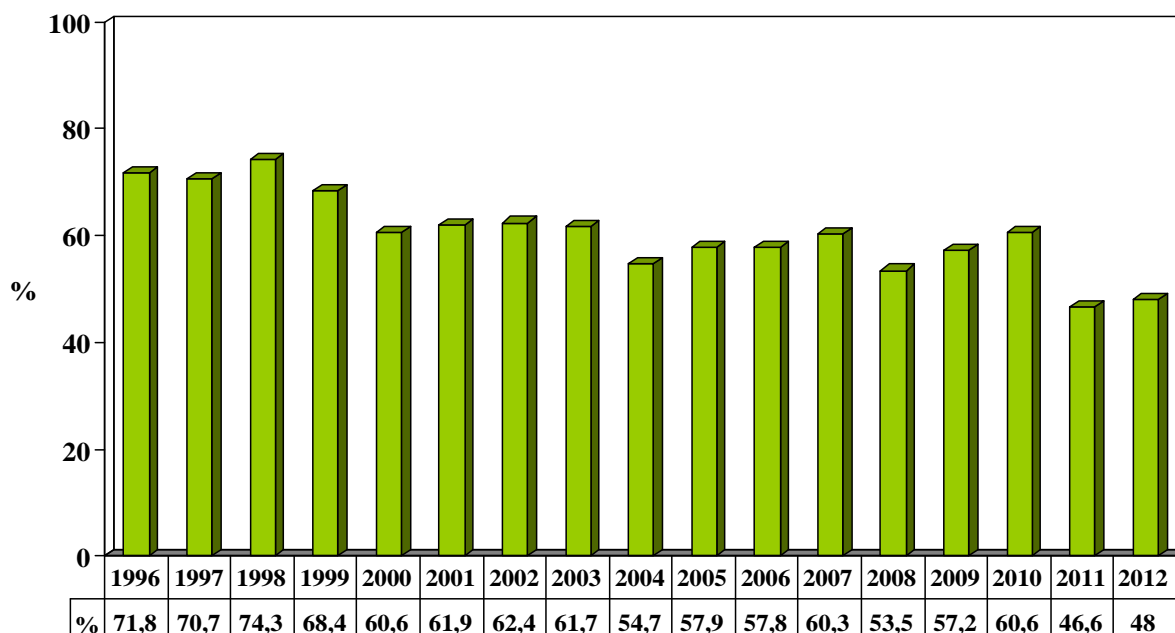
SIDA

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

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

ACCIDENTES



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

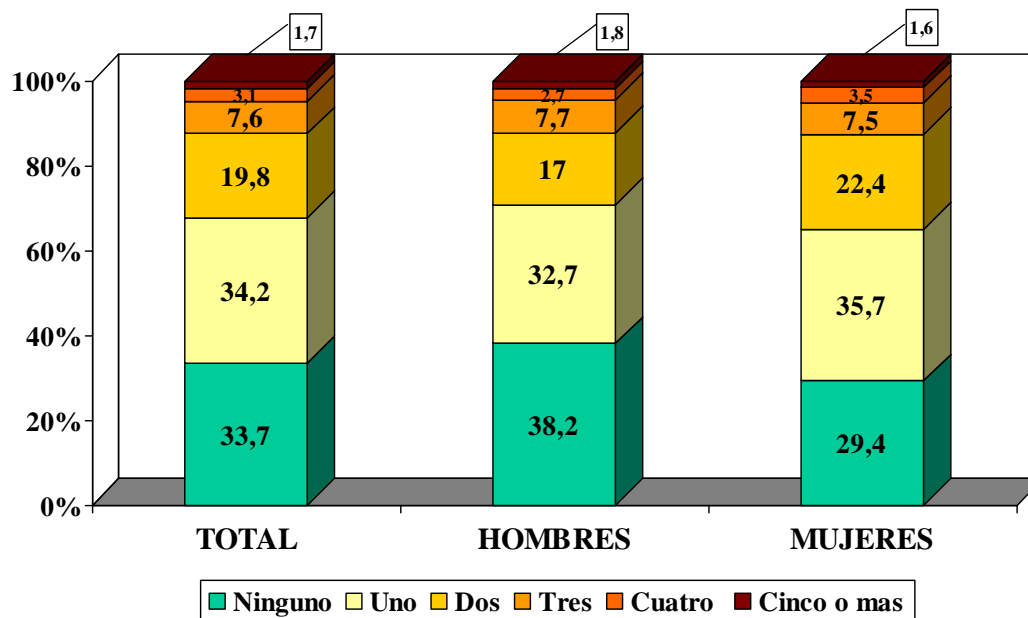
4.12. AGREGACIÓN DE FACTORES

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

El 66,3% del total de jóvenes presentó algún factor de riesgo. El 19,8% de ellos dos, el 7,6% tres, el 3,1% cuatro y el 1,7% cinco o más. La agregación de estos comportamientos fue un poco más frecuente en las chicas que en los chicos (Figura 25).

Figura 25

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 15-16 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID, 2012



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

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

4.13. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

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

Se diferencia la evolución para hombres y mujeres, a excepción de los indicadores de drogas de comercio ilegal y la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, ya que en estos últimos el escaso poder estadístico sólo posibilita el análisis de forma conjunta. En las Tablas 15-19 se recogen los indicadores que presentaron cambios porcentuales (incrementos o disminuciones) superiores al 10%. En el resto de indicadores (no tabulados) se registraron cambios inferiores al 10%.

Por ejemplo, el incremento del 82,6% del primer indicador de la Tabla 15, realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses en los hombres, resulta de calcular la diferencia entre la prevalencia promedio de este indicador en 2011/2012 y la prevalencia promedio en 1996/1997, expresando el resultado en porcentaje.

Tabla 15.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2011/2012 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Realización de dietas para adelgazar en los últimos 12 meses	+82,6
Consumo <3 raciones de leche y derivados al día	+19,4
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+16,0
Sobrepeso y obesidad	+12,5

Tabla 16.
Indicadores que presentan un aumento de la prevalencia en el período 2011/2012 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Sobrepeso y obesidad	+70,6
Consumo <1 ración de verduras al día	+23,7
Consumo < 2 raciones de fruta al día	+14,2

Tabla 17.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2011/2012 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Hombres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alcohol de riesgo	-72,0
Permiso de los padres para fumar	-67,4
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-61,6
Consumo de tabaco de forma diaria	-61,3
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-56,1
No utilización del casco en moto	-41,5
Consumo \geq 2 raciones de bollería al día	-40,1
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-36,4
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-21,1
Borrachera en los últimos 12 meses	-20,4
Consumo \geq 2 raciones de productos cárnicos al día	-16,4
No realización de ejercicio físico intenso \geq 3 días a la semana	-11,6

Tabla 18.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2011/2012 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Mujeres

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de tabaco de forma diaria	-65,2
Permiso de los padres para fumar	-61,0
No utilización del cinturón de seguridad por carretera	-60,5
No utilización del cinturón de seguridad por ciudad	-59,8
Consumo de alcohol de riesgo	-54,7
No utilización del casco en moto	-47,6
Accidentes en los últimos doce meses	-35,9
Consumo \geq 2 raciones de bollería al día	-29,8
Viajar en un vehículo con el conductor bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	-18,5
Consumo excesivo de alcohol en una misma ocasión en los últimos 30 días	-16,8
Consumo \geq 2 raciones de productos cárnicos al día	-14,3

Tabla 19.
Indicadores que presentan una disminución de la prevalencia en el período 2011/2012 respecto a 1996/1997 mayor de un 10%. Totales

Indicador	Cambio porcentual (%)
Consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	-84,8
Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses	-78,0
Consumo de speed o anfetaminas en los últimos 12 meses	-73,2
Consumo de cocaína en los últimos 12 meses	-72,0
Consumo de sustancias volátiles en los últimos 12 meses	-48,0
Consumo de tranquilizantes sin prescripción en los últimos 12 meses	-41,5
Consumo de heroína en los últimos 12 meses	-36,4
Consumo de hachís en los últimos 12 meses	-35,0

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 15 (10): 3-73.
2. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M. Mortalidad general y por causas en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2009; 18 (3): 3-53.
3. Servicio de Epidemiología. Informe sobre las interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2011. Consejería de Sanidad. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2012; 18 (5): 27-38.
4. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la Asociación Médica Americana para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Strong JP, Malcom GT, McMahan A, et al. Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. JAMA 1999; 281: 727-735.
6. Nicklas TA, von Duvillard SP, Berenson GS. Tracking of serum lipids and lipoproteins from childhood to dyslipidemia in adults: the Bogalusa Heart Study. Int J Sports Med 2002; 23 (Suppl 1): S39-S43.
7. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002; 360: 473-482.
8. Kvaavik E, Tell GS, Klepp KL. Predictors and tracking of body mass index from adolescence into adulthood: follow-up of 18 to 20 years in the Oslo Youth Study. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 1212-1218.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (12):3-15.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1996. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996; 4 (22):3-16.
11. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5 (8):3-17.
12. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1998. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998; 5 (20):3-21.
13. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1999. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999; 6 (6):3-31.

14. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2000, 2001 y 2002. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 2001 y 2002, respectivamente [citado el 23 de Julio de 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
15. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2003, 2004, 2005 y 2006. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 2004, 2005 y 2006, respectivamente [citado el 23 de Julio de 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
16. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2007, 2008 y 2009. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2008, 2009 y 2010, respectivamente [citado el 23 de Julio de 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265797458663&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_buscadorBoletinEpidemiologico&vest=1265618561630
17. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2010. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2011; 17 (4):3-38. Madrid: Consejería de Sanidad, 2011. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?boletin=Si&c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142667423935&language=es&pageid=1265797458663&pagename=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si
18. Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J). Año 2011. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2012; 18 (6): 3-43. Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2012. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?boletin=Si&c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354184915412&language=es&pageid=1265797458663&pagename=PortalSalud%2FCM_Publicaciones_FA%2FPPTSA_publicacionServicios&site=PortalSalud&volver=Si
19. StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10 College Station, TX: Stata Corporation.
20. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320:1-6.
21. Galán I, Gandarillas A, Febrel C, Meseguer CM. Validación del peso y la talla autodeclarados en población adolescente. Gac Sanit 2001; 15:490-497.
22. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization, 2010.