

2^o

Encuesta Mundial de Salud Escolar

Argentina 2012



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



2° ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR

ARGENTINA 2012

Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles
Componente: Vigilancia

Dirección de
Promoción de la Salud y
Control de Enfermedades
No Transmisibles



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Jaime Lazovski

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos

Dra. Marina Kosakoff

Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles

Dr. Sebastián Laspiur

Equipo elaborador

Coordinación general de la encuesta

Lic. Lucila Goldberg

Coordinación en la implementación de la encuesta

Dr. Daniel Ferrante

Lic. Lucila Goldberg

Dr. Jonatan Konfino

Elaboración del informe

Dra. Carolina Begué

Dr. Daniel Ferrante

Dra. Mariana Galante

Dra. Magalí Gaudio

Lic. Lucila Goldberg

Lic. Ana King

Dr. Bruno Linetzky

Lic. Victoria O'Donnell

Confección de base de datos y tablas

Dra. Mariana Galante

Lic. Victoria O'Donnell

Lic. Miguel Ponce

Revisores

Lic. Martín Bruzzone

Lic. Luciana Zarza



Aportes y comentarios

Dra. Carla Vizzotti

Dr. Fernando Zingman

Lic. Nina Zamberlin

Dra. Adriana Alvarez

Lic. Miriam Sola

Lic. Sandra Martinez Calle

Lic. María de los Ángeles Cuello Mena

Dra. María Guadalupe García

Lic. Guillermina Barriviera

Lic. Nora Cadenas

Lic. Viviana Fidel

Revisión final

Dr. Sebastián Laspiur

Agradecimientos

- A la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que brindó asistencia técnica y administrativa durante la implementación del proyecto.
- A los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), por sus aportes financieros y por su asistencia técnica en el desarrollo del proyecto, aportando el diseño metodológico y asegurando el uso de protocolos estandarizados que permitieron comparar los indicadores a nivel internacional.
- Al Research Triangle Institute (RTI), por brindar el software óptico con el que se ingresaron los datos recolectados.

Noviembre 2013

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, Piso 9°
(C1073ABA) Cdad. Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
Tel. 4379-9271. www.msal.gov.ar/ent





Índice

- 9** Capítulo 1: Introducción
- 13** Capítulo 2: Aspectos Metodológicos
- 17** Capítulo 3: Alimentación
- 23** Capítulo 4: Actividad física
- 29** Capítulo 5: Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas
- 41** Capítulo 6: Violencia y lesiones no intencionales
- 49** Capítulo 7: Salud mental
- 55** Capítulo 8: Factores protectores
- 61** Capítulo 9: Comportamientos sexuales
- 69** Capítulo 10: Higiene
- 73** Capítulo 11: Vacunación

Anexos

- 79** Anexo 1: Evaluación de entornos
- 84** Anexo 2: Tabla comparativa 2007-2012
- Anexo 3: Resumen ejecutivo (fact sheet)
- Anexo 4: Cuestionario



Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (1). Desde un abordaje integral, consideramos que la salud del adolescente comprende tanto el bienestar físico como el mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y con el desarrollo de su máxima potencialidad (2).

Este periodo de cambios se presenta como una oportunidad estratégica tanto para formar hábitos saludables como para delinear políticas de prevención de riesgos. Alrededor de dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia (2).

A pesar de que, según datos de la OMS, la mayoría de los adolescentes en el mundo goza de buena salud, no deja de ser significativa la cantidad de jóvenes que muere de forma prematura, que experimenta graves problemas de salud o padece algún tipo de discapacidad que limita sus actividades por el resto de su vida. Entre los principales problemas de salud que afectan a los jóvenes es posible definir: embarazos y partos precoces; infección por VIH; malnutrición, trastornos mentales; adicción al tabaco y drogas ilegales; uso nocivo de alcohol; violencia y traumatismos (2). Las consecuencias de estas amenazas no sólo repercuten en un nivel personal a los individuos y sus allegados, sino que también representan un alto costo para las economías nacionales (3) (4).

Dado el alto nivel de asistencia escolar en nuestro país¹, y la costoefectividad de realizar encuestas en escuelas, las instituciones escolares se presentan como entornos oportunos para un monitoreo integral de los principales factores que influyen en el desarrollo de la salud de los adolescentes. En este contexto, la segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)² realizada en Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación, con la colaboración del Ministerio de Educación de la Nación, constituye un insumo básico para evaluar el comportamiento de los adolescentes y reorientar las acciones de acuerdo a la interpretación de los resultados.

ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR

Con el fin de contar con información confiable para el diseño de políticas de prevención de riesgos y promoción de la salud adolescente, la OMS desarrolló en el año 2001 la Encuesta Mundial de Salud Escolar en colaboración con UNICEF, UNESCO y ONUSIDA, contando con la asistencia técnica de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Desde el año 2003, los Ministerios de Salud y de Educación de diversos países han utilizado periódicamente ésta encuesta para controlar la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud y factores de protección más importantes entre los adolescentes.

1. El nivel de asistencia escolar en Argentina de jóvenes de entre 12 y 17 años es de 89%, según el Censo Nacional de Población, Vivienda Hogares realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2010. Disponible en http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp.

2. En inglés Global school-based student health survey (GSHS).



En Argentina el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y con la colaboración del Ministerio de Educación de la Nación, realizó dos ediciones de la Encuesta Mundial de Salud Escolar; la primera se realizó en el año 2007 con representatividad nacional, y la segunda se llevó a cabo en el año 2012 con representatividad nacional y provincial.

Objetivos EMSE Argentina 2012

El objetivo de la segunda Encuesta Mundial de Salud Escolar es:

Proporcionar datos precisos sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y de protección entre los alumnos, para:

- Establecer prioridades, elaborar programas, diseñar los recursos en los mismos y formular políticas de salud escolar y de los jóvenes.
- Brindar la posibilidad a los gobiernos, las agencias internacionales y otros organismos de hacer comparaciones entre los países y dentro de los mismos sobre la prevalencia de los comportamientos relativos a la salud y los factores de protección.
- Analizar tendencias y comparaciones a nivel nacional, en relación con la EMSE realizadas en el país en el año 2007.
- Contribuir a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo entre jóvenes.

La EMSE utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre los comportamientos y factores de protección en alumnos de entre 13 a 15 años, relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte entre los jóvenes y adultos. Incluye información sociodemográfica e indaga sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, la higiene, la vacunación, el consumo de alcohol y otras drogas, la violencia y daños no intencionados, la salud mental, el consumo de tabaco, los comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ETS y embarazos no deseados, la actividad física y los factores de protección.

Por primera vez, en el año 2012 esta encuesta aporta datos con **representatividad provincial**, fundamental para la toma de decisiones en cada jurisdicción.

Asimismo, en el marco de la realización de la EMSE 2012, se relevaron aspectos referidos al entorno escolar mediante observaciones directas al interior de las escuelas y entrevistas a informantes claves (directores y/o preceptores) de las instituciones (Anexo 1)

En el presente informe se describen los principales resultados de la EMSE del año 2012, según sexo y edad, comparando los resultados nacionales con la encuesta realizada en el año 2007.





Referencias bibliográficas

1. Pasqualini, D. Capítulo 1: Los y las adolescentes. En: Pasqualini, D., Llorens A., compiladores. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); 2010 [acceso 8 de abril de 2014]. Disponible en <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Riegos para la salud de los jóvenes, Nota descriptiva n°345. OMS; 2011 [acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Traumatismos y Violencia. Ginebra: OMS; 2010 [acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599373_spa.pdf
4. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. Lancet; 2011; 377(9783):2093-102 [acceso de abril de 2014]. Disponible en: <http://blogs.rch.org.au/cah/files/2011/06/Gore-et-al-Lancet-June-2011.pdf>



Capítulo 2

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Encuesta Mundial de Salud Escolar es una estrategia de vigilancia utilizada a nivel mundial que cuenta con una metodología estandarizada y validada para relevar datos sobre los comportamientos de los alumnos de escuelas secundarias relacionados con la salud, los factores de riesgo y de protección, asociados con las principales causas de enfermedad y muerte en esta población.

Población y muestra

Con el objetivo de obtener información sobre la población de estudiantes de 13 a 15 años de Argentina, los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América diseñaron un muestreo representativo de alumnos de 1ro, 2do y 3er año de escuelas secundarias de todas las jurisdicciones de nuestro país (con excepción de la provincia de Formosa que no participó de la EMSE 2012).

Se utilizó un muestreo por conglomerados bietápico. En primer lugar se seleccionaron 25 escuelas secundarias por jurisdicción; el listado de escuelas públicas y privadas del país fue proporcionado por el Ministerio de Educación de la Nación. La probabilidad de selección de cada escuela fue proporcional al número de estudiantes cursando 1ro a 3er año. En una segunda instancia, se seleccionaron al azar 2 o 3 cursos por escuela.

El diseño de muestreo descripto permitió obtener resultados representativos tanto a nivel nacional como provincial.

El tamaño muestral estimado fue de 36.000 alumnos distribuidos en 600 escuelas de todo el país. La tasa de respuesta de las escuelas fue del 91% mientras que la de estudiantes fue del 79%; contribuyendo a una tasa de respuesta global del 71%. De este modo, la EMSE 2012 fue completada por 28.368 alumnos de 544 escuelas de Argentina.

Dado que la población blanco de este informe fueron los estudiantes de entre 13 y 15 años, se excluyeron del análisis a aquellos que no pertenecieran a dicha franja etaria. Por este motivo, la muestra analizada incluyó 20.890 estudiantes.

Con el fin de hacer generalizable la información a toda la población de estudiantes de 13 a 15 años de Argentina, los resultados fueron ponderados teniendo en cuenta: (a) la probabilidad de cada escuela y curso de ser seleccionado; (b) la tasa de no respuesta de escuelas y estudiantes; y (c) la distribución de la población según sexo y año cursado. Esta metodología permitió que un estudiante represente a muchos otros con similares características demográficas. La distribución de frecuencias y porcentaje ponderado de las características demográficas de la muestra se detallan en la Tabla 2.1.



Tabla 2.1. Características demográficas de la muestra. EMSE Argentina 2012.

		N no ponderado	Porcentaje ponderado	valores perdidos
Sexo	Varón	9671	47,5%	193
	Mujer	11026	52,5%	
Edad	13 años	4989	27,3%	0
	14 años	8177	39,1%	
	15 años	7724	33,6%	
Total		20890	100%	

La encuesta

El cuestionario de la EMSE (Anexo 4) es autoadministrado y anónimo. Las preguntas, validadas en el idioma español utilizado en Argentina, fueron diseñadas para optimizar la calidad de los datos recogidos.

La EMSE cuenta con una serie de módulos que recaban información sobre los comportamientos y los factores de riesgo y protección de importancia en la adolescencia. Cada país que desarrolla la encuesta decide los módulos a incluir de acuerdo a la problemática local. En la EMSE 2012, Argentina incluyó los siguientes módulos: comportamiento alimentario, higiene, vacunación, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, violencia y daños no intencionales, salud mental, comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, actividad física y factores de protección. Además, se recogieron datos demográficos referentes a edad, sexo, año cursado y nivel educativo de los padres o cuidadores.

El trabajo de campo fue realizado por la Universidad ISALUD, durante los meses de noviembre y diciembre de 2012. El ingreso de datos, su confección y ponderación fue realizado por el CDC.

Indicadores e interpretación de resultados

A partir de las preguntas recabadas se construyeron indicadores que aportaron información de interés sobre la salud de la población de estudio. Estos indicadores se formularon de la misma manera en todos los países que llevaron a cabo la EMSE, permitiendo su comparación.

Cada indicador fue estimado para la población total y según sexo y edad.

Se calcularon también intervalos de confianza del 95% (IC95%) para cada indicador considerando el diseño de muestra. El IC95% informa, con una probabilidad del 95%, el rango de valores en el cual se encuentra el verdadero parámetro de la población de estudiantes de 13 a 15 años de Argentina. La longitud del IC95% aporta información sobre la precisión del estimador (a menor longitud, mayor precisión).

Para evaluar si las diferencias observadas en los indicadores de dos subgrupos de la muestra son estadísticamente significativas se utilizaron IC95%. Si éstos no se solapan, se puede decir, con un nivel de certeza elevado, que lo observado en la muestra representa verdaderas diferencias en la población. Por el contrario, si los IC95% se solapan, se considera que no hay evidencia para afirmar que los subgrupos comparados son diferentes. Este método tiene como ventajas ser sencillo de implementar, ser conservador y reducir la chance de falsos positivos, pero carece de poder suficiente para describir diferencias que pueden resultar relevantes.

Adicionalmente, debido a su relevancia en la salud de la población de estudio, para evaluar diferencias entre los principales indicadores de la EMSE 2007 y 2012 se realizó un test de hipótesis utilizando la prueba z para





comparación de proporciones independientes teniendo en cuenta el diseño muestral. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Esta estrategia permitió detectar diferencias no evidenciadas mediante los IC95%.

Finalmente, para elaborar las conclusiones no sólo se consideró la relevancia estadística, sino también la magnitud del cambio en los indicadores y su interpretación en el contexto epidemiológico nacional.





Referencias

1. Schenker N, Gentelman J. On judging the significance of differences by examining the overlap between confidence intervals. *The American Statistician* 2001, 55: 182-186
2. Silva Aycaguer LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 2000.



Capítulo 3

ALIMENTACIÓN

Introducción

La alimentación saludable permite mejorar la calidad de vida en todas las edades. Existe suficiente evidencia acerca de que una buena alimentación previene enfermedades crónicas como obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, osteoporosis, y algunos tipos de cáncer. Los principales obstáculos para una alimentación adecuada son la dificultad para acceder a alimentos saludables y los hábitos perjudiciales que llevan a decidir erróneamente sobre los alimentos a consumir (1).

El sobrepeso y la obesidad están asociados al desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasas, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes (2).

Un antecedente sobre la vigilancia del sobrepeso y la obesidad en nuestro país, además de la EMSE anterior, lo aportan los resultados de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo realizadas en los años 2005 y 2009 a la población de 18 años y más, donde se evidenció un incremento de la prevalencia de obesidad entre adultos (14,6% 2005 – 18% 2009) (3). Se cuenta así mismo con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) que reportó una prevalencia de obesidad en niños menores de 5 años del 4,4%, y en mujeres de entre 10 y 49 años de 15,3% (4).

En el presente capítulo se analizan los indicadores relacionados con la alimentación, siendo este uno de los pilares fundamentales para la salud presente y futura de los adolescentes.

Métodos

En el módulo de comportamientos alimentarios se analizó la prevalencia de obesidad y sobrepeso. Para determinar estos indicadores se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), a partir del autoreporte de peso y altura, utilizando la fórmula $\text{Peso}/(\text{Altura})^2$. Posteriormente se utilizaron las tablas de distribución de IMC según sexo y edad y los valores de corte proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (5): a) sobrepeso: $1\text{SD} \geq \text{SOBREPESO} \leq 2\text{SD}$; b) obesidad: $\text{OBESIDAD} > 2\text{SD}$ ¹.

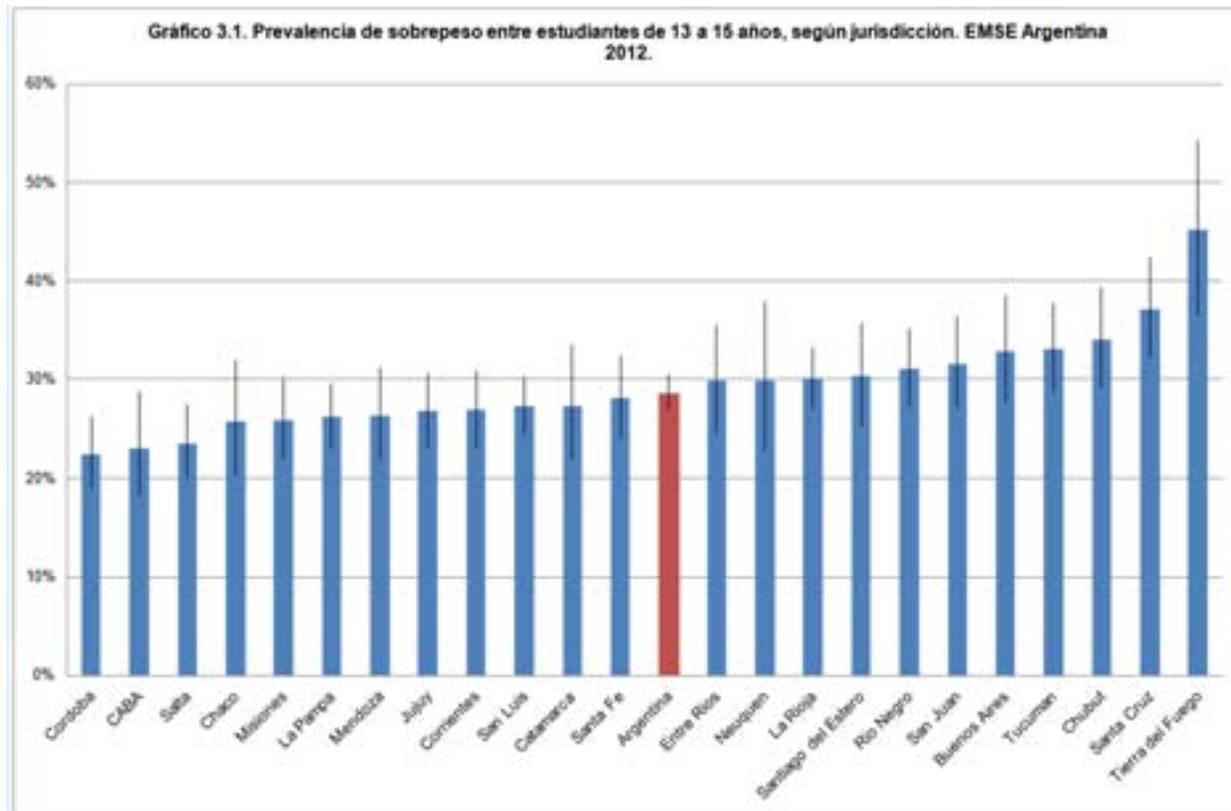
También se analizaron los siguientes indicadores: consumió frutas y verduras al menos 5 veces al día durante los últimos 30 días; consumió frutas al menos 2 veces al día durante los últimos 30 días; consumió verduras 3 veces o más diariamente durante los últimos 30 días; consumió al menos 2 veces al día habitualmente bebidas azucaradas durante los últimos 30 días; comió en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7 días.

1. Cabe aclarar que en 10 Jurisdicciones (Buenos Aires, Catamarca, CABA, La Rioja, Misiones, Río negro, San Luis, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Tucumán) el porcentaje de valores perdidos de Peso o Altura fue mayor al 40%, por lo que la representatividad de los indicadores Obesidad y Sobrepeso puede verse afectada. Tablas de referencia disponibles en http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/



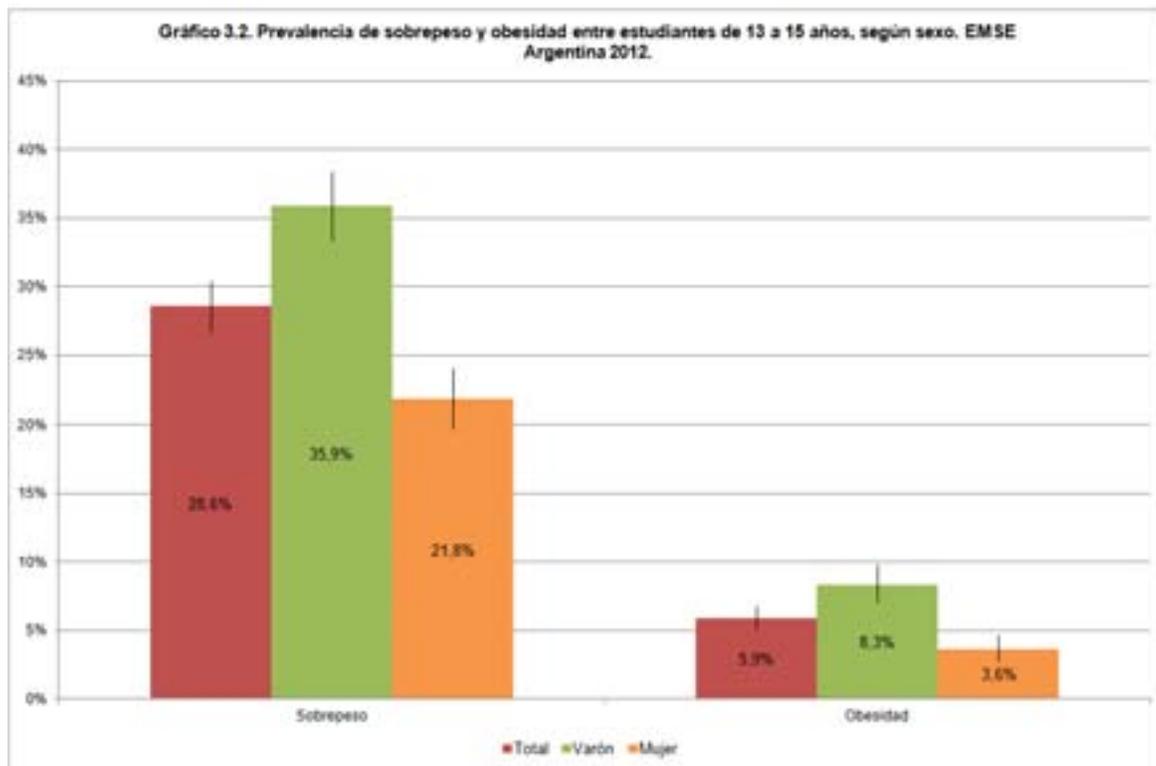
Resultados

Los resultados de la EMSE 2012 evidenciaron que el sobrepeso entre los estudiantes fue de 28,6% (Tabla 3.1), siendo mayor entre varones (35,9% vs. 21,8% mujeres) (Gráfico 3.2) y con mayor prevalencia a menor edad. En la provincia de Tierra del Fuego se registró un porcentaje de sobrepeso mayor que el del resto de las jurisdicciones (45,2%), mientras que en Córdoba, CABA y Salta se evidenciaron las prevalencias más bajas (22,5% - 23,1% - 23,6% respectivamente) (Gráfico 3.1). Al comparar con la EMSE 2007, en 2012 se registró un crecimiento del indicador (24,5% 2007 - 28,6% 2012, $p < 0,05$) (Tabla 3.2).



En relación con la obesidad, la prevalencia en la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 fue de 5,9% (Tabla 3.1); al igual que el sobrepeso, la obesidad resultó más frecuente entre varones (8,3%) que entre mujeres (3,6%) (Gráfico 3.2). En relación al 2007 también se incrementó la obesidad (4,4% 2007 - 5,9% 2012) (Tabla 3.2).





Al analizar el consumo de frutas y verduras según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que sugiere consumir al menos 400gr diarios de frutas y verduras (lo que equivale aproximadamente a 5 porciones diarias), se observó que el 17,6% de los estudiantes declaró haberlo hecho, sin distinciones según sexo y edad (Tabla 3.1). Este indicador resultó mayor en relación con la encuesta realizada en 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 3.2), aunque persiste lejos de lo recomendado.

En cuanto al consumo diario de frutas en los últimos 30 días, el 38,8% de los encuestados las consumió 2 ó más veces al día y fue mayor la proporción entre mujeres. Asimismo, el 13,1% de los adolescentes declaró haber consumido verduras al menos 3 veces por día durante los últimos 30 días (Tabla 3.1).

Por otra parte, con relación al consumo diario habitual de bebidas gaseosas azucaradas, el 48,1% de los estudiantes encuestados declaró haberlas bebido 2 ó más veces al día en los últimos 30 días, sin diferencias según sexo y edad (Tabla 3.1). Se evidenció una disminución con relación a la encuesta realizada en el año 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 3.2).

Por último, el 6,8% de los jóvenes manifestó haber consumido al menos 3 de los últimos 7 días en locales de comida rápida, sin distinciones entre segmentos (Tabla 3.1).

Discusión

En Argentina el sobrepeso y la obesidad evidencian una problemática en aumento, al igual que en el resto del mundo. En la EMSE 2012, se registró un crecimiento en ambos indicadores: mientras que el sobrepeso ascendió aproximadamente 4 puntos porcentuales en relación con la EMSE 2007, la obesidad creció 1,5 puntos. En 2012, ambos indicadores resultaron mayores entre varones.

Asimismo, el consumo diario de frutas y verduras resultó bajo en la población de estudio, si bien se evidenció un incremento respecto a la encuesta realizada en el 2007.





Alrededor de la mitad de los adolescentes declaró haber consumido bebidas gaseosas azucaradas 2 ó más veces al día en los últimos 30 días. Además, uno de cada diez jóvenes concurre a locales de comida rápida en la última semana (3 o más días, en los últimos 7 días).

En el informe técnico de la OMS "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO", se recomienda para prevenir la obesidad en niños y adolescentes la promoción de un estilo de vida activo, el fomento del consumo de frutas y verduras, la reducción en la cantidad de horas frente a la televisión y la restricción del consumo de bebidas azucaradas y de sal (1).

Siguiendo estos lineamientos, desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementan acciones dirigidas a promover la alimentación saludable, en el marco del Plan Nacional Argentina Saludable, cuyo principal objetivo es estimular a la población en el consumo de alimentos saludables y variados en todas las comidas. Sus estrategias de acción se enmarcan en: 1) disminuir el consumo diario de sodio; 2) disminuir el consumo de azúcar y grasas saturadas y reducir al mínimo las grasas trans; 3) alentar el consumo diario de frutas y verduras; 4) implementar estrategias de etiquetado útil y de fácil comprensión de los productos envasados (6).

Asimismo, en noviembre de 2013 se sancionó la Ley Nacional de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la Población (Ley 26.905). Su principal objetivo reside en disminuir el impacto de las enfermedades cardiovasculares y reducir la presión arterial en toda la población mediante las siguientes intervenciones: reducción del contenido de sodio en los alimentos procesados y eliminación de los saleros de los locales de venta de comida; regulación de mensajes en los envases de sal que adviertan sobre los riesgos de su consumo excesivo y fijación de criterios para el tamaño máximo de los envases de sal (7). Dicha ley complementa y brinda soporte a la iniciativa "Menos Sal, Más Vida" del Ministerio de Salud de la Nación, cuya finalidad es la reducción del consumo de sodio mediante acciones como concientización a la población y acuerdos con la industria de alimentos empaquetados y con las panaderías artesanales (8).

En el marco del Plan Nacional Argentina Saludable se realiza también la implementación en forma continua de campañas de comunicación, fomentando el consumo de frutas y verduras según las estaciones del año (9).

También desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, del Ministerio de Salud de la Nación, se elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad fundamentada en la necesidad de reconocer a la obesidad como problema de salud y mejorar su diagnóstico y manejo terapéutico, y contribuir en disminuir su prevalencia y acortar las brechas entre el conocimiento y la práctica de los diferentes actores implicados en el abordaje de esta problemática. La misma está destinada a la atención de personas mayores de 18 años (10).

Si bien las políticas asociadas a la promoción de la alimentación saludable involucran a toda la población, específicamente para la población joven es necesario profundizar las acciones al interior de las escuelas, tanto en lo que respecta a la oferta de productos en los kioscos y comedores de las instituciones como a la incorporación de la temática en la currícula escolar. Afianzar la comunicación en canales especialmente destinados al público adolescente, resultará una herramienta directa y efectiva de concientización.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS, 2003. Serie de Documentos Técnicos: 916 [acceso 12 de marzo de 2014] Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Ginebra: OMS; Mayo de 2012. Nota descriptiva: 311 [acceso 12 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción y Control de Enfermedades No Transmisibles; 2009. Disponible en: www.msal.gov.ar/ent/.../fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf
4. Ministerio de Salud de la Nación. Alimentos consumidos en Argentina, resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2012. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1b.pdf>
5. World Health Organization. Ginebra: WHO, 2007 [acceso 12 de marzo de 2014] Growth reference 5-19 years. Disponible en: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
6. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 18 de marzo de 2014]. Claves para vivir mejor: alimentación sana. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/lineas/alimentacion.html>
7. Ley Nacional de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la Población. Ley 26.905. Boletín Oficial, 16 de diciembre de 2013. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26905-promocion_reduccion_consumo_sodio.htm?2
8. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [acceso 18 de marzo de 2014]. Menos Sal Más Vida. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida>
9. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 18 de marzo de 2014]. Campañas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/plan/campanias.html>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf

Tabla 3.1. Indicadores de comportamiento alimentario entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Sobrepeso	28,6% (26,8% - 30,4%)	35,9% (33,4% - 38,4%)	21,8% (19,7% - 24,1%)	33,3% (29,8% - 37,1%)	28,5% (26,7% - 30,5%)	25,0% (22,1% - 28,1%)
Obesidad	5,9% (5,1% - 6,8%)	8,3% (7,1% - 9,8%)	3,6% (2,8% - 4,7%)	7,8% (6,0% - 9,9%)	4,5% (3,6% - 5,5%)	6,1% (4,5% - 8,1%)
Consumió frutas y verduras al menos 5 veces al día durante los últimos 30 días	17,6% (16,2% - 19,1%)	16,6% (14,9% - 18,4%)	18,6% (17,0% - 20,4%)	16,0% (13,8% - 18,6%)	18,8% (17,2% - 20,5%)	17,6% (15,5% - 20,0%)
Consumió frutas al menos 2 veces al día durante los últimos 30 días	38,8% (37,4% - 40,2%)	35,3% (33,7% - 37,0%)	42,0% (40,0% - 44,0%)	40,8% (38,4% - 43,2%)	40,2% (38,4% - 42,1%)	35,6% (33,4% - 37,8%)
Consumió verduras al menos 3 veces al día durante los últimos 30 días	13,1% (12,0% - 14,3%)	12,9% (11,3% - 14,7%)	13,3% (12,0% - 14,7%)	12,2% (10,1% - 14,5%)	13,9% (12,4% - 15,5%)	13,1% (11,0% - 15,5%)
Consumió al menos 2 veces al día habitualmente bebidas azucaradas durante los últimos 30 días	48,1% (46,0% - 50,2%)	50,2% (47,9% - 52,5%)	48,2% (46,1% - 50,3%)	47,0% (44,5% - 49,6%)	51,1% (48,4% - 53,9%)	45,5% (42,2% - 48,9%)
Comió en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7 días	6,8% (5,8% - 7,9%)	7,0% (5,4% - 9,2%)	6,6% (5,8% - 7,4%)	6,0% (5,1% - 7,0%)	8,2% (6,4% - 10,4%)	5,8% (4,8% - 7,0%)

Tabla 3.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de comportamiento alimentario entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Sobrepeso	24,5% (21,6% - 28,1%)	32,4% (29,0% - 36,0%)	17,6% (13,9% - 23,0%)	28,6% (26,8% - 30,4%)	35,9% (33,4% - 38,4%)	21,8% (19,7% - 24,1%)
Obesidad	4,4% (3,2% - 6,1%)	6,5% (4,5% - 9,3%)	2,6% (1,3% - 5,2%)	5,9% (5,1% - 6,8%)	8,3% (7,1% - 9,8%)	3,6% (2,8% - 4,7%)
Consumió frutas y verduras al menos 5 veces al día durante los últimos 30 días	14,0% (11,0% - 17,7%)	13,6% (10,2% - 18,0%)	14,4% (10,9% - 18,7%)	17,6% (16,2% - 19,1%)	16,6% (14,9% - 18,4%)	18,6% (17,0% - 20,4%)
Consumió frutas al menos 2 veces al día durante los últimos 30 días	32,2% (27,2% - 37,6%)	29,9% (23,6% - 37,1%)	34,0% (28,9% - 39,5%)	38,8% (37,4% - 40,2%)	35,3% (33,7% - 37,0%)	42,0% (40,0% - 44,0%)
Consumió verduras al menos 3 veces al día durante los últimos 30 días	8,5% (6,6% - 10,8%)	7,8% (5,9% - 10,4%)	9,0% (6,8% - 11,8%)	13,1% (12,0% - 14,3%)	12,9% (11,3% - 14,7%)	13,3% (12,0% - 14,7%)
Consumió al menos 2 veces al día habitualmente bebidas azucaradas durante los últimos 30 días	54,4% (50,2% - 58,7%)	52,0% (47,1% - 56,7%)	56,6% (50,9% - 62,1%)	48,1% (46,0% - 50,2%)	50,2% (47,9% - 52,5%)	48,2% (46,1% - 50,3%)
Comió en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7 días	7,4% (4,7% - 11,4%)	7,3% (4,5% - 11,6%)	7,0% (4,2% - 11,5%)	6,8% (5,8% - 7,9%)	7,0% (5,4% - 9,2%)	6,6% (5,8% - 7,4%)

Capítulo 4

ACTIVIDAD FÍSICA

Introducción

La actividad física regular disminuye la morbimortalidad, reduciendo la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión y osteoporosis, y la de algunos cánceres como colon y mama. A nivel mundial la inactividad física es responsable de 3,2 millones de muertes anuales, lo que representa el 5,5% del total de defunciones (1).

La “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” de la Organización Mundial de la Salud y su adaptación para América Latina y el Caribe, a través de la Organización Panamericana de la Salud, recomienda para la población adulta realizar de forma continua al menos 30 minutos de actividad física, de intensidad moderada, la mayor cantidad de días por semana. Para niños y adolescentes la estrategia recomienda un nivel de 60 minutos diarios como mínimo, de actividad física moderada a intensa, con el fin de: desarrollar el aparato locomotor; desarrollar el sistema cardiopulmonar; aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos); mantener un peso corporal saludable; evitar el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y drogas; fomentar las relaciones interpersonales y la integración (2).

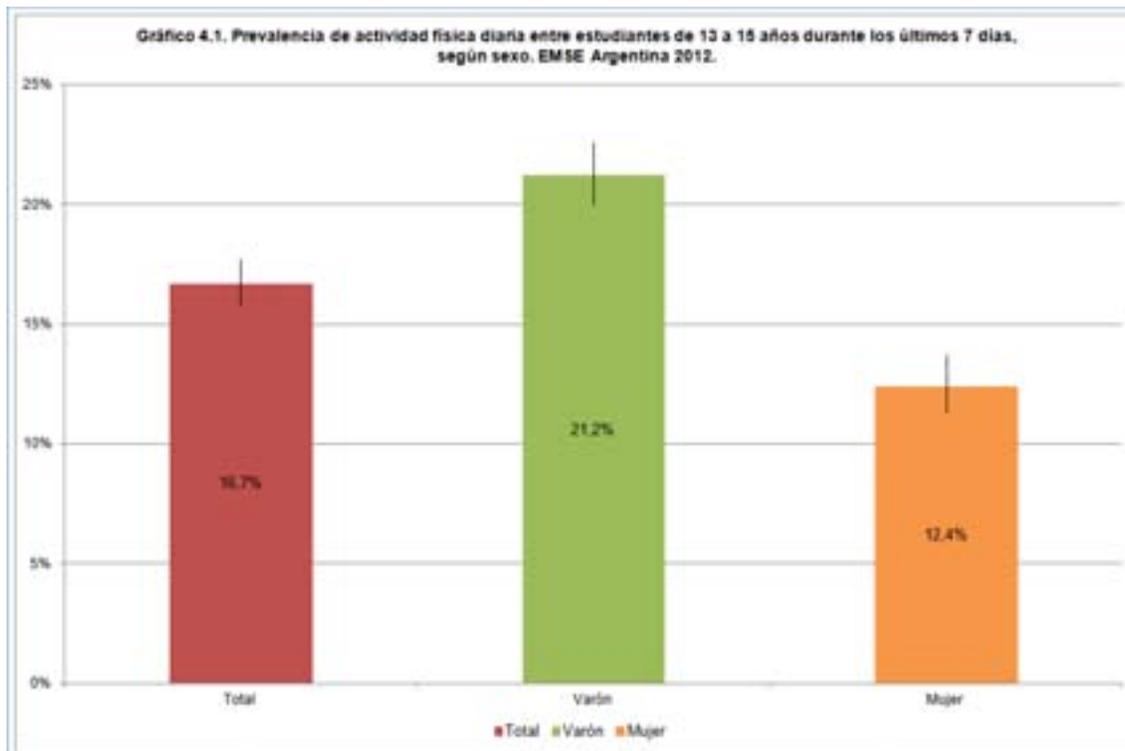
En el presente capítulo se analizan la práctica de actividad física entre jóvenes, la realización de clases de actividad física en las escuelas y también algunos comportamientos relacionados con el sedentarismo.

Métodos

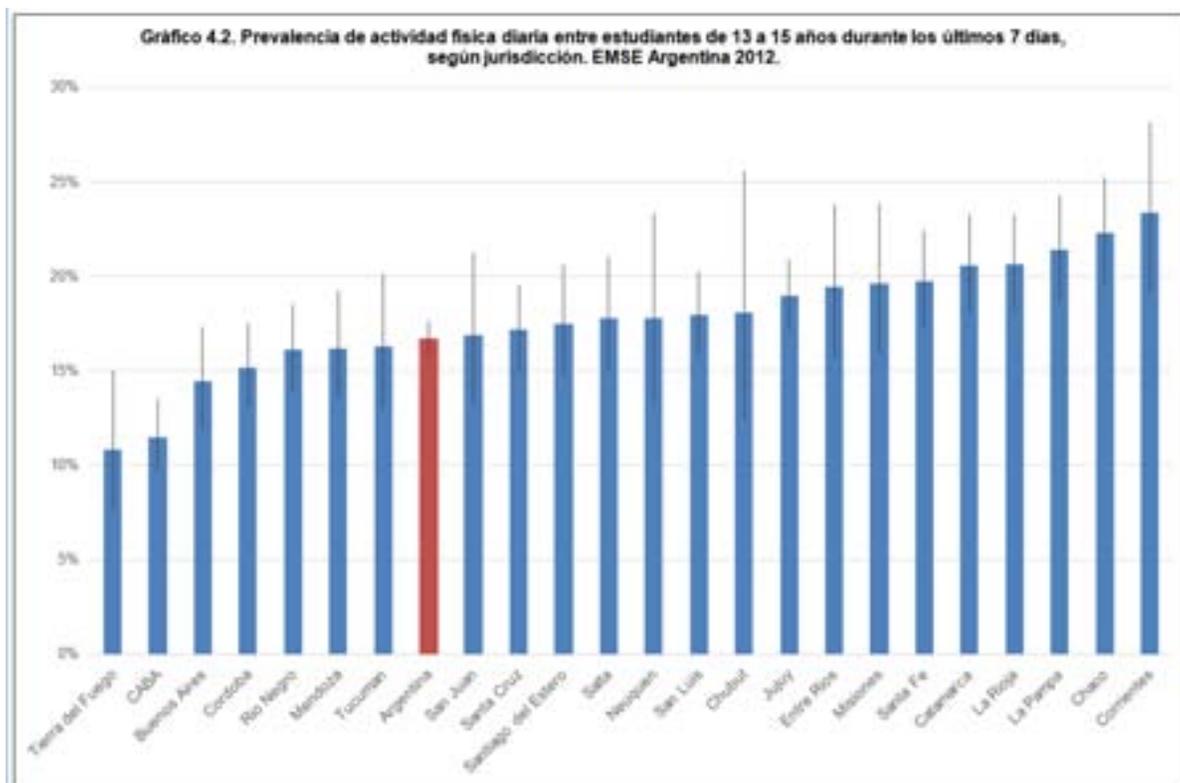
Los indicadores de actividad física que se analizaron en el presente módulo son: estuvo activo al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días; fue a clases de educación física en la escuela 3 o más días por semana durante el último año escolar; no fue o volvió de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días; sedentarismo (pasó 3 horas o más viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar).

Resultados

El 16,7% de los estudiantes encuestados declaró haber realizado actividad física al menos 60 minutos por día, durante los últimos 7 días (Tabla 4.1), siendo mayor la proporción entre varones (21,2%) en relación con las mujeres (12,4%) (Gráfico 4.1).



En Corrientes, Chaco y La Pampa se registraron las prevalencias más altas de actividad física diaria (23,4% - 22,3% - 21,4%), mientras que CABA y Tierra del Fuego evidenciaron las frecuencias más baja (11,5% y 10,8% respectivamente) (Gráfico 4.2).



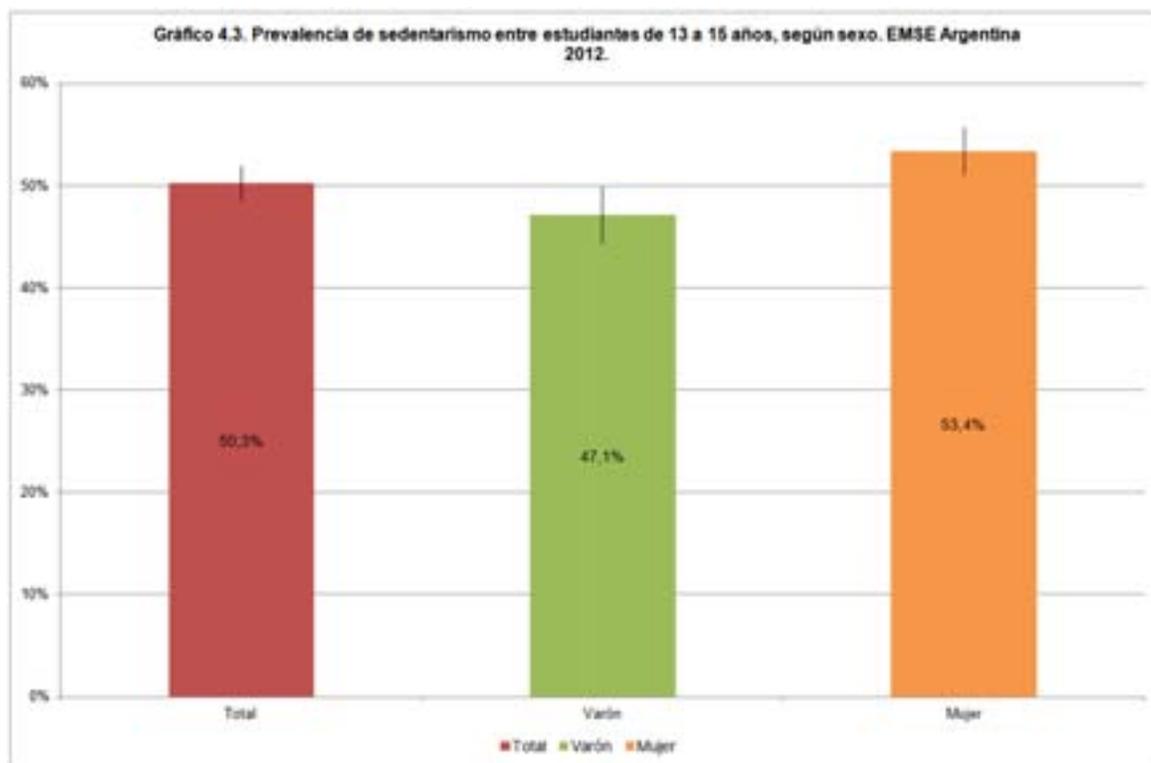


En cuanto a la cantidad de clases semanales de educación física en la escuela durante el último año escolar, el 25,9% de los adolescentes tuvo 3 o más veces por semana (Tabla 4.1).

Tanto la prevalencia de actividad física como la cantidad de clases semanales de actividad física en la escuela, resultaron mayores que en la encuesta realizada en el año 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 4.2).

Se consultó a los jóvenes sobre la cantidad de días de la última semana en los que fueron y volvieron a la escuela caminando o en bicicleta. El 31,2% del total de jóvenes encuestados declaró que no caminó ni utilizó la bicicleta para ir y/o volver de la escuela en la última semana (Tabla 4.1).

La mitad de los encuestados declaró pasar al menos 3 horas diarias sentado (50,3%) (Tabla 4.1). El sedentarismo fue mayor en mujeres (53,4% vs. 47,1% varones) (Gráfico 4.3), mientras que entre alumnos de 13 años se evidenció menor proporción que entre estudiantes de 14 y 15 años (45,5% - 51,6% - 52,7% respectivamente) (Tabla 4.1).



Discusión

La Organización Mundial de la Salud recomienda en niños y adolescentes la realización de al menos 60 minutos diarios de actividad física, preferentemente aeróbica (3). La Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 evidenció un crecimiento en la prevalencia de actividad física diaria en relación a la encuesta realizada con 2007, a expensas de un aumento de la frecuencia en mujeres, aunque persistiendo en niveles bajos. En la encuesta realizada en el año 2012, las provincias de Corrientes, Chaco y La Pampa registraron los mayores porcentajes de actividad física diaria y, por el contrario, los más bajos se observaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Tierra del Fuego.

La EMSE 2012 evidenció también mayor incentivo a la realización de actividad física por parte de las instituciones educativas, en relación a los resultados de la encuesta realizada en el año 2007.

La mitad de los estudiantes encuestados manifestó haber pasado más de 3 horas sentado durante un día típico fuera del horario escolar, sin registrarse diferencias con la encuesta anterior. Se registraron menores porcentajes en varones y en los estudiantes de 13 años.

Los bajos niveles de actividad física y la alta prevalencia del indicador de sedentarismo en la población están relacionados con los cambios experimentados en los entornos físicos y sociales, determinados en gran parte por el incremento del parque automotor y su consecuente reducción de la utilización del transporte público, la prolongación de la jornada laboral y la creciente urbanización y, especialmente entre jóvenes, la aparición de nuevas tecnologías que suscitan nuevas formas de recreación (4).

Existe evidencia consistente acerca de que las siguientes acciones pueden fomentar el nivel de actividad física en jóvenes: incrementar las horas e intensidad de la actividad física realizada en las escuelas y promover en las instituciones las actividades extracurriculares (5), implementar acciones de comunicación (6), fortalecer e incrementar el acceso a la oferta social de actividades físicas (7), aumentar la disponibilidad y accesibilidad a lugares públicos aptos para la actividad física (8), entre otras.

En concordancia con la evidencia, a través del Plan Nacional Argentina Saludable, del Ministerio de Salud de la Nación, se llevan a cabo estrategias de promoción con el fin de estimular la realización de actividad física. Asimismo, en conjunto con el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables, se realizan acciones en la comunidad como el diseño y promoción de estrategias para promover la actividad física en ambientes de trabajo, estudio y espacios al aire libre.

Por otra parte en el año 2013 se creó el Plan Nacional de Lucha contra el Sedentarismo con el objetivo de desarrollar políticas públicas que promuevan la actividad física y se lanzó el "Manual Director de Actividad física de la República Argentina", orientado a decisores locales tanto de la salud como de otros sectores, el cual contiene herramientas para la implementación de intervenciones del equipo de salud en el marco de la atención primaria de la salud (9).

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, resumen de orientación. Ginebra: OMS, 2011. Disponible en: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS, 2004. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre Actividad Física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
4. World Health Organization. Ginebra: WHO, 2007 [acceso 15 de abril de 2014] Social Determinants of Health. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/en/
5. Lonsdale C, Rosenkranz RR, Peralta LR, Bennie A y cols. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to increase moderate-to-vigorous physical activity in school physical education lessons. *Prev Med* 2013; 56(2):152-61.
6. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4S):73-107.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Increasing physical activity. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR* 2001;50 (RR-18):1-16
8. Heath GW, Brownson RC, Kruger J. The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: a systematic review. *Journal of Physical Activity and Health* 2006;3 (Suppl 1):S55-76.
9. Ministerio de Salud de la Nación. Manual Director de Actividad Física y Salud de la República Argentina. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. Disponible en: www.msal.gov.ar/ent/images/.../2013_manual-actividad-fisica_2013.pdf

Tabla 4.1. Indicadores de actividad física entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total	Sexo		Edad		
		Varón	Mujer	13 años	14 años	15 años
	% (IC95%)					
Estuvo activo al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días	16,7% (15,8% - 17,7%)	21,2% (20,0% - 22,6%)	12,4% (11,3% - 13,7%)	17,0% (14,9% - 19,2%)	16,7% (15,3% - 18,3%)	16,4% (15,1% - 17,8%)
Fue a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar	25,9% (23,9% - 28,0%)	28,6% (25,5% - 32,0%)	23,3% (21,8% - 24,9%)	26,7% (23,9% - 29,8%)	25,7% (22,6% - 29,0%)	25,4% (23,2% - 27,8%)
No fue o volvió de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días	31,2% (28,5% - 34,0%)	30,9% (27,8% - 34,1%)	31,5% (28,7% - 34,4%)	35,2% (31,3% - 39,3%)	29,6% (26,5% - 33,0%)	29,6% (26,8% - 32,6%)
Sedentarismo*	50,3% (48,6% - 52,0%)	47,1% (44,3% - 49,9%)	53,4% (51,1% - 55,7%)	45,5% (42,3% - 48,8%)	51,6% (49,2% - 54,0%)	52,7% (50,0% - 55,3%)

* pasó 3 horas o más viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar

Tabla 4.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de actividad física entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total	Sexo		Total	Sexo	
		Varón	Mujer		Varón	Mujer
% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Estuvo activo al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días	12,7% (9,8% - 16,3%)	18,2% (13,5% - 24,2%)	7,9% (5,6% - 11,2%)	16,7% (15,8% - 17,7%)	21,2% (20,0% - 22,6%)	12,4% (11,3% - 13,7%)
Fue a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar	18,8% (14,6% - 23,8%)	20,4% (16,0% - 25,6%)	17,4% (12,6% - 23,6%)	25,9% (23,9% - 28,0%)	28,6% (25,5% - 32,0%)	23,3% (21,8% - 24,9%)
No fue o volvió de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días	25,6% (19,8% - 32,5%)	26,7% (21,2% - 33,1%)	24,7% (18,2% - 32,6%)	31,2% (28,5% - 34,0%)	30,9% (27,8% - 34,1%)	31,5% (28,7% - 34,4%)
Sedentarismo*	49,2% (41,6% - 56,8%)	44,0% (37,1% - 51,1%)	53,9% (44,4% - 63,1%)	50,3% (48,6% - 52,0%)	47,1% (44,3% - 49,9%)	53,4% (51,1% - 55,7%)

* pasó 3 horas o más viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear, en un día típico y fuera del horario escolar

Capítulo 5

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILÍCITAS

Introducción

La prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes en edad escolar en el continente americano varía entre el 18 y el 62%, manifestando un incremento en los últimos años en todos los países. Además, se observó un incremento en el patrón de consumo excesivo episódico que conlleva a situaciones de riesgo inmediato (1).

En Argentina se estima que alrededor de 52 mil personas fallecen por año por causas relacionadas directa o indirectamente al consumo de sustancias, representando el 16,3% de las muertes totales del país. La gran mayoría de estas se atribuyen al tabaquismo (82%), en segundo lugar al consumo de alcohol (16%) y, un porcentaje menor, al uso de estupefacientes (0,8%) y sustancias de uso indebido (0,6%) (2). Si bien la mayor parte de estas muertes se observan en adultos, las mismas están fuertemente relacionadas con comportamientos de riesgo adquiridos en edades tempranas (3).

Según una encuesta realizada en el año 2011 por la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), el consumo de drogas ilegales no es un hecho infrecuente en nuestro país. El 12,3% de los estudiantes refirió haber consumido alguna droga ilícita en el último año, siendo la de mayor prevalencia la marihuana (10,3%), seguida por cocaína (2,7%) (4).

Los resultados de la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) realizada en el año 2012 por el Ministerio de Salud de la Nación reflejaron que el 24,1% de los jóvenes declaró haber consumido alguna forma de tabaco (con/sin humo) en los últimos 30 días. Asimismo, el 19,6% del total de estudiantes encuestados fumó cigarrillos en el último mes. Si bien estos resultados evidenciaron una disminución con respecto a encuestas anteriores, no deja de ser alarmante que el 70,2% de los estudiantes consumidores de tabaco en la actualidad haya manifestado algún signo de dependencia física al tabaco (construido a partir de las variables “deseo de fumar a primera hora de la mañana” y “tiempo promedio transcurrido después de fumar tabaco hasta sentir deseo de volver a fumar”) (5).

El consumo nocivo de alcohol y otras drogas ilícitas y la adicción al tabaco pueden generar consecuencias en el corto y largo plazo, como el suicidio, las lesiones no intencionales, el sexo no protegido, el comportamiento violento, el ausentismo y bajo rendimiento escolar, el HIV, y también enfermedades crónicas como el cáncer, la enfermedad hepática, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, entre otras (1) (6) (7) (8).

Este capítulo tiene como objetivo describir los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Métodos

En este módulo se analizaron los siguientes indicadores:

Alcohol: bebió alcohol por primera vez antes de los 14 años (de los que bebieron alguna vez); bebió alcohol al menos 1 de los últimos 30 días; bebió por lo general dos o más tragos los días que bebió alcohol durante los últimos 30 días (de los que bebieron en los últimos 30 días); se emborrachó al menos una vez en la vida; alguna vez en la vida tuvo resaca, se sintió enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó a la escuela o participó

en peleas como resultado de haber bebido alcohol; intentó comprar bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad; vio publicidades de bebidas alcohólicas diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días.

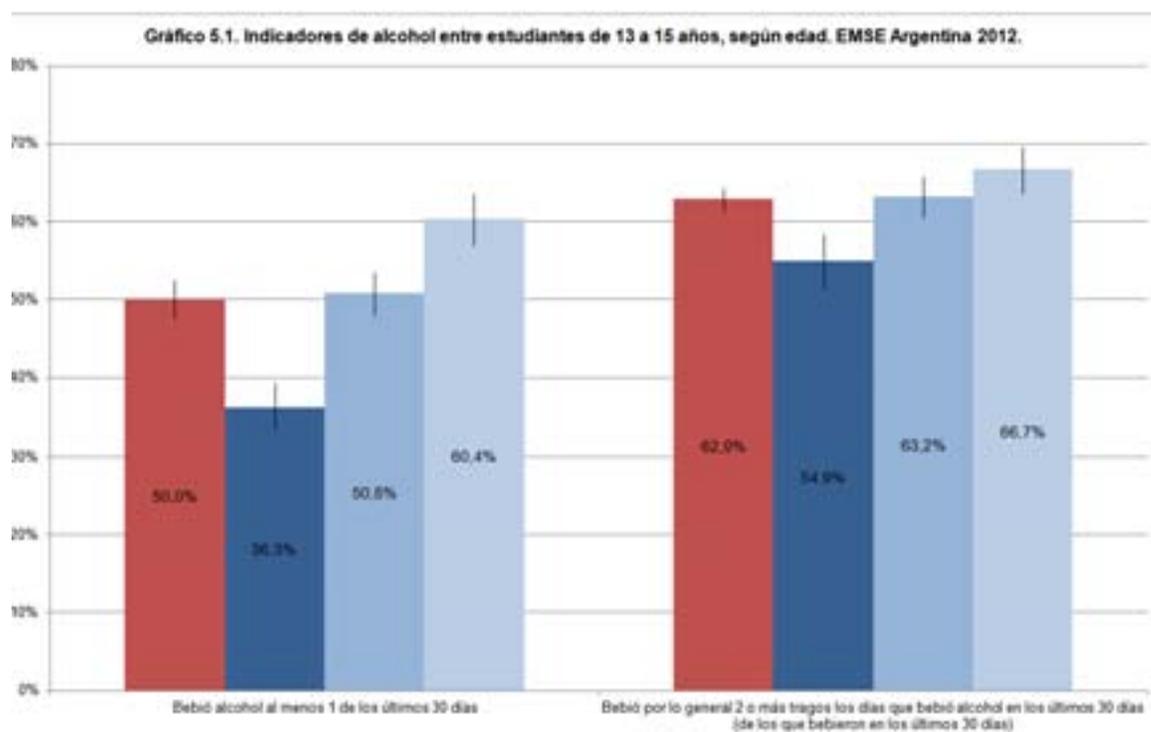
Tabaco: probó cigarrillos por primera vez antes de los 14 años (de aquellos que fumaron alguna vez cigarrillos); fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días; estuvo expuesto al humo de tabaco ajeno al menos 1 de los últimos 7 días; tenía uno o ambos padres o cuidadores consumidores de tabaco; intentó comprar tabaco en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad.

Drogas ilícitas: consumió drogas por primera vez antes de los 14 años (de los que consumieron alguna vez); consumió drogas al menos una vez en su vida; consumió marihuana al menos una vez en la vida; consumió paco al menos una vez en la vida; consumió éxtasis al menos una vez en la vida; consumió anfetaminas o metanfetaminas al menos una vez en la vida.

Resultados

Alcohol

El 70,5% de los estudiantes bebió alguna vez alcohol en su vida; de éstos, el 75,9% lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Este porcentaje fue mayor en varones (78,7%) que en mujeres (73,3%). La mitad de los estudiantes encuestados declaró haber bebido alcohol al menos 1 de los últimos 30 días (Tabla 5.1), siendo este porcentaje mayor en los estudiantes de más edad. Esta tendencia también se observó en el indicador de cantidad de tragos consumidos: el 54,9% de los estudiantes de 13 años que bebieron alcohol en los últimos 30 días, refirió haber tomado dos o más tragos los días que bebió y los de 15 años refirieron haberlo hecho en un 66,7% (Gráfico 5.1).

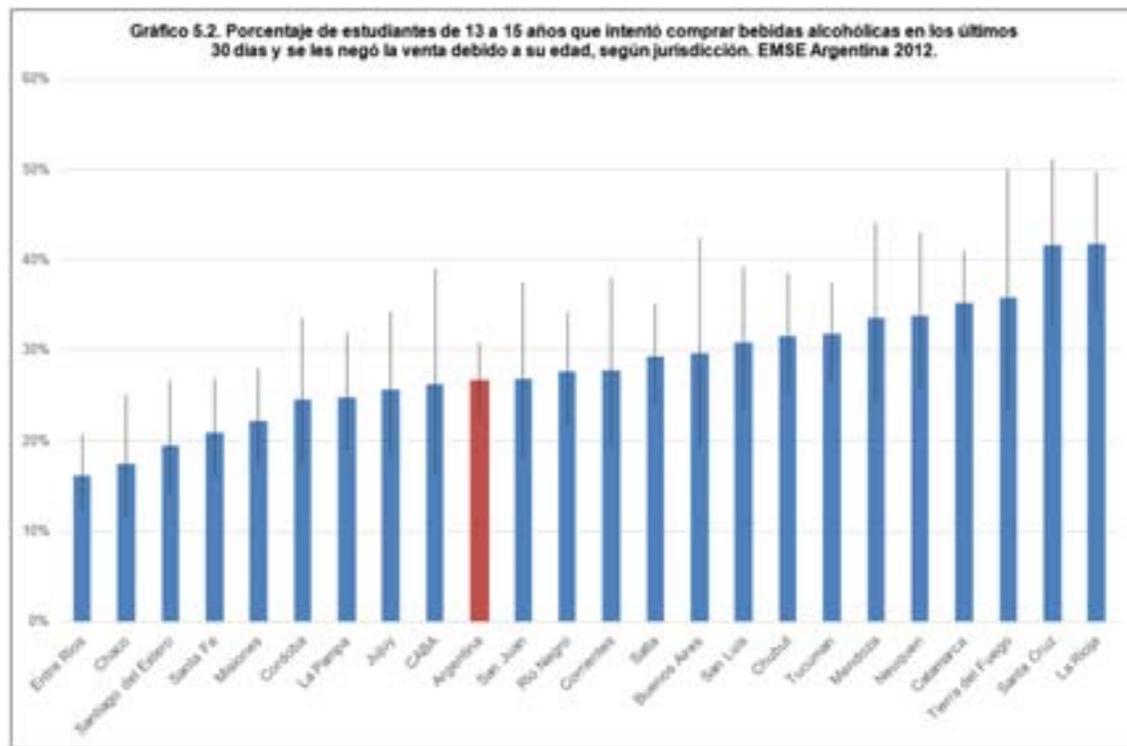


En comparación con los resultados de la EMSE 2007, se evidenció que la proporción de estudiantes que tomó dos o más tragos los días que bebió aumentó más de 25 puntos porcentuales, siendo en aquel momento del 35,3% y del 62,9% en el 2012 (Tabla 5.2). No se registraron diferencias en el resto de los indicadores de consumo de alcohol respecto a la encuesta anterior.



El 27,9% de los estudiantes se emborrachó alguna vez en la vida, mientras que el 19,7% refirió que alguna vez en la vida le ocurrió alguno de los siguientes eventos como resultado de haber bebido alcohol: tuvo resaca, se sintió enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó a la escuela o participó en peleas (Tabla 5.1). Ambos indicadores fueron mayores en estudiantes de más edad.

Entre aquellos estudiantes que quisieron comprar bebidas alcohólicas, al 26,7% se les negó la venta debido a su edad (Tabla 5.1). En el análisis según jurisdicción se observó que en las provincias de Entre Ríos, Chaco y Santiago del Estero la negativa a la venta por ser menores de edad fue inferior al 20% (Gráfico 5.2).



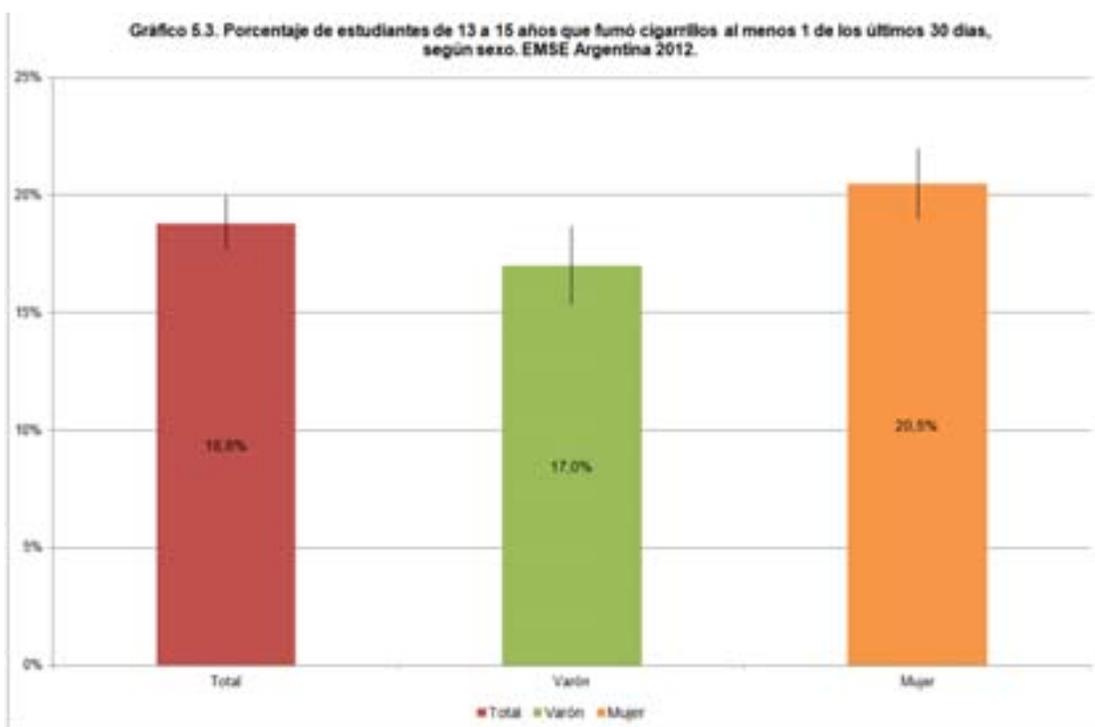
Por último, el 42,7% de los estudiantes encuestados manifestó haber visto publicidades de bebidas alcohólicas diaria o casi diariamente en el último mes en videos, revistas, internet, cines, eventos deportivos o conciertos (Tabla 5.1).

Exceptuando el indicador que refiere al consumo de alcohol antes de los 14 años, no se observaron diferencias según sexo en el resto de los indicadores de esta temática (Tabla 5.1).

Tabaco

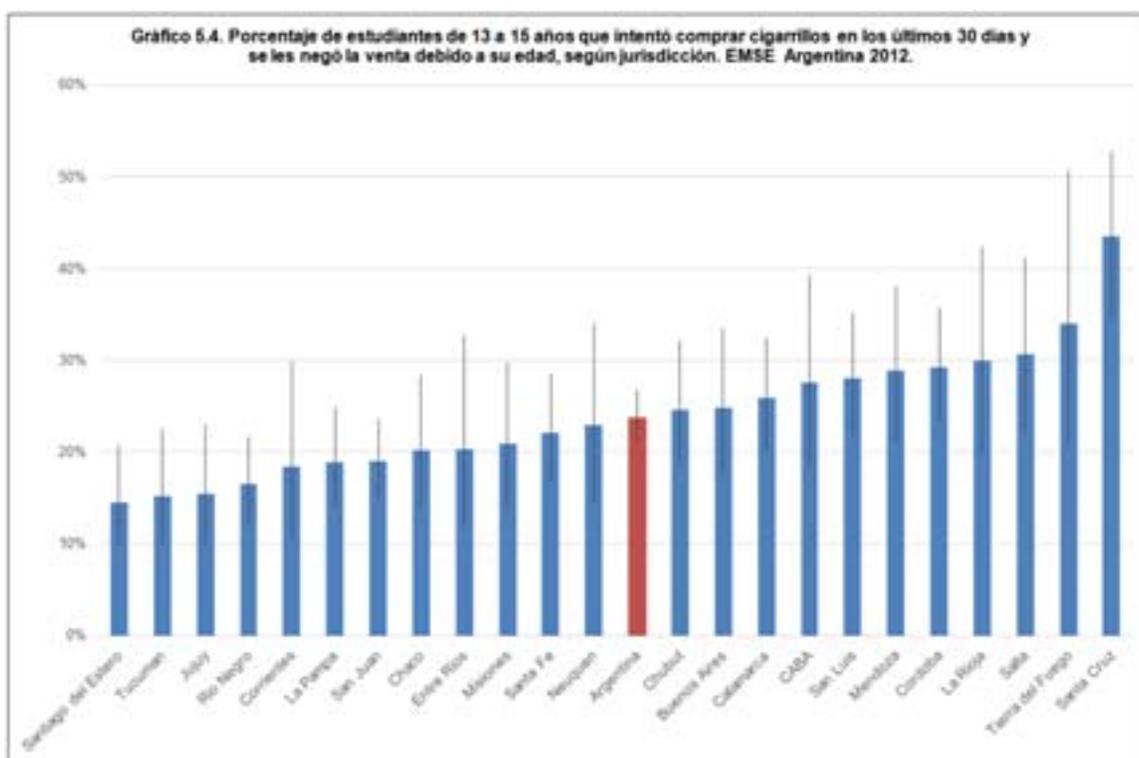
Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 reflejaron que el 75,5% de los estudiantes que probó el cigarrillo lo hizo por primera vez antes de los 14 años, sin distinguirse diferencias según sexo. Paralelamente, también se evidenció que el 18,8% de los jóvenes encuestados fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días, siendo más frecuente entre mujeres (20,5% vs. 17% varones) (Gráfico 5.3) y a mayor edad (Tabla 5.3). Se observó un descenso en relación a la EMSE 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 5.4)





Asimismo, la proporción de estudiantes que fumaron cigarrillos en los últimos 30 días fue mayor entre aquellos con alguno de sus padres o cuidadores fumadores de tabaco (25,3%, IC95% 23,7% - 26,9%) que entre aquellos con responsables no fumadores (15%, IC95% 13,6% - 16,6%).

Al consultar sobre la venta de cigarrillos, al 23,8% de los estudiantes que intentó comprarlos en los últimos 30 días se le negó la venta debido a su edad, sin registrarse diferencias según sexo ni edad (Tabla 5.3). En las provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego se observaron los mayores porcentajes (43,6% y 34% respectivamente) (Gráfico 5.4)

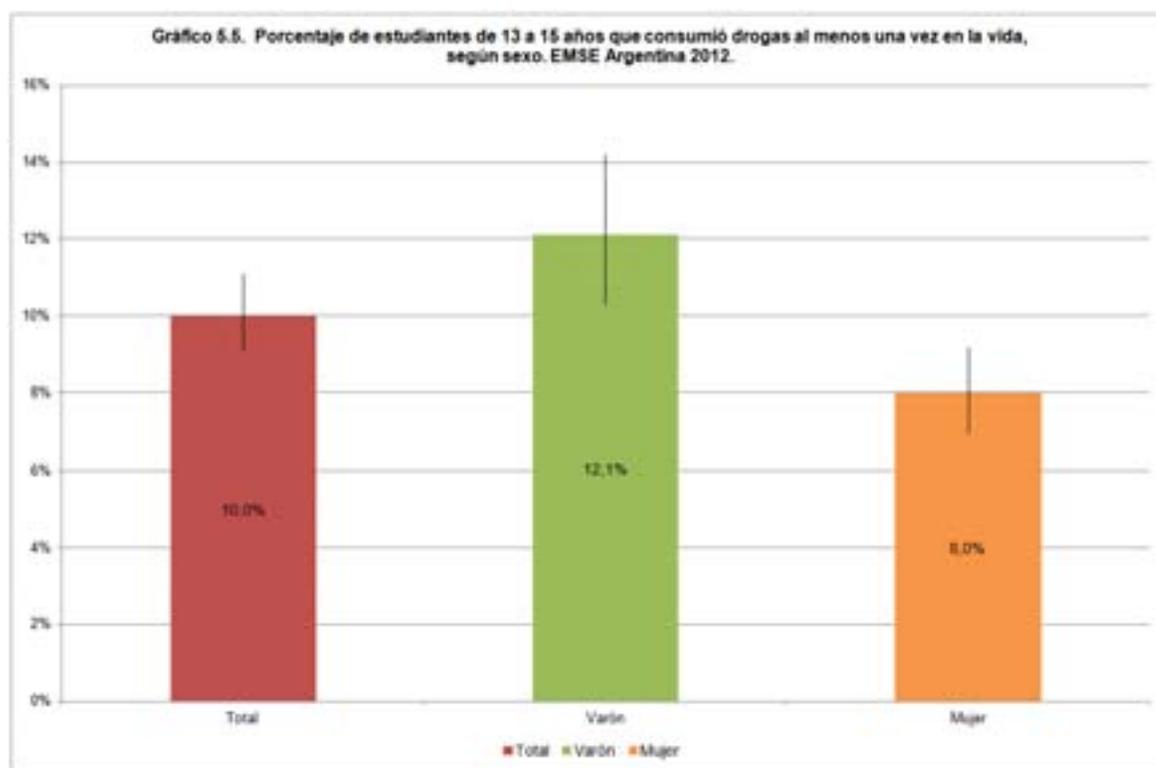




Con relación a la exposición al humo de tabaco ajeno, siete de cada diez estudiantes (73,4%) declararon que otras personas fumaron en su presencia al menos 1 de los últimos 7 días. Este indicador fue mayor entre mujeres (76,4% vs. 70,2% varones) y entre los estudiantes de 15 años (79,2% vs. 71,5% 14 años y 69,2% 13 años) (Tabla 5.3). También se registró mayor frecuencia de exposición al humo de tabaco ajeno entre los estudiantes con al menos uno de los padres o cuidadores fumadores que entre aquellos cuyos responsables no lo son (87,5%, IC95% 85,2% - 89,4% vs. 65,4%, IC95% 63,1% - 67,7%).

Drogas ilícitas

Al consultarles a los estudiantes sobre el consumo de drogas ilícitas, el 10% refirió haberlas usado al menos una vez en la vida. Este porcentaje fue mayor en varones (12,1%) que en mujeres (8%) (Gráfico 5.5) y también se evidenció mayor frecuencia a mayor edad. Asimismo, entre aquellos estudiantes que consumieron drogas ilícitas alguna vez, el 62% lo hizo antes de los 14 años (Tabla 5.5).



En cuanto al tipo de drogas consumidas, el 8,4% de los jóvenes encuestados consumió al menos una vez marihuana, el 3,4% paco, el 2,7% éxtasis y el 2,4% anfetaminas o metanfetaminas. Todas las drogas, exceptuando el paco, fueron consumidas alguna vez con mayor frecuencia entre los varones (Tabla 5.5).

En el análisis pudo comprobarse también que el consumo de drogas ilícitas fue más frecuente entre los estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida (27,2%, IC95% 24,5%-30%) que entre los que no se emborracharon (3,2%, IC95% 2,5%-4%). Asimismo, se observó un mayor porcentaje de consumo de drogas en aquellos que tuvieron problemas como consecuencia de haber bebido alcohol: 29,4% (IC95% 25,8%-33,4%) vs. 9,5% (IC95% 8,6%-10,5%).

Discusión

La mitad de los adolescentes escolarizados en Argentina consumió alcohol durante el último mes, y la mayoría lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Observamos también que el consumo de esta sustancia tuvo consecuencias nocivas inmediatas en al menos una quinta parte de los que bebieron alcohol.





Por otra parte, se evidenció que un alto porcentaje de estudiantes probaron cigarrillos antes de los 14 años. Si bien la proporción de jóvenes que fumaron al menos 1 de los últimos 30 días fue menor, deben sostenerse y reforzarse las políticas de control de tabaco en esta población. A diferencia de lo que sucede entre adultos, en la población de jóvenes los mayores porcentajes se registraron en mujeres y a mayor edad (9) y entre aquellos estudiantes con al menos uno de sus padres o cuidadores fumadores.

En cuanto a las drogas ilícitas, el 10% de los estudiantes refirieron haberlas utilizado alguna vez en la vida, siendo más frecuente el consumo en varones.

En Argentina la venta y expendio de alcohol y la venta de tabaco a menores de 18 años está prohibida por ley (10) (11). Sin embargo, esta encuesta evidencia la necesidad de profundizar las políticas de control de estas problemáticas, que garanticen entre otras cuestiones la implementación efectiva de la ley en todas las jurisdicciones del país.

Existe suficiente evidencia sobre intervenciones eficaces para incentivar la reducción del consumo de sustancias en jóvenes. Entre las principales medidas se recomienda el aumento del precio del alcohol y tabaco a través de impuestos. Vale aclarar que en nuestro país a pesar de que el impuesto al tabaco no es bajo (representando cerca del 70% del precio de venta), el precio de venta de los productos de tabaco es uno de los más bajos del continente.

En relación a las intervenciones para controlar el tabaquismo en la población, tras la entrada en vigencia del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (12), se elaboró en 2008 un plan de medidas MPOWER que proporcionan los instrumentos necesarios para disminuir el consumo de tabaco a nivel mundial. De sus siglas, se desprenden los ejes de estas medidas, a saber (13):

- M**onitorear (Monitor) vigilar el consumo de tabaco: obtener datos periódicos representativos a nivel nacional sobre indicadores claves del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.
- P**roteger (Protect) a la población del humo de tabaco: promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos libres de humo de tabaco en instituciones sanitarias y educativas y en lugares públicos cerrados.
- O**frece (Offer) ayuda para el abandono de tabaco: fortalecer los sistemas sanitarios para facilitar el asesoramiento para la cesación, en el marco de la atención primaria de la salud. Establecimiento de líneas telefónicas gratuitas de ayuda a la cesación tabáquica.
- A**dvertir (Warn) de los peligros del tabaco: impulsar las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco y fortalecer la publicidad antitabáquica.
- H**acer cumplir (Enforce) las leyes que prohíben la publicidad, promoción y patrocinio directo e indirecto de tabaco.
- A**umentar (Raise) los impuestos al tabaco: asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco.

Entre las medidas recomendadas para la reducción del consumo de alcohol se incluyen: el aumento de la edad mínima permitida para adquirir alcohol, la limitación del acceso al consumo de bebidas alcohólicas mediante la restricción de los horarios de venta y densidad de los locales de expendio y el establecimiento de áreas específicas de venta, la regulación de la graduación de alcohol en las bebidas y la regulación de la publicidad. En cuanto a evitar el daño asociado a estas conductas de riesgo se recomienda la regulación del límite permitido y control de alcoholemia en conductores para la prevención de lesiones de tránsito, lo cual reduce la trasmisión de esta enfermedad en personas usuarias de drogas endovenosas (1) (7) (8) (14) (15) (16).



Desde el Ministerio de Salud de la Nación, y en articulación con otros organismos gubernamentales, se aborda la problemática del consumo de sustancias en jóvenes utilizando diferentes estrategias. Algunas de ellas se enumeran a continuación (16) (17) (18):

- Legislación:
 - Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo (ley N° 24.788) y sus decretos reglamentarios 149/09 y 688/2009.
 - Ley Nacional de Regulación de la publicidad, promoción y consumo de productos de tabaco (ley N° 26.687), y su decreto reglamentario N° 602/2013 (19).
- Construcción de herramientas, como por ejemplo:
 - Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco.
 - Manual de escuelas libres de humo.
 - Manual de Municipios libres de humo.
 - Herramientas para la detección temprana, abordaje del consumo excesivo de alcohol, atención del consumo episódico excesivo de alcohol.
- Acciones de política comunicacional
- Acciones de sensibilización y capacitación para agentes de salud.
- Acciones territoriales para abordar la problemática del consumo de alcohol, tabaco y adicciones a otras sustancias (como por ejemplo, el Registro Nacional de Municipios Libres de Humo de Tabaco).
- Atención sanitaria en el Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Creación de Programas específicos como el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol (16), el Programa Nacional de Control de Tabaco (18), el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (20).
- Optimización de los indicadores de morbimortalidad asociada al consumo de sustancias, en articulación con el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Ginebra: WHO, 2011 [acceso 16 de abril de 2014]. Global status report on alcohol and health. Disponible en: <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>
2. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Mortalidad asociada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, Área de Investigaciones, 2012. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Mortalidad%20asociada%20al%20consumo%20SPA_2004_1010.pdf
3. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Análisis de supervivencia para la estimación de la edad de inicio en el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en población general, Argentina 2010. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, 2010. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificos-adicionales/analisis%20de%20supervivencia%20para%20la%20edad%20de%20inicio.pdf>
4. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Quinta Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, Área de Investigaciones, 2012. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Ense%3%B1anza%20Media%202011.pdf>
5. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2012. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
6. Calling time on young people's alcohol consumption. Lancet. 2008 Mar 15;371(9616):871.
7. Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington D.C: OPS, 2007. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
8. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. Lancet. 2007 Apr 21;369(9570):1391-401
9. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2012. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2013.
10. Ley Nacional de lucha contra el Alcoholismo. Ley 24.788. Boletín Oficial, 3 de abril de 1997. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24788-ley_nacional_lucha_contra.htm?2
11. Ley Nacional de Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de los Productos elaborados con Tabaco. Ley 26.687. Buenos Aires, 1 de junio de 2011. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26687-regulacion_publicidad_promocion_consumo.htm?9
12. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf?ua=1>
13. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo Ginebra: OMS, 2008. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1
14. World Health Organization. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, second report. Ginebra: WHO, 2007. Technical Report Series: 944 [acceso 22 de abril de 2014.]. Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y Políticas Públicas, segunda edición. Washington, D.C: OPS, 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/alcohol-politicas.pdf>
16. Ministerio de salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Promoción de Salud Mental y Control de Adicciones [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/>
17. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/>



18. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Control de Tabaco [acceso de 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/>

19. Reglamentación de la Ley 26.687 sobre regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Decreto 602/2013. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/decreto-nacional-602-2013-reglamentacion_ley_26687_sobre.htm?10

20. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>.



Tabla 5.1. Indicadores de alcohol entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Bebió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (de los que bebieron alguna vez)	75,9% (74,7% - 77,1%)	78,7% (76,7% - 80,5%)	73,3% (71,5% - 75,0%)	100,0% (100,0% - 100,0%)	78,5% (76,3% - 80,5%)	59,8% (56,7% - 62,7%)
Bebió alcohol al menos 1 de los últimos 30 días	50,0% (47,6% - 52,5%)	49,3% (46,3% - 52,2%)	50,7% (47,8% - 53,7%)	36,3% (33,5% - 39,3%)	50,8% (48,0% - 53,6%)	60,4% (57,0% - 63,7%)
Bebió por lo general 2 o más tragos los días que bebió alcohol en los últimos 30 días (de los que bebieron en los últimos 30 días)	62,9% (61,3% - 64,4%)	63,4% (61,0% - 65,8%)	62,4% (60,3% - 64,4%)	54,9% (51,4% - 58,3%)	63,2% (60,5% - 65,8%)	66,7% (63,6% - 69,6%)
Se emborrachó al menos una vez en la vida	27,9% (26,0% - 29,9%)	28,9% (26,4% - 31,6%)	26,8% (24,7% - 28,9%)	15,4% (13,3% - 17,9%)	27,0% (24,7% - 29,5%)	39,1% (36,0% - 42,2%)
Alguna vez en la vida tuvo resaca, se sintió enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó a la escuela o participó en peleas como resultado de haber bebido alcohol	19,7% (18,2% - 21,3%)	19,3% (17,3% - 21,4%)	20,1% (18,5% - 21,7%)	12,9% (11,0% - 15,0%)	18,3% (16,2% - 20,7%)	26,9% (24,1% - 30,0%)
Intentó comprar bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad	26,7% (23,0% - 30,7%)	29,4% (24,0% - 35,4%)	23,2% (20,3% - 26,3%)	23,8% (19,7% - 28,4%)	31,9% (26,5% - 37,8%)	23,1% (18,9% - 27,9%)
Vio publicidades de bebidas alcohólicas diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días	42,7% (40,3% - 45,0%)	40,5% (37,2% - 44,0%)	44,6% (42,5% - 46,8%)	40,3% (37,1% - 43,5%)	42,8% (40,1% - 45,5%)	44,5% (40,8% - 48,1%)

Tabla 5.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de alcohol entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Bebió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (de los que bebieron alguna vez)	72,8% (67,6% - 77,5%)	71,9% (65,7% - 77,4%)	73,9% (67,3% - 79,5%)	75,9% (74,7% - 77,1%)	78,7% (76,7% - 80,5%)	73,3% (71,5% - 75,0%)
Bebió alcohol al menos 1 de los últimos 30 días	51,8% (45,6% - 57,8%)	55,4% (47,2% - 63,3%)	49,0% (43,2% - 54,8%)	50,0% (47,6% - 52,5%)	49,3% (46,3% - 52,2%)	50,7% (47,8% - 53,7%)
Bebió por lo general 2 o más tragos los días que bebió alcohol en los últimos 30 días (de los que bebieron en los últimos 30 días)	35,3% (30,3% - 40,7%)	35,1% (29,2% - 41,4%)	35,8% (28,7% - 43,5%)	62,9% (61,3% - 64,4%)	63,4% (61,0% - 65,8%)	62,4% (60,3% - 64,4%)
Se emborrachó al menos una vez en la vida	28,9% (25,0% - 33,2%)	30,9% (25,3% - 37,2%)	27,1% (22,8% - 31,7%)	27,9% (26,0% - 29,9%)	28,9% (26,4% - 31,6%)	26,8% (24,7% - 28,9%)
Alguna vez en la vida tuvo resaca, se sintió enfermo, tuvo problemas con su familia o amigos, faltó a la escuela o participó en peleas como resultado de haber bebido alcohol	19,4% (16,6% - 22,6%)	20,7% (16,0% - 26,4%)	18,4% (15,8% - 21,3%)	19,7% (18,2% - 21,3%)	19,3% (17,3% - 21,4%)	20,1% (18,5% - 21,7%)
Intentó comprar bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad	23,2% (17,1% - 30,7%)	30,2% (23,4% - 38,0%)	15,6% (8,9% - 25,9%)	26,7% (23,0% - 30,7%)	29,4% (24,0% - 35,4%)	23,2% (20,3% - 26,3%)
Vio publicidades de bebidas alcohólicas diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días	41,3% (34,3% - 48,6%)	36,5% (29,5% - 44,2%)	45,5% (38,0% - 53,3%)	42,7% (40,3% - 45,0%)	40,5% (37,2% - 44,0%)	44,6% (42,5% - 46,8%)

Tabla 5.3. Indicadores de tabaco entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Probó cigarrillos por primera vez antes de los 14 años (de los que fumaron cigarrillos alguna vez)	75,5% (73,3% - 77,6%)	77,0% (73,9% - 79,8%)	74,2% (71,7% - 76,6%)	100,0% (100,0% - 100,0%)	78,1% (75,0% - 80,9%)	62,5% (59,4% - 65,5%)
Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días	18,8% (17,7% - 20,0%)	17,0% (15,4% - 18,7%)	20,5% (19,0% - 22,0%)	12,2% (10,5% - 14,2%)	18,9% (17,4% - 20,6%)	24,1% (22,1% - 26,1%)
Estuvo expuesto al humo de tabaco ajeno al menos 1 de los últimos 7 días	73,4% (71,8% - 75,0%)	70,2% (68,0% - 72,3%)	76,4% (74,6% - 78,2%)	69,2% (66,5% - 71,7%)	71,5% (69,3% - 73,5%)	79,2% (77,2% - 81,1%)
Uno o ambos padres o cuidadores consumidores de tabaco	36,4% (34,7% - 38,2%)	37,1% (34,5% - 39,7%)	35,9% (34,0% - 37,9%)	34,0% (30,9% - 37,2%)	37,1% (34,3% - 40,0%)	37,6% (35,7% - 39,6%)
Intentó comprar cigarrillos en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad	23,8% (21,0% - 26,8%)	24,9% (20,6% - 29,8%)	22,3% (18,9% - 26,1%)	22,8% (17,0% - 29,8%)	24,5% (21,5% - 27,8%)	23,7% (20,4% - 27,3%)

Tabla 5.4. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de tabaco entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Probó cigarrillos por primera vez antes de los 14 años (de los que fumaron cigarrillos alguna vez)	74,1% (66,5% - 80,5%)	77,1% (68,2% - 84,1%)	71,9% (59,8% - 81,5%)	75,5% (73,3% - 77,6%)	77,0% (73,9% - 79,8%)	74,2% (71,7% - 76,6%)
Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días	21,0% (17,6% - 24,8%)	19,8% (15,2% - 25,4%)	21,9% (18,1% - 26,4%)	18,8% (17,7% - 20,0%)	17,0% (15,4% - 18,7%)	20,5% (19,0% - 22,0%)
Estuvo expuesto al humo de tabaco ajeno al menos 1 de los últimos 7 días	75,9% (72,8% - 78,8%)	75,2% (70,2% - 79,5%)	76,5% (74,1% - 78,8%)	73,4% (71,8% - 75,0%)	70,2% (68,0% - 72,3%)	76,4% (74,6% - 78,2%)
Uno o ambos padres o cuidadores consumidores de tabaco	37,3% (33,1% - 41,8%)	37,8% (32,0% - 43,9%)	36,7% (32,5% - 41,1%)	36,4% (34,7% - 38,2%)	37,1% (34,5% - 39,7%)	35,9% (34,0% - 37,9%)
Intentó comprar cigarrillos en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad	20,6% (14,5% - 28,4%)	27,2% (19,8% - 36,1%)	14,9% (7,5% - 27,5%)	23,8% (21,0% - 26,8%)	24,9% (20,6% - 29,8%)	22,3% (18,9% - 26,1%)

Tabla 5.5. Indicadores de drogas ilícitas entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Consumió drogas por primera vez antes de los 14 años (de los que consumieron alguna vez)	62,0% (54,3% - 69,1%)	61,8% (52,3% - 70,5%)	61,7% (54,5% - 68,4%)	100% (100% - 100%)	69,6% (62,7% - 75,7%)	46,7% (38,0% - 55,5%)
Consumió drogas al menos una vez en la vida	10,0% (9,1% - 11,1%)	12,1% (10,3% - 14,2%)	8,0% (7,0% - 9,2%)	5,7% (4,8% - 6,7%)	8,8% (7,4% - 10,6%)	15,0% (12,8% - 17,4%)
Consumió marihuana al menos una vez en la vida	8,4% (7,4% - 9,6%)	10,6% (8,8% - 12,6%)	6,5% (5,6% - 7,5%)	4,2% (3,5% - 5,0%)	7,2% (6,1% - 8,5%)	13,3% (11,1% - 15,8%)
Consumió paco al menos una vez en la vida	3,4% (2,9% - 4,0%)	3,6% (2,9% - 4,5%)	3,1% (2,6% - 3,7%)	2,7% (2,0% - 3,8%)	3,3% (2,6% - 4,2%)	4,0% (3,2% - 4,9%)
Consumió éxtasis al menos una vez en la vida	2,7% (2,3% - 3,3%)	3,5% (2,9% - 4,3%)	1,9% (1,5% - 2,5%)	2,4% (1,8% - 3,4%)	2,6% (2,0% - 3,3%)	3,1% (2,5% - 3,9%)
Consumió anfetaminas o metanfetaminas al menos una vez en la vida	2,4% (1,9% - 2,9%)	3,1% (2,4% - 4,0%)	1,6% (1,2% - 2,1%)	1,8% (1,2% - 2,8%)	2,3% (1,8% - 3,0%)	2,9% (2,3% - 3,6%)



Capítulo 6

VIOLENCIA Y LESIONES NO INTENCIONALES

Introducción

Por “lesión por causas externas” se entiende el daño físico que resulta cuando el cuerpo humano es sometido a niveles de energía que sobrepasan su margen de tolerancia (1). Estas lesiones se pueden desagregar en dos grandes subgrupos: a) intencionales, que incluyen suicidios y homicidios; y b) no intencionales, conformadas por las lesiones asociadas al tránsito y otras. También abarcan aquellas lesiones cuya intencionalidad no puede identificarse, que se engloban en la categoría “lesión por causa externa de intención indeterminada” (2).

Las lesiones por causas externas constituyen un problema de salud pública de relevancia a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud alrededor de 5,8 millones de personas fallecen anualmente por estas causas en el mundo (3).

En Argentina en el año 2012 se registró un total de 294.270 defunciones por causas definidas, de las cuales el 6,9% fueron por lesiones por causas externas. En los niños y adolescentes menores de 15 años constituye la primera causa de muerte, siendo la población masculina la más vulnerable (4).

En este capítulo se indagaron diferentes aspectos relacionados con la exposición a la violencia y lesiones no intencionales. Se analizó la prevalencia de las lesiones graves así como también en qué medida los/as adolescentes sufrieron actos de intimidación. Este concepto, conocido internacionalmente como *bullying* (5), refiere a la situación en la que un estudiante o grupo de estudiantes le dicen o le hacen cosas malas y/o bromas desagradables a otro estudiante, así como también la exclusión deliberada. Por último, en cuanto a las lesiones no intencionales se analizaron aspectos vinculados con la seguridad vial de la población adolescente.

Metodología

En este módulo se indagaron diferentes aspectos relacionados con la exposición a la violencia y a las lesiones no intencionales mediante los siguientes indicadores: fue agredido/a físicamente en los últimos 12 meses; sufrió lesiones de gravedad al menos una vez durante los últimos 12 meses; tuvo una fractura o dislocación de una articulación como lesión más seria (de los que sufrieron lesiones en los últimos 12 meses); participó en una pelea en los últimos 12 meses; fue intimidado/a en los últimos 30 días; fue golpeado/a, pateado/a, empujado/a o encerrado/a (de los que fueron intimidados/as en los últimos 30 días); la lesión más grave que sufrió fue debido a un accidente automovilístico o atropellamiento por un vehículo motorizado (de los que fueron gravemente lesionados en los últimos 12 meses); nunca o rara vez usó cinturón de seguridad (de los que viajaron en un vehículo manejado por otra persona durante los últimos 30 días); viajó en un auto u otro vehículo en el que el conductor había tomado alcohol (de los que se subieron a un vehículo durante los últimos 30 días).

Resultados

Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 evidenciaron que alrededor de un cuarto de los adolescentes encuestados (24,8%) refirió haber sido agredido físicamente al menos una vez en los últimos 12 meses (Tabla 6.1). Esto se observó con mayor frecuencia en varones (30%) que en mujeres (20%) (Gráfico 6.1).

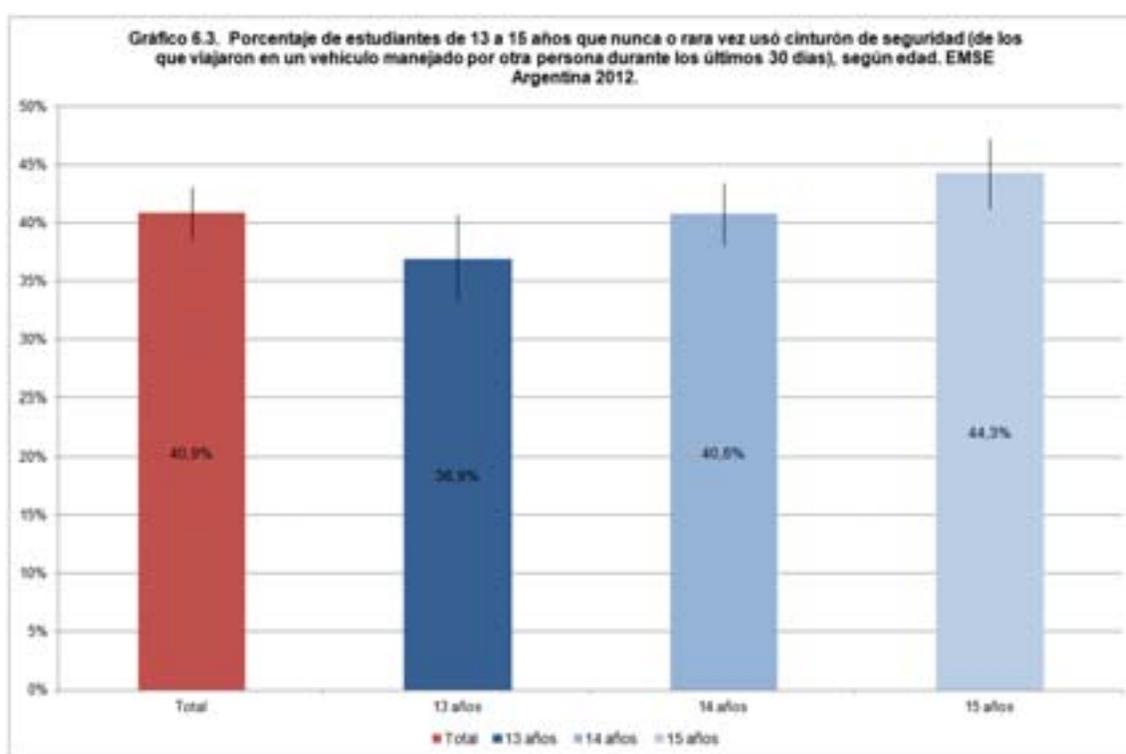
Por otra parte, un tercio de los estudiantes encuestados dijo haber sufrido al menos una lesión de gravedad en

el último año (33,3%) (Tabla 6.1), siendo este porcentaje más alto entre los varones (42,1% vs. 25,2% mujeres) (Gráfico 6.1).

Entre los estudiantes que fueron heridos de gravedad en los últimos 12 meses, el 25,9% señaló que la lesión más seria que sufrió fue haberse fracturado un hueso o haberse dislocado una articulación, sin registrarse diferencias por sexo (Tabla 6.1).

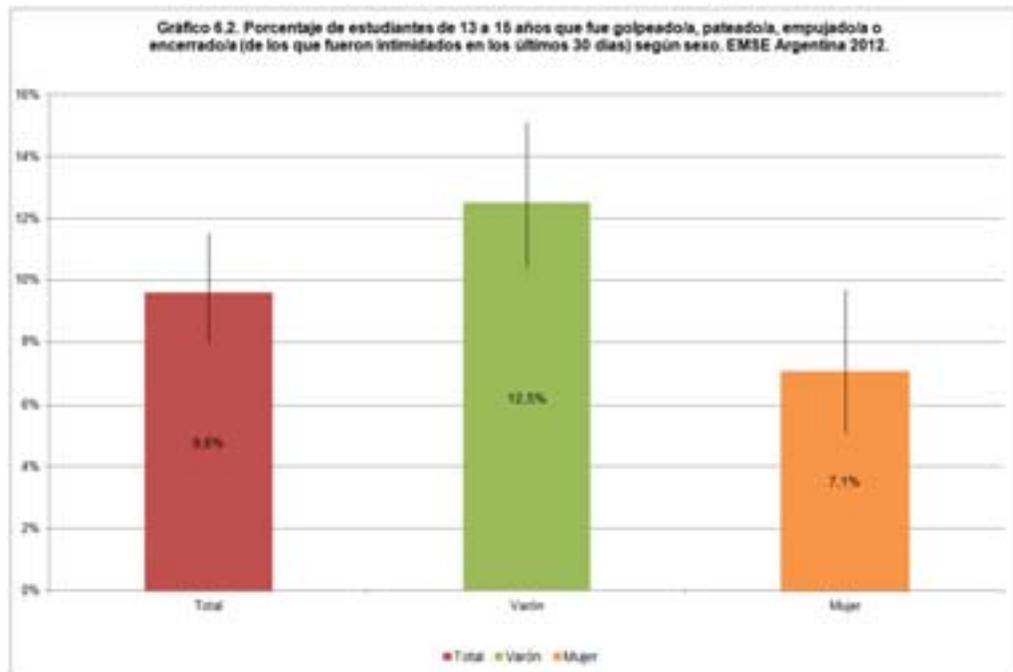
Al consultarles a los estudiantes acerca de su participación en una pelea física al menos una vez en el último año, el 34,1% declaró haberlo hecho (Tabla 6.1). Este comportamiento resultó más frecuente en varones (44,2% vs. 24,7% mujeres) (Gráfico 6.1). Asimismo, se evidenció un crecimiento de este indicador en relación a la EMSE 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 6.2).

No se registraron diferencias en los indicadores de violencia según edad.



De acuerdo a los resultados de la EMSE 2012 el 24,5% de los jóvenes encuestados declaró que fue intimidado uno o más días, durante los últimos 30 días. No se registraron diferencias en el indicador según sexo o edad (Tabla 6.3)

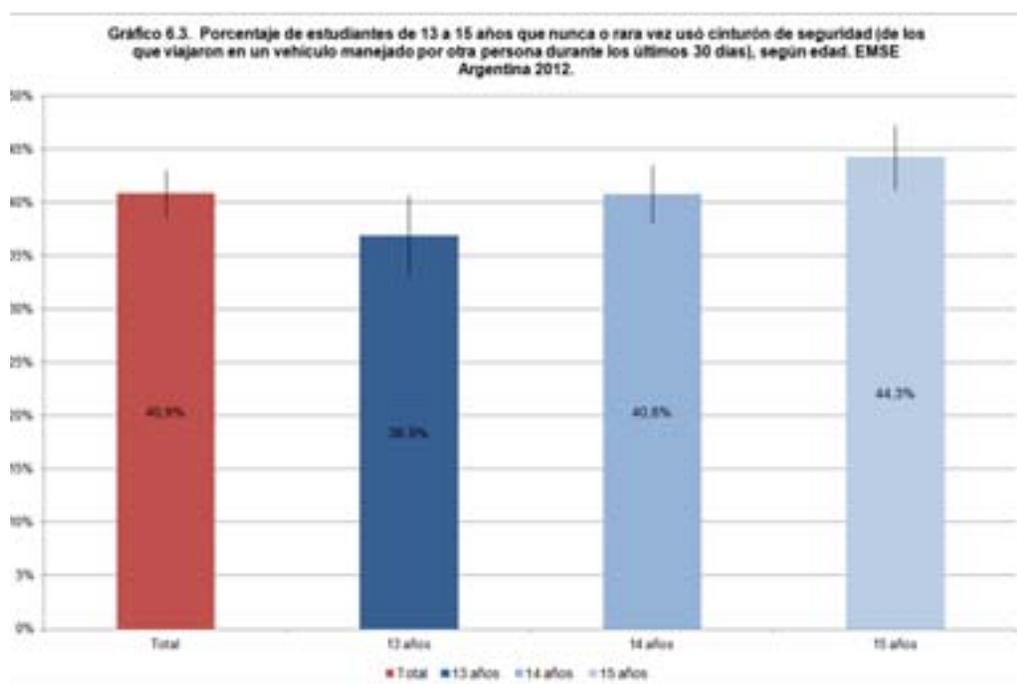
Entre los adolescentes que fueron intimidados en los últimos 30 días, el 9,6% fue maltratado la mayoría de las veces con golpes, patadas, empujones o fue encerrado (Tabla 6.3). Este porcentaje fue más elevado en varones (12,5%) que en mujeres (7,1%), sin detectarse diferencias por edad (Gráfico 6.2).



Los indicadores sobre intimidación no registraron variaciones con respecto a la EMSE 2007 (Tabla 6.4).

Entre los estudiantes que sufrieron al menos una lesión grave en los últimos 12 meses, el 7,3% sufrió su herida más seria a causa de un accidente automovilístico o por haber sido atropellado por un vehículo motorizado, sin evidenciarse diferencias significativas por sexo o edad (Tabla 6.5). Este fue el único indicador de seguridad vial relevado en la EMSE 2007, sin registrarse cambios con relación a la EMSE 2012 (Tabla 6.6).

En relación con el uso de cinturón de seguridad, entre los estudiantes que declararon haberse subido a un vehículo conducido por otra persona en los últimos 30 días, el 40,9% mencionó que nunca o rara vez usó cinturón de seguridad (Tabla 6.5). Este indicador fue mayor en los estudiantes de 15 años (44,3%) y más bajo en los adolescentes 13 años (36,9%) (Gráfico 6.3). No se registraron diferencias por sexo.





Respecto al consumo de alcohol al conducir, entre los jóvenes que declararon haberse subido a un vehículo conducido por otra persona en el último mes, el 31,9% manifestó que el conductor había bebido alcohol. Este comportamiento resultó más frecuente en varones (35,3% vs. 28,8% mujeres), y en los estudiantes de mayor edad (27,3% 13 años; 35,7% 15 años) (Tabla 6.5).

Discusión

Los resultados evidenciaron que los hechos violentos fueron habituales entre los estudiantes. La población masculina fue la más vulnerable dado que fue este grupo el que declaró haber sufrido en mayor medida actos de agresión física y lesiones de gravedad. Además, su participación en peleas físicas fue casi el doble que la de las mujeres y son quienes sufrieron mayor maltrato entre los que manifestaron haber sido intimidados.

Con relación a los resultados analizados sobre intimidación, no se evidenciaron cambios respecto a la encuesta realizada en el año 2007, excepto el indicador de participación en alguna pelea en los últimos 12 meses que creció un poco más de cuatro puntos porcentuales en relación con la EMSE 2007.

Para realizar acciones de prevención de la violencia escolar, es importante contar con un marco conceptual adecuado que permita distinguir las dimensiones del fenómeno y poder aplicar medidas específicas dirigidas a actuar sobre cada aspecto de forma diferenciada. Por otra parte el marco normativo (Ley 29682; Resolución 217/14 CFE) en lo que respecta a la convivencia escolar, reúne un conjunto de conceptualizaciones actualizadas y establece que las situaciones complejas que se manifiestan en la escuela tendrán que ser abordadas institucionalmente para poder no sólo responder frente a cada situación particular sino, principalmente, generar condiciones que habiliten a enseñar y aprender juntos (6) (7).

El Observatorio de Violencia en las Escuelas del Ministerio de Educación de la Nación analiza la violencia escolar desde un enfoque relacional que no apunta a identificar a las personas como “violentas” o como “víctimas” de forma aislada sino que contempla los comportamientos de las personas enmarcadas en un contexto social. De esta forma se pueden analizar los diferentes “roles” que cumplen las personas que participaron en un hecho de violencia como también los diferentes “espacios”, como puede ser el aula, en un contexto social determinado. A su vez, diferencia tres niveles de violencia. En primer lugar, identifica los fenómenos de hostigamiento, que incluyen tanto las incivildades (como las burlas puntuales, el hacer a un lado a uno o más compañeros, las “cargadas” ocasionales, la sustracción o destrucción de elementos menores) como los fenómenos más sutiles pero igualmente insidiosos de discriminación y estigmatización. En segundo lugar, se encuentran las agresiones de intensidad moderada, como lo son aquellas situaciones que involucren el uso de la fuerza o la amenaza de hacerlo, así como el abuso sostenido, que la literatura reciente denomina “bullying”. Por último, los hechos serios de violencia como exhibición y uso de armas, o la provocación de lesiones serias (8).

A la hora de diseñar acciones de prevención de hechos de violencia en las escuelas un estudio realizado por UNICEF y el Ministerio de Educación de la Nación (9) destaca la importancia de la gestión del clima educativo, dado que el mismo está fuertemente asociado a la mayor o menor presencia de situaciones conflictivas y de violencia en las escuelas. Se recomienda fomentar una mayor participación de los jóvenes así como también tener en cuenta el contexto, ya que tanto la percepción del mayor grado de violencia en la zona donde se encuentra la escuela, como la mayor facilidad para obtener bebidas alcohólicas y drogas en la misma zona, favorecen la aparición de situaciones conflictivas y de violencia al interior de las escuelas.

Asimismo, las resoluciones del Consejo Federal de Educación -especialmente la N° 93/09 y 217/14 antes referida- expresan la importancia de la convivencia escolar configurada por los espacios colectivos de decisión





y participación de los estudiantes, las reglas acordadas expresadas en los acuerdos de convivencia escolar y los procesos habilitantes para resignificar la institucionalidad de la escuela entendida como un espacio privilegiado de encuentro entre pares e intergeneracional (7) (10). En este sentido resulta importante generar espacios de reflexión conjunta para revisar la propuesta escolar, los espacios, los tiempos y los agrupamientos, por ejemplo los tendientes a fortalecer la trama de la escuela y crear lazos con las diferentes organizaciones del territorio en un trabajo intersectorial (Salud – Desarrollo Social).

En cuanto a las acciones de prevención en seguridad vial, la OMS, en conjunto con otras organizaciones como el Banco Mundial, la Road Safety Partnership (GRSP) y la Fundación FIA (Federación Internacional del Automóvil), prioriza cinco tópicos: el uso de cinturón de seguridad y uso de asiento de seguridad para niños; el uso de casco; control de alcohol; velocidad; y medidas del entorno (vías de circulación, infraestructura) (11) Las intervenciones deben ser diseñadas y llevadas a cabo bajo un enfoque multisectorial, interdisciplinario y comunitario (12).

Desde el 2008, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta con el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones, de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Su fin es contribuir a la disminución de la morbilidad por esta causa llevando a cabo acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de lesiones coordinando esfuerzos con actores clave, tanto en el campo sanitario como en el campo de la seguridad vial, justicia y educación, entre otros (13).



Referencias bibliográficas

1. Robertson, LS. *Injuries: Causes, Control Strategies, and Public Policy*. Massachusetts: Lexington Books, Division of D.C. Heath and Company; 1983.
2. World Health Organization (WHO). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Volume 2. Instruction Manual; 2010 edition*. Geneva: WHO; 2010 [acceso 25 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1
3. World Health Organization (WHO). *Violence, Injuries and Disability, Biennial Report 2008-2009*. Geneva: WHO; 2010 [acceso 25 de abril de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599474_eng.pdf?ua=1
4. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. *Estadísticas Vitales. Información básica – Año 2012*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. Serie 5 - Número 56 [acceso 25 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro56.pdf>
5. Pasqualini, D. y Llorens, A. compiladores. *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2010 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>
6. Ley Para la promoción de la convivencia y el abordaje de la conflictividad social en las instituciones educativas. Ley N° 26892 de 1 octubre de 2013. Boletín Oficial del Estado, n° 32.737, (04-10-2013) [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/index.castle?s=1&fea=04/10/2013>
7. Resolución N° 217/14. Anexo. Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar. Consejo Federal de Educación (CDE) [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res14/217-14.pdf> http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res14/217-14_01.pdf
8. Ministerio de Educación de la Nación. Relevamiento cuantitativo sobre violencia en las escuelas desde la mirada de los alumnos. Ministerio de Educación de la Nación; 2010 [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://portal.educacion.gov.ar/elministerio/files/2013/07/ONE2010.pdf>
9. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Clima, conflictos y violencia en las escuelas*. UNICEF Argentina; 2011 [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/clima_conflicto_violencia_escuelas.pdf
10. Resolución N° 93/09. Anexo. Orientaciones para la organización pedagógica e institucional de la educación secundaria obligatoria. Consejo Federal de Educación (CDE) [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/res09/93-09-anexo.pdf>
11. World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Road Safety. Time for action*. Geneva: WHO; 2009 [acceso 25 de abril de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf
12. Norton, R., Hyder, A., Bishai, D., and Peden, M. Unintentional Injuries. En: Jamison DT, Breman, JG.; Measham, AR.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, DB.; Jha, P.; Mills, A. and Musgrove, P; editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2006. P. 737-754.
13. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones [acceso 25 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/prevencion-y-control-de-lesiones>

Tabla 6.1. Indicadores de lesiones entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Fue agredido/a físicamente en los últimos 12 meses	24,8% (23,5% - 26,2%)	30,0% (28,1% - 32,0%)	20,0% (18,6% - 21,6%)	25,2% (23,0% - 27,5%)	25,1% (23,1% - 27,1%)	24,3% (22,4% - 26,3%)
Sufrió lesiones de gravedad al menos una vez durante los últimos 12 meses	33,3% (31,6% - 35,1%)	42,1% (39,9% - 44,4%)	25,2% (23,1% - 27,4%)	32,2% (29,1% - 35,5%)	33,5% (31,6% - 35,5%)	34,1% (31,0% - 37,3%)
Tuvo una fractura o dislocación de una articulación como lesión más seria (de los que sufrieron lesiones en los últimos 12 meses)	25,9% (22,3% - 29,9%)	28,6% (23,0% - 34,8%)	21,7% (18,8% - 25,0%)	27,0% (21,8% - 33,0%)	26,3% (21,2% - 32,1%)	24,7% (19,8% - 30,2%)
Participó en una pelea en los últimos 12 meses	34,1% (32,5% - 35,7%)	44,2% (41,7% - 46,7%)	24,7% (23,1% - 26,3%)	33,8% (31,3% - 36,5%)	34,7% (32,6% - 37,0%)	33,4% (31,4% - 35,5%)

Tabla 6.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de violencia intencional entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Fue agredido/a físicamente en los últimos 12 meses	25,3% (21,6% - 29,4%)	31,7% (26,8% - 37,0%)	19,9% (16,2% - 24,2%)	24,8% (23,5% - 26,2%)	30,0% (28,1% - 32,0%)	20,0% (18,6% - 21,6%)
Sufrió lesiones de gravedad al menos una vez durante los últimos 12 meses	34,4% (31,4% - 37,6%)	44,1% (40,0% - 48,3%)	26,1% (22,6% - 29,9%)	33,3% (31,6% - 35,1%)	42,1% (39,9% - 44,4%)	25,2% (23,1% - 27,4%)
Tuvo una fractura o dislocación de una articulación como lesión más seria (de los que sufrieron lesiones en los últimos 12 meses)	28,5% (23,5% - 34,0%)	32,9% (26,4% - 40,0%)	22,2% (16,5% - 29,2%)	25,9% (22,3% - 29,9%)	28,6% (23,0% - 34,8%)	21,7% (18,8% - 25,0%)
Participó en una pelea en los últimos 12 meses	29,8% (26,0% - 34,0%)	42,8% (37,7% - 48,1%)	18,6% (14,3% - 23,8%)	34,1% (32,5% - 35,7%)	44,2% (41,7% - 46,7%)	24,7% (23,1% - 26,3%)

Tabla 6.3. Indicadores de intimidación entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Fue intimidado/a en los últimos 30 días	24,5% (22,8% - 26,3%)	24,8% (22,1% - 27,6%)	24,2% (22,0% - 26,5%)	26,1% (23,6% - 28,7%)	25,3% (22,8% - 27,9%)	22,4% (20,5% - 24,5%)
Fue golpeado/a, pateado/a, empujado/a o encerrado/a (de los que fueron intimidados/as en los últimos 30 días)	9,6% (8,0% - 11,5%)	12,5% (10,4% - 15,1%)	7,1% (5,1% - 9,7%)	7,9% (5,5% - 11,2%)	10,6% (7,7% - 14,3%)	10,0% (7,8% - 12,8%)

Tabla 6.4. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de intimidación entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Fue intimidado/a en los últimos 30 días	26,1% (21,9% - 30,8%)	26,8% (21,3% - 33,0%)	25,8% (21,8% - 30,1%)	24,5% (22,8% - 26,3%)	24,8% (22,1% - 27,6%)	24,2% (22,0% - 26,5%)
Fue golpeado, pateado, empujado o encerrado (de los que fueron intimidados/as en los últimos 30 días)	10,3% (5,5% - 18,3%)	14,8% (8,4% - 24,7%)	6,4% (2,6% - 15,0%)	9,6% (8,0% - 11,5%)	12,5% (10,4% - 15,1%)	7,1% (5,1% - 9,7%)

Tabla 6.5. Indicadores de seguridad vial entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
La lesión más grave que sufrió fue debido a un accidente automovilístico o atropellamiento por un vehículo motorizado (de los que fueron gravemente lesionados en los últimos 12 meses)	7,3% (5,9% - 9,1%)	8,4% (6,2% - 11,1%)	5,7% (4,3% - 7,4%)	5,5% (3,6% - 8,3%)	7,6% (5,5% - 10,5%)	8,4% (5,8% - 11,9%)
Nunca o rara vez usó cinturón de seguridad (de los que viajaron en un vehículo manejado por otra persona durante los últimos 30 días)	40,9% (38,7% - 43,1%)	40,2% (37,1% - 43,4%)	41,4% (39,1% - 43,8%)	36,9% (33,3% - 40,7%)	40,8% (38,1% - 43,5%)	44,3% (41,3% - 47,3%)
Viajó en un auto u otro vehículo en el que el conductor había tomado alcohol (de los que se subieron a un vehículo durante los últimos 30 días)	31,9% (29,6% - 34,3%)	35,3% (32,3% - 38,4%)	28,8% (26,3% - 31,5%)	27,3% (24,2% - 30,6%)	31,8% (28,9% - 34,8%)	35,7% (32,5% - 39,0%)

Tabla 6.6. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de seguridad vial entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
La lesión más grave que sufrió fue un accidente automovilístico o atropellamiento por un vehículo motorizado (de los que fueron gravemente lesionados en los últimos 12 meses)	3,7% (2,1% - 6,6%)	3,7% (1,5% - 7,2%)	4,4% (1,9% - 9,9%)	7,3% (5,9% - 9,1%)	8,4% (6,2% - 11,1%)	5,7% (4,3% - 7,4%)

Capítulo 7

SALUD MENTAL

Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y adolescentes es aproximadamente del 20%, del cual entre un 4% y 6% requiere una intervención clínica. En los adolescentes la ansiedad y depresión son los padecimientos más frecuentes, estando ambas patologías fuertemente asociadas al comportamiento suicida, el cual incluye desde la ideación suicida y la elaboración de planes e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado (1).

A nivel mundial, el suicidio representa la segunda causa de muerte en población joven. En nuestro país el suicidio se presenta entre las cinco primeras causas de mortalidad entre los 15 y 44 años, teniendo un alto impacto en términos de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). (2). Aproximadamente tres mil personas se suicidan por año, representando una tasa bruta de mortalidad anual cercana a 8 por cada 100.000 habitantes. Si bien esta tasa se ha mantenido estable en los últimos 20 años, cuando analizamos la composición por edad, notamos que el perfil etario ha cambiado debido a un incremento significativo entre los grupos de edad más jóvenes, sumado a una reducción en las tasas entre individuos mayores de 55 años (3).

Entre los factores relacionados con el riesgo de cometer suicidio en adolescentes se encuentran: el grado de integración social, la percepción de apoyo por parte de familia y amigos, el abuso o negligencia en la infancia y la intimidación y/o agresión por parte de los pares (4).

Las preguntas de este módulo permiten analizar algunos de los principales factores de riesgo de suicidio, como los sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza, la pérdida de sueño debido a preocupaciones, la sociabilidad expresada en la presencia o ausencia de amigos cercanos, como también el propio comportamiento suicida indagando acerca de pensamientos, elaboración de planes e intento efectivo de suicidio.

Métodos

Se evaluaron los siguientes indicadores de salud mental: se sintió solo/a siempre o casi siempre en los últimos 12 meses; estuvo tan preocupado/a por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses; se sintió tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses; consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses; hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses; intentó suicidarse al menos una vez durante los últimos 12 meses; sin amigos muy cercanos.

Resultados

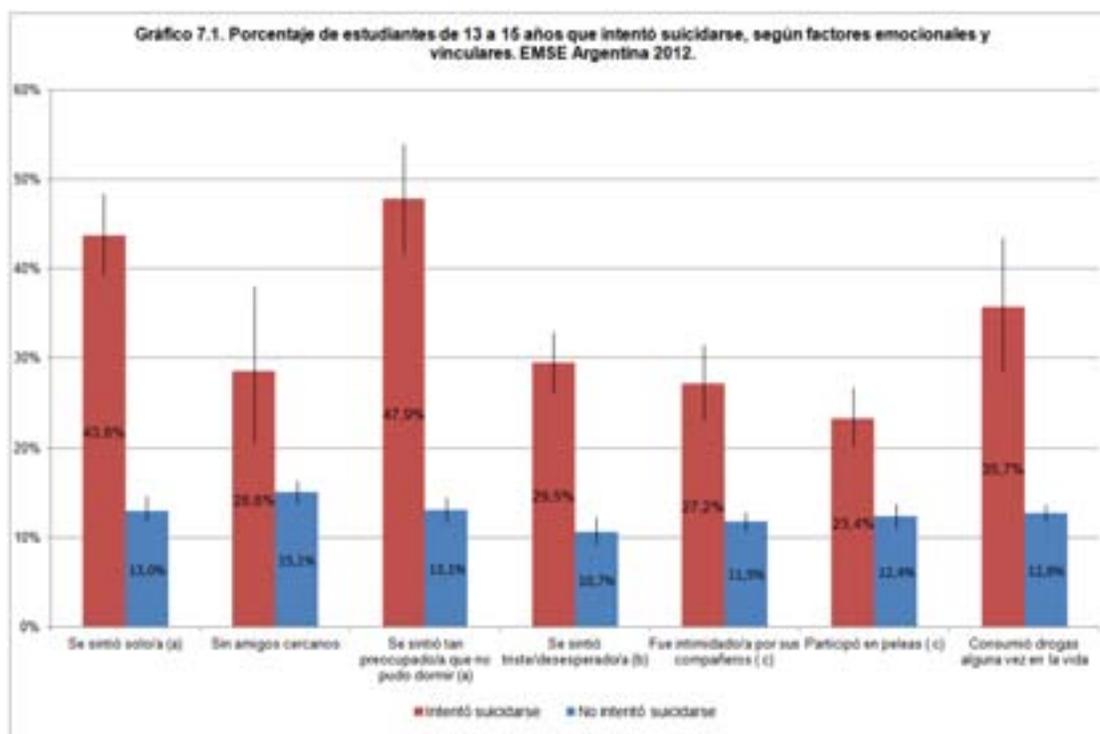
El 16,9% de los adolescentes consideró la posibilidad de suicidarse y el 16,2% intentó suicidarse en el último año (Tabla 7.1). Las provincias con los porcentajes más altos de intentos de suicidios fueron Salta (24,9%), Catamarca (23,8%) y Neuquén (23,8%), mientras que los más bajos se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (12,2%) y en la provincia de La Pampa (12,7%).

En cuanto a la pregunta sobre si hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses, un 16,1% de

los jóvenes afirmó haberlo hecho (Tabla 7.1). Es importante destacar que entre los que efectivamente intentaron suicidarse un 60% afirmó haber ideado un plan contra un 40% que no lo hizo. Se evidenció asimismo un crecimiento de este indicador en relación a la encuesta realizada en el año 2007 ($p < 0,05$) (Tabla 7.2)

Con relación a las preguntas sobre los sentimientos de soledad, tristeza, desesperanza y preocupación, observamos que en el último año un 9,3% de los adolescentes manifestó haberse sentido solo/a siempre o casi siempre; un porcentaje similar (8,6%) estuvo tan preocupado por algo que le ha impedido dormir siempre o casi siempre. El 27% declaró haberse sentido tan triste o desesperado/a, casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que ha dejado de hacer sus actividades habituales. Asimismo se les consultó sobre la cantidad de amigos íntimos y el 5,2% de los jóvenes afirmó no tener amigos muy cercanos (Tabla 7.1).

A continuación analizamos la asociación entre el intento de suicidio y los indicadores recientemente descriptos, así como otros mencionados en módulos anteriores. Por ejemplo, observamos que, de los que se sintieron solos, un 43,8% intentó suicidarse, mientras que entre aquellos que no se sintieron solos dicho porcentaje fue menor (13%) (Gráfico 7.1).

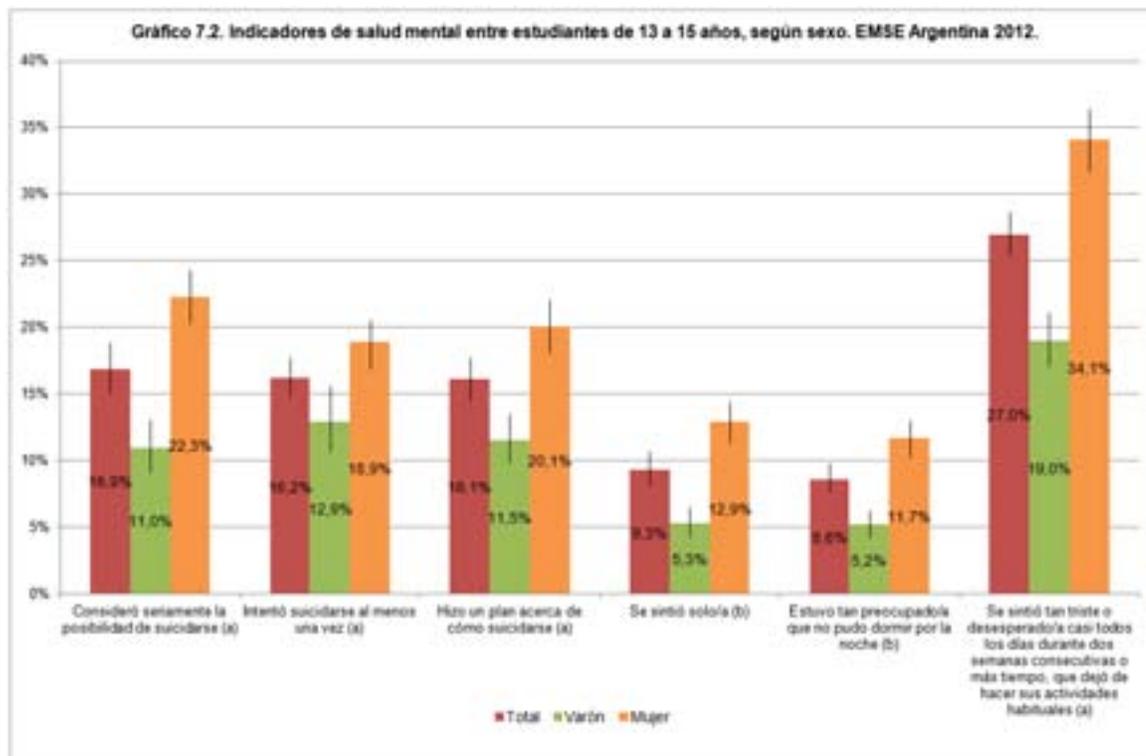


(a) siempre o casi siempre en los últimos 12 meses.

(b) durante dos semanas consecutivas o más siempre o casi siempre en los últimos 12 meses.

(c) en los últimos 30 días.

En cuanto al análisis por sexo se evidenció que, al igual que en la encuesta anterior, las mujeres tuvieron porcentajes más altos que los varones en seis de los siete indicadores de este módulo, con excepción de la pregunta sobre amigos muy cercanos en la que no se observaron variaciones (Gráfico 7.2). En cuanto a la edad no se registraron diferencias entre ambas encuestas.



(a) siempre o casi siempre en los últimos 12 meses.

(b) durante dos semanas consecutivas o más siempre o casi siempre en los últimos 12 meses.

Discusión

Con relación al comportamiento suicida, el porcentaje de jóvenes que consideró la posibilidad de suicidarse y el intento de suicidio en el último año, son similares a los registrados en otros países de la región que han implementado esta encuesta en los últimos años. En Perú en el año 2010 un 19,5% consideró suicidarse y un 17,0% lo intentó. En el año 2012, mismo año en que se implementó la encuesta en nuestro país, Bolivia registró un 17,5% de estudiantes que consideró suicidarse y un 19,9% que lo intentó, mientras que en ese mismo año Uruguay registró el menor porcentaje con un 11,4% que consideró suicidarse y un 9,2% que intentó hacerlo (5).

En la EMSE Argentina 2012 se evidenciaron variaciones de género en la mayor parte de los indicadores de salud mental. A diferencia de los varones, las mujeres manifestaron sentirse más solas, más tristes y desesperadas, más preocupadas al punto de no poder dormir, como también tener más ideaciones suicidas, elaborar un plan o intentar efectivamente suicidarse. Es importante destacar que esta diferenciación no implica la afirmación de que los varones no padezcan este tipo de trastornos emocionales sino que los expresan con otros patrones de conducta, ligados a mayores problemas de abuso de drogas ilícitas y a una mayor concreción del suicidio en una proporción significativamente mayor que las mujeres (2).

El informe de la Oficina Regional de Europa de la OMS titulado "Evidencia para intervenciones sensibles al género" (6) recomienda la elaboración y puesta en marcha de iniciativas para la prevención del suicidio que sean sensibles a estas diferencias de género, considerando a su vez las variaciones socioculturales de cada lugar y teniendo en cuenta a todos los sectores de acción posibles (entorno escolar, familiar, acciones comunitarias y sistemas sanitarios). Entre ellas se destacan: a) La promoción del bienestar psicológico como una parte integral de las acciones sobre promoción de la salud en las escuelas; b) La elaboración de intervenciones para mejorar el clima escolar y el aprendizaje emocional en los jóvenes y en el personal que trabaja en los centros; c) La promoción





de escuelas basadas en la salud mental, que cuenten con servicios de asesoramiento y consejo psicológico; d) La identificación de los adolescentes de alto riesgo y la realización de análisis de las percepciones de los jóvenes en relación con el suicidio y con otro tipo de conductas autolesivas, estableciendo estrategias de acción específicas; e) El establecimiento de programas para el aprendizaje de habilidades de negociación en conductas de salud sexual y de reducción de ansiedad; f) La implementación de programas de prevención y de intervención en abuso de sustancias; g) La puesta en marcha de estrategias específicas para reducir la intimidación o acoso escolar como también para abordar problemas de estigmatización y discriminación entre escolares.

A su vez, en la OMS sugiere, como una de las medidas con mayor evidencia de eficacia para la prevención del suicidio en la población general, la reducción al acceso de armas de fuego, pesticidas o medicamentos que pueden utilizarse para producir una sobredosis (7).

En nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (8). El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2013-2018 contempla objetivos que apuntan a la promoción y prevención de la Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes, estos son: 1- Generar dispositivos, programas y recursos para la detección temprana de problemas de salud mental y padecimiento psicosocial, evitando que de estas acciones sobrevenga una tendencia al sobre-diagnóstico y a la adopción de conductas terapéuticas innecesarias. 2- Fortalecer la articulación entre los actores del sector educación, desarrollo social, organismo de protección de derechos, organizaciones de la sociedad civil, fuerzas de seguridad, entre otros, en el diseño e implementación de programas y abordajes del consumo problemático de sustancias en la infancia y la adolescencia. (9)

Por último y atendiendo puntualmente al aumento de la tasa de suicidio en la población joven, desde el año 2012 el Ministerio de Salud de la Nación publica y actualiza los “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes” (10). Los mismos están dirigidos a profesionales y equipos de salud a fin de ofrecer una atención de urgencia adecuada, en el marco del respeto y del cumplimiento de los derechos.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Child Mental Health Atlas. Geneva: WHO; 2005 [acceso 23 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf
2. Ministerio de Salud de la Nación. Mortalidad por suicidio en Argentina 1997-2012. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014. Informe técnico.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina, Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 6: Ministerio de Salud de la Nación; 2013 [acceso 8 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>
4. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clin Psychol Sci Pract; 1996;3:25-36.
5. Centers for Diseases, Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey. Americas Region, CDC [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/index.htm>
6. World Health Organization (WHO). Evidence for gender responsive actions to promote mental health. Geneva: WHO, 2011 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/enfance-adolescence/evidence-gender-responsive-actions-promote-mental-health/evidence-gender-responsive-actions-promote-mental-health.pdf>
7. World Health Organization (WHO). Public health action for de prevention of suicide, a framework. Geneva: WHO; 2012 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1
8. Ley Nacional de Salud Mental. Ley N° 26.657 de 2 de diciembre 2011 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
9. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones: 2013 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/publicaciones>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación: 2012 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en : http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-intento-suicidio.pdf



Tabla 7.1. Indicadores de salud mental entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	16,9% (15,1% - 18,9%)	11,0% (9,2% - 13,1%)	22,3% (20,3% - 24,3%)	14,6% (12,2% - 17,3%)	17,2% (14,5% - 20,3%)	18,5% (16,3% - 20,9%)
Intentó suicidarse al menos una vez en los últimos 12 meses	16,2% (14,8% - 17,8%)	12,9% (10,7% - 15,6%)	18,9% (17,2% - 20,9%)	15,5% (13,0% - 18,4%)	16,6% (14,8% - 18,5%)	16,4% (14,6% - 18,4%)
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	16,1% (14,5% - 17,8%)	11,5% (9,9% - 13,5%)	20,1% (18,1% - 22,1%)	13,9% (11,5% - 16,6%)	17,0% (14,8% - 19,5%)	16,8% (14,9% - 18,9%)
Se sintió solo/a siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	9,3% (8,2% - 10,7%)	5,3% (4,3% - 6,5%)	12,9% (11,4% - 14,4%)	7,9% (6,7% - 9,3%)	9,5% (7,8% - 11,5%)	10,4% (8,9% - 12,1%)
Estuvo tan preocupado/a por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	8,6% (7,7% - 9,8%)	5,2% (4,2% - 6,3%)	11,7% (10,4% - 13,1%)	7,4% (5,9% - 9,3%)	9,1% (7,7% - 10,8%)	9,1% (8,0% - 10,3%)
Se sintió tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses	27,0% (25,4% - 28,7%)	19,0% (17,1% - 21,1%)	34,1% (31,8% - 36,5%)	24,1% (21,3% - 27,3%)	27,2% (25,3% - 29,3%)	29,2% (27,0% - 31,4%)
Sin amigos muy cercanos	5,2% (4,4% - 6,0%)	6,1% (4,9% - 7,5%)	4,3% (3,5% - 5,3%)	5,4% (4,1% - 7,2%)	4,3% (3,2% - 5,6%)	6,0% (4,8% - 7,5%)

Tabla 7.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de salud mental entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	16,1% (12,9% - 19,8%)	12,7% (8,7% - 18,1%)	19,0% (15,6% - 22,9%)	16,9% (15,1% - 18,9%)	11,0% (9,2% - 13,1%)	22,3% (20,3% - 24,3%)
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	12,6% (10,2% - 15,5%)	9,8% (6,5% - 14,6%)	15,1% (12,0% - 18,7%)	16,1% (14,5% - 17,8%)	11,5% (9,9% - 13,5%)	20,1% (18,1% - 22,1%)
Se sintió solo/a siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,2% (6,8% - 15,0%)	6,4% (2,9% - 13,2%)	13,6% (10,1% - 17,9%)	9,3% (8,2% - 10,7%)	5,3% (4,3% - 6,5%)	12,9% (11,4% - 14,4%)
Estuvo tan preocupado/a por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,8% (8,7% - 13,3%)	7,8% (5,8% - 10,4%)	13,4% (10,6% - 16,7%)	8,6% (7,7% - 9,8%)	5,2% (4,2% - 6,3%)	11,7% (10,4% - 13,1%)
Se sintió tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses	29,8% (25,8% - 34,1%)	23,8% (19,6% - 28,5%)	34,6% (29,5% - 40,1%)	27,0% (25,4% - 28,7%)	19,0% (17,1% - 21,1%)	34,1% (31,8% - 36,5%)
Sin amigos muy cercanos	4,5% (3,5% - 5,6%)	4,7% (3,4% - 6,5%)	4,1% (3,0% - 5,5%)	5,2% (4,4% - 6,0%)	6,1% (4,9% - 7,5%)	4,3% (3,5% - 5,3%)



Capítulo 8

FACTORES PROTECTORES

Introducción

La adolescencia es un período crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Es por ello que en esta etapa cobran suma importancia aquellos recursos personales o sociales que logren atenuar o neutralizar el impacto de posibles agentes o condiciones que comprometan la salud, el proyecto de vida, la calidad de vida, o la vida misma. A estos recursos los definimos como “factores protectores” (1).

Existe evidencia de que los adolescentes que viven en un medio social que promueve el desarrollo de relaciones significativas, que fomenta la libertad de expresión y que ofrece una estructura contenedora tienen menos probabilidad de exponerse a conductas de riesgo. De esta manera hay una menor probabilidad de consumir sustancias adictivas como también de experimentar depresiones y/o conductas autodestructivas entre aquellos adolescentes que tienen una relación positiva con los padres/tutores, con los profesores y con la escuela (2) (3).

Con relación a los vínculos entre pares, se han realizado estudios que afirman que agradar a los demás y ser aceptado por el grupo de compañeros es crucial en el desarrollo de la salud de los jóvenes, mientras que aquellos que no están integrados socialmente corren más riesgos de experimentar dificultades en cuanto a su salud física y emocional. La marginación por parte de los compañeros durante la adolescencia puede conducir a un sentimiento de soledad y a experimentar síntomas psicológicos. De manera contraria, la interacción con los amigos tiende a mejorar las habilidades sociales y a reforzar la habilidad de sobrellevar los acontecimientos estresantes (4).

Este módulo analiza los factores protectores ligados a la asistencia escolar, el apoyo social en la escuela, la regulación y control paterno y el propio vínculo paterno-filial (5).

Métodos

Se analizaron los siguientes indicadores: faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días; los otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda en los últimos 30 días; los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que el estudiante hacía su tarea en los últimos 30 días; los padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones en los últimos 30 días; los padres o cuidadores sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días; los padres o cuidadores nunca o casi nunca se metieron en las cosas del estudiante sin su aprobación.

Resultados

El 31,1% de los estudiantes afirmó que los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que haya hecho su tarea en los últimos 30 días. El 48,2% indicó que los padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones durante el último mes. A su vez, más de la mitad de los estudiantes (54%) afirmó que los padres o cuidadores sabían realmente lo que él hacía en su tiempo libre, siempre o casi siempre



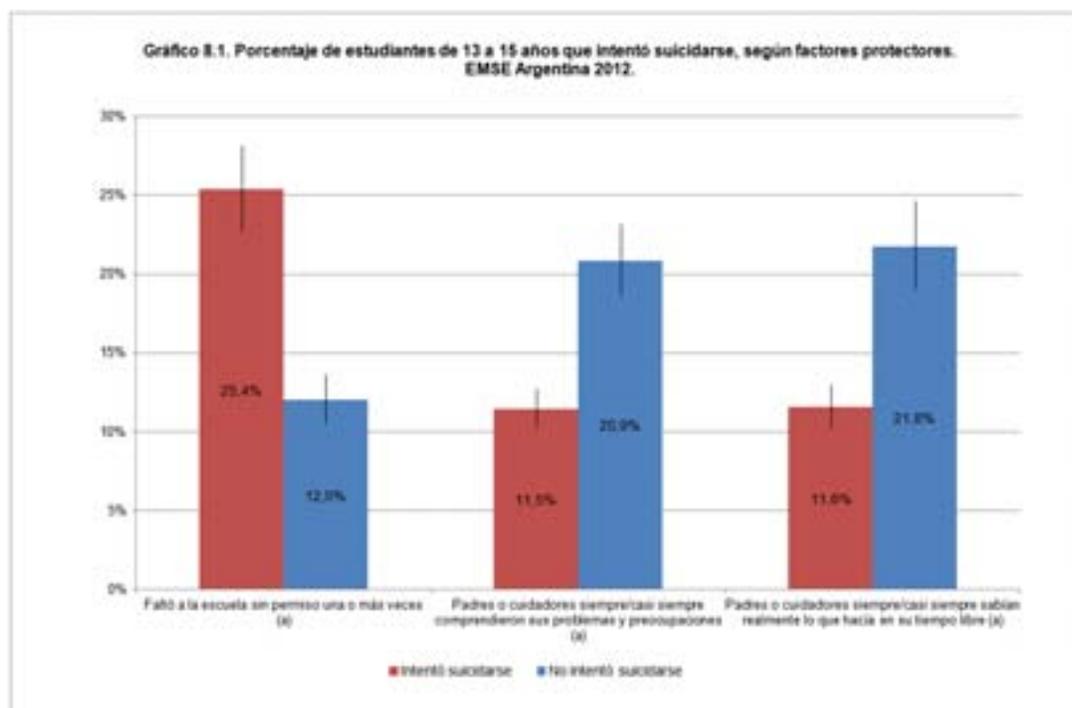
en los últimos 30 días. Un alto porcentaje (67,7%) de jóvenes contestó que los padres o cuidadores nunca o casi nunca se metieron en sus cosas sin su aprobación. Asimismo, el 30,7% de los estudiantes faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días (Tabla 8.1).

En cuanto a la relación con sus semejantes, la mitad de los estudiantes encuestados (51%) manifestó que los otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda durante el último mes (Tabla 8.1).

Al analizar estos indicadores según sexo y edad, observamos que no hubo diferencias en los resultados (Tabla 8.1). Tampoco se registraron cambios con respecto a los porcentajes relevados en la encuesta aplicada en el año 2007 (Tabla 8.2).

A continuación analizamos la asociación entre algunos indicadores de factores protectores con el intento de suicidio y el consumo de drogas ilícitas. Dado que ambos fenómenos son complejos y responden a múltiples causas, las cuales deben ser abordadas desde un enfoque multidisciplinar que tome en cuenta las perspectivas médica, psicológica y sociológica. Es pertinente aclarar que el hecho de que dos fenómenos estén estadísticamente relacionados no implica necesariamente que uno sea causa del otro sino simplemente que ante la presencia de un factor determinado hay mayor probabilidad de que ocurra el factor asociado.

En el gráfico 8.1 se observa que de quienes faltaron a la escuela sin permiso, un 25,4% intentó suicidarse, mientras que entre los que no faltaron a la escuela sin permiso sólo el 12% intentó suicidarse. A su vez entre aquellos alumnos cuyos padres o cuidadores siempre/casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones, un 11,5% intentó suicidarse mientras que, entre aquellos que no se sintieron comprendidos, un 20,9% lo intentó. De manera similar ocurrió con el indicador "padres o cuidadores que sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre": entre aquellos jóvenes cuyos padres sabían lo que hacía en su tiempo libre, un 11,6% intentó suicidarse y entre los que no, un 21,8% lo intentó (Gráfico 8.1).

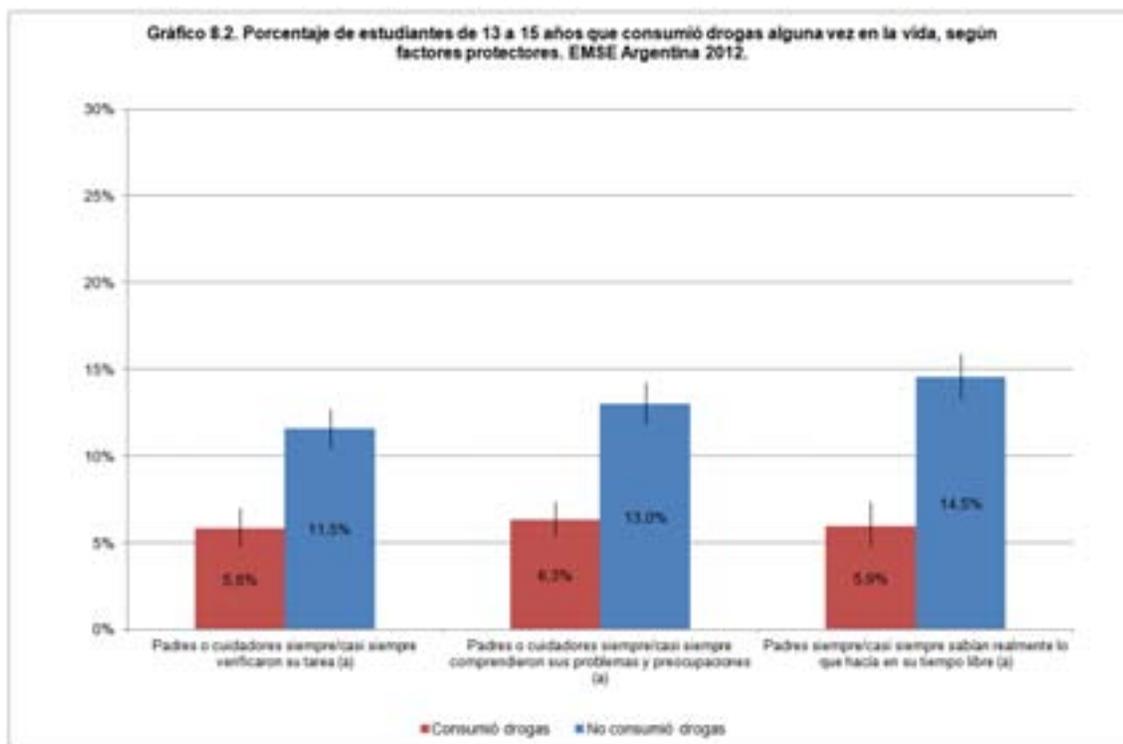


(a) en los últimos 30 días





En cuanto al consumo de drogas ilícitas, en el gráfico 8.2 se observa que entre aquellos estudiantes cuyos padres siempre o casi siempre verificaron su tarea, un 5,8% consumió drogas alguna vez; en cambio, entre aquellos cuyos padres no verificaron su tarea siempre o casi siempre, el porcentaje de consumo de drogas fue más alto (11,5%). A su vez entre los jóvenes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones, el 6,3% consumió drogas alguna vez en su vida mientras que, los que declararon que sus padres no los comprendían, el consumo de drogas fue mayor (13%). De manera similar ocurrió con los casos en que los padres o cuidadores sabían realmente qué hacían los jóvenes en su tiempo libre: aquellos adolescentes que indicaron que los padres sabían lo que hacían, un 5,9% consumió drogas alguna vez, mientras que entre aquellos que indicaron que sus padres no estaban al tanto, lo hicieron con mayor frecuencia (14,5%) (Gráfico 8.2).



*en los últimos 30 días





Discusión

Observamos que el vínculo paterno filial es un factor protector que incide en la prevención de trastornos emocionales y conductas autolesivas, dado que se evidenció una asociación entre el intento de suicidio y el consumo de drogas ilícitas con la presencia o ausencia de los indicadores que dan cuenta de ese vínculo. Sin embargo esto no implica que aquellos factores protectores que remiten a las relaciones que establecen los adolescentes con personas fuera del entorno familiar, no sean importantes. Al contrario, la dependencia con la familia de origen disminuye en este período de desarrollo del individuo, mientras que aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia (1). Así los adolescentes transfieren al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia.

De esta manera, las instituciones en donde los adolescentes pasan mucho tiempo como la escuela, el club, y aún la misma calle, influyen favoreciendo o deteriorando el desarrollo individual. Es por ello que esos espacios se convierten en terrenos clave en esta edad para llevar a cabo acciones de prevención de conductas de riesgo que contribuyan al desarrollo de la autoestima y de la autonomía de los jóvenes. Entre las intervenciones más recomendadas se encuentran todas aquellas destinadas al fomento de oportunidades de participación y de inserción social.



Referencias bibliográficas

1. Pasqualini, D. y Llorens, A. compiladores. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2010 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf>
2. World Health Organization. Broadening the horizon: Balancing protection and risk for adolescents. Geneva: WHO; 2002 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.20.pdf?ua=1
3. Barber BK. Regulation, connection, and psychological autonomy: Evidence from the Cross- National Adolescen Project (C-NAP). Paper presented at the WHO-sponsored meeting Regulation as a Concept and Construct for Adolescent Health and Development. Geneva: WHO Headquarters: April 2002, 16-18.
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. Young people's health in context Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: Denmark; 2004 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en :<http://www.hbsc.org/publications/reports.html>
5. Manual para llevar a cabo la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. Parte 12: Explicación del Módulo principal. Presentación general. Geneva: WHO; 2009 [acceso 22 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_Item_Rationales_Spanish_2009.pdf?ua=1



Tabla 8.1. Indicadores de factores protectores entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que el estudiante hacía su tarea en los últimos 30 días	31,1% (29,5% - 32,7%)	32,8% (30,5% - 35,1%)	29,5% (27,5% - 31,7%)	38,6% (35,4% - 42,0%)	30,7% (29,1% - 32,4%)	25,3% (23,5% - 27,2%)
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones en los últimos 30 días	48,2% (46,2% - 50,2%)	46,2% (43,5% - 48,9%)	49,9% (47,7% - 52,1%)	51,5% (48,4% - 54,6%)	47,4% (44,9% - 49,9%)	46,4% (43,9% - 48,9%)
Los padres o cuidadores sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días	54,0% (52,0% - 56,0%)	49,4% (46,8% - 52,1%)	58,3% (55,9% - 60,6%)	57,1% (53,1% - 61,0%)	55,5% (52,8% - 58,1%)	49,8% (47,4% - 52,2%)
Los padres o cuidadores nunca o casi nunca se metieron en las cosas del estudiante sin su aprobación	67,7% (66,2% - 69,2%)	69,7% (67,8% - 71,4%)	65,9% (63,4% - 68,3%)	66,9% (63,8% - 70,0%)	67,6% (65,7% - 69,4%)	68,5% (65,9% - 70,9%)
Faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días	30,7% (29,0% - 32,5%)	32,0% (29,5% - 34,6%)	29,4% (27,4% - 31,4%)	24,8% (22,7% - 27,0%)	31,2% (29,0% - 33,4%)	34,9% (31,7% - 38,2%)
Los otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda en los últimos 30 días	51,0% (48,6% - 53,4%)	47,5% (44,6% - 50,5%)	54,0% (51,4% - 56,6%)	50,1% (46,9% - 53,4%)	49,1% (46,2% - 52,1%)	53,8% (51,0% - 56,5%)

Tabla 8.1. Indicadores de factores protectores entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que el estudiante hacía su tarea en los últimos 30 días	31,1% (29,5% - 32,7%)	32,8% (30,5% - 35,1%)	29,5% (27,5% - 31,7%)	38,6% (35,4% - 42,0%)	30,7% (29,1% - 32,4%)	25,3% (23,5% - 27,2%)
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones en los últimos 30 días	48,2% (46,2% - 50,2%)	46,2% (43,5% - 48,9%)	49,9% (47,7% - 52,1%)	51,5% (48,4% - 54,6%)	47,4% (44,9% - 49,9%)	46,4% (43,9% - 48,9%)
Los padres o cuidadores sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días	54,0% (52,0% - 56,0%)	49,4% (46,8% - 52,1%)	58,3% (55,9% - 60,6%)	57,1% (53,1% - 61,0%)	55,5% (52,8% - 58,1%)	49,8% (47,4% - 52,2%)
Los padres o cuidadores nunca o casi nunca se metieron en las cosas del estudiante sin su aprobación	67,7% (66,2% - 69,2%)	69,7% (67,8% - 71,4%)	65,9% (63,4% - 68,3%)	66,9% (63,8% - 70,0%)	67,6% (65,7% - 69,4%)	68,5% (65,9% - 70,9%)
Faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días	30,7% (29,0% - 32,5%)	32,0% (29,5% - 34,6%)	29,4% (27,4% - 31,4%)	24,8% (22,7% - 27,0%)	31,2% (29,0% - 33,4%)	34,9% (31,7% - 38,2%)
Los otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda en los últimos 30 días	51,0% (48,6% - 53,4%)	47,5% (44,6% - 50,5%)	54,0% (51,4% - 56,6%)	50,1% (46,9% - 53,4%)	49,1% (46,2% - 52,1%)	53,8% (51,0% - 56,5%)

Capítulo 9

COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Introducción

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes representa un asunto primordial en Argentina y en el mundo. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la práctica de abortos en situaciones de riesgo y la posibilidad de padecer complicaciones durante el embarazo y el puerperio, son causas importantes de mortalidad y morbilidad para la población joven, sobre todo en América Latina (1).

Las enfermedades de transmisión sexual (ITS) están entre las causas más frecuentes de enfermedad en todo el mundo y tienen consecuencias sobre la salud a largo plazo. Facilitan la transmisión del VIH y, si se tratan incorrectamente, pueden conducir a padecer infertilidad, cáncer cervico-uterino, enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico (2).

En este sentido, algunas de las recomendaciones generales para optimizar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes radican en mejorar la accesibilidad a los servicios de salud de calidad, difundir dispositivos de atención más adaptados a los adolescentes y universalizar los programas de educación en salud sexual en las escuelas (1, 3, 4).

Métodos

Los indicadores sobre comportamientos sexuales que se analizaron en el presente módulo son:

Relaciones sexuales: tuvo relaciones sexuales alguna vez; tuvo relaciones sexuales antes de los 14 años (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez); tuvo relaciones sexuales con 2 o más personas durante su vida (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez).

Uso de métodos anticonceptivos: usó preservativo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez); usó preservativo siempre o casi siempre durante los últimos 12 meses (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez); usó algún otro método anticonceptivo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez), que se desprende de la pregunta: "La última vez que tuviste relaciones sexuales ¿usaste vos o tu pareja otro método para evitar el embarazo como interrumpir la penetración antes de tiempo, controlaste las fechas del período menstrual para tener relaciones en las fechas "seguras", utilizaste pastillas anticonceptivas, DIU o diafragma?"

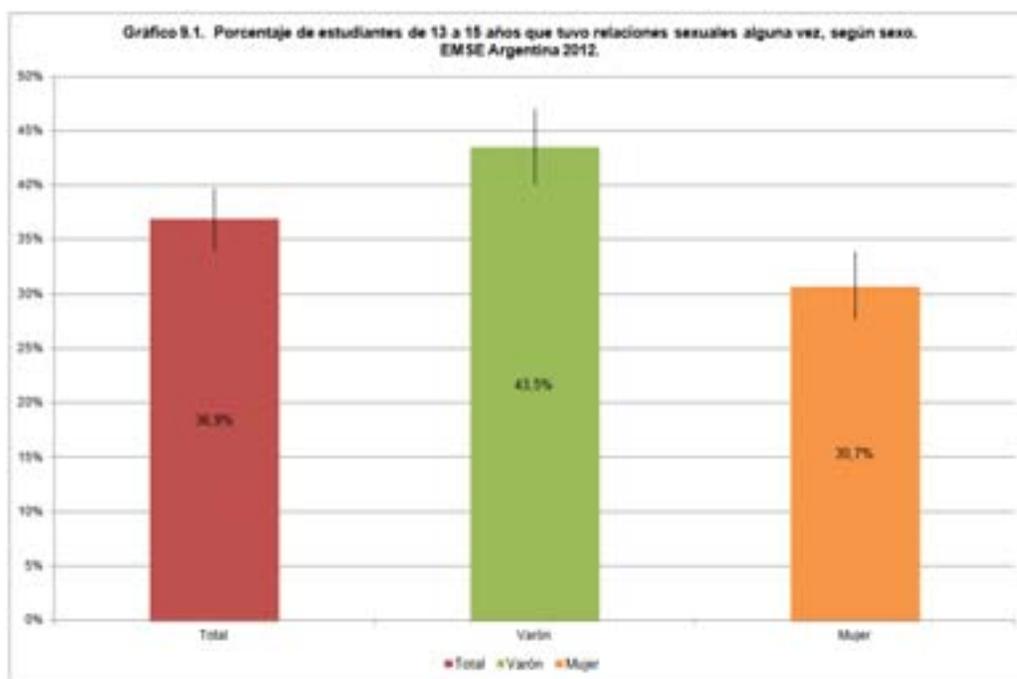
Acceso a la información sobre VIH / SIDA: escuchó alguna vez sobre la infección por VIH o SIDA; se le enseñó en alguna de sus clases durante el último año escolar, sobre la infección por VIH o SIDA; se le enseñó en alguna de sus clases durante el último año escolar, cómo evitar la infección por VIH o SIDA; habló alguna vez sobre la infección por VIH o SIDA con sus padres o cuidadores.



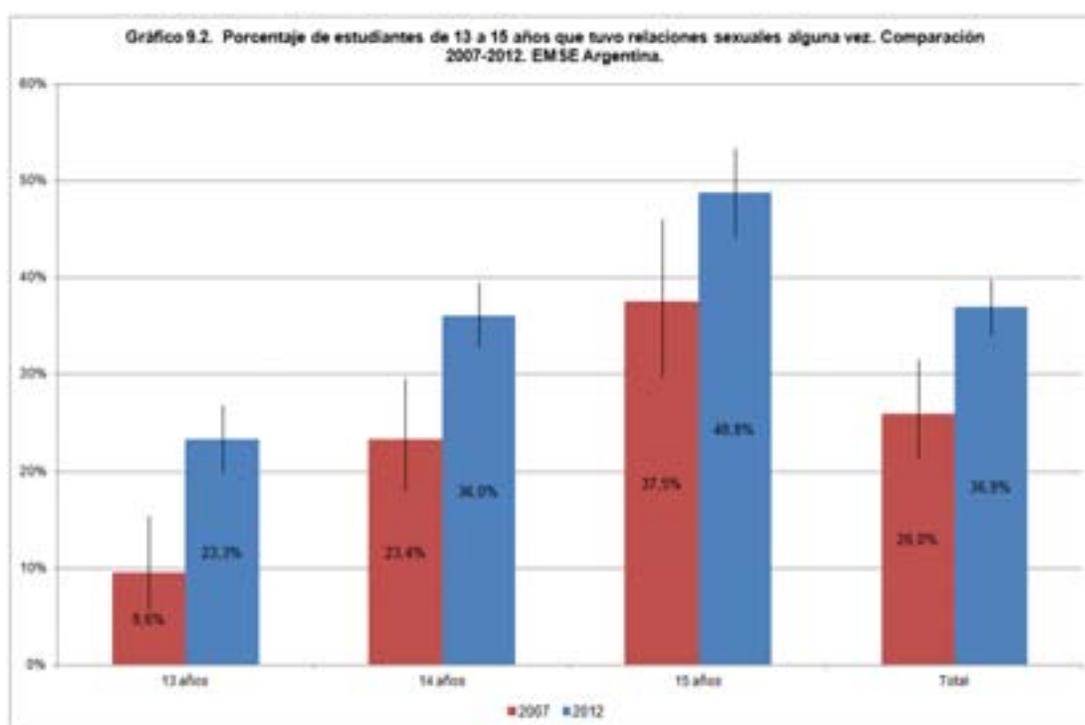
Resultados

Relaciones sexuales

El 36,9% de los alumnos encuestados iniciaron relaciones sexuales (Tabla 9.1). De éstos, el 43,5% fueron varones, y el 30,7% mujeres (Gráfico 9.1).



Este indicador manifestó un aumento respecto a los datos relevados en el año 2007 (26% total; 34,9% varones vs. 18,8% mujeres) (Tabla 9.2). Si bien en ambos relevamientos el porcentaje de alumnos que tuvo relaciones sexuales se incrementó progresivamente con la edad, en EMSE 2012 el aumento detectado en el inicio de relaciones sexuales se dio mayormente a expensas de las mujeres y del grupo de los más jóvenes (Gráfico 9.2).





En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 58,8% de los jóvenes que mantuvieron relaciones sexuales alguna vez, lo hizo por primera vez antes de los 14 años, siendo más frecuente en varones (66,5% vs. 49,2% mujeres). Estos resultados son similares a los arrojados en la EMSE 2007, donde el 55,9% de los alumnos inició relaciones sexuales antes de los 14 años (61,3% varones y 48,1% mujeres) (Tabla 9.2).

Respecto del número de parejas sexuales, un 16,9% de los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez, lo hizo con 2 o más personas en su vida. Este indicador fue más frecuente en varones (21,8%) que en mujeres (12,4%), y a mayor edad (Tabla 9.1). No se observaron diferencias respecto de lo relevado en el año 2007 (Tabla 9.2).

Uso de métodos anticonceptivos

En cuanto a la utilización de preservativo, el 75,8% de los estudiantes que tuvieron sexo alguna vez lo usó en su última relación sexual. No se observaron diferencias significativas entre varones y mujeres, ni por edad (Tabla 9.3). Tampoco hubo diferencias respecto de lo reportado en la EMSE 2007 (Tabla 9.4).

Asimismo, se evidenció que el 46,7% utilizó algún otro método anticonceptivo para evitar un embarazo (como coito interrumpido, cálculo de la fecha del período menstrual, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino o diafragma), siendo más frecuente esta práctica entre mujeres (55%) en relación a los varones (39,9%). No se hallaron diferencias según la edad (Tabla 9.3). Cabe aclarar que no se pudo comparar este indicador con los resultados del año 2007, debido a que la pregunta fue confeccionada de manera diferente en ambas instancias.

Entre aquellos estudiantes que mantuvieron relaciones sexuales alguna vez utilizaron condón siempre o casi siempre un 40,9% (Tabla 9.3), sin observarse diferencias por sexo o edad, ni respecto a la encuesta anterior (Tabla 9.4).

Acceso a la información sobre VIH / SIDA

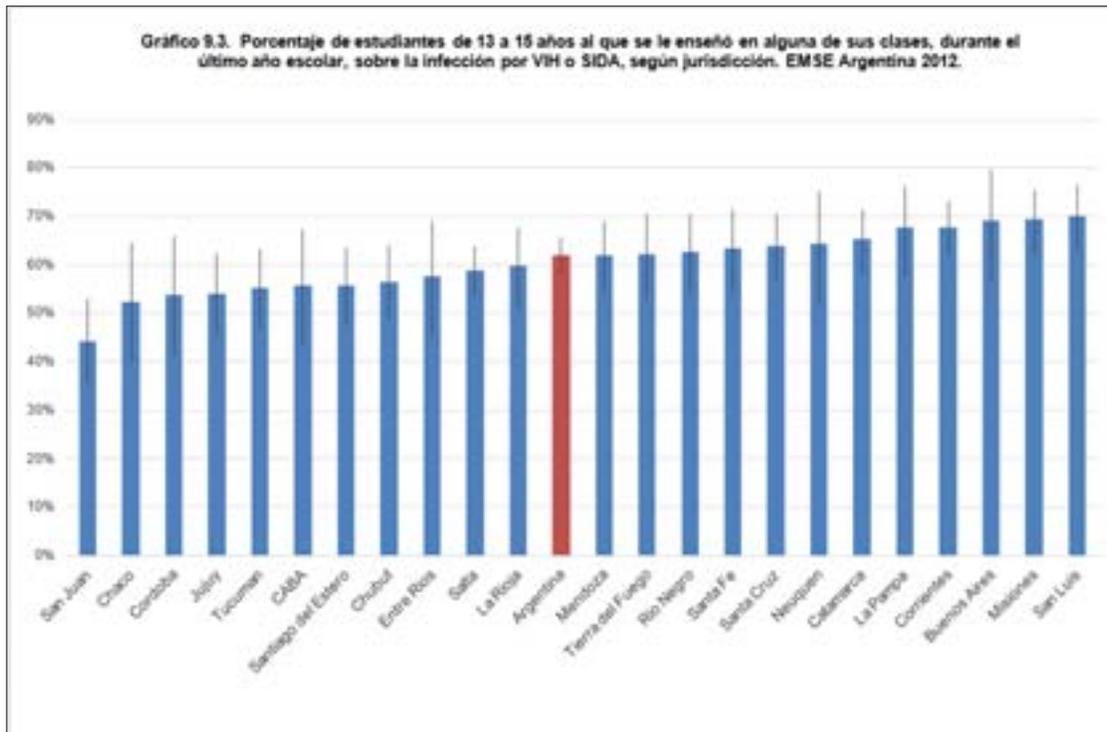
En relación al relevamiento realizado por primera vez en esta versión de la encuesta, acerca del acceso a la información sobre la infección por VIH o SIDA, el 88,3% de los estudiantes refirió haber escuchado alguna vez sobre la infección por VIH o de una enfermedad llamada SIDA. Este indicador resultó levemente mayor en mujeres que en varones, y evidenció una diferencia entre los estudiantes de 15 años respecto de los de 13 y 14 (Tabla 9.5).

El 61,9% de los jóvenes encuestados refirió haber recibido, en el transcurso del año escolar, alguna enseñanza en clases sobre la infección por VIH o sobre el SIDA. El 59,9% manifestó haber recibido enseñanza en clases sobre cómo evitar la infección por VIH. No se observaron diferencias por edad y sexo (Tabla 9.5).

Por último, el 54,9% de los estudiantes declaró haber hablado alguna vez con sus padres o cuidadores de la infección por VIH o del SIDA. Se observó un aumento progresivo con la edad y fue mayor en mujeres que en varones (Tabla 9.5).

En el siguiente gráfico (Gráfico 9.3) se muestran las diferencias entre las distintas jurisdicciones del país en relación al abordaje en clases de la infección por VIH o SIDA.





Discusión

Con relación al relevamiento EMSE 2007, el inicio sexual a edades más tempranas, sobre todo por parte de las mujeres, es un dato significativo que las posiciona como un segmento de especial relevancia en el diseño de acciones de promoción de la salud y requiere del fomento de servicios que faciliten el acceso a métodos anticonceptivos especialmente en la adolescencia temprana (entre los 10 y 13 años).

En cuanto a los resultados respecto a la utilización de preservativo y de otros métodos anticonceptivos, se observó que son similares a lo relevado en otros países de Latinoamérica (5). Sin embargo, sigue llamando la atención la baja utilización de los mismos de manera constante.

Si bien resultó considerablemente bajo el porcentaje de jóvenes que no ha incorporado el uso del preservativo en su doble carácter de profiláctico y de anticonceptivo, es preocupante en cuanto a que se mantuvo con cierta estabilidad en relación con la EMSE 2007 y con los resultados de relevamientos similares llevados a cabo por otros organismos gubernamentales (6). Esto lleva a pensar que la difusión de la necesidad de su adopción ha sido exitosa para la gran mayoría de los jóvenes, pero que aún deben reforzarse e idearse otros métodos de promoción de su uso que logren alcanzar al grupo que aún no lo utiliza.

Otro de los tópicos incluidos en esta encuesta fue el acceso a la información sobre el VIH/SIDA entre adolescentes. Los resultados fueron alentadores, respondiendo a los intereses y preocupaciones de los jóvenes acerca de sus problemas de salud (7). Si bien un porcentaje alto de jóvenes refirió haber recibido algún tipo de educación sexual en la escuela sobre VIH/SIDA, se evidenció que aún son muchos los alumnos que no recibieron ningún tipo de formación sobre estos temas en el ámbito escolar.

Desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación se elaboran lineamientos para la atención integral de adolescentes incluyendo la promoción de la salud sexual, y la oferta de información y de métodos anticonceptivos desde el sistema de salud. Esto último es fundamental ya que se ha demostrado que un mayor y mejor acceso a los servicios de salud en combinación con acciones de promoción en materia de educación sexual, previene las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (8, 9).





Por otra parte, a través de la Ley 25.673/2003 “Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable”, y el decreto reglamentario 1282/2003, se ofrece a toda la población el acceso a información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto. Además, se debe prescribir y suministrar gratuitamente los métodos y elementos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, previa información sobre sus ventajas y desventajas (10). Tanto la ley como su decreto reglamentario hacen señalamientos específicos para la población adolescente.

La puesta en práctica de los lineamientos establecidos por la Ley anteriormente citada, se traduce en un mejoramiento en el acceso a insumos para el cuidado de las relaciones sexuales desde su inicio que, junto al Programa de Salud Sexual y procreación Responsable y el Programa Sumar, se están implementando en los efectores de salud en todo el territorio. Se evidencia, asimismo, con la implementación del Programa de Educación Sexual del Ministerio de Educación de la Nación, orientando acciones especialmente a la población de entre 13 y 15 años.

En Argentina la medicación y los estudios de VIH son gratuitos y confidenciales en los sistemas de salud públicos y privados de todo el país, como lo garantiza la Ley 23.798. Por otra parte existe, bajo la tutela del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, a través de la cual se enmarca el trabajo de los programas de SIDA provinciales y municipales. Los ejes estratégicos de esta dirección son: promover el acceso a la información y a los recursos preventivos; permitir el acceso al diagnóstico de VIH y enfermedades de transmisión sexual con asesoramiento; brindar atención integral a las personas con VIH; y reducir el estigma y la discriminación (11).

Asimismo en nuestro país se dictó en el año 2006 la Ley 26.150 de educación sexual integral en la que se establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Esta ley entiende a la educación sexual integral como la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos, y postula que se debe ofrecer desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria (12).

Referencias bibliográficas

1. Pan American Health Organization. Regional strategy for improving adolescent and youth health. Presented in the 48th Directing Council, Washington, DC, August 21, 2008.
2. WHO. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. Geneva, Switzerland, 2005 [acceso 10 de julio de 2014] Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago, Chile: United Nations; 2008.
4. WHO. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services. Geneva, Switzerland, 2005 [acceso 10 de julio 2014] Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562889.pdf>
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Global Health (GSHS) [acceso 10 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/index.htm>
6. INJUVE (2002) Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven. Primer trimestre 2002. Madrid: INJUVE.
7. Organización Panamericana de la Salud, La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones. Washington, D.C.: OPS, 2008
8. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [acceso 10 de julio 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>.
9. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO): Mendes Diz AM, Camarotti AC, Di Leo PF, Adaszco A, Kornblit AL. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. 2005 [acceso 10 de julio 2014] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg-uba/20100719024728/dt45.pdf>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable [acceso 10 de julio 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf>
11. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de SIDA y ETS [acceso 10 de julio 2014] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf
12. Ministerio de Educación de la Nación. Argentina: Ministerio de Educación de la Nación, Programa Nacional de Educación Sexual Integral [acceso 10 de julio 2014]. Disponible en: <http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf>

Tabla 9.1. Indicadores de relaciones sexuales entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Tuvo relaciones sexuales alguna vez	36,9% (34,0% - 39,8%)	43,5% (40,1% - 47,0%)	30,7% (27,7% - 33,9%)	23,3% (20,0% - 26,9%)	36,0% (32,7% - 39,4%)	48,8% (44,3% - 53,3%)
Tuvo relaciones sexuales antes de los 14 años (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	58,8% (55,5% - 62,0%)	66,5% (62,8% - 70,0%)	49,2% (44,9% - 53,6%)	100,0% (100,0% - 100,0%)	65,4% (60,2% - 70,3%)	40,8% (37,4% - 44,4%)
Tuvo relaciones sexuales con 2 o más personas durante su vida (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	16,9% (15,1% - 18,9%)	21,8% (19,2% - 24,7%)	12,4% (10,7% - 14,4%)	9,3% (7,0% - 12,2%)	17,0% (14,2% - 20,2%)	23,0% (20,3% - 25,9%)

Tabla 9.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de relaciones sexuales entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Tuvo relaciones sexuales alguna vez	26,0% (21,2% - 31,5%)	34,9% (27,3% - 43,4%)	18,8% (15,1% - 23,2%)	36,9% (34,0% - 39,8%)	43,5% (40,1% - 47,0%)	30,7% (27,7% - 33,9%)
Tuvo relaciones sexuales antes de los 14 años (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	55,9% (44,6% - 66,7%)	61,3% (49,5% - 71,8%)	48,1% (35,7% - 60,8%)	58,8% (55,5% - 62,0%)	66,5% (62,8% - 70,0%)	49,2% (44,9% - 53,6%)
Tuvo relaciones sexuales con 2 o más personas durante su vida (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	16,6% (13,2% - 20,6%)	25,9% (20,1% - 32,8%)	8,9% (6,8% - 11,6%)	16,9% (15,1% - 18,9%)	21,8% (19,2% - 24,7%)	12,4% (10,7% - 14,4%)

Tabla 9.3. Indicadores de uso de métodos anticonceptivos entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Usó preservativo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	75,8% (71,7% - 79,4%)	77,1% (71,5% - 81,8%)	74,0% (68,7% - 78,6%)	71,2% (61,8% - 79,1%)	78,9% (73,1% - 83,7%)	74,7% (69,8% - 79,0%)
Usó algún otro método anticonceptivo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	46,7% (43,0% - 50,5%)	39,9% (35,1% - 45,0%)	55,0% (51,0% - 59,0%)	46,6% (37,9% - 55,6%)	50,0% (46,3% - 53,6%)	44,1% (38,3% - 50,1%)
Usó preservativo siempre o casi siempre durante los últimos 12 meses (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	40,9% (38,1% - 43,6%)	40,6% (37,6% - 43,7%)	41,5% (36,1% - 47,1%)	35,7% (28,9% - 43,1%)	39,0% (34,8% - 43,3%)	44,1% (40,7% - 47,6%)

Tabla 9.4. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de uso de métodos anticonceptivos entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Usó preservativo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	78,9% (70,7% - 85,3%)	81,7% (74,8% - 87,0%)	75,0% (60,6% - 85,4%)	75,8% (71,7% - 79,4%)	77,1% (71,5% - 81,8%)	74,0% (68,7% - 78,6%)
Usó preservativo siempre o casi siempre durante los últimos 12 meses (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	45,1% (38,6% - 51,7%)	43,8% (37,9% - 49,8%)	47,9% (36,7% - 59,4%)	40,9% (38,1% - 43,6%)	40,6% (37,6% - 43,7%)	41,5% (36,1% - 47,1%)

Tabla 9.5. Indicadores de acceso a la información sobre VIH/SIDA entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Escuchó alguna vez sobre la infección por VIH o SIDA	88,3% (87,4% - 89,2%)	86,5% (85,3% - 87,7%)	90,1% (88,9% - 91,1%)	85,6% (83,5% - 87,5%)	88,0% (86,7% - 89,3%)	90,9% (89,7% - 92,0%)
Se le enseñó en alguna de sus clases, durante el último año escolar, sobre la infección por VIH o SIDA	61,9% (58,0% - 65,6%)	60,0% (56,2% - 63,8%)	63,6% (59,0% - 68,0%)	55,6% (48,7% - 62,3%)	60,9% (57,5% - 64,1%)	68,2% (63,9% - 72,2%)
Se le enseñó en alguna de sus clases, durante el último año escolar, cómo evitar la infección por VIH o SIDA	59,9% (56,2% - 63,5%)	59,2% (55,3% - 63,0%)	60,6% (56,4% - 64,6%)	51,2% (44,9% - 57,5%)	61,6% (58,1% - 64,9%)	65,1% (60,6% - 69,4%)
Habló alguna vez sobre la infección por VIH o SIDA con sus padres o cuidadores	54,9% (53,2% - 56,6%)	51,9% (48,7% - 55,0%)	57,4% (55,8% - 59,0%)	48,5% (45,7% - 51,4%)	54,7% (52,5% - 56,8%)	60,4% (57,5% - 63,2%)

Capítulo 10

HIGIENE

Introducción

El lavado de manos con jabón representa la medida más costo-efectiva para prevenir enfermedades de transmisión por contacto como la diarrea, la neumonía, parásitos intestinales, la gripe, infecciones cutáneas y oculares, entre otras (1).

La instalación de agua y provisión de jabón no son suficientes para asegurar la higiene de manos. Es necesario que estas medidas se acompañen de estrategias de promoción sobre cómo utilizarlas y de cambios conductuales sostenibles (2). Así por ejemplo, programas de fomento del lavado de manos con jabón pueden reducir la incidencia de enfermedades diarreicas en un 47% (3).

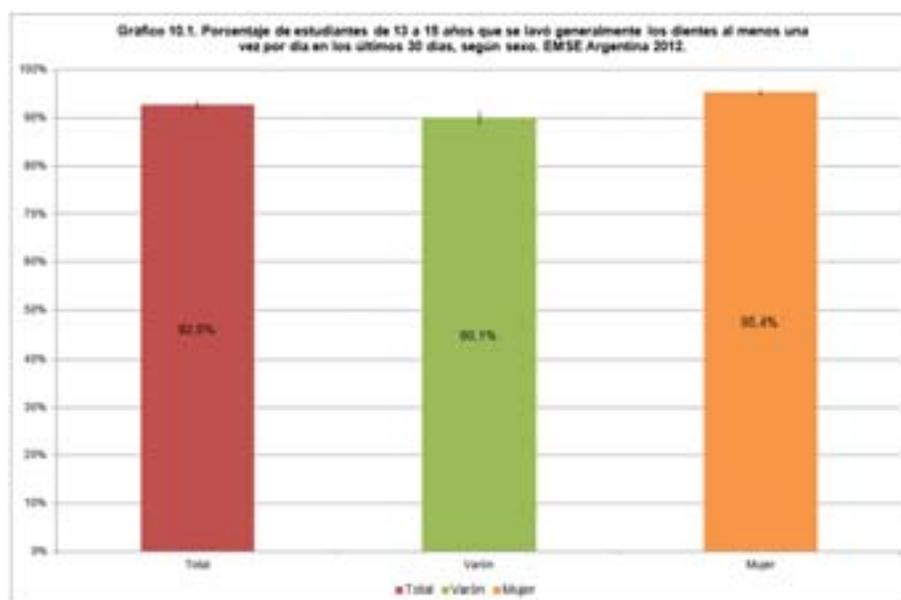
En el mundo, se estima que entre el 60% y el 90% de los niños y jóvenes en edad escolar tiene caries dentales. La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica. Es por ello que las estrategias preventivas son fundamentales (4).

Métodos

En este capítulo se analizaron los siguientes indicadores: se lavó generalmente los dientes al menos una vez por día en los últimos 30 días; fue al dentista al menos 1 vez en los últimos 12 meses; nunca o casi nunca se lavó las manos antes de comer en los últimos 30 días; nunca o casi nunca se lavó las manos después de ir al baño en los últimos 30 días; nunca o casi nunca usó jabón para lavarse las manos en los últimos 30 días.

Resultados

Se observó que la mayoría de los estudiantes (92,8%) se cepilló los dientes al menos una vez al día, durante los últimos 30 días (Tabla 10.1), siendo este porcentaje levemente mayor en mujeres (Gráfico 10.1). Casi la mitad de los estudiantes (49,6%) visitó al odontólogo en el último año (Tabla 10.1).





En relación con la higiene de manos en los últimos 30 días, se evidenció que el 11,6% de los encuestados refirió no lavarse nunca o casi nunca las manos antes de comer, mientras que el 6,1% declaró no hacerlo nunca o casi nunca después de ir al baño. El 6,5% de los estudiantes declaró que nunca o casi nunca utilizó jabón para la higiene de manos. Los varones y los de mayor edad usaron jabón con menor frecuencia (Tabla 10.1).

Ninguno de los indicadores de higiene registró diferencias en relación con la encuesta realizada en el año 2007 (Tabla 10.2).

Discusión

Se observó que los comportamientos relacionados con la higiene son similares a los registrados en la región sudamericana (5).

Las estrategias dirigidas a la prevención de caries dentales incluyen una reducción de ingesta de azúcares y una alimentación equilibrada. Es por ello que desde el Ministerio de Salud de la Nación, en concordancia con las recomendaciones de la OMS (4) se realiza un abordaje común en el marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas. Así por ejemplo, desde el Ministerio de Salud de la Nación a través del Plan Argentina Saludable se recomienda una alimentación rica en frutas y verduras y limitar el consumo de azúcares simples (6).

Asimismo, se evidenció que sólo la mitad de los estudiantes fueron al dentista en el último año, sugiriendo como una de las medidas necesarias, la mejora en la accesibilidad a los servicios sanitarios de salud bucal.

En cuanto al lavado de manos, las intervenciones efectivas incluyen asegurar servicios sanitarios adecuados, instalaciones de agua y provisión de jabón en las escuelas así como educación en materia de higiene (2).



Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la higiene de Manos [acceso 28 de abril de 2014.]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=762:dia-mundial-del-lavado-de-manos&catid=697:noticias .
2. Organización Mundial de la Salud. Las intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene y la prevención de las enfermedades diarreicas [acceso 30 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/wsh_diarrhoea/es/.
3. Sandy Cairncross, Caroline Hunt, Sophie Boisson, Kristof Bostoen, Val Curtis, Isaac CH Fung. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. *International Journal of Epidemiology* 2010, Vol. 39, págs. i193-i205.
4. Organización mundial de la Salud. Salud Bucodental [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Global School-based Student Health Survey (GSHS). [acceso 30 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/gshs/countries/americas/index.htm>.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Argentina Saludable, 2007 [acceso 06 de mayo de 2014.]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/index.html>.



Tabla 10.1. Indicadores de higiene entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Se lavó generalmente los dientes al menos una vez por día en los últimos 30 días	92,8% (92,0% - 93,6%)	90,1% (88,6% - 91,4%)	95,4% (94,6% - 96,0%)	93,4% (92,0% - 94,5%)	92,8% (91,7% - 93,8%)	92,5% (91,1% - 93,6%)
Fue al dentista en los últimos 12 meses	49,6% (46,0% - 53,2%)	51,5% (48,9% - 54,1%)	48,9% (45,4% - 52,3%)	48,2% (45,0% - 51,4%)	54,7% (51,3% - 58,1%)	50,6% (48,0% - 53,2%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos antes de comer en los últimos 30 días	11,6% (10,4% - 12,8%)	11,9% (10,3% - 13,6%)	11,3% (10,1% - 12,6%)	8,7% (7,3% - 10,3%)	10,6% (9,3% - 12,1%)	15,0% (12,6% - 17,7%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos después de ir al baño en los últimos 30 días	6,1% (5,1% - 7,3%)	7,3% (5,8% - 9,1%)	4,9% (4,0% - 6,1%)	4,9% (3,6% - 6,7%)	5,6% (4,6% - 6,8%)	7,6% (5,9% - 9,8%)
Nunca o casi nunca usó jabón en los últimos 30 días	6,5% (5,6% - 7,4%)	8,9% (7,2% - 10,8%)	4,3% (3,7% - 5,0%)	4,6% (3,5% - 6,1%)	6,6% (5,4% - 8,0%)	7,9% (6,7% - 9,2%)

Tabla 10.2. Tabla comparativa 2007-2012 de indicadores de higiene entre estudiantes de 13 a 15 años. EMSE Argentina 2012.

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Se lavó generalmente los dientes al menos una vez por día en los últimos 30 días	88,2% (82,0% - 92,5%)	93,1% (88,0% - 96,1%)	91,9% (86,5% - 95,3%)	92,8% (92,0% - 93,6%)	90,1% (88,6% - 91,4%)	95,4% (94,6% - 96,0%)
Fue al dentista en los últimos 12 meses	51,8% (45,4% - 58,2%)	54,5% (45,5% - 63,3%)	49,2% (37,6% - 60,9%)	49,6% (46,0% - 53,2%)	51,5% (48,9% - 54,1%)	48,9% (45,4% - 52,3%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos antes de comer en los últimos 30 días	10,3% (6,0% - 17,0%)	10,2% (7,7% - 13,6%)	9,9% (6,7% - 14,2%)	11,6% (10,4% - 12,8%)	11,9% (10,3% - 13,6%)	11,3% (10,1% - 12,6%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos después de ir al baño en los últimos 30 días	7,4% (3,8% - 14,1%)	5,9% (4,2% - 8,3%)	6,6% (3,7% - 11,6%)	6,1% (5,1% - 7,3%)	7,3% (5,8% - 9,1%)	4,9% (4,0% - 6,1%)
Nunca o casi nunca usó jabón en los últimos 30 días	6,0% (3,5% - 10,0%)	6,2% (3,4% - 10,9%)	5,8% (3,4% - 9,8%)	6,5% (5,6% - 7,4%)	8,9% (7,2% - 10,8%)	4,3% (3,7% - 5,0%)

Capítulo 11

VACUNACIÓN

Introducción

Se estima que gracias a la vacunación se previenen unos 2,5 millones de fallecimientos cada año a nivel mundial (1). La vacunación es considerada una de las herramientas más efectivas para la prevención de enfermedades y un eje fundamental de las políticas sanitarias de un país. Los niños inmunizados y protegidos de la amenaza de enfermedades prevenibles mediante la vacunación tienen la oportunidad de alcanzar un desarrollo pleno, que debe ser consolidado con el refuerzo y/o inicio de aplicaciones durante la adolescencia y la adultez. A su vez, los beneficios de la inmunización no sólo se presentan de manera individual a la persona que la recibe, sino también como un 'bien social' a la comunidad ya que disminuye la circulación de virus y bacterias y previene enfermedades aún en personas no vacunadas.

A pesar de los avances alcanzados existe todavía un número elevado de fallecimientos por enfermedades prevenibles mediante inmunización (2). En particular esto ocurre en países de ingresos bajos y medianos que presentan, a su vez, heterogeneidades en el nivel de cobertura al interior de su territorio. Esta situación afecta tanto el desarrollo social como económico de la población y genera elevados costos de tratamiento en la atención de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasificó a la Argentina como uno de los países con 'altos niveles de cobertura de vacunación en la región' (3). Sin embargo en orden de extender el diseño de políticas sanitarias efectivas se mostró propicio relevar las representaciones, uso y canales de información de los adolescentes sobre la vacunación. Con ese objetivo, para la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en el año 2012 en Argentina se decidió incluir por primera vez un módulo con cinco preguntas que indagan en el grado de conocimiento y acceso a la vacunación en la población analizada a nivel nacional y provincial.

Métodos

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre las características del plan de inmunización nacional entre los estudiantes se analizaron los siguientes indicadores: porcentaje de estudiantes que sabía que las vacunas del calendario nacional de vacunación son obligatorias; porcentaje de estudiantes que sabía que las vacunas del calendario nacional de vacunación son gratuitas; porcentaje de estudiantes que sabía que existen vacunas para todas las etapas de la vida. También se consultó sobre los canales de aprendizaje o información sobre las características del plan de inmunización nacional. Con relación al acceso a la inmunización se analizó el porcentaje de estudiantes que fue vacunado/a a los 11 años.

Resultados

El 73,6% de los estudiantes declaró saber que las vacunas incluidas en el calendario nacional de vacunación son obligatorias (Tabla 11.1). El grado de conocimiento en este indicador fue mayor entre las mujeres (77%) que entre los varones (69,8%). De los tres indicadores sobre las características del plan de inmunización nacional, la obligatoriedad fue sobre el que se reflejó mayor conocimiento.

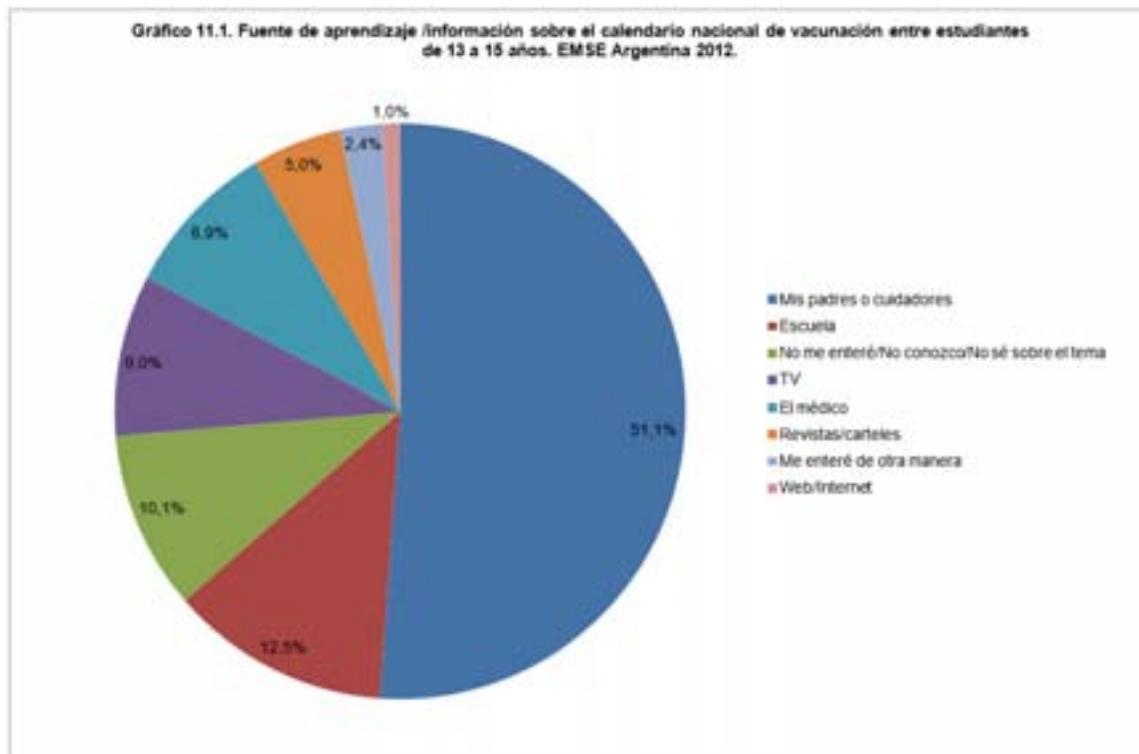
Con respecto a la gratuidad, el 63,2% de la población relevada reportó saber que las vacunas del calendario no tienen costo alguno. No se encontraron diferencias entre ambos sexos en el indicador.



El 60,7% de los estudiantes respondió saber que existen vacunas para todas las etapas de la vida. El nivel de concientización sobre el tema fue parejo entre varones y mujeres. De los tres indicadores sobre las características del plan de inmunización nacional fue sobre el que se reflejó menor conocimiento.

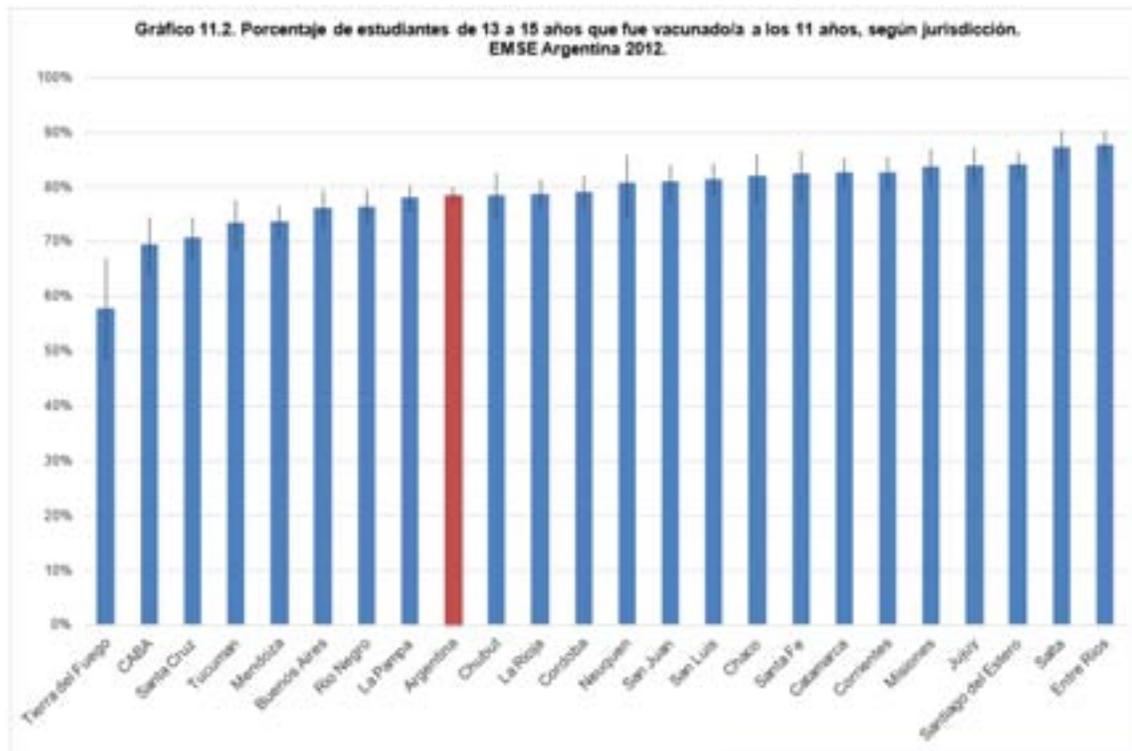
Sin embargo, al analizar la confluencia de los tres indicadores sobre dimensiones del calendario de vacunación se evidenció que sólo un 36,2% de los estudiantes respondió afirmativamente a las tres preguntas realizadas, sin diferencias entre sexos. Es decir que aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes o respondió no conocer o reflejó una concepción errónea sobre todas o alguna de las características del cronograma de inmunización.

Al ser indagados sobre la fuente de información sobre el calendario de vacunación el 51,1% de los adolescentes respondió que sus padres o cuidadores fueron los encargados de enseñarles sobre el programa de inmunización (Gráfico 11.1). Este porcentaje fue mayor entre las mujeres (55,8%) que entre los hombres (46%). En segundo lugar, los estudiantes declararon con porcentajes similares haberse enterado por la escuela (12,5%), haber obtenido información por la televisión (9%) o por medio de un médico (8,9%). El 5% de los estudiantes respondió haberse informado mediante revistas o carteles, el 2,4% de otra manera y sólo el 1% por página web o internet. El 10,1% de los estudiantes declaró no conocer, no haberse enterado o no saber sobre el tema.



Con relación a la aplicación de vacunas a los once años, el 78,5% refirió haber recibido inmunización a esa edad, sin diferencias entre sexos (Tabla 11.1). Este indicador fue mayor en las provincias de Entre Ríos (87,7%), Salta (87,2%) y Santiago del Estero (84,1%) y disminuyó en Tierra del Fuego (57,8%), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (69,6%) y Santa Cruz (70,7%) en relación al total nacional. Se evidenció una diferencia cercana a los 30 puntos porcentuales entre la provincia con mayor y con menor cobertura (Gráfico 11.2).





No se presentaron diferencias según edad en ninguno de los indicadores mencionados.

Discusión

El análisis de los resultados evidenció que, por lo general, es alto el conocimiento acerca de las características del calendario nacional de vacunación entre los jóvenes. De las tres dimensiones analizadas, aquella que refiere a que existen vacunas para todas las etapas de la vida fue la que reflejó un menor nivel de conocimiento. La gratuidad de las vacunas se ubicó en segundo lugar, y la obligatoriedad fue la que mayor nivel de conocimiento tuvo entre la población relevada. Al considerar las respuestas de los tres indicadores conjuntamente fue posible detectar que la mayoría de los estudiantes manifestó no conocer alguno o ninguno de los componentes mencionados del calendario de vacunación.

Los padres fueron, por una diferencia importante, el canal de información y aprendizaje más frecuente entre los estudiantes. Le siguieron en importancia como fuente de información la escuela, la televisión y el médico, seguido de las revistas o carteles, otras fuentes además de las mencionadas y por último internet o páginas web.

Con relación al plan de vacunación correspondiente a la edad de 11 años la mayoría de los estudiantes refirió haber sido vacunado. Sin embargo este indicador presentó una amplia dispersión entre provincias, sugiriendo una posible variabilidad geográfica en el acceso a la inmunización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés) para el periodo 2011-2020. El plan representa un esfuerzo para extender los logros en materia de inmunización al próximo decenio y más allá y para seguir exhortando a los gobiernos a mantener el compromiso de proteger a sus poblaciones contra las Enfermedades Prevenibles por Vacunas (EPV) (5).

En esa dirección, desde el Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI), en dependencia directa de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, tiene





como objetivo disminuir el impacto de las enfermedades inmunoprevenibles a través del alcance de elevados niveles de cobertura en todas las jurisdicciones, mejorar la prestación de servicios de vacunación y establecer prioridades para la incorporación de nuevas vacunas (6). Es importante destacar que todas las vacunas que conforman el calendario nacional de vacunación, dando cumplimiento a la ley 22.909, son gratuitas y obligatorias para la población que corresponda según el plan de vacunación vigente.

En el año 2011 se incluyó en el plan la vacuna contra el VPH, que permite inmunizar a las niñas contra dos tipos de alto riesgo oncogénico (los genotipos 16 y 18), responsables del 77% de los casos de cáncer de cuello uterino. Teniendo en cuenta que en investigaciones realizadas la vacuna demostró mayor eficacia inmunológica al ser aplicada en la adolescencia, se decidió incorporarla a los 11 años, edad en la que -según el calendario nacional de vacunación- también se indica iniciar o completar el esquema de las vacunas contra la Hepatitis B y la Triple Viral (contra el sarampión, la rubéola y paperas) (7).

Se considera a la adolescencia como una etapa particular para las políticas de vacunación ya que plantea desafíos singulares entre los que se puede enumerar (8): la baja frecuencia de visitas a controles médicos, la falsa sensación que tienen de no requerir vacunas, conceptos erróneos acerca de la seguridad y el escaso conocimiento de los médicos con respecto a la vacunación del adolescente.

En orden de mejorar en el total del país el acceso de cobertura de vacunación en adolescentes el ProNaCEI propone las siguientes estrategias (8): fomentar el enfoque multidisciplinario con intervención de médicos pediatras, clínicos, profesionales de salud mental, padres y educadores; vacunar en escuelas; reforzar en el personal de la salud el concepto de vacunación del adolescente; reclutar a personas que tengan influencia positiva en la sociedad para brindar información; utilizar los recursos y redes sociales de uso habitual por los adolescentes (Youtube, Facebook, etc.) y eventos sociales, deportivos o salas de espera para informar y vacunar; comunicar a los adolescentes sobre la confidencialidad y educarlos sobre enfermedades específicas prevenibles por vacunas; crear o financiar programas que incentiven la vacunación del adolescente.

En ese sentido, la introducción del apartado sobre vacunación en la EMSE 2012 se presenta como una herramienta estratégica para evaluar las representaciones de los adolescentes sobre la vacunación y contribuir a generar conciencia sobre la importancia de la inmunización.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020. Ginebra: OMS; 2013 [acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf.
2. Jhettta M., Newell J. Childhood vaccination in Africa and Asia: the effect of parents' knowledge and attitudes. Bulletin of the World Health Organization, vol. 86. WHO; 2008 [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-047159/en/>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Argentina se posiciona con altos niveles de cobertura de vacunación en la región. Buenos Aires: Sitio Web de la Representación de OPS/OMS en Argentina; 2011 [acceso 28 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=691&Itemid=1.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Programas y Planes, Ministerio de Salud de la Nación [acceso 25 de abril 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/185-vph>.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas. Boletín de Inmunización, vol. XXXV, nro.1. Washington: OPS; 2013 [acceso 30 de abril 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22365&Itemid=.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Página institucional del ProNaCEI. Ministerio de Salud de la Nación [Último acceso 28 de abril 2014] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ProNaCEI/index.php/institucional/quienes-somos>.
7. Ley 22.909, 13 de septiembre de 1983. Buenos Aires: ProNaCEI, Ministerio de Salud de la Nación [acceso 30 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pronacei/index.php/institucional/marco-legal/361-ley-22909>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones nacionales de Vacunación Argentina 2012. ProNaCEI – Ministerio de Salud de la Nación; 2012 [acceso 28 de abril 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf.



Tabla 11.1. Indicadores de vacunación entre estudiantes de 13 a 15 años, según sexo y edad. EMSE Argentina 2012.

	Total % (IC95%)	Sexo		Edad		
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)	13 años % (IC95%)	14 años % (IC95%)	15 años % (IC95%)
Sabía que las vacunas del calendario nacional de vacunación son obligatorias	73,6% (71,3% - 75,7%)	69,8% (66,8% - 72,7%)	77,0% (74,6% - 79,4%)	74,0% (71,5% - 76,4%)	73,8% (71,3% - 76,2%)	72,9% (69,2% - 76,3%)
Sabía que las vacunas del calendario nacional de vacunación son gratuitas	63,2% (60,5% - 65,8%)	62,5% (58,9% - 65,9%)	63,8% (60,4% - 67,2%)	63,7% (59,6% - 67,5%)	62,3% (59,7% - 64,9%)	63,9% (59,5% - 68,1%)
Sabía que existen vacunas para todas las etapas de la vida	60,7% (58,7% - 62,7%)	57,9% (54,8% - 60,9%)	63,2% (60,9% - 65,4%)	61,6% (57,9% - 65,2%)	58,7% (56,4% - 60,9%)	62,3% (58,7% - 65,7%)
Fue vacunado/a a los 11 años	78,5% (77,2% - 79,8%)	78,2% (75,9% - 80,3%)	78,8% (77,0% - 80,4%)	80,5% (77,4% - 83,2%)	79,3% (77,0% - 81,4%)	76,1% (74,0% - 78,0%)

Anexo 1

EVALUACIÓN DE ENTORNOS ESCOLARES

Evaluación de entornos escolares

La adquisición de comportamientos relacionados con la salud se consolida en la adolescencia, sosteniéndose muchas veces durante el resto de la vida (1). Existe evidencia tanto a nivel internacional (2) como en nuestro medio (3) sobre la influencia de la escuela y las políticas públicas relacionadas al entorno escolar en las conductas referentes a la alimentación, actividad física y consumo de tabaco de los estudiantes. Es por ello que conocer el entorno escolar resulta relevante para el diseño de acciones de promoción de la salud que impacten en las conductas de los adolescentes y también de la población general.

Como complemento de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 y con el objetivo de contar con una línea de base nacional para diseñar acciones y monitorear su impacto en la alimentación saludable, actividad física y ambientes libres de humo en las escuelas medias, se realizó un relevamiento del entorno escolar en una submuestra de escuelas.

Métodos

Se seleccionaron, mediante un muestreo aleatorio simple, 250 de las 600 escuelas incluidas en la EMSE 2012. De éstas, 232 aceptaron participar.

Mediante la técnica de observación directa se evaluaron las instalaciones de las escuelas, incluyendo aulas, patios, salas de profesores, comedores y kioscos. Por otro lado, se realizaron entrevistas estructuradas a informantes clave (jefe de preceptores u ordenanzas) de cada institución seleccionada.

La evaluación de entornos incluyó los siguientes indicadores:

- **Actividad física:** en la escuela se realizan acciones de promoción de la actividad física (afiches, carteles o folletería); localización de la infraestructura destinada a las clases de educación física, promedio de horas semanales de educación física; existencia de actividades extracurriculares para alumnos y adultos (padres y docentes).
- **Alimentación:** oferta de productos (alimentos y bebidas) en kioscos y comedores escolares; presencia de publicidades de productos en los kioscos; disponibilidad de agua potable en las escuelas; disponibilidad de bebederos o dispensers.
- **Tabaquismo:** observación de indicios de tabaquismo (colillas, cenizas en el piso, ceniceros, personas fumando u olor a cigarrillo); presencia de carteles de prohibido fumar.

Resultados

Actividad física

El 64,5% de los informantes refirieron que en la escuela se realizaban acciones de promoción de la actividad física, de las cuales el 78,5% lo hacía mediante afiches o carteles y el 12,8% a través de folletería.

Según lo mencionado por los informantes, el 93% de las escuelas dictaban en promedio 3 o menos horas semanales de educación física.

Al consultarles acerca del lugar donde los alumnos realizaban educación física, el 69% refirió que se practicaba principalmente en un espacio propio dentro del establecimiento; en segundo lugar, el 22% declaró que las clases se realizaban en un club o gimnasio y, un 9% que se dictaban en un espacio propio pero fuera del establecimiento.

Por último, el 70% de los referentes declaró que las instituciones organizaban jornadas deportivas recreativas. Asimismo, el 49% refirió que las escuelas ofrecían talleres, cursos o clases extracurriculares de actividad física, deportivos o recreativos para los alumnos y sólo el 13% manifestó organizar este tipo de actividades para adultos (padres o docentes).

Alimentación

Kioscos

El 80,2% de las instituciones observadas contaban con al menos un kiosco.

En la siguiente tabla se detallan los alimentos disponibles en los kioscos observados (Tabla A).

Tabla A Oferta de alimentos y bebidas en kioscos escolares. N= 188 escuelas

Producto en oferta	(%)
Galletitas dulces rellenas/sin rellenar	86,6%
Alfajores/budines/bizcochuelos	84,4%
Gaseosas regulares no dietéticas	81,2%
Caramelos/chupetines/Chicles	80,6%
Galletas saladas	76,3%
Jugo de fruta azucarado envasado	73,1%
Barritas de cereal	69,4%
Agua saborizada azucarada con y sin gas	68,8%
Agua mineral con/sin gas	67,2%
Snacks	65,1%
Chocolates (huevos, barras, etc)	64,0%
Sandwiches de embutidos (jamón, queso, salame, mortadela, etc)	60,8%
Pochoclos, tutucas, semillas de girasol (ej. pipas)	44,1%
Gaseosas light/diet	40,9%
Helados	39,2%
Agua saborizada light/diet con y sin gas	34,9%
Frutas	24,7%
Leche chocolatada envasada	23,7%
Panchos	18,3%
Yogures enteros	18,3%
Bebidas isotónicas azucaradas	16,7%
Tartas y empanadas (verdura, jamón y queso, etc)	14,5%
Yogures light/descremados	13,4%
Hamburguesas	8,1%
Promociones saludables	7,0%
Jugo de fruta natural (exprimido, licuado, etc)	4,3%
Leche entera	3,2%
Leche descremada	1,6%
Encendedores/fósforos	1,1%
Verduras	0,5%
Cigarrillos y bebidas alcoholicas	0,0%



Se evidenció que el 91,4% de los kioscos ofrecía productos que por sus características nutricionales no están recomendados en esta población (bebidas azucaradas, golosinas, helados, sándwiches con embutidos de alto contenido graso, snacks, galletitas dulces, panchos y hamburguesas, etc.). También se observó que en el 76% de los kioscos se ofertaban productos “saludables”, cuyo aporte en nutrientes contribuyen a mejorar la calidad de vida y/o prevenir enfermedades (agua potable, frutas, cereales, yogures, leches, verduras, etc.).

En relación con las publicidades de productos en los kioscos de las escuelas, se evidenció que en el 58,6% había carteles/publicidades de gaseosas.

Comedores

El 18,6% de las instituciones observadas cuenta con un comedor escolar. En la tabla B se detallan los principales alimentos ofrecidos en los comedores.

Tabla B: Oferta de alimentos en comedores escolares. N=43 escuelas

Producto en oferta	(%)
Postre con frutas frescas o cocidas	58,1%
Vegetales (budines, tortillas, tartas)	53,5%
Pollo sin piel, pescado, cortes de carne vacuna	46,5%
Legumbres	44,2%
Ensaladas de verduras frescas	41,9%

Se evidenciaron saleros o sobres de sal en los mostradores (18,6%) y en las mesas de los comedores escolares (9,3%).

Agua potable

Se evaluó la disponibilidad de agua potable en los establecimientos. En el 90,9% se disponía de agua potable en baños; solamente el 5,6% de las escuelas observadas contaban con bebederos en los patios o dispensers de agua.

Tabaquismo

En el 24,6% de los establecimientos se observó la presencia de indicios de tabaquismo en las instituciones escolares, definida como la presencia de colillas, cenizas en el piso, ceniceros, personas fumando u olor a cigarrillo. Estos indicios se observaron en el 15,5% de los baños de alumnos, en el 6,9% de los pasillos, en el 6,9% de las salas de profesores y en el 5,6% de los baños de adultos.

También se evaluó la presencia de carteles de prevención del tabaco. En el 27,6% de las escuelas se observó al menos un cartel; la localización de los mismos se evidenció con mayor frecuencia en salas de profesores (19,8%).

Conclusiones

Los resultados descriptos representan el primer relevamiento realizado en nuestro país a nivel nacional sobre entornos escolares en relación a actividad física, alimentación saludable y control de tabaco. Esta información resulta de utilidad para conocer la situación actual de escuelas de educación media y monitorizar las políticas de promoción de la salud.

En la mayoría de las escuelas se registró la presencia de kioscos escolares, en los cuales preponderó la oferta de alimentos con alto contenido calórico, de azúcares libres, grasas totales y grasas trans y sodio. Se evidenció una fuerte presencia de publicidad de bebidas en los kioscos.





La gran mayoría de las escuelas contaba con agua potable. La disponibilidad de bebederos o dispensers resultó baja.

Un relevamiento realizado en la Ciudad de Buenos Aires en 18 escuelas durante el ciclo lectivo del año 2008 (3), evidenció resultados similares a los observados en el presente informe de evaluación de entornos escolares. En aquel se concluyó que los productos que sobrepasaban los valores máximos recomendados de calorías, grasas totales o saturadas, sodio y azúcares libres por porción resultaron los más consumidos, más aceptados por los pares y más convenientes económicamente.

Existen en nuestro país múltiples iniciativas de kioscos o cantinas saludables, incluyendo marcos regulatorios. A nivel nacional está vigente la ley 26.396 (5), la cual en el artículo 9 indica que los kioscos y establecimientos de expendio de alimentos en escuelas deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos.

Teniendo en cuenta la progresión del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en nuestro país, la influencia de las publicidades y la facilidad para acceder a alimentos menos recomendados, resulta necesario continuar fortaleciendo las políticas y programas. Las políticas sobre oferta de alimentos y bebidas en escuelas deberían ser complementadas con otras intervenciones de promoción de una alimentación saludable en escuelas, como cambios en la currícula, acciones comunicacionales, acciones que influyan en los entornos de tomas de decisiones (escuelas, hogar, etc). Intervenciones de este tipo han mostrado resultados prometedores (6).

Con relación al tabaquismo, las escuelas deben ser 100% libres de humo, para proteger a los alumnos y todo el personal de la escuela no sólo de la exposición al humo de tabaco ajeno, sino también la potencial influencia que puede tener para los adolescentes que sus pares o sus docentes fumen en su presencia. Tal como lo evidencian los resultados del presente informe, aún hay indicios de tabaquismo en el interior de las escuelas, evidenciando la necesidad de fortalecer la fiscalización del cumplimiento de la normativa vigente (Ley 26.687-Decreto reglamentario 602/2013) (7) (8).

En conclusión, es necesario avanzar en acuerdos intersectoriales y regulaciones efectivas en el entorno escolar que prioricen el bienestar de los alumnos y que faciliten y fortalezcan las decisiones de estado encaminadas a garantizar un estilo de vida saludable para toda la población.





Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Riegos para la salud de los jóvenes, Nota descriptiva n°345. OMS; 2011 [acceso 4 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
2. Chriqui JF, Pickel M, Story M. Influence of school competitive food and beverage policies on obesity, consumption, and availability: a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2014;168(3):279-86.
3. Piaggio L, Concilio C, Rolón M, Macedra G, Dupraz S. Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores. *Salud Colectiva.* 2011;7(2):199-213
4. Lonsdale C, Rosenkranz RR, Peralta LR, Bennie A, Fahey P, Lubans DR. A systematic review and meta-analysis of interventions designed to increase moderate-to vigorous physical activity in school physical education lessons. *Prev Med.* 2013;56(2):152-61.
5. Ley Nacional de Prevención y Control de Trastornos alimentarios. Ley 26.396. Boletín Oficial, 3 de septiembre de 2008. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26396-declaracion_interes_nacional_prevencion.htm?3
6. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD001871. DOI: 10.1002/14651858.CD001871.pub3
7. Ley Nacional de Regulación de la Publicidad, Promoción y Consumo de los Productos elaborados con Tabaco. Ley 26.687. Buenos Aires, 1 de junio de 2011. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26687-regulacion_publicidad_promocion_consumo.htm?9
8. Reglamentación de la Ley 26.687 sobre regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Decreto 602/2013. Buenos Aires, 28 de mayo de 2013. Disponible en: http://www.infojus.gob.ar/legislacion/decreto-nacional-602-2013-reglamentacion_ley_26687_sobre.htm?10

Anexo 2

TABLA COMPARATIVA 2007-2012

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Alimentación						
Sobrepeso	24,5% (21,6% - 28,1%)	32,4% (29,0% - 36,0%)	17,6% (13,9% - 23,0%)	28,6% (26,8% - 30,4%)	35,9% (33,4% - 38,4%)	21,8% (19,7% - 24,1%)
Obesidad	4,4% (3,2% - 6,1%)	6,5% (4,5% - 9,3%)	2,6% (1,3% - 5,2%)	5,9% (5,1% - 6,8%)	8,3% (7,1% - 9,8%)	3,6% (2,8% - 4,7%)
Consumió frutas y verduras al menos 5 veces al día durante los últimos 30 días	14,0% (11,0% - 17,7%)	13,6% (10,2% - 18,0%)	14,4% (10,9% - 18,7%)	17,6% (16,2% - 19,1%)	16,6% (14,9% - 18,4%)	18,6% (17,0% - 20,4%)
Consumió frutas al menos 2 veces al día durante los últimos 30 días	32,2% (27,2% - 37,6%)	29,9% (23,6% - 37,1%)	34,0% (28,9% - 39,5%)	38,8% (37,4% - 40,2%)	35,3% (33,7% - 37,0%)	42,0% (40,0% - 44,0%)
Consumió verduras al menos 3 veces al día durante los últimos 30 días	8,5% (6,6% - 10,8%)	7,8% (5,9% - 10,4%)	9,0% (6,8% - 11,8%)	13,1% (12,0% - 14,3%)	12,9% (11,3% - 14,7%)	13,3% (12,0% - 14,7%)
Bebió gaseosas azucaradas al menos 2 veces al día durante los últimos 30 días	54,4% (50,2% - 58,7%)	52,0% (47,1% - 56,7%)	56,6% (50,9% - 62,1%)	48,1% (46,0% - 50,2%)	50,2% (47,9% - 52,5%)	48,2% (46,1% - 50,3%)
Comió en lugares de comida rápida al menos 3 días durante los últimos 7 días	7,4% (4,7% - 11,4%)	7,3% (4,5% - 11,6%)	7,0% (4,2% - 11,5%)	6,8% (5,8% - 7,9%)	7,0% (5,4% - 9,2%)	6,6% (5,8% - 7,4%)
Actividad Física						
Estuvo activo al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días	12,7% (9,8% - 16,3%)	18,2% (13,5% - 24,2%)	7,9% (5,6% - 11,2%)	16,7% (15,8% - 17,7%)	21,2% (20,0% - 22,6%)	12,4% (11,3% - 13,7%)
Fue a clases de actividad física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar	18,8% (14,6% - 23,8%)	20,4% (16,0% - 25,6%)	17,4% (12,6% - 23,6%)	25,9% (23,9% - 28,0%)	28,6% (25,5% - 32,0%)	23,3% (21,8% - 24,9%)
No fue a la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días	25,6% (19,8% - 32,5%)	26,7% (21,2% - 33,1%)	24,7% (18,2% - 32,6%)	31,2% (28,5% - 34,0%)	30,9% (27,8% - 34,1%)	31,5% (28,7% - 34,4%)
Sedentarismo	49,2% (41,6% - 56,8%)	44,0% (37,1% - 51,1%)	53,9% (44,4% - 63,1%)	50,3% (48,6% - 52,0%)	47,1% (44,3% - 49,9%)	53,4% (51,1% - 55,7%)
Alcohol						
Bebió alcohol por primera vez antes de los 14 años de edad (de los que bebieron alguna vez)	72,8% (67,6% - 77,5%)	71,9% (65,7% - 77,4%)	73,9% (67,3% - 79,5%)	75,9% (74,7% - 77,1%)	78,7% (76,7% - 80,5%)	73,3% (71,5% - 75,0%)
Bebió alcohol en los últimos 30 días	51,8% (45,6% - 57,8%)	55,4% (47,2% - 63,3%)	49,0% (43,2% - 54,8%)	50,0% (47,6% - 52,5%)	49,3% (46,3% - 52,2%)	50,7% (47,8% - 53,7%)
Tomó 2 o más tragos los días que bebió en los últimos 30 días (de los que bebieron en los últimos 30 días)	35,3% (30,3% - 40,7%)	35,1% (29,2% - 41,4%)	35,8% (28,7% - 43,5%)	62,9% (61,3% - 64,4%)	63,4% (61,0% - 65,8%)	62,4% (60,3% - 64,4%)

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Vio publicidades de bebidas alcohólicas diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días	41,3% (34,3% - 48,6%)	36,5% (29,5% - 44,2%)	45,5% (38,0% - 53,3%)	42,7% (40,3% - 45,0%)	40,5% (37,2% - 44,0%)	44,6% (42,5% - 46,8%)
Tabaco						
Probó cigarrillos por primera vez antes de los 14 años (de los que fumaron cigarrillos alguna vez)	74,1% (66,5% - 80,5%)	77,1% (68,2% - 84,1%)	71,9% (59,8% - 81,5%)	75,5% (73,3% - 77,6%)	77,0% (73,9% - 79,8%)	74,2% (71,7% - 76,6%)
Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días	21,0% (17,6% - 24,8%)	19,8% (15,2% - 25,4%)	21,9% (18,1% - 26,4%)	18,8% (17,7% - 20,0%)	17,0% (15,4% - 18,7%)	20,5% (19,0% - 22,0%)
Estuvo expuesto al humo de tabaco ajeno al menos 1 de los últimos 7 días	75,9% (72,8% - 78,8%)	75,2% (70,2% - 79,5%)	76,5% (74,1% - 78,8%)	73,4% (71,8% - 75,0%)	70,2% (68,0% - 72,3%)	76,4% (74,6% - 78,2%)
Uno o ambos padres o cuidadores consumen tabaco	37,3% (33,1% - 41,8%)	37,8% (32,0% - 43,9%)	36,7% (32,5% - 41,1%)	36,4% (34,7% - 38,2%)	37,1% (34,5% - 39,7%)	35,9% (34,0% - 37,9%)
Intentó comprar cigarrillos en los últimos 30 días y se le negó la venta debido a su edad	20,6% (14,5% - 28,4%)	27,2% (19,8% - 36,1%)	14,9% (7,5% - 27,5%)	23,8% (21,0% - 26,8%)	24,9% (20,6% - 29,8%)	22,3% (18,9% - 26,1%)
Heridas de gravedad						
Fue agredido/a físicamente en los últimos 12 meses	25,3% (21,6% - 29,4%)	31,7% (26,8% - 37,0%)	19,9% (16,2% - 24,2%)	24,8% (23,5% - 26,2%)	30,0% (28,1% - 32,0%)	20,0% (18,6% - 21,6%)
Sufrió lesiones de gravedad al menos una vez durante los últimos 12 meses	34,4% (31,4% - 37,6%)	44,1% (40,0% - 48,3%)	26,1% (22,6% - 29,9%)	33,3% (31,6% - 35,1%)	42,1% (39,9% - 44,4%)	25,2% (23,1% - 27,4%)
Tuvo una fractura o dislocación de una articulación como lesión más seria (de los que sufrieron lesiones en los últimos 12 meses)	28,5% (23,5% - 34,0%)	32,9% (26,4% - 40,0%)	22,2% (16,5% - 29,2%)	25,9% (22,3% - 29,9%)	28,6% (23,0% - 34,8%)	21,7% (18,8% - 25,0%)
Participó en una pelea en los últimos 12 meses	29,8% (26,0% - 34,0%)	42,8% (37,7% - 48,1%)	18,6% (14,3% - 23,8%)	34,1% (32,5% - 35,7%)	44,2% (41,7% - 46,7%)	24,7% (23,1% - 26,3%)
Intimidación						
Fue intimidado/a en los últimos 30 días	26,1% (21,9% - 30,8%)	26,8% (21,3% - 33,0%)	25,8% (21,8% - 30,1%)	24,5% (22,8% - 26,3%)	24,8% (22,1% - 27,6%)	24,2% (22,0% - 26,5%)
Fue golpeado, pateado, empujado o encerrado (de los que fueron intimidados/as en los últimos 30 días)	10,3% (5,5% - 18,3%)	14,8% (8,4% - 24,7%)	6,4% (2,6% - 15,0%)	9,6% (8,0% - 11,5%)	12,5% (10,4% - 15,1%)	7,1% (5,1% - 9,7%)
Seguridad vial						
La lesión más grave que sufrió fue un accidente automovilístico o atropellamiento por un vehículo motorizado (de los que fueron gravemente lesionados en los últimos 12 meses)	3,7% (2,1% - 6,6%)	3,7% (1,5% - 7,2%)	4,4% (1,9% - 9,9%)	7,3% (5,9% - 9,1%)	8,4% (6,2% - 11,1%)	5,7% (4,3% - 7,4%)

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón	Mujer		Varón	Mujer
		% (IC95%)	% (IC95%)		% (IC95%)	% (IC95%)
Salud mental						
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses	16,1% (12,9% - 19,8%)	12,7% (8,7% - 18,1%)	19,0% (15,6% - 22,9%)	16,9% (15,1% - 18,9%)	11,0% (9,2% - 13,1%)	22,3% (20,3% - 24,3%)
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses	12,6% (10,2% - 15,5%)	9,8% (6,5% - 14,6%)	15,1% (12,0% - 18,7%)	16,1% (14,5% - 17,8%)	11,5% (9,9% - 13,5%)	20,1% (18,1% - 22,1%)
Se sintió solo/a siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,2% (6,8% - 15,0%)	6,4% (2,9% - 13,2%)	13,6% (10,1% - 17,9%)	9,3% (8,2% - 10,7%)	5,3% (4,3% - 6,5%)	12,9% (11,4% - 14,4%)
Estuvo tan preocupado/a por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses	10,8% (8,7% - 13,3%)	7,8% (5,8% - 10,4%)	13,4% (10,6% - 16,7%)	8,6% (7,7% - 9,8%)	5,2% (4,2% - 6,3%)	11,7% (10,4% - 13,1%)
Se sintió tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses	29,8% (25,8% - 34,1%)	23,8% (19,6% - 28,5%)	34,6% (29,5% - 40,1%)	27,0% (25,4% - 28,7%)	19,0% (17,1% - 21,1%)	34,1% (31,8% - 36,5%)
Sin amigos muy cercanos	4,5% (3,5% - 5,6%)	4,7% (3,4% - 6,5%)	4,1% (3,0% - 5,5%)	5,2% (4,4% - 6,0%)	6,1% (4,9% - 7,5%)	4,3% (3,5% - 5,3%)
Factores protectores						
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que el estudiante hacía su tarea en los últimos 30 días	39,7% (34,4% - 45,2%)	41,1% (33,5% - 49,1%)	38,5% (34,0% - 43,2%)	31,1% (29,5% - 32,7%)	32,8% (30,5% - 35,1%)	29,5% (27,5% - 31,7%)
Los padres o cuidadores siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones en los últimos 30 días	55,3% (49,7% - 60,7%)	55,4% (47,2% - 63,3%)	55,1% (50,3% - 59,9%)	48,2% (46,2% - 50,2%)	46,2% (43,5% - 48,9%)	49,9% (47,7% - 52,1%)
Los padres o cuidadores sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días	58,3% (52,9% - 63,5%)	56,2% (47,8% - 64,3%)	60,0% (55,2% - 64,5%)	54,0% (52,0% - 56,0%)	49,4% (46,8% - 52,1%)	58,3% (55,9% - 60,6%)
Faltó a la escuela sin permiso una o más veces en los últimos 30 días	33,8% (28,8% - 39,2%)	36,1% (29,4% - 43,3%)	31,9% (26,9% - 37,4%)	30,7% (29,0% - 32,5%)	32,0% (29,5% - 34,6%)	29,4% (27,4% - 31,4%)
Los otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda en los últimos 30 días	55,4% (48,0% - 62,6%)	52,6% (44,0% - 60,9%)	57,8% (50,1% - 65,2%)	51,0% (48,6% - 53,4%)	47,5% (44,6% - 50,5%)	54,0% (51,4% - 56,6%)
Relaciones sexuales						
Tuvo relaciones sexuales alguna vez	26,0% (21,2% - 31,5%)	34,9% (27,3% - 43,4%)	18,8% (15,1% - 23,2%)	36,9% (34,0% - 39,8%)	43,5% (40,1% - 47,0%)	30,7% (27,7% - 33,9%)

	2007			2012		
	Total % (IC95%)	Sexo		Total % (IC95%)	Sexo	
		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)		Varón % (IC95%)	Mujer % (IC95%)
Usó preservativo en la última relación sexual (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	78,9% (70,7% - 85,3%)	81,7% (74,8% - 87,0%)	75,0% (60,6% - 85,4%)	75,8% (71,7% - 79,4%)	77,1% (71,5% - 81,8%)	74,0% (68,7% - 78,6%)
Usó preservativo siempre o casi siempre durante los últimos 12 meses (entre aquellos que tuvieron relaciones sexuales alguna vez)	45,1% (38,6% - 51,7%)	43,8% (37,9% - 49,8%)	47,9% (36,7% - 59,4%)	40,9% (38,1% - 43,6%)	40,6% (37,6% - 43,7%)	41,5% (36,1% - 47,1%)
Higiene						
Se lavó generalmente los dientes al menos una vez por día en los últimos 30 días	88,2% (82,0% - 92,5%)	93,1% (88,0% - 96,1%)	91,9% (86,5% - 95,3%)	92,8% (92,0% - 93,6%)	90,1% (88,6% - 91,4%)	95,4% (94,6% - 96,0%)
Fue al dentista en los últimos 12 meses	51,8% (45,4% - 58,2%)	54,5% (45,5% - 63,3%)	49,2% (37,6% - 60,9%)	49,6% (46,0% - 53,2%)	51,5% (48,9% - 54,1%)	48,9% (45,4% - 52,3%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos antes de comer en los últimos 30 días	10,3% (6,0% - 17,0%)	10,2% (7,7% - 13,6%)	9,9% (6,7% - 14,2%)	11,6% (10,4% - 12,8%)	11,9% (10,3% - 13,6%)	11,3% (10,1% - 12,6%)
Nunca o casi nunca se lavó las manos después de ir al baño en los últimos 30 días	7,4% (3,8% - 14,1%)	5,9% (4,2% - 8,3%)	6,6% (3,7% - 11,6%)	6,1% (5,1% - 7,3%)	7,3% (5,8% - 9,1%)	4,9% (4,0% - 6,1%)
Nunca o casi nunca usó jabón en los últimos 30 días	6,0% (3,5% - 10,0%)	6,2% (3,4% - 10,9%)	5,8% (3,4% - 9,8%)	6,5% (5,6% - 7,4%)	8,9% (7,2% - 10,8%)	4,3% (3,7% - 5,0%)



Anexo 3

RESUMEN EJECUTIVO (FACT SHEET)

EMSE | ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR

RESUMEN EJECUTIVO
ARGENTINA 2013

Objetivos de EMSE

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) es el estándar mundial para monitorear la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud y factores de protección más importantes entre los adolescentes.

EMSE es una encuesta realizada en escuelas que utiliza un protocolo estándar para los distintos países incluyendo Argentina; en nuestro país se utilizó una muestra representativa a nivel nacional y provincial de alumnos de entre de 1° a 3° año de nivel medio o secundario.

EMSE proporciona datos precisos sobre comportamientos relativos a la salud, factores de riesgo y de protección entre los alumnos, para:

-Establecer prioridades, elaborar programas, diseñar los recursos en los mismos y formular políticas de salud escolar y de los jóvenes

-Brindar la posibilidad a los gobiernos, las agencias internacionales y otros organismos de hacer comparaciones entre los países y dentro de los mismos sobre la prevalencia de los comportamientos relativos a la salud y los factores de protección

-Contribuir a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo entre jóvenes

EMSE utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial. Incluye información sociodemográfica e indaga sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, la higiene, el consumo de alcohol y otras drogas, la violencia y daños no intencionados, la salud mental, el consumo de tabaco, comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, de otras ETS y embarazos no deseados, actividad física y factores de protección.

Metodología de EMSE

EMSE Argentina, por iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación con colaboración del Ministerio de Educación Nacionales y Provinciales, fue realizada por segunda vez en nuestro país en noviembre de 2012. La importancia de esta segunda edición de EMSE Argentina radica en la posibilidad de obtener comparaciones de los indicadores a nivel nacional en relación a la EMSE realizada en 2007 y que por primera vez se obtienen resultados con representatividad provincial.

Para el desarrollo del trabajo de campo de la Encuesta Mundial de Salud Escolar se utilizó un diseño de muestreo en dos etapas para producir una muestra representativa de alumnos de 1° a 3° año de educación media a nivel nacional (8° EGB a 1° polimodal en el caso de la provincia de Buenos Aires) y provincial. Se seleccionaron 25 escuelas por provincia y se encuestaron 28.368 alumnos, con una tasa de respuesta global de 74%; aquí se analizan las respuestas de 20.890 alumnos de 13 a 15 años.

Principales resultados de EMSE

ALIMENTACION

- 16,6% de los varones, 18,6% de las mujeres, y 17,6% del total consume 5 porciones diarias de frutas y verduras.
- Sólo en 1 de 4 escuelas se ofrecen frutas y verduras en los kioscos
- 1 de cada 2 estudiantes consume 2 o más bebidas azucaradas por día
- 8 de cada 10 escuelas se ofrecen bebidas azucaradas

SOBREPESO y OBESIDAD

- 1 de cada 3 estudiantes presenta sobrepeso, con mayor frecuencia en varones
- 5,9% presenta obesidad (8,3% en varones y 3,6% en mujeres)

ACTIVIDAD FISICA

- Solamente 21,2% de los varones, 12,4% de las mujeres y 16,7% del total son físicamente activos
- 1 de cada 2 estudiantes pasa más de 3 horas al día sentados
- Solamente en 1 de cada 4 escuelas se dictan 3 o más clases semanales de actividad física y en la mitad ofrecen actividades extracurriculares

CONSUMO DE ALCOHOL

- 75,9% tomaron por primera vez antes de los 14 años
- 27,9% tomaron tanto alcohol que se embriagaron
- Las mujeres y los varones mostraron un consumo similar

CONSUMO DE TABACO

- 2 de cada 10 estudiantes fumaron cigarrillos 1 ó más días durante los últimos 30 días
- 75,5% de los estudiantes probaron un cigarrillo antes de los 14 años

LESIONES

- 1 de cada 3 estudiantes participaron en una pelea (44,2% de los varones y 24,7% de las mujeres) en los últimos 12 meses
- 1 de cada 4 fueron intimidados en los últimos 12 meses
- 1 de cada 3 fueron heridos de gravedad en los últimos 12 meses
- 4 de cada 10 nunca o rara vez usaron el cinturón de seguridad



COMPARACIÓN 2007 - 2012		
	2007	2012
	%	%
ALIMENTACIÓN		
Consumo de frutas y verduras 5 ó más veces al día (últimos 30 días)	14,0	17,6*
Consumo de bebidas azucaradas 2 ó más veces al día (últimos 30 días)	52,6	46,5*
Consumo en lugares de comida rápida 3 ó más días (últimos 7 días)	7,3	6,8
SOBREPESO Y OBESIDAD		
Sobrepeso	24,5	28,6*
Obesidad	4,4	5,9*
CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS		
Consumieron una bebida alcohólica al menos 1 día (últimos 30 días)	51,8	50,0
Tomaron tanto alcohol que se embriagaron alguna vez en la vida	28,9	27,9
Consumieron drogas alguna vez	9,0	10,0
CONSUMO DE TABACO		
Fumaron cigarrillos 1 ó más días (últimos 30 días)	21,0	18,8*
Consumieron otros productos de tabaco (últimos 30 días)	5,6	6,8
Notaron personas fumando en su presencia durante 1 ó más días (últimos 7 días)	75,9	73,4
ACTIVIDAD FÍSICA		
Físicamente activos al menos 60min por día (últimos 7 días)	12,7	16,7*
Pasó 3 ó más horas sentado (durante un día típico usual)	49,2	50,3
SALUD SEXUAL		
Tuvieron relaciones sexuales alguna vez en su vida	26,0	36,9*
Usaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales	78,9	75,8
LESIONES		
Atacados físicamente al menos 1 vez (últimos 12 meses)	25,3	24,8
Participaron de alguna pelea al menos 1 vez (últimos 12 meses)	29,8	34,1*
Heridos de gravedad al menos 1 vez (últimos 12 meses)	34,4	33,3
Intimidados al menos 1 vez (últimos 12 meses)	26,1	24,5
SALUD MENTAL		
Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse (últimos 12 meses)	16,1	16,9
Hizo un plan acerca de cómo suicidarse (últimos 12 meses)	12,6	16,1*

* Diferencia estadísticamente significativa

INTERVENCIONES PROPUESTAS

- Certificación de escuelas 100% libres de humo en todo el país
- Incorporación de comedores y quioscos saludables
- Acceso al consumo de agua apta para el consumo en todas las escuelas
- Mayor oferta de actividad física en horario curricular



Anexo 4

CUESTIONARIO

ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR, ARGENTINA 2012

Esta encuesta trata sobre temas de salud y cosas que hacés que puedan afectar tu salud. Estudiantes como vos están rellenoando esta encuesta en varias ciudades del país. Los estudiantes de otros países también están realizando esta encuesta. La información que proporciones será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para jóvenes como vos.

NO escribas tu nombre en esta encuesta ni en la hoja de respuestas. Las respuestas que suministres serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas. Contestá a las preguntas basado en lo que realmente sabés o hacés. No hay respuestas correctas o incorrectas.

La realización de la encuesta es voluntaria. Tus notas o calificaciones no se afectarán si contestás o no a las preguntas. Si no querés responder a una pregunta, simplemente dejala en blanco.

Asegurate de leer cada pregunta. Rellena los círculos en tu hoja de respuestas que indican tu contestación. Usa sólo el lápiz que te entreguen. Cuando hayas terminado, seguí las instrucciones que te haya dado la persona que pasó la encuesta.

Este es un ejemplo de cómo rellenoar los círculos:

Rellenoar los círculos

así ●

No así ☒

ni así ◐

Encuesta

1. ¿Viven los peces en el agua?
 - a. Sí
 - b. No

Hoja de respuestas

1. ● (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H)

Muchas gracias por tu ayuda

1. ¿Qué edad tenís?

- A. 11 años o menos
- B. 12 años
- C. 13 años
- D. 14 años
- E. 15 años
- F. 16 años
- G. 17 años
- H. 18 años o más



2. ¿Cuál es tu sexo?

- A. Masculino
- B. Femenino

3. ¿En qué grado o año estás?

- A. 1er año educación media ó 8vo EGB
- B. 2do año educación media ó 9no EGB
- C. 3ero año educación media ó 1ro polimodal

Las próximas 2 preguntas se refieren a la educación de tus padres o cuidadores.

4. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por tu padre o cuidador?

- A. Primaria incompleta
- B. Primaria completa
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Terciario/Universitario incompleto
- F. Terciario/Universitario completo
- G. No sé

5. ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por tu madre o cuidadora?

- A. Primaria incompleta
- B. Primaria completa
- C. Secundario incompleto
- D. Secundario completo
- E. Terciario/Universitario incompleto
- F. Terciario/Universitario completo
- G. No sé

Las próximas 3 preguntas se refieren a tu estatura, tú peso y acerca de pasar hambre.

6. ¿Cuál es tu estatura, sin zapatos? EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBÍ TU ESTATURA EN LAS CASILLAS SOMBREADAS QUE ESTÁN EN LA PARTE SUPERIOR DE LA TABLA. LUEGO RELLENÁ EL ÓVALO CORRESPONDIENTE DEBAJO DE CADA NÚMERO.





Ejemplo

Altura (cm)		
1	5	3
0	0	0
●	1	1
2	2	2
	3	●
	4	4
	●	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9
9	No sé	

7. ¿Cuánto pesas, sin zapatos? EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBÍ TU PESO EN LAS CASILLAS SOMBREADAS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA TABLA. LUEGO RELLENÁ EL ÓVALO CORRESPONDIENTE DEBAJO DE CADA NÚMERO.

Ejemplo

Peso (Kg.)		
0	5	2
●	0	0
1	1	1
2	2	●
	3	3
	4	4
	●	5
	6	6
	7	7
	8	8
	9	9
9	No sé	

8. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia sentiste hambre porque no había suficientes alimentos en tu hogar?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre



Las próximas 4 preguntas son acerca de lo que comés y bebés

9. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste **habitualmente** frutas como manzanas, bananas, naranjas, o mandarinas?

- A. No comí frutas durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

La próxima pregunta se refiere a los vegetales que quizás comas, como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo. Por favor, tené en cuenta que los cereales y los tubérculos, como las papas y batatas no son vegetales.

10. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces al día comiste **habitualmente** verduras, como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo?

- A. No comí verduras durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez al día
- C. 1 vez al día
- D. 2 veces al día
- E. 3 veces al día
- F. 4 veces al día
- G. 5 o más veces al día

11. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día tomaste **habitualmente** gaseosas como Coca Cola, Pepsi, Sprite o Fanta (no incluye gaseosas dietéticas/Light/Cero)?

- A. No tomé gaseosas durante los últimos 30 días
- B. Menos de una vez por día
- C. 1 vez por día
- D. 2 veces por día
- E. 3 veces por día
- F. 4 veces por día
- G. 5 o más veces por día

12. Durante los últimos 7 días ¿cuántos días comiste en lugares de comidas rápidas como McDonalds, o Burger King?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días



Las siguientes 5 preguntas se refieren a la limpieza de dientes y de manos

13. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces por día **habitualmente** te lavaste o cepillaste los dientes?
- A. No me lave ni cepillé los dientes durante los últimos 30 días
 - B. Menos de una vez por día
 - C. 1 vez por día
 - D. 2 veces por día
 - E. 3 veces por día
 - F. 4 o más veces por día
14. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos antes de comer?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre
15. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia te lavaste las manos después de usar el inodoro o la letrina?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre
16. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi siempre
 - E. Siempre

La siguiente pregunta es acerca de ir al dentista

17. ¿Cuándo fue la última vez que viste a un dentista para un control, examen, limpieza de dientes u otro arreglo dental?
- A. Durante los últimos 12 meses
 - B. Entre 12 y 24 meses
 - C. Hace más de 24 meses
 - D. Nunca
 - E. No sé



Las próximas 5 preguntas se refieren a tu vacunación

18. ¿Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son obligatorias?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

19. ¿Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son gratuitas?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

20. ¿Hay vacunas para todas las etapas de la vida?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

21. ¿Dónde aprendiste, conociste o te enteraste sobre el Calendario Nacional de Vacunación? Podés rellenar solamente una respuesta, aquella que se acerque más a tu situación.

- A. Escuela
- B. TV
- C. Mis padres o cuidadores
- D. Web/Internet
- E. Revistas/carteles en la calle/en hospitales/escuela
- F. El médico
- G. Me enteré de otra manera
- H. No me enteré/No conozco/No sé sobre el tema

22. ¿Te vacunaste a los 11 años?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

La próxima pregunta se refiere a agresiones físicas. Se produce una agresión física cuando una o varias personas golpean a alguien, o cuando una o varias personas hieren a otra persona con un arma (como un palo, un cuchillo o un arma de fuego). No hay una agresión física cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad eligen pelear entre sí.

23. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces





- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

La próxima pregunta se refiere a peleas. Se produce una pelea cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad eligen luchar entre sí.

24. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una pelea?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

Las próximas 3 preguntas se refieren a la más grave lesión que hayas sufrido durante los últimos 12 meses. Una lesión es grave cuando te hace perder al menos un día completo de actividades habituales (como la escuela, deportes o un trabajo) o requiere tratamiento por un médico o enfermera.

25. ¿Durante los últimos 12 meses, cuántas veces sufriste una lesión grave?

- A. Ninguna
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó 7 veces
- F. 8 ó 9 veces
- G. 10 u 11 veces
- H. 12 o más veces

26. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la lesión más seria que tuviste?

- A. No tuve ninguna lesión seria en los últimos 12 meses
- B. Tuve un hueso roto o una articulación dislocada
- C. Recibí un corte, una punzada o puñalada
- D. Sufrí un golpe u otra lesión en la cabeza o el cuello, me desmayé o no podía respirar
- E. Recibí una herida con arma de fuego
- F. Sufrí una quemadura grave
- G. Me intoxicqué o tomé mucha cantidad de un medicamento
- H. Me sucedió otra cosa

27. Durante los últimos 12 meses, ¿cuál fue la causa principal de la lesión más grave que sufriste?

- A. No sufrí ninguna lesión grave en los últimos 12 meses
- B. Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo motorizado
- C. Me caí
- D. Algo cayó sobre mi o me golpeó



- E. Fui atacado, agredido, abusado o estaba peleando con alguien
- F. Estuve en un incendio o me acerqué demasiado a una llama o algo caliente
- G. Inhalé o tragué algo que me hizo mal
- H. Otra cosa causó mi lesión

Las próximas 2 preguntas se refieren a la intimidación. Hay intimidación cuando un estudiante o grupo de estudiantes dicen o le hacen cosas malas y desagradables a otro estudiante. También se produce intimidación cuando un estudiante es objeto de bromas desagradables o se lo excluye deliberadamente. No existe intimidación cuando dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad discuten o luchan o cuando se hacen bromas de manera amistosa y divertida.

28. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fuiste intimidado?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

29. Durante los últimos 30 días, ¿en qué forma te intimidaron **con mayor frecuencia**?

- A. No fui intimidado en los últimos 30 días
- B. Fui golpeado, pateado, empujado o encerrado
- C. Se burlaron de mí debido a mi raza o nacionalidad o color
- D. Se burlaron de mí debido a mi religión
- E. Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos de índole sexual
- F. Me excluyeron de las actividades a propósito o fui completamente ignorado
- G. Se burlaron de mí debido al aspecto de mi cuerpo o mi cara
- H. Fui intimidado de otra manera

Las próximas 2 preguntas se refieren al viaje en un vehículo manejado por otra persona.

30. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usaste el cinturón de seguridad en un auto u otro vehículo manejado por otra persona?

- A. No viajé en un vehículo manejado por otra persona
- B. Nunca
- C. Rara vez
- D. A veces
- E. Casi siempre
- F. Siempre

31. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido viajaste en un auto u otro vehículo en el que el conductor había tomado alcohol?

- A. No viajé en un vehículo manejado por otra persona



- B. 0 veces
- C. 1 vez
- D. 2 o 3 veces
- E. 4 o 5 veces
- F. 6 o más veces

Las próximas 7 preguntas se refieren a tus sentimientos y amistades.

32. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia te sentiste solo o sola?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

33. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia estuviste tan preocupado o preocupada por algo que no podías dormir en la noche?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

34. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado / desesperada casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejaste de hacer tus actividades habituales?

- A. Sí
- B. No

35. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de intentar suicidarte?

- A. Sí
- B. No

36. Durante los últimos 12 meses, ¿hiciste un plan acerca de cómo intentarías suicidarte?

- A. Sí
- B. No

37. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste suicidarte?

- A. 0 veces
- B. 1 vez
- C. 2 ó 3 veces
- D. 4 ó 5 veces
- E. 6 ó más



38. ¿Cuántos amigos muy cercanos tenés?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 ó más

Las próximas 7 preguntas se refieren al consumo de cigarrillos y otras formas de tabaco.

39. ¿Qué edad tenías cuando por primera vez probaste un cigarrillo?

- A. Nunca he fumado cigarrillos
- B. 7 años o menos
- C. 8 o 9 años
- D. 10 u 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años ó más

40. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

41. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste otra forma de tabaco, como pipa, cigarrillos armados a mano o tabaco para masticar?

- A. 0 días
- B. 1 ó 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 a 19 días
- F. 20 a 29 días
- G. Los 30 días

42. Durante los últimos 30 días ¿alguien se negó a venderte cigarrillos por tu edad?

- A. No intenté comprar cigarrillos durante los últimos 30 días
- B. Si, alguien se negó a venderme cigarrillos por mi edad
- C. No, mi edad no me impidió comprar cigarrillos.



43. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez intentaste dejar de fumar cigarrillos?
- A. Nunca he fumado cigarrillos
 - B. No he fumado cigarrillos durante los últimos 12 meses.
 - C. Sí
 - D. No
44. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días otras personas han fumado en tu presencia?
- A. 0 días
 - B. 1 ó 2 días
 - C. 3 ó 4 días
 - D. 5 o 6 días
 - E. Los 7 días
45. ¿Cuál de tus padres o cuidadores consumen alguna forma de tabaco?
- A. Ninguno
 - B. Mi padre o mi cuidador
 - C. Mi madre o mi cuidadora
 - D. Ambos
 - E. No sé

Las próximas 8 preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye tomar vino, cerveza, whisky, ginebra o vodka. Tomar alcohol no incluye tomar unos pocos sorbos de vino por motivos religiosos. Una "bebida estándar" (o trago) es un vaso de vino, una botella o lata de cerveza, un vaso destilado de whisky, ginebra, vodka o fernet.

46. ¿Qué edad tenías cuando tomaste por primera vez alcohol más que unos pocos sorbos?
- A. Nunca tome alcohol más que unos pocos sorbos
 - B. 7 años o menos
 - C. 8 ó 9 años
 - D. 10 u 11 años
 - E. 12 ó 13 años
 - F. 14 ó 15 años
 - G. 16 ó 17 años
 - H. 18 años ó más
47. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomaste al menos una bebida que contenía alcohol?
- A. 0 días
 - B. 1 o 2 días
 - C. 3 a 5 días
 - D. 6 a 9 días
 - E. 10 a 19 días
 - F. 20 a 29 días
 - G. Los 30 días



48. Durante los últimos 30 días, en los días en que tomaste alcohol, ¿cuántos tragos tomaste generalmente por día?

- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
- B. Menos de un trago
- C. 1 trago
- D. 2 tragos
- E. 3 tragos
- F. 4 tragos
- G. 5 o más tragos

49. Durante los últimos 30 días, ¿cómo conseguiste generalmente el alcohol que tomaste? SELECCIONÁ SÓLO UNA RESPUESTA.

- A. No tome alcohol durante los últimos 30 días
- B. Lo compré en una tienda, un establecimiento comercial o a un vendedor callejero
- C. Le di dinero a otra persona para que me lo comprara
- D. Lo conseguí de mis amigos
- E. Lo conseguí de mi familia
- F. Lo robé o lo obtuve sin permiso
- G. Lo conseguí de otra manera

50. ¿Qué tipo de bebida alcohólica **generalmente** tomas? ELEGÍ SOLAMENTE UNA RESPUESTA

- A. No tomo bebidas alcohólicas
- B. Cerveza
- C. Vino
- D. Bebidas fuertes, como vodka, whisky, ginebra
- E. Sangría u otra bebida con vino
- F. Gancia, Cinzano o Fernet
- G. Otro tipo

51. Durante los últimos 30 días, ¿alguien se negó a venderte bebidas alcohólicas por tu edad?

- A. No intenté comprar bebidas alcohólicas en los últimos 30 días
- B. Si, alguien se negó a venderme bebidas alcohólicas por mi edad
- C. No, mi edad no me impidió comprar bebidas alcohólicas.

Tambalearse cuando uno camina, no ser capaz de hablar correctamente y vomitar son algunos signos de tener una borrachera.

52. Durante tu vida, ¿cuántas veces bebiste tanto alcohol que realmente te emborrachaste?

- A. 0 veces
- B. 1 o 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 o más veces





53. Durante tu vida, ¿cuántas veces sufriste resaca, te sentiste enfermo, tuviste problemas con tu familia o amigos, faltaste a la escuela o te metiste en peleas como resultado de tomar bebidas alcohólicas?
- A. 0 veces
 - B. 1 o 2 veces
 - C. 3 a 9 veces
 - D. 10 o más veces

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que viste publicidad de bebidas alcohólicas en videos, revistas, Internet, cines, eventos deportivos o conciertos.

54. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia viste alguna publicidad de bebidas alcohólicas?
- A. Nunca
 - B. Rara vez
 - C. A veces
 - D. Casi a diario
 - E. Diariamente

Las siguientes 6 preguntas se refieren al uso de drogas. Esto Incluye el uso de cocaína, paco, marihuana, inhalantes, anfetaminas y éxtasis.

55. ¿Qué edad tenías cuando usaste drogas por primera vez?

- A. Nunca usé drogas
- B. 7 años ó menos
- C. 8 ó 9 años
- D. 10 ó 11 años
- E. 12 ó 13 años
- F. 14 ó 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años ó más

56. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido marihuana (porro)?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces ó más

57. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces has consumido marihuana (porro)?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces ó más

58. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido anfetaminas o metanfetaminas?

- A. 0 veces



- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces ó más

59. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido éxtasis (bicho)?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces ó más

60. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido paco?

- A. 0 veces
- B. 1 ó 2 veces
- C. 3 a 9 veces
- D. 10 a 19 veces
- E. 20 veces ó más

Las próximas 7 preguntas se refieren a las relaciones sexuales

61. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

62. ¿Qué edad tenías cuando tuviste por primera vez relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. 11 años o menos
- C. 12 años
- D. 13 años
- E. 14 años
- F. 15 años
- G. 16 ó 17 años
- H. 18 años ó más

63. Durante tu vida, ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. 1 persona
- C. 2 personas
- D. 3 personas
- E. 4 personas
- F. 5 personas
- G. 6 o más personas



64. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿vos o tu pareja usaron un preservativo (profiláctico o “forro”)?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No

65. Durante los últimos 12 meses, ¿tuviste relaciones sexuales?

- A. Sí
- B. No

66. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia vos o tu pareja usaron un preservativo (profiláctico o “forro”) cuando tuvieron relaciones sexuales?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Tuve relaciones sexuales, pero no en los últimos 12 meses.
- C. Nunca
- D. Rara vez
- E. A veces
- F. Casi siempre
- G. Siempre

67. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿usaste vos o tu pareja otro método para evitar el embarazo como interrumpir la penetración antes de tiempo, controlar las fechas del período menstrual para tener relaciones en las fechas “seguras”, utilizar pastillas anticonceptivas, DIU o diafragma?

- A. Nunca tuve relaciones sexuales
- B. Sí
- C. No
- D. No sé

Las siguientes 4 preguntas se refieren a la infección por VIH o SIDA.

68. ¿Has oído alguna vez hablar de la infección por VIH o de una enfermedad llamada SIDA?

- A. Sí
- B. No

69. En el transcurso de este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases sobre la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

70. En el transcurso de este año escolar, ¿te han enseñado en alguna de tus clases cómo evitar la infección por VIH o el SIDA?

- A. Sí
- B. No
- C. No sé

71. ¿Has hablado alguna vez con tus padres o cuidadores de la infección por VIH o del SIDA?

- A. Sí
- B. No

Las próximas 3 preguntas se refieren a tu actividad física. Actividad física es cualquier actividad que acelera los latidos del corazón y te hace respirar más fuerte/con mayor frecuencia. Se puede tener actividad física en los deportes, jugando con amigos o caminando a la escuela. Algunos ejemplos de actividad física son correr, caminar rápidamente, andar en bicicleta, bailar y jugar fútbol.

72. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días practicaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos por día? SUMÁ TODO EL TIEMPO QUE PASAS HACIENDO ACTIVIDAD FÍSICA CADA DÍA.

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

73. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días fuiste a la escuela y volviste a casa caminando o en bicicleta?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días
- G. 6 días
- H. 7 días

74. Durante este año escolar, ¿en cuántos días fuiste a la clase de educación física cada semana?

- A. 0 días
- B. 1 día
- C. 2 días
- D. 3 días
- E. 4 días
- F. 5 días o más

La próxima pregunta se refiere al tiempo que pasás generalmente sentado cuando no estás en la escuela o haciendo tus tareas escolares.

75. Durante un día típico o usual, ¿cuánto tiempo pasás sentado viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer un libro o chatear?



- A. Menos de 1 hora por día
- B. 1 o 2 horas por día
- C. 3 o 4 horas por día
- D. 5 o 6 horas por día
- E. 7 u 8 horas por día
- F. Más de 8 horas por día

Las próximas 6 preguntas se refieren a tus experiencias en la escuela y en casa.

76. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días faltaste a clases o a la escuela sin permiso?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 a 5 días
- D. 6 a 9 días
- E. 10 o más días

77. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables con vos y te prestaron ayuda?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

78. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que tengas tu tarea hecha?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

79. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

80. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que vos estabas haciendo en tu tiempo libre?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre



81. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores se metieron en tus cosas sin tu aprobación/permiso?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. A veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre





