

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar

## ARGENTINA 2018

EMSE  
2 0 1 8



Ministerio de Salud  
Argentina



# ARGENTINA 2018

## AUTORIDADES

*PRESIDENTE DE LA NACIÓN*

**Dr. Alberto Fernández**

*MINISTRA DE SALUD*

**Dra. Carla Vizzotti**

*SECRETARÍA DE ACCESO A LA SALUD*

**Dra. Sandra Tirado**

*SUBSECRETARIO DE ESTRATEGIAS SANITARIAS*

**Dr. Juan Manuel Castelli**

*DIRECTOR NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES  
NO TRANSMISIBLES*

**Dr. Nicolás Iván Haebeler**

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar

# ARGENTINA 2018

## AGRADECIMIENTOS

El Ministerio de Salud de Argentina agradece el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) por haber prestado apoyo técnico y financiero para la elaboración de este documento. Se agradece también a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de su oficina regional y su oficina local, por su apoyo técnico y asistencia para el análisis y elaboración tanto del Resumen ejecutivo (Fact Sheet), como de este documento.

Finalmente, agradecer a los colegios primarios y secundarios, estudiantes y cuerpo docente que nos abrieron sus puertas y nos brindaron parte de su tiempo a responder desinteresadamente la totalidad de estos cuestionarios.

## REDACTORES DE ESTE DOCUMENTO:

Lic. Ana King, Mg. Josefina María Blanco, Coordinadora Mg. María Julieta Rodríguez Cámara. Área de Vigilancia de la Salud y Monitoreo de Programas. **Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT).**

Lic. Eliana Hansen, Lic. Malena Gaij, Mg. Coordinadora Verónica Risso Patrón. **Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, DNAIENT.**

Dra. Gabriela De Roia, Coordinador Lic. Matías Abal. **Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo, DNAIENT.**

Dra. Paola Morello, Coordinador Mg. Mario Virgolini. **Programa Nacional de Control del Tabaco, DNAIENT.**

Lic. Aldana Casañas, Coordinadora Lic. Débora Duffy. **Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, DNAIENT.**

Ing. Leonardo Martinelli, Lic. Coordinadora Natalia Coton. **Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones, DNAIENT.**

Md. María Paz Rojas Mena, Lic. María Agustina Page, Residencia de Epidemiología, **Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.**

Revisores de este documento: Dra. M. Graciela Abriata, Lic. Dolores Breit. **Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación.**

## DISEÑO DE ESTE DOCUMENTO:

Equipo de Comunicación de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación.

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar

# ARGENTINA 2018

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 3. ALIMENTACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 4. ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 5. TABACO</b>	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 6. ALCOHOL</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 7. DROGAS ILÍCITAS</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 8. VIOLENCIA, LESIONES GRAVES Y SEGURIDAD VIAL</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 9. SALUD MENTAL</b>	<b>67</b>
<b>CAPÍTULO 10. FACTORES PROTECTORES</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO 11. COMPORTAMIENTOS SEXUALES</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO 1: CUESTIONARIO 3° EMSE 2018</b>	<b>93</b>

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia, la etapa comprendida según la OMS entre los 10 y los 19 años (1), se produce un cambio radical en todos los aspectos de la vida donde tienen lugar tanto cambios biológicos, como el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como también cambios psicosociales, como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Es por eso por lo que es imprescindible considerar en la adolescencia la salud desde un abordaje integral, la cual implica abordar tanto el bienestar físico como el mental, social y espiritual de los y las jóvenes como también aquellos 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).

La salud en la adolescencia debe ser una prioridad en las agendas de salud pública de todos los países del mundo ya que, según datos de la OMS, casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos una alimentación inadecuada; el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas; la falta de actividad física; las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. A su vez, la mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta comienzan antes de los 14 años, aunque en la mayoría de los casos no son detectados ni tratados. Por otro lado, a pesar de que la mayoría de los y las 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 y las jóvenes es posible definir: violencia y traumatismos causados por el tránsito; trastornos mentales; adicción al tabaco y drogas ilegales; uso nocivo de alcohol; embarazos y partos precoces; infección por VIH; malnutrición (3). 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) (5).

La promoción de prácticas saludables durante la adolescencia y los esfuerzos para proteger mejor a los y las adolescentes de los riesgos a los que están expuestos, les garantizará tener una vida más larga y productiva (3). Este periodo de cambios se presenta como una oportunidad estratégica tanto para formar hábitos saludables como para delinear políticas de prevención de riesgos. En ello radica la importancia de indagar sobre sus comportamientos, comprender aquellas conductas de riesgo como también aquellas acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para su salud (6).

Dado el alto nivel de asistencia escolar en nuestro país<sup>1</sup>, 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 y las adolescentes. En este contexto, la 3° Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)<sup>2</sup> 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 y las adolescentes y reorientar las acciones de acuerdo con la interpretación de los resultados.

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 y Hogares realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2010. Disponible en [http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos\\_totalpais.asp](http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp)

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

## 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). Al contar con una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre los comportamientos de adolescentes, esta encuesta permite la realización de comparaciones entre países y marcar tendencias a nivel nacional. La misma se realiza con una periodicidad recomendada de 4 años mediante una encuesta autoadministrada y anónima aplicada a estudiantes de escuelas secundarias de todo el país.

Desde el año 2003, los Ministerios de Salud y de Educación de diversos países han utilizado periódicamente esta encuesta para monitorear la prevalencia de comportamientos más importantes de riesgo y de protección para la salud entre adolescentes. En Argentina se realizaron tres ediciones de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE): la primera en el año 2007 con representatividad nacional a estudiantes de 13 a 15 años; la segunda en 2012 con representatividad nacional y provincial a estudiantes de 13 a 15 años; y la tercera, realizada en el año 2018, también cuenta con representatividad nacional y provincial pero aplicada a estudiantes de 13 a 17 años.

### **Objetivos de la EMSE en Argentina 2018**

El objetivo principal de la 3° EMSE fue proporcionar datos precisos sobre comportamientos relativos a la salud y los factores de riesgo y protección entre estudiantes de Argentina para:

- *Diseñar estrategias, establecer prioridades y formular políticas de salud escolar y en adolescentes.*
- *Servir de insumo a los gobiernos provinciales y nacionales, así como también a organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales para realizar comparaciones, entre los países y a nivel nacional y provincial, sobre la prevalencia de los comportamientos relativos a salud y los factores protectores.*
- *Analizar tendencias y comparaciones a nivel nacional y provincial en relación con las ediciones anteriores de la encuesta.*
- *Contribuir a la vigilancia epidemiológica y monitoreo de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.*

La EMSE 2018 se aplicó por primera vez a estudiantes de 13 a 17 años de todo el país y relevó tanto aspectos sociodemográficos como información sobre conductas relacionadas con el comportamiento alimentario, la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, la violencia y daños no intencionales, la seguridad vial, la salud mental, factores protectores y los comportamientos sexuales que contribuyen a la infección del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. En el presente informe se describen los principales resultados nacionales para el año 2018 según sexo y edad y se realizan comparaciones con las ediciones anteriores de los años 2007 y 2012.

# ARGENTINA 2018

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.** OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, 2014 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 2.** 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 (2/8/2021). Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>
- 3.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente y el joven adulto. Datos y Cifras (actualizado al 18 de enero de 2021). (Acceso el 18/8/2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- 4.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Traumatismos causados por el tránsito. Datos y cifras (actualizado al 21 de junio de 2021) (acceso 18/8/2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- 5.** Mokdad, Ali et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, Lancet; VOLUME 387, ISSUE 10036, P2383-2401, JUNE 11, 2016 (Acceso 18/8/2021). Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00648-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00648-6/fulltext)
- 6.** Corona, Maria Francisca; Peralta, V. Prevención de conductas de riesgo. Revista Médica Clínica Las Conde, n° 22, p.68-75, 31/1/2011 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/272641440\\_Prevencion\\_de\\_conductas\\_de\\_riesgo](https://www.researchgate.net/publication/272641440_Prevencion_de_conductas_de_riesgo)

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar

# ARGENTINA 2018

## 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 estudiantes de escuelas secundarias relacionados con la salud y los factores de riesgo y de protección asociados con las principales causas de enfermedad y muerte en esta población.

### A) POBLACIÓN Y MUESTRA

Con el objetivo de obtener información sobre la población de estudiantes de Argentina, los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos de América diseñaron un muestreo representativo de estudiantes de 13 a 17 años de todo el país, tanto de escuelas públicas como privadas. Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico y bietápico. Las escuelas se seleccionaron con probabilidad proporcional al tamaño del alumnado por escuela en la primera etapa, y luego, dentro de cada escuela seleccionada, se seleccionaron los años/grados siguiendo un muestreo sistemático. Así la muestra fue representativa de estudiantes de 1º a 5º año de educación media a nivel nacional y provincial y de 8º EGB a 3º polimodal en el caso de la provincia de Buenos Aires.

#### **Descripción de la muestra:**

**Nivel escolar:** se incluyeron en la muestra todas las escuelas con grados:

- 8vo grado nivel Primario/Polimodal o 1er año nivel Secundario
- 9no grado nivel Primario/Polimodal o 2do año nivel Secundario
- 1er año/10mo grado nivel Polimodal o 3er año nivel Secundario
- 2do año/11vo grado nivel Polimodal o 4to año nivel Secundario
- 3er año/12vo grado nivel Polimodal o 5to año nivel Secundario

Un total de 600 escuelas fueron muestreadas a partir de una selección sistemática con probabilidad proporcional a la inscripción en los grados incluidos utilizando un inicio aleatorio.

**Nivel de clase:** se incluyeron en el marco de muestreo todas las clases con estudiantes en los grados descritos.

Se utilizó un muestreo sistemático de igual probabilidad con un inicio aleatorio para seleccionar las clases de cada escuela que participó en la encuesta. Finalmente participaron de manera efectiva 3131 clases.

#### **Tasa de Respuesta:**

<b>Escuelas</b>	<b>86%</b>	Participaron 513 de las 600 escuelas de la muestra.
<b>Estudiantes</b>	<b>74%</b>	57.095 de los 77.060 estudiantes incluidos en la muestra completaron cuestionarios; de los cuales se pudieron utilizar 56.981 cuestionarios después de la edición de datos.

**Tasa de respuesta general:  $86\% * 74\% = 63\%$**

## **Ponderación:**

Se asoció una ponderación con cada cuestionario para reflejar la probabilidad de muestrear a cada estudiante y para reducir el sesgo al compensar los diferentes patrones de falta de respuesta. El peso utilizado para la estimación viene dado por:

$$W = W1 * W2 * f1 * f2 * f3$$

- W1** = la inversa de la probabilidad de seleccionar la escuela;
- W2** = la inversa de la probabilidad de seleccionar el aula dentro de la escuela;
- f1** = un factor de ajuste por falta de respuesta a nivel de escuela calculado por categoría de tamaño de escuela (pequeña, mediana, grande). El factor se calculó en términos de matrícula escolar en lugar de número de escuelas.
- f2** = un factor de ajuste por falta de respuesta a nivel de estudiante calculado por clase.
- f3** = un factor de ajuste posterior a la estratificación calculado por grado.

## **Uso de los resultados ponderados:**

Los resultados ponderados se pueden usar para hacer inferencias importantes sobre las conductas prioritarias de riesgo y protectoras para la salud de todos los estudiantes en los grados:

- 8vo grado nivel Primario/Polimodal o 1er año nivel Secundario
- 9no grado nivel Primario/Polimodal o 2do año nivel Secundario
- 1er año/10mo grado nivel Polimodal o 3er año nivel Secundario
- 2do año/11vo grado nivel Polimodal o 4to año nivel Secundario
- 3er año/12vo grado nivel Polimodal o 5to año nivel Secundario

## **B) TRABAJO DE CAMPO Y CUESTIONARIO**

Para la ejecución del trabajo de campo, el Ministerio de Salud de la Nación llamó a licitación pública. La empresa adjudicataria, CEIS Consultoría, Evaluación e Investigación Social, realizó la capacitación de los y las encuestadores/as y llevó a cabo la recopilación de los datos durante los meses de mayo a diciembre de 2018. El ingreso de datos, su consolidación y ponderación fue realizado por el CDC.

El cuestionario de la 3ra EMSE (**Anexo 1**) fue autoadministrado y anónimo. Las preguntas, validadas en el idioma español utilizado en Argentina, fueron diseñadas para optimizar la calidad de los datos recogidos. Estas encuestas están organizadas en una serie de módulos sobre los cuales cada país participante incluye los módulos sobre los que tiene particular interés de acuerdo con la problemática local. En esta última edición de EMSE de 2018, Argentina incluyó los siguientes módulos: comportamientos alimentarios, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de drogas ilícitas, violencia, lesiones graves y seguridad vial, salud mental, factores protectores y comportamientos sexuales. Además se recogieron datos demográficos referentes a edad, sexo, año cursado y nivel educativo de padres, madres o cuidadores/as.

# ARGENTINA 2018

## C) 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 17 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 eran 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.

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.

# 3<sup>o</sup> Encuesta Mundial de Salud Escolar



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 3. ALIMENTACIÓN

### INTRODUCCIÓN

El derecho a la alimentación es un derecho humano básico, que actualmente incluye la perspectiva de alimentación adecuada y nutritiva, ampliando la concepción histórica que lo consideraba como una garantía de protección contra el hambre. En este marco, una alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que las personas puedan llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sanas (1). Como contracara, una alimentación inadecuada constituye un importante factor de riesgo para la salud (2) (3) (4).

Cada vez es hay más abundante y contundente evidencia científica (5) que relaciona el consumo de productos ultraprocesados con el incremento en la prevalencia e incidencia de enfermedades no transmisibles como la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y respiratorias crónicas, y algunos tipos de cáncer. Incluso en infantes y adolescentes se encontró un vínculo entre el consumo de productos ultraprocesados y el aumento del colesterol en sangre, así como un aumento en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en la primera etapa de la edad adulta (5). Las bebidas azucaradas, entre otros productos ultraprocesados altos en azúcar, provocan además un aumento de la aparición de caries que perjudica la integridad de las piezas dentarias (6).

En Argentina, al igual que en el resto del mundo, existe una evidente modificación en el patrón de consumo alimentario (7) (8). En 15 años (1996/7-2012/3) en nuestro país, el consumo de energía proveniente de productos ultraprocesados aumentó un 53%, llegando a ser un tercio de la energía total consumida por la población en el día, en detrimento del consumo de alimentos sin procesar o mínimamente procesados, y por ende de comidas frescas y elaboradas en forma casera. Adicionalmente, los datos relevados por la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYs) (9) indican que, si bien los patrones alimentarios son inadecuados en toda la población, se encontró que el consumo de alimentos en niños, niñas y adolescentes (NNyA) es significativamente menos saludable que en personas adultas. Los/as NNyA consumen diariamente más bebidas azucaradas, el doble de golosinas, casi el doble de productos de pastelería y casi el triple de productos de copetín respecto de las personas adultas (9). A su vez, si se observa el consumo por quintil de ingresos, aquellas personas con menores ingresos consumen diariamente menos alimentos recomendados, y más alimentos no recomendados con exceso de azúcares, grasas y sal que las de quintiles superiores. Existen varios indicadores antropométricos entre los que se encuentra el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), que relaciona el peso con la talla de las personas. En cuanto al bajo IMC (un peso bajo para la talla), la ENNYs 2019 demuestra que esta problemática es de baja prevalencia en nuestro país, representada por un 1,4% de la población de 5 a 17 años. Por su parte, el alto IMC (un peso alto para la talla) se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y las categorías de sobrepeso y obesidad representan respectivamente al 20,7% y 20,4% de la población de 5 a 17 años (9).

### MÉTODOS

En el presente capítulo se analizan los siguientes indicadores relacionados con elecciones alimentarias e indicadores antropométricos:

## Alimentación

- Porcentaje de estudiantes que consumieron frutas 2 o más veces al día durante los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que consumieron verduras 3 o más veces al día en los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que consumieron bebidas azucaradas 1 o más veces al día en los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que consumieron en lugares de comida rápida 3 o más días en los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que consumieron comida salada o snacks dos o más veces por día durante los últimos 7 días. En la pregunta del cuestionario se ejemplifica "comida salada o snacks, como papas fritas, palitos, chizitos, kesitas, saladix".
- Porcentaje de estudiantes que consumieron comida alta en grasas dos o más veces por día durante los últimos 7 días. En la pregunta del cuestionario se ejemplifica "comida alta en grasas como salchichas, milanesas en paquete, patitas de pollo".

## Indicadores antropométricos

- Porcentaje de estudiantes clasificados como bajo peso (<-2DE de la media para IMC según edad y sexo).
- Porcentaje de estudiantes clasificados como sobrepeso (>+1DE de la media para IMC según edad y sexo).
- Porcentaje de estudiantes clasificados como obesidad (>+2DE de la media para IMC según edad y sexo).

## RESULTADOS

Al consultarles a los y las estudiantes de 13 a 17 años sobre el consumo de alimentos obtuvimos los siguientes resultados:

- El 21,0% refirió haber consumido frutas dos o más veces por día en la última semana, sin registrar diferencias por sexo, aunque si por edad, evidenciándose un mayor consumo en el grupo de 13 a 15 años respecto del grupo de 16 a 17 años (**Tabla 1.1**). No es comparable el consumo de frutas ni de verduras con respecto a ediciones anteriores, ya que se tomaron diferentes períodos de referencia. Mientras que en esta edición se analizó el consumo en los últimos 7 días, en la EMSE 2012 se analizó el consumo de 2 o más veces por semana durante los últimos 30 días, con un valor porcentual de 38,8% (10).
- El 10,5% consumió verduras tres o más veces diarias en la última semana, sin presentar diferencias según sexo ni edad (**Tabla 1.1**).
- El 33,2% consumió bebidas azucaradas una o más veces al día en la última semana, siendo mayor en varones (34,9%) que en mujeres (31,4%) y sin registrar diferencias por edad (**Tabla 1.1**).
- El 9,9% consumió en lugares de comida rápida tres o más días en la última semana, sin mostrar diferencias por sexo. En cuanto a la edad, el grupo de 13 a 15 años presentó, por un lado, un mayor valor porcentual en comparación con el de 16 a 17 años (10,7% vs 8,4% respectivamente) (**Tabla 3.1**) y por otro, un aumento con respecto a la edición de 2012 que registró un valor de 6,8% para ese grupo etario (**Tabla 1.2**).

# ARGENTINA 2018

- El 8,1% de refirió haber consumido comida salada o snacks dos o más veces por día durante la última semana, sin presentar diferencias por sexo ni edad (**Tabla 1.1**).
- Finalmente, el 9,1% de los/as estudiantes comió comida alta en grasas dos o más veces por día, también durante la última semana, sin registrar diferencias por sexo ni edad (**Tabla 1.1**).

En cuanto a los resultados del Indicador de Índice de Masa Corporal (IMC), se observó que el 2,2% de los y las estudiantes de 13 a 17 años presentó un IMC bajo, categorizado como bajo peso, sin diferencias por sexo, mientras que el 37,7% presentó IMC elevado. El IMC elevado, que se clasifica como sobrepeso, representó al 30,3% de estudiantes de 13 a 17 años mientras que el IMC que se clasifica como obesidad fue del 7,4%, siendo ambos mayores en varones que en mujeres. La categoría de sobrepeso fue mayor en el grupo de 13 a 15 años en comparación con los de 16 a 17 años (33,1% vs 25,1%). No hubo diferencias en la prevalencia del IMC categorizado como obesidad entre dichos grupos de edad (**Tabla 1.1**).

A su vez, se registró un aumento en la prevalencia del IMC elevado en el grupo de adolescentes de 13 a 15 años a lo largo de las dos últimas ediciones de la EMSE. La prevalencia de sobrepeso en este grupo pasó de 28,6% (2012) a 33,1% (2018) y la de obesidad de 5,9% (2012) a 7,8% (2018). En las tres ediciones de la encuesta, el IMC categorizado como sobrepeso fue mayor en varones que en mujeres, en cambio este patrón se observó en la prevalencia de obesidad en la 2ª y 3ª edición de la encuesta (**Tabla 1.2**).

## DISCUSIÓN

A partir del análisis de los resultados sobre las elecciones alimentarias -tanto de alimentos recomendados, como de no recomendados- en la población de adolescentes, se puede observar que los mismos siguen las tendencias que muestran otras encuestas y estudios nacionales (8) (9). El consumo de alimentos recomendados, como el de frutas y verduras, es bajo con relación a las recomendaciones internacionales. Estos resultados están en consonancia con los datos de la Segunda Encuesta de Nutrición y Salud 2019 (9) donde el consumo de estos alimentos al menos una vez por semana en el último mes se registró un 21,4% en adolescentes de 13 a 17 años para frutas y un 32,4% para verduras.

Por otro lado, sobre la elección de alimentos no recomendados se pudo observar que el consumo de alimentos en lugares de comida rápida es mayor en estudiantes de 13 a 15 años respecto de los de 16 a 17, y que aumentó en esta última medición. A su vez, aunque no es posible comparar el consumo de bebidas azucaradas aquí presentado respecto al de ediciones anteriores, ya que se modificó el periodo de referencia en la construcción del indicador, resulta muy alarmante el hecho de que un tercio de los/as adolescentes toma bebidas con azúcar diariamente. Asimismo, se registró casi un 10% de adolescentes con un consumo (al menos 2 veces al día), de alimentos salados/snacks, y de comidas altas en grasas (entre las que se incluyeron principalmente pre-formados de carne como salchichas, milanesas en paquete, patitas de pollo). Tanto el aumento del consumo en lugares de comida rápida, en chicos/as de 13 a 15 años, respecto de la edición anterior de la EMSE del 2012 (10), como el consumo de productos ultraprocesados (bebidas azucaradas, snacks y "comidas altas en grasas"), resulta consistente con múltiples fuentes de información que muestran el empeoramiento de los patrones alimentarios en la población argentina en general, y en las infancias y adolescencias en particular (8) (9) (11).

En cuanto a los resultados del indicador antropométrico de IMC, el mismo está en consonancia con los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2019 (9) ya que se observó una baja prevalencia del IMC categorizado como bajo peso, mientras que existen coincidencias con la

tendencia en aumento del IMC categorizado como sobrepeso y obesidad en adolescentes, con predominio en los varones. El IMC elevado, es menor en los/as adolescentes de 16 a 17 respecto de los menores de 13 a 15 años, aunque igualmente demuestra una alta prevalencia.

Con relación al abordaje de las problemáticas que plantean los resultados y la discusión en este apartado, se describen a continuación las políticas que actualmente se encuentran en marcha:

El Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad (PNASyPO) promueve políticas públicas vinculadas con la alimentación desde la órbita de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DINAIENT). La Dirección preside además la Comisión Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, organismo interministerial e intersectorial integrado por numerosos actores gubernamentales, académicos, así como organizaciones científicas y de la sociedad civil.

A partir de las Guías Alimentarias para la Población Argentina - GAPA (12), publicadas en 2016, se desarrollan capacitaciones destinadas a equipos de salud del primer nivel de atención, Asesores de Salud Integral en escuelas secundarias y docentes de nivel primario y otras acciones educativas destinadas a población en situación de vulnerabilidad social a través del Programa Mercados Multiplicar en el marco del Plan de Argentina Contra el Hambre. Las GAPA y su Manual de aplicación (1) son reconocidas como el estándar nacional y se utilizan para el diseño de políticas alimentarias, sean éstas educativas, regulatorias y/u otras. Además, se participa en espacios interministeriales donde se discute la política de etiquetado frontal a nivel nacional e internacional (como Mercosur y CODEX ALIMENTARIUS) y se brinda asesoramiento a diferentes proyectos legislativos en base a los resultados de las investigaciones sobre sistemas gráficos de etiquetado frontal en la población argentina y la que evaluó concordancia de diferentes sistemas de perfil de nutrientes con las GAPA.

En relación con la Estrategia Nacional Entornos Saludables (ENES), lanzada recientemente por la DINAIENT para trabajar la política de entornos educativos y laborales saludables, el PNAS aporta los estándares relacionados con Alimentación Saludable. En este sentido, se están impulsando en distintas provincias mejoras legislativas en materia de entornos escolares saludables. Al momento, Chaco (ley 3181-E) y Neuquén (ley N° 3242) cuentan con leyes aprobadas; mientras que al momento de esta publicación, Jujuy, Corrientes, Misiones, La Rioja, Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, La Pampa, Salta, San Juan y Santa Cruz están trabajando en la formulación y/o presentación del proyecto en la cámara provincial correspondiente.

La estrategia de reducción de sodio, que comenzó con una iniciativa voluntaria de reformulación de sodio en panificados y otros alimentos procesados hace más de una década, concluyó con la sanción de la Ley Nacional N° 26905 en 2013 (13). Esta Ley establece un paquete de medidas de promoción y de regulación del contenido de sodio de ciertos grupos de alimentos, así como medidas de etiquetado para reducir el consumo. Con el impulso de la Comisión Nacional Asesora para la Promoción Nacional de la Reducción del Consumo de Sodio, se aprobaron tres nuevas reducciones de sodio en la Comisión Nacional de Alimentos (CONAL). Las mismas fueron incorporadas al Código Alimentario Argentino (CAA) a través de las Resoluciones Conjuntas 1/2018 (farináceos, cárnicos y derivados), 4/2019 (caldos, sopas, mayonesa, ketchup) y 33/2019 (salsas, salsas a base de tomate, salsa golf). Se avanza en 2021 en la reducción en productos para copetín (snacks) o para aperitivos y snacks galletas y en la definición de los mensajes sanitarios para los envases de sal a fin de advertir sobre el daño que el consumo excesivo de sodio provoca a la salud.

# ARGENTINA 2018

Para continuar profundizando la disminución del consumo de sodio se brinda asistencia técnica a las jurisdicciones para la adhesión a la Ley Nacional (actualmente existen 10 provincias adheridas, 1 con legislación provincial igual estándar a la nacional, 10 con legislación provincial menor al estándar nacional y 3 sin normativa).

En cuanto a las políticas de reducción del consumo de grasas trans, Argentina fue pionera en la región. En el año 2010, a través de las Resoluciones Conjuntas 137/2010 y 941/2010, se modificó la Ley 18284 del CAA (14) incorporando el Artículo "155 tris" del CAA que limita el uso de grasas trans en alimentos industrializados. En 2018 se presentó una propuesta de modificación del mencionado artículo, aprobada por Res 3/2021, que incluye a las materias primas e ingredientes en la restricción y límites máximos de grasas trans, para cerrar un vacío legal que había respecto a una interpretación ambigua del alcance de la norma en margarinas industriales (insumo esencial para productos artesanales como los de panadería). Actualmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa el "Plan de acción de eliminación de grasas trans de producción industrial" (15).

Finalmente, en 2021, se trabaja en la actualización de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la Obesidad en Adultos, publicada en 2014 (16).

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Salud de la Nación (2018). Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la población argentina. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina-manual-de-aplicacion>
2. World Cancer Research Fund - American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: AICR; 2007. [acceso 21/07/2019]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/sites/default/files/english.pdf>
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. Seattle: IHME; 2013. [acceso 13/09/2019]. Disponible en: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/GBD\\_GeneratingEvidence/IHME\\_GBD\\_GeneratingEvidence\\_FullReport.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/GBD_GeneratingEvidence/IHME_GBD_GeneratingEvidence_FullReport.pdf)
4. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet 2019; 393: 1958–72
5. UNC GLOBAL FOOD RESEARCH PROGRAM (2021). Productos comestibles ultraprocesados: Una amenaza global a la salud pública. Disponible en: [https://globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2021/04/UPF\\_ultra-processed\\_food\\_fact\\_sheet\\_Spanish\\_espanol.pdf](https://globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2021/04/UPF_ultra-processed_food_fact_sheet_Spanish_espanol.pdf)
6. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. El lado amargo de las bebidas azucaradas en Argentina. Alcaraz A, Bardach A, Espinola N, Perelli L, Balan D, Cairoli F, Palacios A, Comolli M, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Nov 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: [www.iecs.org.ar/azucar](http://www.iecs.org.ar/azucar)
7. OPS/OMS (2015) Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Recuperado de: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645\\_esp.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf)

- 8.** Zapata, M.; Rovirosa A.; Carmuega, E. (2016). La mesa Argentina en las últimas dos décadas: cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil - CESNI.
- 9.** Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. ENNyS 2. Indicadores Seleccionados de Salud y Nutrición. Población Materno-Infantil. Buenos Aires. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>
- 10.** Encuesta Mundial de Salud Escolar. Ministerio de Salud de la Nación. Resultados 2012. Resumen ejecutivo, disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-mundial-de-salud-escolar-2012>
- 11.** Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Buenos Aires, Argentina (2018). Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf)
- 12.** Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles. "Guías alimentarias para la población Argentina", 2020. Agosto 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>
- 13.** Promoción de la reducción del consumo de sodio en la población, LEY 26.905, Bs. As., 13 de Noviembre de 2013, Boletín Oficial, 16 de Diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26905-223771>
- 14.** Código Alimentario Argentino, Ley 18.284, Bs. As., 30 de Junio de 1971, Boletín Oficial, 20 de Septiembre de 1971. Disponible en: [http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-18284-codigo-alimentario\\_argentino.htm](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-18284-codigo-alimentario_argentino.htm)
- 15.** Organización Panamericana de la Salud, "Plan de acción de eliminación de grasas trans de producción industrial 2020-2025". Agosto 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52231>
- 16.** Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. "Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención.", 2014. Agosto 2021. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-la-obesidad>

# ARGENTINA 2018

**Tabla 1.1.** Indicadores de comportamientos alimentarios y de IMC entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>IMC Y ALIMENTACIÓN</b>									
Porcentaje de estudiantes con sobrepeso (>+1DE de la media para IMC según edad y sexo)	30,3 (29,1 - 31,4)	35,1 (33,8 - 36,5)	25,9 (24,2 - 27,7)	33,1 (31,9 - 34,3)	39,1 (37,3 - 40,9)	27,8 (25,5 - 30,2)	25,1 (23,1 - 27,1)	27,9 (25,1 - 31,0)	22,5 (20,7 - 24,3)
Porcentaje de estudiantes con obesidad (>+2DE de la media para IMC según edad y sexo).	7,4 (6,9 - 7,8)	9,8 (9,2 - 10,4)	5,2 (4,8 - 5,7)	7,8 (7,2 - 8,4)	10,6 (9,6 - 11,8)	5,3 (4,6 - 6,0)	6,6 (5,9 - 7,4)	8,1 (7,0 - 9,4)	5,2 (4,3 - 6,2)
Porcentaje de estudiantes con bajo peso (<-2DE de la media para IMC según edad y sexo).	2,2 (1,9 - 2,5)	2,4 (2,0 - 2,9)	1,9 (1,5 - 2,5)	2,3 (1,9 - 2,7)	2,6 (2,1 - 3,2)	2,1 (1,5 - 2,9)	2,0 (1,5 - 2,6)	2,2 (1,5 - 3,1)	1,7 (1,2 - 2,5)
Porcentaje de estudiantes que consumieron frutas 2 o más veces al día durante los últimos 7 días	21,0 (20,2 - 21,8)	20,4 (19,5 - 21,4)	21,4 (20,4 - 22,4)	21,9 (20,9 - 22,8)	22,0 (20,7 - 23,4)	21,6 (20,4 - 22,9)	19,1 (18,1 - 20,2)	17,0 (15,2 - 19,0)	21,0 (19,5 - 22,5)
Porcentaje de estudiantes que consumieron verduras 3 o más veces al día en los últimos 7 días.	10,5 (10,0 - 11,0)	10,1 (9,4 - 10,8)	10,8 (10,2 - 11,4)	10,7 (10,0 - 11,0)	10,4 (9,5 - 11,4)	11,0 (10,2 - 11,9)	9,9 (9,1 - 10,8)	9,4 (8,4 - 10,5)	10,3 (9,0 - 11,8)
Porcentaje de estudiantes que consumieron bebidas azucaradas 1 o más veces al día en los últimos 7 días.	33,2 (31,9 - 34,5)	34,9 (33,5 - 36,4)	31,4 (29,8 - 33,0)	34,0 (32,7 - 35,4)	36,0 (34,3 - 37,7)	32,1 (30,5 - 33,7)	31,3 (29,5 - 33,1)	32,7 (30,7 - 34,8)	29,9 (27,5 - 32,4)
Porcentaje de estudiantes que consumieron comida salada o snacks dos o más veces por día (durante los últimos 7 días)	8,1 (7,5 - 8,8)	7,0 (7,0 - 8,4)	8,4 (7,6 - 9,4)	8,5 (7,8 - 9,3)	7,9 (7,0 - 8,9)	9,0 (8,0 - 10,2)	7,2 (6,4 - 8,1)	7,2 (5,8 - 8,9)	7,2 (5,9 - 8,7)
Porcentaje de estudiantes que consumieron comida alta en grasas dos o más veces por día (durante los últimos 7 días)	9,1 (8,2 - 10,0)	8,6 (7,6 - 9,7)	9,4 (8,4 - 10,6)	9,1 (8,1 - 10,3)	8,6 (7,4 - 10,0)	9,6 (8,5 - 10,8)	9,0 (8,0 - 10,0)	8,5 (7,6 - 9,7)	9,2 (7,6 - 11,0)
Porcentaje de estudiantes que consumieron en lugares de comida rápida 3 o más días en los últimos 7 días.	9,9 (9,3 - 10,7)	9,9 (9,1 - 10,8)	9,9 (9,1 - 10,8)	10,7 (9,8 - 11,6)	10,5 (9,4 - 11,8)	10,7 (9,6 - 12,0)	8,4 (7,4 - 9,5)	8,5 (7,0 - 10,4)	8,1 (7,2 - 9,1)
Porcentaje de estudiantes que pasó hambre siempre o casi siempre (por no haber suficiente comida en el hogar, durante los últimos 30 días)	2,0 (1,7 - 2,3)	2,2 (1,8 - 2,8)	1,7 (1,4 - 2,1)	1,7 (1,5 - 2,0)	1,9 (1,5 - 2,4)	1,6 (1,2 - 2,1)	2,42 (1,8 - 3,2)	2,9 (1,8 - 4,5)	2,0 (1,5 - 2,6)

**Tabla 1.2.** Indicadores de comportamientos alimentarios y de IMC entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>IMC Y ALIMENTACIÓN</b>									
Porcentaje de estudiantes con sobrepeso (>+1DE de la media para IMC según edad y sexo)	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)	33,1* (31,9 - 34,3)	39,1 (37,3 - 40,9)	27,8 (25,5 - 30,2)
Porcentaje de estudiantes con obesidad (>+2DE de la media para IMC según edad y sexo).	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)	7,8* (7,2 - 8,4)	10,6 (9,6 - 11,8)	5,3 (4,6 - 6,0)
Porcentaje de estudiantes que consumieron en lugares de comida rápida 3 o más días en 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)	10,7* (9,8 - 11,6)	10,5 (9,4 - 11,8)	10,7 (9,6 - 12,0)
Porcentaje de estudiantes que pasó hambre siempre o casi siempre (por no haber suficiente comida en el hogar, durante los últimos 30 días)	3,1 (2,0 - 4,2)	4,3 (2,1 - 6,5)	1,8 (0,9 - 2,8)	3,6 (3,0 - 4,4)	4,0 (2,9 - 5,5)	3,2 (2,6 - 3,8)	1,7* (1,5 - 2,0)	1,9 (1,5 - 2,4)	1,6 (1,2 - 2,1)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 4. ACTIVIDAD FÍSICA

### INTRODUCCIÓN

La práctica regular de actividad física es uno de los comportamientos saludables que mayor impacto tiene en la salud de las personas (1). La adolescencia es un período crítico en el desarrollo durante el cual las personas establecen patrones de comportamiento que pueden durar hasta la edad adulta. Adquirir hábitos físicamente activos está relacionado con beneficios en la salud presente como futura, mejorando el bienestar físico, psíquico y social y reduciendo el riesgo de morbimortalidad por enfermedades no transmisibles en la edad adulta (2).

Según las recomendaciones mundiales, los y las adolescentes deberían realizar al menos una hora de actividad física de intensidad moderada a elevada todos los días (3). Cumplir con las recomendaciones de actividad física ha demostrado producir efectos en la salud en todas sus dimensiones. En la dimensión física, la práctica de actividad física regular se asocia con niveles más altos de aptitud física. A nivel musculoesquelético, la práctica de actividad física acompaña el desarrollo y crecimiento fortaleciendo músculos, huesos y articulaciones; a nivel cardio metabólico, predispone a un mejor perfil lipídico, glucolítico y presión arterial. A nivel de la composición corporal, ayuda a controlar el peso corporal evitando sobrepeso y obesidad (4). En la dimensión psicológica de la salud, presentan un mejor manejo del estrés, sentimientos de satisfacción personal y mayor autoestima vinculados a menor prevalencia de trastornos emocionales y psicológicos, como la depresión o la ansiedad, que en el ámbito escolar se traduce a mejores resultados académicos. La actividad física también ofrece oportunidades para desarrollar interacciones sociales positivas, que se asocian con un mejor manejo del tiempo libre, niveles más bajos de consumo de tabaco, sustancias ilícitas y delincuencia, sentimientos de satisfacción personal y bienestar psicosocial (5).

A pesar de los beneficios potenciales que la actividad física tiene sobre la salud, en la adolescencia se registran los valores más altos de insuficiente actividad física, es decir, que no alcanzan las recomendaciones mundiales. La prevalencia de insuficiente actividad física en adolescentes a nivel mundial es del 81%, valores aún más altos se encuentran a nivel regional y en Argentina con valores que alcanzan el 84,3% y 84.8% respectivamente (6).

El Plan de Acción Mundial para la actividad física (7) ha puesto la meta al 2030 de reducir la prevalencia de insuficiente actividad física un 15% con relación a los resultados publicados en el 2016 (6), y también el comportamiento sedentario, es decir, el tiempo que los y las adolescentes pasan en estado de vigilia en posición sentada, reclinada o acostada con un gasto energético muy bajo, cercano al de reposo (8). Este Plan plantea cuatro objetivos estratégicos ligados a la concientización y promoción de entornos facilitadores, orientados a garantizar que los y las adolescentes accedan de manera segura y asequible a espacios y oportunidades de actividad física, en los lugares donde estudian, viven, se trasladan y disfrutan de su tiempo libre (7).

En este capítulo se detallarán los resultados relacionados a la actividad física global y en el transporte, la participación en clases de educación física y el tiempo dedicado a comportamientos sedentarios.

## MÉTODOS

En este capítulo se describen los resultados sobre actividad física global y en el transporte, la participación en clases de educación física y el comportamiento sedentario a partir del análisis de los siguientes indicadores:

- Porcentaje de estudiantes que estuvieron activos al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que fueron a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar.
- Porcentaje de estudiantes que no fueron o volvieron de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días
- Porcentaje de estudiantes que pasaron 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

Del análisis de los resultados puede observarse que el 16,5% de los y las estudiantes de 13 a 17 años fueron físicamente activos, al menos 60 minutos por día durante los últimos 7 días, siendo más alto el porcentaje en varones que en mujeres (20,4% vs 12,9%), y sin presentar diferencias entre los grupos de 13 a 15 y de 16 a 17 años (*Tabla 2.1*).

Por otro lado, el 55,3% manifestó haber pasado al menos 3 horas al día sentados fuera del horario escolar. Este indicador de comportamiento sedentario resultó mayor en las mujeres que en los varones (57,7% vs 52,8% respectivamente) (*Tabla 2.1*).

Finalmente observamos que el 37,5% fue a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar y que el 32,1% no fue o volvió de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días. Ninguno de estos dos indicadores presentó diferencias por sexo ni edad (*Tabla 2.1*).

Los resultados en el grupo de 13-15 años, que tienen comparación con las ediciones anteriores, no registraron diferencias respecto a las EMSE 2007 y 2012 en cuanto a los indicadores de físicamente activos, al tiempo que pasaron sentados en un día típico, ni tampoco en referencia al ir o al volver de la escuela caminando o en bicicleta. Por el contrario, sí se observó un aumento progresivo a lo largo de las tres ediciones de la encuesta de los que fueron a clases de educación física en la escuela, 3 o más días a la semana durante el último año escolar (18,8% EMSE 2007; 25,9% EMSE 2012 y 37,9% EMSE 2018) (*Tabla 2.2*).

## DISCUSIÓN

Con relación al transporte activo, se observa que un tercio de los y las adolescentes no fueron o volvieron de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días. Es decir, que aproximadamente 7 de cada 10 adolescentes sí utiliza el transporte activo para ir o volver de la escuela. Si bien existe una alta variabilidad respecto a esta prevalencia a nivel mundial y regional, estos resultados ubican a la Argentina

# ARGENTINA 2018

entre los países que más utilizan esta oportunidad de actividad física (9). Asimismo, según la comparación con ediciones anteriores la tendencia de este indicador es hacia el aumento, por este motivo hay que acompañar con políticas multinivel (nacional, provincial, municipal) y multisectorial (i.e. transporte, planeamiento urbano, educación) a favor del transporte activo seguro y accesible a todos.

Respecto a las oportunidades escolares de educación física, 4 de cada 10 adolescentes participan en tres o más clases semanales de educación física en la escuela. Aunque la tendencia al aumento en nuestro país está en línea con aquello que se observa a nivel regional (9) (10), es la institución educativa el espacio más importante en la promoción de actividad física no solo en el ámbito escolar sino también por fuera. La escuela es un entorno en el cual hay mucho margen de acción para comenzar a implementar acciones concretas (11). En la guía de Entornos Escolares Saludables (12), documento consensuado entre ministerio de Salud y Educación, se plasman los ejes y estándares para la promoción de actividad física en el entorno escolar no solo desde los espacios curriculares sino desde una perspectiva amplia de escuela activa desde los espacios extracurriculares, extraescolares con un enfoque de inclusión, formación y accesibilidad a los espacios.

El comportamiento sedentario prolongado es un factor independiente a la insuficiente actividad física que se recomienda reducir (3). Este indicador ha ido incrementando a lo largo de las ediciones y actualmente más del 50% de la población adolescente pasa más de 3 horas en comportamientos sedentarios luego del horario de clases. Si bien es un indicador relativamente nuevo y no todos los países lo reportan, resulta estar en línea con el promedio a nivel regional (9). Datos publicados en la literatura internacional muestran, que el tiempo que los niños, niñas y adolescentes (NNyA) pasan en comportamientos sedentarios, especialmente aquel que se realiza sentado frente a una pantalla, es mayor en países de altos y muy altos ingresos. En los países de bajos y medianos ingresos aumenta de manera proporcional al desarrollo económico y esto se atribuye a que la disponibilidad de acceso a dispositivos es mayor (13). Por lo tanto, resulta clave comenzar a promover acciones tendientes a reducir el comportamiento sedentario en nuestro país acompañando las políticas de desarrollo económico.

Por último, el indicador de actividad física global, que marca el cumplimiento de las recomendaciones mundiales, es decir, acumular al menos una hora de actividad física diaria de intensidad moderada a elevada, muestra que sólo 16,5% de la población de adolescentes cumplen con esta recomendación (3). Si bien haciendo una lectura longitudinal, se observa una tendencia al aumento de este indicador respecto a ediciones anteriores, esta no alcanza la significatividad estadística. Asimismo, las mujeres son menos físicamente activas que los varones, esta diferencia se mantiene a lo largo de las ediciones de esta encuesta y además es una problemática que se traslada a la adultez (14) (15). A nivel mundial (6) y regional (9), tanto la prevalencia de actividad física global como las diferencias por género son similares a aquellas reportadas en este informe.

El Plan de Acción Mundial para la Actividad Física de la Organización Mundial de la Salud propone una meta de reducción de la insuficiente actividad física en adultos/as y adolescentes de un 15 % al 2030 (7). Los resultados del presente informe nos marcan la pauta que debemos trabajar fuertemente si queremos alcanzar la meta mundial. En esta línea se trabajará fuertemente en los diferentes niveles, nacional, provincial y municipal y de manera interdisciplinaria para poder disminuir las desigualdades entre adolescentes y fortalecer las oportunidades de actividad física en pos de mejorar la salud de esta y futuras generaciones de jóvenes y apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (16).

El Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo (PNLCS) tiene por objetivos fomentar poblaciones más físicamente activas a través de crear sociedades, entornos y sistemas más físicamente activos. En este sentido y en relación a la Estrategia Nacional Entornos Saludables (ENES), lanzada recientemente por la DNAIENT para trabajar la política de entornos educativos y laborales saludables, el PNLCS aporta los estándares relacionados con la promoción de un enfoque inclusivo para el desarrollo de actividad física y la reducción del comportamiento sedentario en entornos seguros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25, 1-72.
2. Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health. *Sports medicine*, 36(12), 1019-1030.
3. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance.
4. Saunders, Travis John, et al. "Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth." *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 41.6 (2016): S283-S293
5. UNICEF. Deporte, recreación y juego. (Informe 2004). Ed. Nuevo Siglo, Madrid, 2006. (acceso 20/07/2021). Disponible en: [https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos-03SubSec/Informe\\_DeporteOK.pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos-03SubSec/Informe_DeporteOK.pdf)
6. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1• 6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23-35. World Health Organization. (2019). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. World Health Organization.
7. Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., ... & Chinapaw, M. J. (2017). Sedentary behavior research network (SBRN)—terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75.
8. Aguilar-Farias, N., Martino-Fuentealba, P., Carcamo-Oyarzun, J., Cortinez-O’Ryan, A., Cristi-Montero, C., Von Oetinger, A., & Sadarangani, K. P. (2018). A regional vision of physical activity, sedentary behaviour and physical education in adolescents from Latin America and the Caribbean: results from 26 countries. *International journal of epidemiology*, 47(3), 976-986.
9. Hardman, K., Murphy, C., Routen, A., & Tones, S. (2014). UNESCO-NWCPEA: World-wide survey of school Physical Education. París: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
10. UNESCO (2015). Educación Física de Calidad (EFC) - Guía para los responsables políticos. Disponible en: <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/e-teams/quality-physical-education-qpe-policy-project/documents/educaci%C3%B3n-f%C3%ADsica-de-calidad-efc-gu%C3%ADa>

# ARGENTINA 2018

- 11.** Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Guía de Entornos Escolares Saludables. Argentina 2019. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/entornos-escolares-saludables>
- 12.** Aubert, S., Barnes, J. D., Abdeta, C., Abi Nader, P., Adeniyi, A. F., Aguilar-Farias, N., ... & Tremblay, M. S. (2018). Global matrix 3.0 physical activity report card grades for children and youth: results and analysis from 49 countries. *Journal of physical activity and health*, 15(s2), S251-S273.
- 13.** Ministerio de Salud de la Nación. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: informe definitivo. Argentina 2019. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>
- 14.** Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. "1° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina. Año 2007" Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-mundial-de-salud-escolar-2007>
- 15.** Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. "2° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina. Año 2012". Noviembre 2013. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/encuesta-mundial-de-salud-escolar-2012>
- 16.** ISPAH (2016). Declaración Mundial sobre la Actividad Física para la Salud Mundial y el Desarrollo Sostenible. Disponible en: [https://ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/BKK\\_Declaration\\_Spanish.pdf](https://ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/BKK_Declaration_Spanish.pdf)

**Tabla 2.1.** Indicadores de actividad física entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>									
Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente activos al menos 60 minutos por día en 7 o más días (durante los últimos 7 días).	16,5 (15,8 - 17,3)	20,4 (19,3 - 21,4)	12,9 (12,2 - 13,6)	16,9 (16,1 - 17,7)	20,5 (19,4 - 21,7)	13,5 (12,7 - 14,3)	13,5 (12,7 - 14,3)	20,0 (18,5 - 21,6)	11,7 (10,5 - 13,1)
Porcentaje de estudiantes que pasaron tres horas o más por día sentado (viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como dormir una siesta, leer un libro, o chatear) durante un día típico.	55,3 (53,6 - 57,0)	52,8 (51,0 - 54,7)	57,7 (55,9 - 59,5)	53,8 (51,8 - 55,7)	51,2 (49,2 - 53,2)	56,3 (54,1 - 58,4)	58,6 (56,6 - 60,5)	56,3 (53,3 - 59,2)	60,8 (59,2 - 62,4)
Porcentaje de estudiantes que fueron a clases de educación física en la escuela 3 o más días a la semana durante el último año escolar	37,5 (35,9 - 39,0)	40,3 (38,6 - 41,9)	34,9 (33,0 - 36,7)	37,9 (36,2 - 39,7)	40,8 (38,6 - 43,0)	35,2 (33,3 - 37,1)	36,5 (34,5 - 38,7)	39,2 (36,9 - 41,6)	34,2 (31,7 - 36,8)
Porcentaje de estudiantes que no fueron o volvieron de la escuela caminando o en bicicleta ninguno de los últimos 7 días	32,1 (29,6 - 34,6)	30,0 (27,7 - 32,5)	33,9 (31,1 - 36,9)	32,6 (30,1 - 35,1)	30,4 (28,2 - 32,7)	34,5 (31,5 - 37,6)	31,1 (28,3 - 34,0)	29,3 (26,0 - 32,7)	32,7 (29,7 - 36,0)

# ARGENTINA 2018

**Tabla 2.2.** Indicadores de actividad física entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>									
Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente activos al menos 60 minutos por día en 7 o más días (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)	16,9 (16,1 - 17,7)	20,5 (19,4 - 21,7)	13,5 (12,7 - 14,3)
Porcentaje de estudiantes que pasaron tres horas o más por día sentado (viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como dormir una siesta, leer un libro, o chatear) durante un día típico.	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)	53,8 (51,8 - 55,7)	51,2 (49,2 - 53,2)	56,3 (54,1 - 58,4)
Porcentaje de estudiantes que fueron 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)	37,9* (36,2 - 39,7)	40,8 (38,6 - 43,0)	35,2 (33,3 - 37,1)
Porcentaje de estudiantes que no fueron o volvieron 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)	32,6 (30,1 - 35,1)	30,4 (28,2 - 32,7)	34,5 (31,5 - 37,6)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 5. TABACO

### INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco, en cualquiera de sus formas, es la principal causa de muerte prevenible, de enfermedad y de discapacidad en el mundo. (1) El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT) fue adoptado en 2003 como respuesta a la epidemia mundial causada por el tabaquismo e incorpora estrategias costo-efectivas para disminuir en forma sostenida el consumo de tabaco (2). Argentina firmó el Convenio en ese mismo año y a partir de entonces funciona el Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT) que sigue los lineamientos allí planteados. Sus objetivos son: prevenir el inicio al consumo de tabaco, disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en cualquiera de sus formas, proteger a la población de los efectos del humo de tabaco ajeno y promover la cesación tabáquica. Además, desde el año 2011 rige la Ley nacional N°26.687 y su decreto reglamentario 602/2013, que incorpora las principales medidas del CMCT, como prohibición de fumar en lugares cerrados de acceso público, restricciones amplias a la publicidad, promoción y patrocinio, y advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de productos de tabaco.

El 22,2% de los adultos en Argentina consume tabaco, siendo una de las prevalencias más altas del continente, si bien se encuentra en descenso con respecto a los últimos 15 años (3) (4). Por otra parte, cada año mueren unas 45.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que representa el 14% de todas las muertes. A su vez, la morbimortalidad directa e indirecta relacionada con esta adicción genera costos médicos directos, costos de productividad laboral perdida y costos de cuidado informal que representan el 1,2% del PBI. Cabe destacar que lo que se recauda por impuestos al tabaco apenas cubre el 26% de todo lo que el país pierde debido al tabaquismo (5).

El consumo de tabaco se inicia en su gran mayoría en la adolescencia. Niñas, niños y adolescentes (NNyA) son el público destinatario principal de la industria tabacalera, para reclutar nuevos consumidores. Por esto, las medidas destinadas a prevenir el inicio del tabaquismo son muy importantes. Las más efectivas son las de aumento de precios e impuestos, los ambientes libres de humo y la prohibición absoluta de la publicidad. Las advertencias sanitarias en los paquetes y las campañas de comunicación también son efectivas. Desde que se implementaron políticas en este sentido impulsadas por el PNCT, el porcentaje de fumadores adolescentes viene disminuyendo. Como parte del sistema de vigilancia del consumo de tabaco en jóvenes, Argentina ha realizado cinco ediciones de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ 2000, 2003, 2007, 2012, 2018), las tres últimas con alcance nacional. Dicha encuesta, que se realiza en escolares de 13 a 15 años, establece tendencias en distintos indicadores como consumo de diferentes productos del tabaco, exposición al humo de tabaco, acceso y disponibilidad, exposición a la publicidad, promoción y patrocinio, actitudes y creencias y cesación (6).

## MÉTODOS

En este módulo se analizan los resultados de los siguientes indicadores sobre el consumo de tabaco:

- Porcentaje de estudiantes que consumieron algún producto de tabaco al menos un día en los últimos 30 días.
- Porcentaje de estudiantes que fumaron cigarrillos, al menos un día en los últimos 30 días.
- Porcentaje de estudiantes que refirieron que otra persona fumó en su presencia al menos un día en los últimos 7 días.
- Porcentaje de estudiantes que probaron un cigarrillo antes de los 14 años (por primera vez entre quienes fumaron).
- Porcentaje de estudiantes que consumieron algún producto de tabaco que no sea cigarrillos, al menos un día en los últimos 30 días.
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores/as consumen alguna forma de tabaco.

También se describió el porcentaje de adolescentes que consumieron tabaco en los últimos 30 días en función de si sus padres o cuidadores/as eran fumadores.

## RESULTADOS

Al analizar los resultados de tabaco, observamos que el 20,4% de estudiantes de 13 a 17 años consumió algún producto de tabaco durante los últimos 30 días, siendo más frecuente en mujeres que en varones (21,8% vs 18,8%). A su vez, este indicador casi se duplicó en el grupo de 16 a 17 años, respecto de los de 13 a 15 (29,8% y 16,0% respectivamente) (*Tabla 3.1*).

Un patrón similar se observó entre los consumidores de cigarrillos, donde el 19,0% de estudiantes de 13 a 17 años consumieron cigarrillos durante los últimos 30 días, resultando más frecuente en mujeres que en varones (20,5% vs 17,2%). Se evidenció que el indicador resultó aproximadamente el doble entre estudiantes de 16 a 17 años respecto del grupo de 13 a 15 (28,3% vs. 14,6%) (*Tabla 5.1*). Al comparar este indicador con los valores de ediciones anteriores, solo para el grupo de 13 a 15 años, observamos un descenso progresivo y continuo del consumo de cigarrillos que pasó del 21,0% en la EMSE 2007 al 18,8% en la EMSE 2012 y 14,6% en la EMSE 2018. De todos modos, desde la 2° edición de la encuesta las mujeres siempre conservaron una prevalencia mayor que la de los varones (*Tabla 3.2*).

En cuanto al consumo de algún producto de tabaco que no sea cigarrillo, el 8,1% de quienes registraban 13 a 17 años refirieron hacerlo, sin diferencias por sexo, y siendo más frecuente en el grupo de 16 a 17 años (11,4%) en comparación con el de 13 a 15 años (6,6%) (*Tabla 3.1*).

Con relación a la edad de inicio, el 61,4% de los y las estudiantes de 13 a 17 años que probó un cigarrillo lo hizo antes de los 14 años, sin diferencias por sexo. Este indicador se mantuvo sin cambios con respecto a las ediciones anteriores, rondando un valor entre el 74 y 75% (*Tabla 3.2*).

Al preguntarles acerca de si otra persona fumó en su presencia al menos un día en los últimos 7 días, el 66,5% de estudiantes de 13 a 17 años contestó afirmativamente, sin distinción por sexo y con un porcentaje mayor en el grupo de 16-17 años (73,1%) en comparación con el de 13 a 15 años (63,4%) (*Tabla 3.1*). Este indicador presentó una reducción importante al comparar con las ediciones anteriores en el grupo de 13 a 15 años, pasando de valores por arriba del 70% en el 2007 y el 2012 y a un 63,4% en 2018 (*Tabla 3.2*).

# ARGENTINA 2018

Finalmente, el 34,5% de estudiantes de 13 a 17 años manifestó que alguno de sus padres, madres o cuidadores/as consumen alguna forma de tabaco, sin presentar diferencias por sexo y siendo apenas mayor el porcentaje en edades de 16-17 años (36,7%) en comparación con 13 a 15 años (33,4%) (*Tabla 3.1*) y manteniéndose estable en comparación con ediciones anteriores (*Tabla 3.2*).

Asimismo, la proporción de estudiantes de 13 a 17 años que fumaron cigarrillos en los últimos 30 días fue mayor quienes refirieron que alguno padre, madre o cuidador/ra eran fumadores de tabaco (26,8%, IC95% 25,0% - 28,8%) que entre quienes referían tener responsables no fumadores (14,7%, IC95% 13,8% - 15,6%).

## DISCUSIÓN

Los resultados de la EMSE de 2018 muestran que el consumo de cigarrillos en estudiantes de Argentina de 13 a 15 años continúa en descenso (21% en 2007, 18,8% en 2012 y 14,6% en 2018). Sin embargo, dado que esta edición de la EMSE incluyó estudiantes de 13 a 17 años la prevalencia de consumo de algún producto de tabaco durante los 30 días previos a la encuesta fue del 20,4%. Tanto para cualquier tipo de tabaco como para el consumo de cigarrillos, la prevalencia fue casi el doble entre jóvenes de 16 a 17 años en relación al grupo de 13 a 15. Por otra parte, de manera similar a lo observado en ediciones anteriores de la encuesta, la prevalencia en mujeres sigue siendo mayor que en varones. Sin embargo, se observa que esta diferencia desaparece en el grupo de 16 a 17 años. Datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (6) muestran que, en la mayoría de los países desarrollados, el consumo de tabaco es mayor entre los varones (7). En la región de las Américas, los varones consumen más tabaco que las mujeres; a excepción de Argentina y Chile (8).

Casi 1 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años dijo haber consumido otros productos de tabaco sin diferencias por sexo. Esto podría deberse al menor precio de los cigarrillos armados con respecto a los manufacturados y al mayor acceso a productos más novedosos como la pipa de agua, o a otros productos. La EMSE no preguntó específicamente por el consumo de cigarrillos electrónicos. La EMTJ mostró que 7,1% de estudiantes había usado cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días. Estudios muestran que el uso de cigarrillos electrónicos puede ser una puerta de entrada para el consumo de cigarrillos tradicionales (9) (10).

Con relación a la edad de inicio, 6 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años que probó un cigarrillo, lo hizo antes de los 14 años, sin diferencias por sexo. Este indicador marca la importancia de iniciar la prevención desde la escuela primaria a través de la concientización de los docentes y de la detección precoz del consumo, así como la implementación de medidas más restrictivas sobre la publicidad y etiquetado, y el aumento de precios vía impuestos.

Por otro lado, 3 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años manifestaron que alguno de sus padres, madres o cuidadores/as/ras consumen alguna forma de tabaco, sin presentar diferencias por sexo y manteniéndose estable en comparación con ediciones anteriores. Asimismo, la proporción de estudiantes de todos los grupos etarios analizados que fumaron cigarrillos en los últimos 30 días fue significativamente mayor entre quienes tenían padres, madres o cuidadores/as/ras fumadores/as de tabaco, que entre quienes referían responsables a cargo no fumadores. El consumo de tabaco en la madre como factor de riesgo de inicio en sus hijos/as ha sido observado en un estudio local (11).

Finalmente, cabe destacar que si bien la exposición al humo de tabaco de otra persona ha disminuido en los últimos años sigue siendo muy elevada (6 de cada 10 estudiantes), lo que representa un enorme riesgo para la salud de este grupo etario, incluyendo el riesgo de iniciación por sus efectos simbólicos (12). Si bien las preguntas no son comparables, la EMTJ también evidenció una alta exposición al humo de tabaco en jóvenes. Estos resultados muestran la importancia de fiscalizar el cumplimiento de la legislación de ambientes cerrados 100% libres de humo vigente y de educar a la población acerca de la importancia de los hogares 100% libres de humo de tabaco.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo prevenibles para las enfermedades no transmisibles (ENT). El Programa Nacional de Control del Tabaco tiene un rol clave en la implementación de políticas de control de tabaco en el país, en la vigilancia del consumo del tabaco en la población joven (implementada desde el año 2000 a través de la EMTJ y EMSE) (6) y en la prevención del consumo en adolescentes que representa un desafío constante e implica el desarrollo de estrategias específicas para este grupo. La ley 26.687 de 2011 incluye medidas clave para la protección de la población frente al humo de tabaco. Sin embargo, su cumplimiento es variable. El programa también ha ayudado a ofrecer ayuda para dejar de fumar a través de la capacitación continua de profesionales de la salud y de una línea telefónica gratuita accesible desde todo el país. Desde el año 2012, todos los paquetes de tabaco incluyen advertencias sanitarias con imágenes para advertir acerca de los peligros del tabaco. La ley 26.687 prohíbe también la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, si bien exceptúa los puntos de venta y las comunicaciones directas, que se han convertido en los espacios donde las tabacaleras focalizan sus estrategias de mercadeo hacia jóvenes. El aumento de los impuestos al tabaco, asegurándose que se ajusten periódicamente a la inflación, es otra de las estrategias fundamentales para la prevención del consumo en jóvenes. Un estudio reciente local muestra que un aumento del 10% en el precio real de los cigarrillos retrasaría el inicio del consumo en 2 años y medio (13).

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization: WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/)
2. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra. Organización Panamericana de la Salud. 2003. Disponible en: [https://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_ftc\\_spanish.pdf](https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf)
3. Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2016.
4. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFR 2018). Ministerio de Salud. Argentina, 2019. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10\\_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf)
5. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. La importancia de aumentar los impuestos al tabaco en Argentina. Palacios A, Bardach A, Casarini A, Rodríguez Cairoli F, Espinola N, Balan D, Perelli L, Comolli M, Augustovski F, Alcaraz A, Pichon-Riviere A. Dic. 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco)

# ARGENTINA 2018

- 6.** Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes: Informe final de Argentina, 2018. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, 2020.
- 7.** U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- 8.** Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes y Tabaco en la Región de las Américas. Resultados de la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (2010 - 2017). Washington, D.C.: OPS; 2018.
- 9.** Soneji SJ, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2017;171(8):788-797.
- 10.** Aladeokin A, Haighton C. Is adolescent e-cigarette use associated with smoking in the United Kingdom?: A systematic review with meta-analysis. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2019;5(April):15. doi:10.18332/tpc/108553.
- 11.** Gulayin PE, Irazola V, Rubinstein A, Bruno R, Rossi Díaz A, Gulayin M, Urrutia MI, Bardach A. Smoke-Free Adolescents. Effectiveness of an educational intervention. Controlled, before and after study. *Arch Argent Pediatr*. 2018 Jun 1;116(3):e392-e400. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2018.eng.e392. PMID: 29756711.
- 12.** Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2006. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/>
- 13.** Gonzalez-Rozada M, Montamat G. How Raising Tobacco Prices Affects the Decision to Start and Quit Smoking: Evidence from Argentina. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 27;16(19):3622. doi: 10.3390/ijerph16193622. PMID: 31569603; PMCID: PMC6801604.

**Tabla 3.1.** Indicadores de consumo de tabaco entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE TABACO</b>									
Porcentaje de estudiantes que consumieron algún producto de tabaco al menos un día en los últimos 30 días	20,4 (19,4 - 21,5)	18,8 (17,6 - 20,1)	21,8 (20,5 - 23,0)	16,0 (15,0 - 17,1)	13,7 (12,5 - 15,0)	18,0 (16,6 - 19,5)	29,8 (28,3 - 31,4)	29,9 (27,3 - 32,7)	29,8 (28,0 - 31,6)
Porcentaje de estudiantes que probaron un cigarrillo antes de los 14 años (por primera vez entre quienes fumaron)	61,4 (59,3 - 63,5)	61,7 (58,7 - 64,6)	61,0 (58,8 - 63,2)	74,2 (72,2 - 76,0)	75,0 (71,9 - 77,9)	73,4 (70,8 - 75,9)	46,1 (43,2 - 48,9)	47,2 (43,7 - 50,7)	44,7 (41,3 - 48,3)
Porcentaje de estudiantes que fumaron cigarrillos, al menos un día en los últimos 30 días.	19,0 (18,0 - 20,0)	17,2 (16,0 - 18,4)	20,5 (19,3 - 21,8)	14,6 (13,6 - 15,7)	12,1 (11,0 - 13,3)	16,8 (15,4 - 18,3)	28,3 (26,8 - 29,8)	28,0 (25,4 - 30,8)	28,5 (26,8 - 30,3)
Porcentaje de estudiantes que refirieron que otra persona fumó en su presencia al menos un día en los últimos 7 días.	66,5 (65,3 - 67,7)	64,2 (62,5 - 66,0)	68,5 (67,2 - 69,6)	63,4 (62,2 - 64,7)	60,3 (58,6 - 62,0)	66,2 (64,6 - 67,7)	73,1 (71,6 - 74,6)	72,7 (70,5 - 74,7)	73,4 (71,7 - 75,0)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores consumen alguna forma de tabaco.	34,5 (33,3 - 35,7)	33,8 (32,0 - 35,6)	35,2 (34,0 - 36,4)	33,4 (32,1 - 34,8)	32,3 (30,5 - 34,1)	34,5 (33,0 - 36,1)	36,7 (35,3 - 38,2)	36,9 (34,1 - 39,8)	36,5 (35,0 - 38,0)
Porcentaje de estudiantes que consumieron algún producto de tabaco que no sea cigarrillos, al menos un día en los últimos 30 días.	8,1 (7,4 - 9,0)	8,2 (7,1 - 9,4)	8,0 (7,2 - 8,8)	6,6 (5,8 - 7,5)	6,1 (5,2 - 7,3)	6,9 (5,9 - 8,1)	11,4 (10,4 - 12,6)	12,6 (11,0 - 14,4)	10,3 (9,1 - 11,5)

# ARGENTINA 2018

**Tabla 3.2.** Indicadores de consumo de tabaco entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE TABACO</b>									
Porcentaje de estudiantes que probaron un cigarrillo antes de los 14 años (por primera vez entre quienes fumaron)	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)	74,2 (72,2 - 76,0)	75,0 (71,9 - 77,9)	73,4 (70,8 - 75,9)
Porcentaje de estudiantes que fumaron cigarrillos, al menos un día en 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)	14,6* (13,6 - 15,7)	12,1 (11,0 - 13,3)	16,8 (15,4 - 18,3)
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)	63,4* (62,2 - 64,7)	60,3 (58,6 - 62,0)	66,2 (64,6 - 67,7)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores consumen alguna forma 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)	33,4 (32,1 - 34,8)	32,3 (30,5 - 34,1)	34,5 (33,0 - 36,1)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# 3<sup>o</sup> Encuesta Mundial de Salud Escolar



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 6. ALCOHOL

### INTRODUCCIÓN

El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo (FR) prevenibles de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), junto al consumo de tabaco, la alimentación no saludable y la inactividad física. Estos FR afectan significativamente el aumento de la prevalencia de las principales ENT que concentran la mayor carga de enfermedad en la región de las Américas, a saber: enfermedades cardiovasculares, renales y respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. La ingesta de alcohol tiene graves repercusiones en la salud, a la vez que genera altos costos sanitarios y provoca efectos perjudiciales tanto para el consumidor como para quienes lo rodean y para la sociedad en general (1). Un reciente estudio (2) afirma que ningún nivel de consumo es beneficioso para la salud, concluyendo que contribuye a la pérdida de salud. Dicho consumo ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de entre 15 y 49 años, franja etaria que incluye el mayor porcentaje de población económicamente activa y productiva. En el año 2016, el consumo de alcohol implicó la muerte de 3 millones de personas a nivel mundial (3).

En otras palabras, el uso nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad (4). El grado de riesgo por consumo de alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (5).

La ingesta de alcohol en la niñez y adolescencia genera consecuencias negativas inmediatas y mediatas. En lo inmediato, el consumo temprano de alcohol provoca accidentes domésticos, mayores probabilidades de violencia en el hogar y entre pares, conductas sexuales de riesgo, exposición a sufrir accidentes y lesiones, entre otras. Otra consecuencia es que expone a los niños, niñas y/o adolescentes (NNyA) que consumen, al riesgo de desarrollar problemas con el alcohol en la edad adulta. Específicamente, se ha observado una relación significativa, positiva y lineal entre la edad de inicio del consumo de alcohol y la probabilidad de desarrollar abuso y dependencia hacia la sustancia. En otras palabras, la iniciación temprana embarca a los y las adolescentes en trayectorias de consumo problemático y riesgoso y se constituye como un factor de vulnerabilidad para la ingesta abusiva de alcohol en el futuro. Esto se ha llamado efecto de "iniciación" o "debut temprano" (6). Otros investigadores (7) encontraron que quienes se habían iniciado en el consumo de alcohol antes de los 15 años poseían cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia que aquellos/as que habían comenzado luego de los 21 años, y casi siete veces más riesgo de sufrir lesiones como consecuencia de un siniestro vial o una pelea (8).

Además, a diferencia de los efectos en la etapa adulta, el consumo adolescente dificulta la maduración del cerebro, puede ocasionar problemas de memoria y aprendizaje, repercutiendo en el rendimiento escolar, predispone a padecer alteraciones en el crecimiento y en la maduración sexual (9).

## MÉTODOS

En este capítulo se analizaron los siguientes indicadores de consumo de alcohol:

- Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol durante los últimos 30 días.
- Porcentaje de estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida.
- Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol antes de los 14 años (de los que bebieron alguna vez).
- Porcentaje de estudiantes que bebieron por lo general 2 o más tragos los días que bebieron alcohol (entre aquellos que bebieron alcohol en los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que habitualmente tomaron cerveza (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que tuvieron problemas con su familia o amigos, faltaron a la escuela o se metieron en peleas como resultado de tomar alcohol (una o más veces en su vida).
- Porcentaje de estudiantes que habitualmente tomaron alcohol con sus amigos (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que generalmente obtuvieron el alcohol que tomaron de parte de sus amigos (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que probablemente o definitivamente tomarían una bebida alcohólica si uno de sus amigos se las ofreciera.
- Porcentaje de estudiantes a quienes les negaron venderles alcohol debido a su edad (durante los últimos 30 días, entre quienes intentaron comprar alcohol).
- Porcentaje de estudiantes que casi todos los días o todos los días vieron algún anuncio de alcohol (durante los últimos 30 días).

## RESULTADOS

Analizando los resultados de la 3° EMSE, se observó que el 54,1% de los y las estudiantes de 13 a 17 años consumió una bebida alcohólica al menos 1 día en el último mes, siendo mayor en el grupo de 16 a 17 años (67,6%) que en de 13 a 15 (47,7%). En cuanto al sexo, en el grupo de 13 a 15 años el consumo de alcohol fue mayor en las mujeres que en los varones (50,3% vs 44,9%), lo que muestra un cambio con respecto a la edición anterior del año 2012, en la cual no había diferencias por sexo.

A su vez, entre los y las estudiantes de 13 a 17 años que tomaron alcohol en los últimos 30 días:

- El 65,7% se inició en el consumo de alcohol antes de los 14 años, siendo este porcentaje mayor en varones (69,2%) que en mujeres (62,4%) y en ambos grupos de edad (**Tabla 4.1**).
- 2 de cada 3 (67,3%) bebió dos o más tragos cada vez que tomó, indicador que se conoce como Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA), el cual fue mayor en el grupo de 16 a 17 años (73,9%) con respecto al de 13 a 15 (63,1%) (**Tabla 4.1**). No se registran diferencias por sexo, ni con relación a la EMSE 2012 (62,9%) (**Tabla 4.2**).
- El 37,3% manifestó haberse emborrachado alguna vez en su vida y este indicador también fue mayor en el grupo de 16 a 17 años (56,0%) que en el de 13 a 15 (28,5%) (**Tabla 4.1**). La borrachera fue mayor en las mujeres que en varones en el grupo de 13 a 15 años (30,7% vs 26,1%), lo que representa un cambio con respecto a la edición anterior en la que no se registraban diferencias según sexo (**Tabla 4.2**).

# ARGENTINA 2018

- El 20,7% tomó cerveza (categoría con mayor porcentaje que las de vino, fernet, bebidas fuertes y aperitivos), registrando también un mayor el porcentaje en el grupo de 16 a 17 años (23,6%) en comparación el de 13 a 15 (18,8%) y siendo este indicador mayor en varones que en mujeres (esta diferencia se ve en el grupo de 13 a 15 años y se iguala en los de mayor edad) (**Tabla 4.1**).
- El 12,9% manifestó haber tenido problemas con su familia o amigos, faltaron a la escuela o se metieron en peleas como resultado de tomar alcohol, una o más veces en su vida. Este indicador, al igual que los anteriores, tuvo un mayor el porcentaje en el grupo de 16 a 17 años (17,2%) con respecto al de 13 a 15 (10,9%), sin registrar diferencias por sexo (**Tabla 4.1**).
- El 77,3% afirmó que habitualmente tomó alcohol con sus amigos, siendo mayor la frecuencia en el grupo de 16 a 17 (82,3%) en comparación con el de 13 a 15 años (74,1%) y sin evidenciar diferencias por sexo (**Tabla 4.1**).
- El 24,5% refirió haber obtenido el alcohol consumido de parte de sus amigos, siendo más frecuente este comportamiento entre las mujeres (27,5%) que entre los varones (20,9%) y en el grupo de 13 a 15 años (26,9%) en comparación con el de 16 a 17 (20,8%) (**Tabla 4.1**).

Por su parte, observamos que el 60,9% de los y las estudiantes de 13 a 17 años afirmó que probablemente o definitivamente tomarían una bebida alcohólica si uno de sus amigos se la ofreciera. Este indicador tuvo un valor más alto en el grupo de 16 a 17 años (73,6%) en comparación con el de 13 a 15 (55,1%) y entre mujeres (63,8%) que entre los varones (57,9%). Con relación a las diferencias según sexo, este patrón se observa en grupo de 13 a 15 años (58,7% mujeres vs 51,1% varones) pero deja de existir entre los y las estudiantes de mayor edad (**Tabla 4.1**).

También encontramos que entre los y las estudiantes de 13 a 17 años que intentaron comprar alcohol en los últimos 30 días, al 26,0% le negaron les venderle alcohol debido a su edad, presentando un porcentaje mayor entre el grupo de 13 a 15 (30,0%) en comparación con el de 16 a 17 años (20,8%) y sin presentar diferencias según sexo (**Tabla 4.1**).

Finalmente, se observó que el 23,9% de los y las estudiantes de 13 a 17 años vieron algún anuncio de alcohol casi todos los días o todos los días, siendo mayor entre el grupo de 16 a 17 años (28,8%) que entre el de 13 a 15 años (21,6%) como también mayor entre mujeres (26,3%) que entre varones (21,3%) en ambos grupos de edad (**Tabla 4.1**). Este indicador presentó una disminución significativa con respecto a las ediciones anteriores que rondaban aproximadamente el 40% (**Tabla 4.2**).

## DISCUSIÓN

De los resultados descritos en este capítulo, se observó que, aunque no hubo un aumento del consumo de alcohol en los y las estudiantes de 13 a 15 años respecto de la edición previa de la EMSE, sí se evidenció que las mujeres consumen más alcohol que los varones, diferencia que no se registraba en la edición anterior de la encuesta.

A su vez, en estudiantes de 13 a 17 años el consumo de alcohol aumentó con la edad, lo que se evidencia sistemáticamente en todos los indicadores el consumo es mayor en los y las adolescentes de 16 a 17 respecto de los de 13 a 15.

A diferencia de la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 (10) donde el CEEA en personas adultas aumentó respecto a la edición previa, esto no se evidenció en la población adolescente, según los resultados de esta encuesta. Sin embargo, 2 de cada 3 adolescentes de 13 a 15 años toma altos volúmenes de alcohol cada vez que toma (2 o más tragos).

Solo a 7 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años se les negó la venta de alcohol debido a su edad, resultando mayor en el grupo etario 13 a 15 años respecto del de 16 a 17 y sin evidenciarse diferencias según sexo.

Asimismo, 2 de cada 10 de los estudiantes de 13 a 17 vio alguna publicidad de bebidas alcohólicas diariamente o casi diariamente en los últimos 30 días. Resultó mayor entre las mujeres y en el grupo de 16 a 17 años respecto del grupo 13 a 15 años. A su vez, 3 de cada diez se subió a un auto u otro vehículo conducido por una persona que había consumido alcohol en los últimos 30 días. Resultó mayor entre varones respecto de las mujeres y en el grupo etario de 16 a 17 años.

Finalmente hay una variable que predispone al consumo que es el tomar o conseguir alcohol desde el grupo de amigos, este patrón aumenta con la edad y trae aparejados problemas en el mismo grupo de pares como en la familia y ausentismo escolar (9).

Con el objetivo de revertir la tendencia creciente de consumo nocivo de alcohol a nivel global, la OMS estableció un paquete de medidas que se resumen con la sigla "SAFER", cuyas letras representan las iniciales en inglés de las 5 políticas más costo-efectivas basadas en evidencia para reducir este consumo. Estas medidas son: fortalecer las restricciones del acceso y disponibilidad del alcohol (S); garantizar medidas de control del alcohol al conducir (A); garantizar la detección precoz, el consejo breve y el tratamiento en personas con consumo nocivo de alcohol en el sistema de salud (F); implementar prohibiciones completas de publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas (E) y aumentar los impuestos selectivos para incrementar los precios de las bebidas alcohólicas (R). Este paquete de medidas proporciona una guía orientada a la acción para la implementación a nivel país de un número acotado de acciones estratégicas de alto impacto, por ser altamente costo-efectivas para reducir el consumo nocivo de alcohol especialmente en los y las más jóvenes (11).

Desde el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol (PNPLC-CEA) conformado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la SEDRONAR (12) se trabaja en forma conjunta con los Gobiernos Provinciales y Municipales en la implementación de dichas estrategias lo que implica un trabajo intersectorial e interdisciplinario. Para ello es fundamental comprender al uso nocivo de alcohol desde un enfoque amplio, no tradicional, el cual está centrado en el alcoholismo como un padecimiento meramente orgánico. El uso nocivo de alcohol es uno de los cuatro factores de riesgo de las ENT. La problemática del consumo es multideterminada, por ello es necesario poner en marcha políticas de alcance poblacional de prevención y de promoción tendientes a modificar los entornos y los productos con alcohol haciendo hincapié al mismo tiempo en la importancia de fortalecer en los efectores de salud la detección precoz, el consejo breve y el tratamiento para garantizar el acceso y la cobertura de calidad para toda la población.

La DNAIENT ha lanzado recientemente la Estrategia Nacional Entornos Saludables (ENES), como una política nacional integral de entornos educativos y laborales saludables con diversos ejes relacionados con la prevención y control de los factores de riesgo de las ENT, el bienestar personal y comunitario y los vínculos saludables a partir de la promoción de políticas sobre derechos humanos, género y diversidad. En esta Estrategia, el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo (PNLCS),

# ARGENTINA 2018

aporta los estándares relacionados para la reducción del uso de alcohol dentro de las Instituciones, incluyendo los eventos que involucren a la misma de manera directa, independientemente del horario en el que se realicen a fin de garantizar espacios 100% libres de uso de alcohol.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
2. "The Lancet" Volume 392, Issue 10152, 22–28 September 2018, Pages 1015-1035 Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.
3. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
4. Anderson et. al., 2006; Sacks et al., 2013. Alcohol in Europe – Public Health Perspective: Report summary December 2006 Drugs: Education Prevention and Policy 13(6):483-488 DOI:10.1080/09687630600902477.
5. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
6. Pedersen, W. & Skrondal, A. (1998). Alcohol Consumption Debut: Predictors and Consequences. Journal of Studies on Alcohol, 59, 32-42.
7. Grant, B.F. & Dawson, D.A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the longitudinal alcohol epidemiologic survey. Journal of Substance Abuse 103-110.
8. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>.
9. Pilatti, A., Brussino, S. A. y Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. Revista de Psicología, 22(1), 22-36. doi: 10.5354/0719-0581.2013.27716.
10. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles (ENFR 2018). Ministerio de Salud. Argentina, 2019. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>
11. OMS. El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
12. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Resolución 84/2019 (acceso el 20/07/2021). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/319009/norma.htm>

**Tabla 4.1.** Indicadores de consumo de alcohol entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>									
Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol durante los últimos 30 días.	54,1 (52,7-55,4)	52,3 (50,6-54,1)	55,7 (54,2-57,2)	47,7 (46,1-49,4)	44,9 (43,1-46,8)	50,3 (48,3-52,3)	67,6 (65,6-69,5)	68,1 (65,4-70,8)	67,2 (65,1-69,2)
Porcentaje de estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida.	37,3 (35,6-39,0)	35,6 (33,3-37,9)	38,8 (37,2-40,4)	28,5 (26,9-30,2)	26,1 (23,9-28,4)	30,7 (28,9-32,5)	56,0 (54,0-58,0)	55,8 (52,9-58,7)	56,3 (54,5-58,1)
Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol antes de los 14 años (de los que bebieron alguna vez).	65,7 (64,3-67,0)	69,2 (67,5-70,9)	62,4 (60,5-64,3)	77,1 (75,9-78,4)	79,7 (77,9-81,5)	74,7 (73,0-76,4)	46,4 (44,5-48,4)	51,9 (49,3-54,5)	41,3 (39,0-43,7)
Porcentaje de estudiantes que bebieron por lo general 2 o más tragos los días que bebieron alcohol (entre aquellos que bebieron alcohol en los últimos 30 días)	67,3 (65,5-69,0)	65,5 (63,9-67,0)	68,9 (66,3-71,4)	63,1 (61,1-65,1)	60,4 (58,2-62,5)	65,4 (62,2-68,4)	73,9 (71,7-75,9)	73,1 (70,2-75,8)	74,7 (72,2-77,0)
Porcentaje de estudiantes que habitualmente tomaron cerveza (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días)	20,7 (19,4-22,1)	22,7 (20,6-24,9)	19,0 (17,7-20,3)	18,8 (17,4-20,4)	21,4 (19,3-23,7)	16,7 (15,1-18,4)	23,6 (21,9-25,4)	24,6 (21,8-27,6)	22,7 (20,6-24,9)
Porcentaje de estudiantes que tuvieron problemas con su familia o amigos, faltaron a la escuela o se metieron en peleas como resultado de tomar alcohol (una o más veces en su vida).	12,9 (12,3-13,6)	12,5 (11,5-13,6)	13,3 (12,5-14,1)	10,9 (10,2-11,7)	9,9 (8,8 - 11,0)	11,9 (11,0-12,9)	17,2 (16,0-18,4)	18,2 (16,5-20,0)	16,2 (15,0-17,5)
Porcentaje de estudiantes que habitualmente tomaron alcohol con sus amigos (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días)	77,3 (75,8-78,7)	78,1 (76,8-79,4)	76,6 (74,3-78,7)	74,1 (72,3-75,9)	74,6 (72,6-76,6)	73,7 (71,1-76,2)	82,3 (80,0-84,4)	83,3 (80,9-85,6)	81,2 (78,3-83,8)
Porcentaje de estudiantes que generalmente obtuvieron el alcohol que tomaron de parte de sus amigos (entre estudiantes que tomaron alcohol en los últimos 30 días)	24,5 (22,6-26,4)	20,9 (19,3-22,6)	27,5 (25,2-29,9)	26,9 (24,8-29,1)	23,0 (21,0-25,1)	30,1 (27,5-32,9)	20,8 (19,0-22,7)	18,1 (16,2-20,2)	23,3 (21,0-25,7)
Porcentaje de estudiantes que probablemente o definitivamente tomarían una bebida alcohólica si uno de sus amigos se las ofreciera	60,9 (59,5-62,3)	57,9 (56,1-59,8)	63,8 (62,3-65,3)	55,1 (53,4-56,8)	51,1 (49,2-53,1)	58,7 (56,8-60,7)	73,6 (71,9-75,3)	72,6 (69,5-75,5)	74,8 (73,4-76,1)
Porcentaje de estudiantes a quienes les negaron venderles alcohol debido a su edad (durante los últimos 30 días, entre quienes intentaron comprar alcohol).	26,0 (24,6-27,4)	27,2 (25,2-29,3)	24,7 (22,3-27,3)	30,0 (27,6-32,5)	31,5 (29,5-33,7)	28,7 (24,9-32,8)	20,8 (19,1-22,7)	22,0 (18,9-25,3)	19,3 (17,1-21,6)
Porcentaje de estudiantes que casi todos los días o todos los días vieron algún anuncio de alcohol (durante los últimos 30 días).	23,9 (22,7-25,1)	21,3 (20,1-22,5)	26,3 (24,7-27,8)	21,6 (20,4-22,9)	19,1 (17,8-20,5)	23,9 (22,3-25,6)	28,8 (27,1-30,6)	26,0 (24,3-27,7)	31,3 (29,0-33,8)

# ARGENTINA 2018

**Tabla 4.2.** Indicadores de consumo de alcohol entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>									
Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol durante 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)	47,7 (46,1-49,4)	44,9 (43,1-46,8)	50,3 (48,3-52,3)
Porcentaje de estudiantes que se emborracharon alguna 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)	28,5 (26,9-30,2)	26,1 (23,9-28,4)	30,7 (28,9-32,5)
Porcentaje de estudiantes que bebieron alcohol 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)	77,1 (75,9-78,4)	79,7 (77,9-81,5)	74,7 (73,0-76,4)
Porcentaje de estudiantes que bebieron por lo general 2 o más tragos los días que bebieron alcohol (entre aquellos que bebieron alcohol en los últimos 30 días)	35,3 (30,4-40,3)	35,1 (29,3-40,9)	35,8 (28,7-42,9)	62,9* (61,3-64,4)	63,4 (61,0-65,8)	62,4 (60,3-64,4)	63,1 (61,1-65,1)	60,4 (58,2-62,5)	65,4 (62,2-68,4)
Porcentaje de estudiantes a quienes les negaron venderles alcohol debido a su edad (durante los últimos 30 días, entre quienes intentaron comprar alcohol).	23,2 (17,1-0,7)	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)	26,0 (24,6-27,4)	27,2 (25,2-9,3)	24,7 (22,3-27,3)
Porcentaje de estudiantes que casi todos los días o todos los días vieron algún anuncio de alcohol (durante 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)	23,9* (22,7-25,1)	21,3 (20,1-22,5)	26,3 (24,7-27,8)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 7. DROGAS ILÍCITAS

### INTRODUCCIÓN

Según datos de la OMS, en el año 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas (1). A partir de estimaciones de la Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre 15 y 64 años, consumió drogas en al menos en una ocasión en 2016. Entre quienes lo hicieron, unos 31 millones padecieron trastornos derivados de ello, lo que significó que ese consumo fue perjudicial para su salud al punto de requerir tratamiento (2).

Los estudios sobre el consumo de drogas en la población general en todo el mundo muestran que, salvo algunas excepciones vinculadas al consumo tradicional de drogas como el opio o el khat, el mismo sigue estando más extendido entre jóvenes, siendo la marihuana la droga más elegida en este grupo. Según datos del "Informe Mundial sobre las Drogas 2018" de Naciones Unidas, unos 13,8 millones de jóvenes entre 15 y 16 años consumieron marihuana en 2016 en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. A su vez, de la mayoría de las investigaciones se desprende que el riesgo de iniciación en el abuso de sustancias es más acusado en el período de la adolescencia temprana (12 a 14 años) y tardía (15 a 17 años) y que el abuso de sustancias llega a su auge en personas de 18 a 25 años (2). Al igual que lo que ocurre a nivel mundial, en la región de las Américas el consumo de marihuana es más frecuente entre la población adulta joven (18 a 34 años) y en segundo lugar en la adolescente (12 a 17 años) (3).

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en la población de 12 a 65 años se ubica en tercer lugar con un porcentaje del 18,1%, luego del alcohol (81,0%) y del tabaco (51,3%), ambas de uso legal. En cuanto al tipo de sustancia psicoactiva elegida, se encuentra en primer lugar el consumo de marihuana (17,4%), le sigue el consumo de analgésicos opiáceos sin prescripción médica (6,2%) y luego el de cocaína (5,3%) (4). A su vez, la mortalidad asociada al consumo de drogas ilícitas en nuestro país representa el 17,5% (14.985) del total de las muertes ocurridas en la población de 15 a 64 años, siendo más frecuentes en varones (72,9%) que en mujeres (5).

Si bien la mayor parte de estas muertes se observan en la adultez, las mismas están fuertemente relacionadas con comportamientos de riesgo adquiridos en edades tempranas (6). Según el último estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media de Argentina realizada en el año 2014 por la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), 1 de cada 10 adolescentes escolarizados/as consumió algún tipo de droga ilegal en el último año, siendo ese consumo mayor en varones que en mujeres y la marihuana la sustancia ilícita de mayor consumo, siguiéndole luego y en menor medida psicofármacos sin prescripción médica y demás sustancias ilícitas o de uso indebido (7). Con respecto a la situación de nuestro país comparada con los países de América del Sur, la prevalencia del último año de consumo de marihuana entre estudiantes de enseñanza secundaria de la región (tomando el dato más actualizado disponible en cada país), Argentina se encuentra con un valor intermedio del 10% mientras que: Chile se destaca con un porcentaje de consumo de marihuana sobre el 30%, seguido de Uruguay con más del 15%, Colombia y Ecuador presentan registros inferiores al 10% y los consumos más bajos se registran en Bolivia, Brasil, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela con tasas inferiores al 5% (3).

## MÉTODOS

En el siguiente capítulo se analizan los resultados de los siguientes indicadores de consumo de drogas ilícitas:

- Porcentaje de estudiantes que usaron drogas alguna vez en la vida.
- Porcentaje de estudiantes que usaron drogas antes de los 14 años (por primera vez entre quienes consumieron drogas).
- Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana (una o más veces en su vida).
- Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana una o más veces en los últimos 30 días.
- Porcentaje de estudiantes que consumieron anfetaminas o metanfetaminas (una o más veces en su vida).
- Porcentaje de estudiantes que consumieron éxtasis (una o más veces en su vida).

También se analizó el consumo de drogas alguna vez en la vida según dos indicadores de consumo de alcohol: porcentaje de estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida y que tuvieron problemas como consecuencia de haber bebido alcohol.

## RESULTADOS

Al consultar a estudiantes de 13 a 17 años sobre el consumo de drogas ilícitas, el 14,9% refirió haberlas usado al menos una vez en la vida, con una marcada diferencia por grupos de edad: el grupo de 16 a 17 años superó el doble del porcentaje observado en el grupo de 13 a 15 años (25,9% y 9,8% respectivamente). En cuanto a las diferencias por sexo, sólo se observan en el grupo de 16 y 17 años, en el que es levemente superior en varones (28,8%) respecto a las mujeres (23,1%) (*Tabla 5.1*).

Al comparar este indicador con los resultados de ediciones previas, para el grupo de 13 a 15 años, encontramos que si bien no se observaron diferencias en los porcentajes totales (9,0% en EMSE 2007, 10,0% en EMSE 2012 vs 9,8% en EMSE 2018) sí hubo un cambio de patrón de consumo en cuanto a sexo, dado que en las ediciones anterior los varones tenían un porcentaje mayor al de las mujeres y en la encuesta actual el consumo se equiparó, sin registrar diferencias por sexo (*Tabla 5.2*).

En cuanto a la edad de inicio, se observó que entre estudiantes de 13 a 17 años que usaron drogas ilícitas alguna vez en la vida, el 38,6% lo hizo antes de los 14 años, siendo superior este porcentaje en varones (42,0%) respecto al de las mujeres (34,4%) (*Tabla 5.1*). No se encontraron diferencias para el grupo de 13 a 15 años al comparar los resultados con la edición anterior (*Tabla 5.2*).

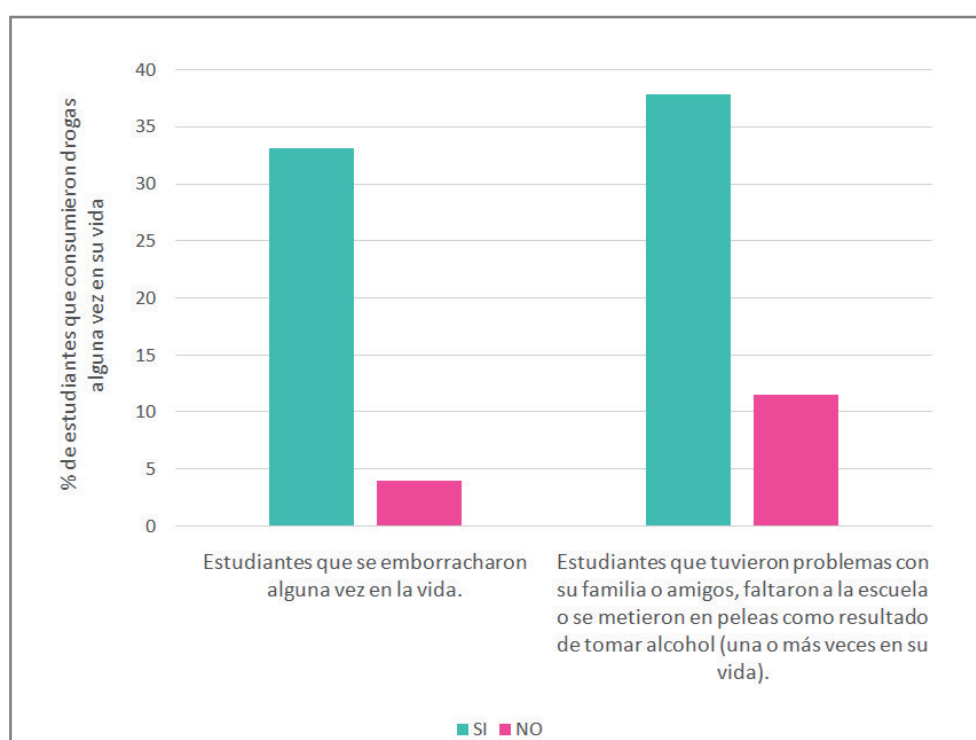
Con relación al tipo de sustancias utilizadas, la que registró mayor frecuencia fue la marihuana, con un 13,3% de estudiantes que indicaron haber consumido alguna vez en su vida y un 9,1% en los últimos 30 días. En segundo lugar, le sigue el éxtasis, con un porcentaje de consumo de alguna vez en la vida del 3,0% y en tercer lugar con un 2,7% las anfetaminas o metanfetaminas. Mientras que el consumo de marihuana una vez en la vida no presenta diferencias por sexo, los consumos de éxtasis y de anfetaminas o metanfetaminas presentan mayores frecuencias en varones, lo cual podría explicar la diferencia por sexo observada en el grupo de 16 a 17 años (*Tabla 5.1*). Asimismo, al comparar los porcentajes de estos indicadores con la edición anterior, para este grupo etario observamos que hubo un cambio de patrón de consumo en cuanto a sexo, ya que en la EMSE 2012 los varones tenían mayores

# ARGENTINA 2018

porcentajes que las mujeres en el consumo de alguna vez en la vida tanto para marihuana, como para éxtasis y anfetaminas y metanfetaminas (*Tabla 5.2*).

Al cruzar el indicador de “consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida” con dos indicadores de consumo de alcohol que otorgaron resultados significativos, observamos que el mismo fue 8 veces más frecuente entre estudiantes que se emborracharon alguna vez en la vida (33,1%) que entre quienes no se emborracharon (4,0%) y 3 veces mayor entre quienes tuvieron problemas como consecuencia de haber bebido alcohol (37,8%) y quienes refirieron que no (11,5%) (*Gráfico 5.1*).

**Gráfico 5.1.** Porcentaje de adolescentes de 13 a 17 años que consumió drogas alguna vez en su vida según variables relacionadas con el consumo de alcohol.



## DISCUSIÓN

De los resultados analizados en este capítulo, se destaca que 1 de cada 7 adolescentes escolarizados/as del país manifestó haber consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida, mostrando un aumento en la proporción registrada por el último relevamiento nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media de 13 a 17 años y más de Argentina, realizada en el año 2014 por la Secretaría de Programación para la Prevención de La Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), que era 1 cada 10 (7).

Al igual que lo que ocurre en el mundo y en la región, la marihuana fue la sustancia con mayor prevalencia de consumo y los varones registraron mayores porcentajes que las mujeres. Pero a su vez, hay que resaltar que en el grupo de 13 a 15 años esas diferencias por sexo ya no se están registrando, lo que muestra un cambio de conducta al equipararse el consumo entre varones y mujeres.

Finalmente, cabe destacar la asociación encontrada entre el consumo de drogas ilegales y el consumo de alcohol, tal cual se encuentra descrita en la bibliografía sobre el tema y que complejiza el problema a la hora de abordar el tema en cuanto a la prevención y el tratamiento. El uso de las drogas y el alcohol están asociados con una variedad de consecuencias negativas, que incluyen el aumento en el riesgo del uso de drogas más tarde en la vida, el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio (8) (9).

En cuanto al abordaje de esta problemática, para la SEDRONAR existen distintos tipos de lazos que las personas pueden establecer con las sustancias o modalidades de consumo (uso, abuso, adicción) y no necesariamente todos ellos representan adicciones. Un uso problemático existe cuando el mismo deviene en alteraciones biopsicosociales en el cual múltiples factores se ven involucrados. No alcanza una sola mirada para pensar el problema, por tal motivo es preciso desarrollar un abordaje integral que ponga el foco en los condicionantes sociales, que incluya los lazos sociales y las tramas de cuidado desde el Estado en interacción con organizaciones de la sociedad civil y las comunidades. Para este organismo es necesario enfocar el asunto de los consumos problemáticos como un problema complejo que involucra a todos los sectores, priorizando la inclusión y elaboración de redes como un articulador social esencial y las respuestas comunitarias y participativas como estrategias fundamentales para afrontarlos. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etcétera) y las del entorno macrosocial. Contrariamente a una mirada dual que entiende a la "salud" opuesta a la "enfermedad", desde la SEDRONAR se adopta una perspectiva compleja, social, histórica y multicausal y su propuesta de intervención preventiva está vinculada más hacia la promoción de proyectos de vida. Esta forma de enfocar la cuestión habilita un abordaje comunitario en el que el conjunto de la comunidad puede aportar estrategias y conformar redes para dar respuestas. En este sentido, y contrariamente al sistema hegemónico prohibicionista y punitivo actual (que si bien se encuentra en crisis continúa siendo la base de las legislaciones domésticas de la mayoría de los países del mundo), la SEDRONAR aboga por un enfoque centrado en la salud pública, la seguridad ciudadana, los derechos humanos y el desarrollo, en consonancia con las recomendaciones emanadas de los organismos internacionales (10). La inclusión es el objetivo al que apuntan todas las acciones preventivas y su lema es que "todos/as podemos prevenir": escuelas, clubes, organizaciones sociales, centros culturales, grupos de vecinos, iglesias, murgas, espacios para el deporte y la cultura en general, todos/as y cada uno/a formando un entramado social de cuidado y de oportunidades para construir proyectos de vida significativos (11).

En cuanto a la prevención en el ambiente educativo, y como parte de su mirada y abordaje integral, la SEDRONAR se propone fortalecer la presencia preventiva del Estado en este ámbito, por ser éste un articulador fundamental del entramado socio-territorial que hace a la formación y protección de derechos de niños, niñas, adolescentes (NÑyA) y jóvenes. A través de programas específicamente dirigidos a los distintos niveles del sistema educativo formal y a espacios de educación no formal en todo el territorio nacional, trabaja en conjunto con equipos técnicos, educadores, estudiantes, en articulación con la comunidad, buscando fortalecer a las comunidades educativas como verdaderos ambientes preventivos. Esto implica fortalecer a educadores e instituciones en su tarea, favorecer el protagonismo de los y las estudiantes, habilitar espacios de diálogo y formación sobre el tema, potenciar estilos institucionales inclusivos, generar proyectos preventivos, afianzar el trabajo en red

# ARGENTINA 2018

entre escuelas, organizaciones y distintos niveles del Estado, y asumir el potencial de estas redes y colectivos institucionales en materia de prevención (11).

En consonancia con este abordaje centrado en la salud pública, la seguridad ciudadana y los derechos humanos, desde el Ministerio de Salud de la Nación mediante la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSMyA) se aborda el consumo problemático de sustancias psicoactivas a partir de la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (12) la cual enmarca en el artículo n°4 a las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no eran abordadas desde este lugar. Desde la DNSMyA se promueve un enfoque de prevención integral en adicciones, en el que se prioriza el desarrollo de capacidades individuales y grupales con el fin de promover hábitos saludables y modificar el impacto de los factores de riesgo como también propone adoptar criterios y prácticas inscriptas el enfoque de reducción de daños. La misma define pautas y herramientas para la atención integral en todos los niveles de atención con el fin de: garantizar un sistema de salud inclusivo, con servicios accesibles y de calidad; fomentar la detección precoz e intervención temprana según la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS); difundir prácticas de cuidado y promoción de salud; transformar la atención de la urgencia en una oportunidad para informar, prevenir y reducir daños; implementar herramientas que permitan fortalecer las capacidades de las personas; empoderar a las comunidades con recursos para que desarrollen una vida saludable y digna; y finalmente lograr la disminución de la tasa de morbilidad por esta causa (13).

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas. Informe de la Secretaría. CONSEJO EJECUTIVO EB140/29 140.ª reunión 28. Punto 10.3 del orden del día provisional, de noviembre de 2016, OMS (acceso 7/8/2021). Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_29-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf)
2. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas (del Informe Mundial sobre las Drogas 2018). UNODC – Research, 2019 (acceso 7/8/2021). Disponible en: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
3. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. OEA – CICAD - Washington, D.C., 2019 (acceso 7/8/2021). Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
4. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Estudio nacional en población sobre consumo de sustancias psicoactivas magnitud del consumo de sustancias, Argentina, 2017. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, 2017 (acceso 7/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>
5. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas, Argentina 2016. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, 2018 (acceso 7/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/mortalidad-relacionada-con-las-drogas>

- 6.** 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 2012. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, 2012 (acceso 7/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/area-de-interes/consumo-de-drogas-en-la-poblacion-general>
- 7.** Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Sexto Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Enseñanza Media, Argentina, 2014. Argentina: SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas, 2014. (acceso 7/8/2021) Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/consumo-de-drogas-entre-los-jovenes>
- 8.** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Los Adolescentes: el Alcohol y Otras Drogas. AACAP, No. 3 (Revisado 7/04), 2015 (acceso 8/8/2021). Disponible en: [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-el-Alcohol-y-Otras-Drogas-003.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Spanish/Los-Adolescentes-el-Alcohol-y-Otras-Drogas-003.aspx)
- 9.** Kaiser Permanente. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. Generalidades del tema. Revisado por: Patrice Burgess MD - Medicina familiar & E. Gregory Thompson MD - Medicina interna & Adam Husney MD - Medicina familiar & Martin J. Gabica MD - Medicina familiar & Kathleen Romito MD - Medicina familiar & Peter Monti PhD - Alcohol y Adicción & Christine R. Maldonado PhD - Salud de la Conducta. Actualizado al 11/2/2021 (acceso el 8/8/2021). Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.consumo-de-alcohol-y-drogas-en-adolescentes.tp17749>
- 10.** Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Abordaje integral de los consumos problemáticos. SEDRONAR, Argentina, 2019 (acceso 7/8/2021) Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Manual2019.pdf>
- 11.** Coordinación de Estrategias Preventivas en el Ámbito Educativo Dirección Nacional de Prevención de las Adicciones – SEDRONAR. Entre todos podemos prevenir. SEDRONAR (acceso 8/8/2021). Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-entre\\_todos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sedronar-entre_todos.pdf)
- 12.** Ley Nacional de Salud Mental. N°26.657. Sancionada: 25 de Noviembre de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010 (acceso 8/8/2021). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- 13.** Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones – Ministerio de Salud de la Nación. Pautas y Herramientas para la Atención Integral (PHAI). DNSMyA – MSAL – 2018 (acceso 8/8/2021). Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento227.pdf>

# ARGENTINA 2018

**Tabla 5.1.** Indicadores de consumo de drogas ilícitas entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupo edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS</b>									
Porcentaje de estudiantes que consumieron drogas alguna vez en su vida	14,9 (13,6 - 16,2)	16,1 (14,6 - 17,7)	13,6 (12,3 - 15,1)	9,8 (8,8 - 10,8)	10,2 (9,0 - 11,5)	9,2 (8,1 - 10,4)	25,9 (23,8 - 28,0)	28,8 (26,0 - 31,8)	23,1 (20,9 - 25,4)
Porcentaje de estudiantes que usaron drogas antes de los 14 años (por primera vez entre quienes consumieron drogas).	38,6 (35,9 - 41,4)	42,0 (38,5 - 45,6)	34,4 (31,6 - 37,4)	54,6 (50,4 - 58,8)	56,7 (50,5 - 62,8)	52,2 (47,9 - 56,5)	25,5 (22,3 - 29,1)	30,8 (26,4 - 35,6)	19,2 (15,9 - 23,0)
Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana (una o más veces en su vida).	13,3 (12,1 - 14,6)	14,3 (12,9 - 15,7)	12,3 (11,0 - 13,7)	8,2 (7,4 - 9,2)	8,4 (7,3 - 9,7)	7,9 (6,9 - 9,1)	24,3 (22,4 - 26,4)	27,0 (24,3 - 29,8)	21,9 (19,9 - 24,0)
Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana una o más veces en los últimos 30 días.	9,1 (8,3 - 10,0)	10,3 (9,2 - 11,5)	7,9 (7,1 - 8,8)	6,2 (5,5 - 6,9)	6,7 (5,8 - 7,9)	5,5 (4,7 - 6,5)	15,4 (14,0 - 16,9)	17,9 (15,8 - 20,1)	13,1 (11,6 - 14,7)
Porcentaje de estudiantes que alguna vez consumió éxtasis (una o más veces durante su vida).	3,0 (2,6 - 3,4)	3,8 (3,1 - 4,5)	2,3 (2,0 - 2,6)	2,4 (2,0 - 2,7)	2,7 (2,3 - 3,2)	2,1 (1,7 - 2,6)	4,4 (3,5 - 5,5)	6,1 (4,5 - 8,3)	2,7 (2,1 - 3,4)
Porcentaje de estudiantes que consumieron anfetaminas o metanfetaminas (una o más veces en su vida).	2,7 (2,3 - 3,0)	3,2 (2,7 - 3,9)	2,1 (1,8 - 2,4)	2,0 (1,7 - 2,4)	2,1 (1,6 - 2,8)	1,8 (1,5 - 2,2)	4,1 (3,3 - 5,1)	5,6 (4,2 - 7,4)	2,6 (1,9 - 3,4)

**Tabla 5.2.** Indicadores de consumo de drogas ilícitas entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS</b>									
Porcentaje de estudiantes que consumieron drogas alguna vez en su vida	9,0 (6,2 - 12,1)	11,6 (8,0 - 16,7)	6,7 (4,1 - 10,7)	10,0 (9,1 - 11,1)	12,1 (10,3 - 14,2)	8,0 (7,0 - 9,2)	9,8 (8,8 - 10,8)	10,2 (9,0 - 11,5)	9,2 (8,1 - 10,4)
Porcentaje de estudiantes que usaron drogas antes de los 14 años (por primera vez entre quienes consumieron drogas).	-	-	-	62,0 (53,4 - 69,1)	61,8 (52,3 - 70,5)	61,7 (54,5 - 68,4)	54,6 (50,4 - 58,8)	56,7 (50,5 - 62,8)	52,2 (47,9 - 56,5)
Porcentaje de estudiantes que consumieron marihuana (una o más veces en su vida).	-	-	-	8,4 (7,4 - 9,6)	10,6 (8,8 - 12,6)	6,5 (5,6 - 7,5)	8,2 (7,4 - 9,2)	8,4 (7,3 - 9,7)	7,9 (6,9 - 9,1)
Porcentaje de estudiantes que alguna vez consumió éxtasis (una o más veces durante su vida).	-	-	-	2,7 (2,3 - 3,3)	3,5 (2,9 - 4,3)	1,9 (1,5 - 2,5)	2,4 (2,0 - 2,7)	2,7 (2,3 - 3,2)	2,1 (1,7 - 2,6)
Porcentaje de estudiantes que consumieron anfetaminas o metanfetaminas (una o más veces en su vida).	-	-	-	2,4 (1,9 - 2,9)	3,1 (2,4 - 4,0)	1,6 (1,2 - 2,1)	2,0 (1,7 - 2,4)	2,1 (1,6 - 2,8)	1,8 (1,5 - 2,2)



# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 8. VIOLENCIA, LESIONES GRAVES Y SEGURIDAD VIAL

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones debidas a la violencia interpersonal y a los siniestros viales se enmarcan en las llamadas lesiones de causa externa. Estas se definen como el daño físico que se produce cuando el cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía (mecánica, térmica, química, eléctrica o radiada) en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales como el oxígeno (1). Para su estudio y análisis se las clasifica según la intencionalidad del evento que causa la lesión: no intencionales (que incluye los siniestros viales como la más prevalente), intencionales (autoinfligidas, agresiones o también llamada violencia interpersonal) y eventos de intención no determinada, entre las categorías que engloban las lesiones más prevalentes de causa externa (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las muertes ocasionadas por siniestros viales representan 1,35 millones de muertes por año en el mundo además de ser la primera causa de muerte en niños y niñas de 5 a 14 años y adultos/as jóvenes de 15 a 29. (3). En todo el mundo mueren cada año como consecuencia de la violencia (violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva) más de 1,3 millones de personas, lo que representa el 2,5% de la mortalidad mundial (4). Uno de los principales factores de riesgo de lesiones por violencia y siniestros viales es el consumo de alcohol. A nivel mundial se estima que en el año 2016 un millón de muertes por traumatismos fueron atribuibles al alcohol, lo que incluye alrededor de 370.000 muertes por traumatismos causados por el tránsito, 150.000 por autoagresión y cerca de 90.000 por violencia interpersonal. Cabe destacar que, de los traumatismos causados por el tránsito, 187.000 muertes atribuibles al alcohol se produjeron en personas distintas de los conductores (5).

En nuestro país, las causas externas explican el 5,3% de muertes en 2019, el 11,9% de años potenciales de vida perdidos en mujeres y para varones la cifra asciende al 27,5%. Al igual que la tendencia mundial, la mayor magnitud de muertes por tránsito y violencia interpersonal se corresponde a defunciones en el grupo de edad de los y las más jóvenes de entre 15 y 34 años, con un impacto mayor en varones que en mujeres (6). Si contemplamos que las lesiones por violencia y seguridad vial son más prevalentes en las franjas etarias más productivas, esto es, adolescentes y adultos/as jóvenes, el impacto en la calidad de vida de aquellos/as que sobreviven es aún mayor.

### MÉTODOS

En este módulo se analizan los indicadores relacionados con la exposición de los y las adolescentes en actos de violencia interpersonal y a factores relacionados a la seguridad vial. En continuidad con ediciones previas de la EMSE, se preguntó sobre la participación en peleas y sobre haber sufrido lesiones graves. A su vez, se indagó si fueron intimidados, pero en esta edición se diferenciaron los contextos tanto dentro y fuera de la escuela como por internet. Por último, en cuanto a la seguridad vial, se analizan conductas de riesgo tales como el poco o nulo uso del cinturón de seguridad, consumo de alcohol del conductor, y se agregan a esta edición de la encuesta el uso de casco en moto y bicicleta.

## **Indicadores de violencia interpersonal, lesiones graves e intimidación**

- Porcentaje de estudiantes que participaron de alguna pelea al menos una vez en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que fueron heridos de gravedad al menos una vez en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente atacados una o más veces en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que reportaron que su lesión más seria o grave fue un hueso roto o dislocado (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad en los últimos 12 meses).
- Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados en la escuela en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados fuera de la escuela en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados por internet en los últimos 12 meses.

## **Indicadores de seguridad vial**

- Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron cinturón de seguridad en un vehículo a motor conducido por otra persona (entre quienes viajaron en un vehículo manejado por otra persona durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que viajaron en un vehículo a motor en el que el conductor había tomado alcohol (entre quienes se subieron a un vehículo durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron casco cuando anduvieron en moto, durante los últimos 30 días (entre quienes anduvieron en moto).
- Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron casco cuando anduvieron en bicicleta, durante los últimos 30 días (entre quienes anduvieron en bicicleta).
- Porcentaje de estudiantes que reportaron que la lesión más seria o grave fue por un accidente/atropellamiento automovilístico (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad en los últimos 12 meses).

## **RESULTADOS**

En cuanto a los resultados relacionados a la violencia interpersonal, observamos que en los últimos 12 meses el 24,6% de los y las estudiantes de 13 a 17 años participó en una pelea, el 33,2% fue herido de gravedad y el 17,6% fue agredido físicamente. Los tres indicadores no presentaron cambios según grupos de edad, pero sí fueron más frecuentes en varones que en mujeres, observándose una mayor diferencia en el primero ("participó de una pelea"), con valores de 33,3% y 16,5% en varones y mujeres, respectivamente. Esta diferencia disminuye en el indicador "fue atacado físicamente", con un porcentaje de 19,3% en varones y 15,9% en mujeres. A su vez, entre quienes refirieron haber sufrido heridas de gravedad, el 25,3% tuvo como herida más seria una fractura ósea o una dislocación de articulación (*Tabla 6.1*).

Teniendo en cuenta el grupo de edad de 13 a 15 años, los indicadores de "participó en una pelea" y "fue agredido físicamente" en los últimos 12 meses registraron una tendencia descendente respecto a los valores de la edición anterior del año 2012 (24,9% vs 34,1% y 17,8% vs 24,8% respectivamente) mientras que el resto de los indicadores no presentaron cambios (*Tabla 6.2*).

# ARGENTINA 2018

Respecto a los indicadores de intimidación, alrededor de 1 de cada 5 estudiantes de 13 a 17 años fueron intimidados/as, ya sea tanto dentro de la escuela, como fuera de ella o por Internet en los últimos 12 meses (21,7%, 21,5% y 21,8% respectivamente). Las mujeres presentaron mayores porcentajes de intimidación en todos los casos, presentando una mayor diferencia que los varones en el indicador de intimidación por Internet (26,6 % vs 16,5%). En cuanto al análisis por edad, los y las estudiantes de 13 a 15 años presentaron un mayor porcentaje que los/as de 16 a 17 años respecto a la intimidación dentro de la escuela (23,2% vs 18,7% respectivamente); mientras que estos/as últimos/as registraron mayores porcentajes que los/as más chicos/as fuera de la escuela (24,2% vs 20,3% respectivamente) y por internet (23,4% vs 21,1%) (**Tabla 6.1**).

En cuanto a los resultados de seguridad vial, durante el último mes el 57,1% de los y las estudiantes de 13 a 17 años nunca o rara vez usó el cinturón de seguridad cuando se subió a un vehículo a motor conducido por otra persona, sin presentar cambios según sexo ni grupos de edad. A su vez, un 29,3% de estudiantes de 13 a 17 años refirió haber viajado en un vehículo a motor en el que el conductor había tomado alcohol, siendo mayor en varones que en mujeres y en el grupo de 16 a 17 años (34,8%) con respecto al de 13 a 15 años (26,7%) (**Tabla 6.3**).

Por otro lado, el 50,7% de estudiantes de 13 a 17 años refirió que nunca o rara vez usó casco al andar en moto y el 88,7% al andar en bicicleta. Ambos indicadores no presentaron diferencias según sexo. Sin embargo, se registran diferencias en cuanto al análisis por edad con relación al raro o nulo uso de casco en bicicleta; con una frecuencia del 90,4% entre los/as de 16 a 17 años y de 88,0% que entre los/as de 13 a 15 años (**Tabla 6.3**).

A su vez, entre los y las estudiantes de 13 a 17 años que sufrieron una lesión de gravedad en los últimos 12 meses, el 5,8% reportaron que la lesión más seria o grave fue por un accidente/atropellamiento automovilístico. Este indicador no presentó diferencias en cuanto a sexo pero sí en cuanto a edad, ya que los/as de 16-17 años registraron un porcentaje mayor (8,0%) respecto a los/as de 13 a 15 años (4,7%) (**Tabla 6.3**).

Finalmente, al comparar estos indicadores de seguridad vial con la edición anterior de esta encuesta, para el grupo de 13 a 15 años se observaron las siguientes diferencias: aumentó el porcentaje de quienes nunca o rara vez usaron cinturón de seguridad en un vehículo manejado por otra persona (56,5% EMSE 2018 y 40,9% EMSE 2012) mientras que disminuyeron el porcentaje de quienes viajaron en un vehículo a motor en el que el conductor había tomado alcohol (26,7% EMSE 2018 y 31,9% EMSE 2012) y el porcentaje de quienes la lesión más seria que sufrieron fue por un accidente/atropellamiento (4,7% EMSE 2018 y 7,3% EMSE 2012) (**Tabla 6.4**).

## DISCUSIÓN

Resulta alarmante que 1 de cada 4 estudiantes de 13 a 17 años refirió haber participado de una pelea y 1 de cada 5 haber sido atacados físicamente en los últimos 12 meses, y que 1 de cada 3 haya reportado lesiones de gravedad, siendo la fractura ósea o la dislocación de una articulación las heridas más frecuentemente reportadas.

Si bien registraron reducciones con respecto a la edición anterior los valores de los indicadores sobre participación en peleas y haber sido atacados físicamente en el último año, las lesiones por violencia interpersonal se destacan con especial foco en los varones, que son los más afectados.

En cuanto a la intimidación, si bien no es posible comparar los porcentajes con los de las ediciones anteriores dado que los indicadores fueron modificados para esta nueva edición de la encuesta, resulta un elemento a tener en cuenta la alta prevalencia de intimidación que los y las adolescentes sufren tanto en la escuela (principalmente de 13 a 15 años), como fuera de la escuela y por Internet (en ambos casos mayoritariamente la franja de 16 a 17 años), y en donde en todos los casos las principales víctimas son las mujeres.

Por otro lado, en cuanto a los indicadores de seguridad vial, es bajo el uso de cinturón de seguridad en vehículos cuando los y las adolescentes son acompañantes de un conductor, dado que casi 6 de cada 10 refirieron no usar o usarlo raramente. Este indicador empeoró respecto de la EMSE 2012. Otra conducta de riesgo vial y que resulta mayor a la observada en adultos/as, según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018 (ENFR), es el bajo uso de casco en moto, que fue referido sólo por la mitad de los y las estudiantes. El casco en bicicleta casi nunca es utilizado ni por adolescentes ni por adultos/as según la 4° ENFR.

A su vez, si bien disminuyó el porcentaje de quienes viajaron en un vehículo a motor en el que el/la conductor/a había tomado alcohol con respecto a la edición anterior, casi un tercio de los adolescentes refirieron que el/la conductor/a tomó antes de conducir. Los resultados evidencian que en jóvenes el indicador resultó mayor que en adultos/as, según la 4° ENFR.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se define como "el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (7). Por lo tanto, la violencia abarca mucho más que los actos que causan daño físico. Sus consecuencias van más allá de la muerte y las lesiones, y pueden incluir enfermedades transmisibles y no transmisibles, daños psicológicos, comportamientos peligrosos, bajo rendimiento educativo y laboral, y delincuencia. En esta línea, la OMS, junto con UNICEF, UNESCO y otros organismos internacionales (8), publicó recientemente un conjunto de siete estrategias basadas en la evidencia que se dirigen a los países y comunidades dedicados a tratar de eliminar la violencia contra los niños y las niñas: implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; padres, madres y cuidadores/as reciben apoyo; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; educación y aptitudes para la vida. En este conjunto de estrategias se define como "niño/a" a todas las personas de ambos sexos que tienen menos de 18 años.

En cuanto a las acciones de prevención en seguridad vial, la OMS (9) impulsa un paquete de medidas técnicas que debieran abordar los países para reducir el número de defunciones y traumatismos, así como a la inducción de cambios en los comportamientos, actitudes y conocimientos. Este paquete de medidas incluye: control de la velocidad, diseño y mejora de infraestructura, liderazgo en seguridad vial, normas de seguridad de los vehículos, supervivencia tras un accidente, vigilancia del cumplimiento de las leyes de tránsito (refiere específicamente a la conducción bajo los efectos de alcohol, casco para motociclistas, cinturón de seguridad y sistema de retención infantil).

Para ambas iniciativas, existen dos actividades transversales fundamentales en la prevención de las violencias y lesiones viales: la coordinación multisectorial y las actividades de monitoreo y evaluación, que entrelazan estrategias y permiten monitorear la medida en que se ponen en práctica y su impacto sobre el problema en cuestión.

# ARGENTINA 2018

En nuestro país el organismo rector encargado de diseñar, elaborar e implementar políticas públicas de carácter federal e inclusivas destinadas a promover los derechos de niñas, niños y adolescentes, es la Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia. Por su parte, el organismo rector en la prevención del siniestro vial es la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) creada por Ley N° 26.363 en el año 2008. Específicamente su misión es la reducción de la tasa de siniestralidad en territorio nacional, mediante promoción, coordinación, control y seguimiento de las políticas de seguridad vial, nacional e internacional.

Como intervención sanitaria, el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones se crea en el año 2007 mediante Resolución Ministerial N° 978 y tiene por objetivo contribuir a la disminución de la morbimortalidad por lesiones de causa externa a través de acciones de vigilancia y prevención que lleva adelante con la implementación del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE). El programa integra la estrategia de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles (DNAIENT). El SIVILE es un sistema de vigilancia centinela por lo cual permite obtener un panorama local, intensivo, de las circunstancias en que se producen las lesiones y el monitoreo de políticas locales, si bien no es extrapolable a conclusiones poblacionales. La DNAIENT asume la prioridad de avanzar con la estrategia de fortalecimiento del SIVILE con la iniciativa de nominalizar el registro, a fin de profundizar en la vigilancia de las lesiones por violencias y como parte de la Estrategia Nacional de Entornos Saludables (ENES), en sus tres estrategias: escuelas, universidades y organizaciones saludables. A la vez, promueve la articulación con otros organismos tanto nacionales como internacionales rectores en materia de prevención en cada una de las causas externas como ser la Organización Panamericana de la Salud, y la Agencia Nacional de Seguridad Vial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Holder Y, Peden M, Krug E et al (Eds). Injury surveillance guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001 [acceso 02/07/2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42451>
2. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Vol 1. Ginebra, OMS, 1992. [acceso 02/07/2021] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
3. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. [acceso 02/07/2021] Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
4. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Washington, DC: OPS, 2016. [acceso 02/07/2021] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28233?locale-attribute=es>
5. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. [acceso 02/07/2021] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51352>
6. Datos elaborados por el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT) del Ministerio de Salud de la Nación a partir de Datos de mortalidad del año 2019 de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS), (junio 2021).

- 7.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. [acceso el 16/07/2021] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- 8.** Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación [Global status report on preventing violence against children 2020: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [acceso 16/07/2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/violence-prevention/global-status-report-on-violence-against-children-2020>
- 9.** Salve VIDAS – Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial [Save LIVES - A road safety policy package]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [acceso 16/07/2021] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-spa.pdf;jsessionid=70FA2030E0CFCD6F6B7EA7D407D754D9?sequence=1>

# ARGENTINA 2018

**Tabla 6.1.** Indicadores de violencia interpersonal y lesiones graves entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupo de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL Y LESIONES GRAVES</b>									
Porcentaje de estudiantes que participaron de alguna pelea al menos una vez en los últimos 12 meses.	24,6 (23,4 - 25,9)	33,3 (31,5 - 35,1)	16,5 (15,2 - 17,9)	24,9 (23,8 - 26,1)	33,2 (31,3 - 35,1)	17,2 (16,0 - 18,5)	24,0 (22,2 - 25,9)	33,6 (30,8 - 36,5)	15,1 (13,4 - 16,9)
Porcentaje de estudiantes que fueron heridos de gravedad al menos una vez en los últimos 12 meses.	33,2 (32,3 - 34,0)	38,3 (36,6 - 40,1)	28,4 (26,9 - 29,9)	32,3 (31,2 - 33,5)	37,4 (35,1 - 39,7)	27,5 (25,9 - 29,3)	34,9 (34,0 - 35,9)	40,3 (38,4 - 42,3)	30,1 (28,6 - 31,7)
Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente atacados una o más veces en los últimos 12 meses.	17,6 (16,7 - 18,6)	19,3 (18,3 - 20,5)	15,9 (14,9 - 17,1)	17,8 (16,7 - 18,9)	19,3 (18,2 - 20,5)	16,3 (15,1 - 17,6)	17,2 (15,9 - 18,7)	19,4 (17,4 - 21,4)	15,1 (13,5 - 17,0)
Porcentaje de estudiantes que reportaron que su lesión más seria o grave fue un hueso roto o dislocado (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad en los últimos 12 meses).	25,3 (23,7 - 27,0)	27,8 (25,5 - 30,2)	22,3 (20,3 - 24,5)	26,1 (23,9 - 28,4)	27,9 (24,7 - 31,4)	24,0 (21,2 - 26,9)	23,7 (21,5 - 26,1)	27,5 (25,0 - 30,1)	19,3 (15,9 - 23,2)
Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados en la escuela en los últimos 12 meses.	21,7 (21,0 - 22,5)	18,9 (18,2 - 19,6)	24,2 (23,1 - 25,3)	23,2 (22,4 - 23,9)	20,0 (19,1 - 20,9)	25,9 (24,8 - 27,0)	18,7 (17,5 - 20,0)	16,5 (15,1 - 18,0)	20,6 (18,7 - 22,6)
Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados fuera de la escuela en los últimos 12 meses.	21,5 (20,7 - 22,4)	20,0 (18,6 - 21,4)	22,9 (22,0 - 23,7)	20,3 (19,4 - 21,2)	18,3 (16,8 - 19,9)	22,0 (21,2 - 22,8)	24,2 (22,9 - 25,5)	23,5 (21,4 - 25,7)	24,8 (23,2 - 26,4)
Porcentaje de estudiantes que fueron intimidados por internet en los últimos 12 meses.	21,8 (20,9 - 22,8)	16,5 (15,4 - 17,6)	26,6 (25,3 - 27,9)	21,1 (19,9 - 22,2)	15,9 (14,6 - 17,2)	25,7 (24,1 - 27,4)	23,4 (22,3 - 24,7)	17,8 (16,4 - 19,3)	28,6 (27,0 - 30,2)

**Tabla 6.2.** Indicadores de violencia interpersonal y lesiones graves entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL Y LESIONES GRAVES</b>									
Porcentaje de estudiantes que participaron de alguna pelea al menos una vez 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)	24,9* (23,8-26,1)	33,2 (31,3-35,1)	17,2 (16,0-18,5)
Porcentaje de estudiantes que fueron heridos de gravedad al menos una vez en 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)	32,3 (31,2 - 33,5)	37,4 (35,1-39,7)	27,5 (25,9-29,3)
Porcentaje de estudiantes que fueron físicamente atacados una o más veces 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)	17,8* (16,7-18,9)	19,3 (18,2-20,5)	16,3 (15,1-17,6)
Porcentaje de estudiantes que reportaron que su lesión más seria o grave fue un hueso roto o dislocado (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad 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)	26,1 (23,9-28,4)	27,9 (24,7-31,4)	24,0 (21,2-26,9)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.



# ARGENTINA 2018

**Tabla 6.3.** Indicadores de seguridad vial entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL Y LESIONES GRAVES</b>									
Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron cinturón de seguridad en un vehículo a motor conducido por otra persona (entre quienes viajaron en un vehículo manejado por otra persona durante los últimos 30 días)	57,1 (55,2 - 59,0)	56,0 (53,6 - 58,4)	58,2 (56,2 - 60,1)	56,5 (54,5 - 58,4)	54,5 (52,3 - 56,7)	58,3 (56,0 - 60,6)	58,6 (55,8 - 61,3)	59,2 (55,0 - 63,3)	57,8 (55,3 - 60,3)
Porcentaje de estudiantes que viajaron en un vehículo a motor en el que el conductor había tomado alcohol (entre quienes se subieron a un vehículo durante los últimos 30 días)	29,3 (28,1 - 30,5)	31,3 (29,6 - 33,1)	27,5 (26,0 - 29,0)	26,7 (25,4 - 28,0)	28,5 (26,7 - 30,4)	25,1 (23,5 - 26,7)	34,8 (33,1 - 36,4)	37,0 (34,6 - 39,4)	32,6 (30,4 - 34,9)
Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron casco cuando anduvieron en moto, durante los últimos 30 días (entre quienes anduvieron en moto).	50,7 (48,5 - 52,9)	51,1 (48,8 - 53,3)	50,3 (47,5 - 53,1)	50,2 (47,8 - 52,6)	50,0 (47,3 - 52,7)	50,5 (47,4 - 53,7)	51,6 (48,8 - 54,5)	53,2 (49,9 - 56,5)	49,7 (46,5 - 52,9)
Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron casco cuando anduvieron en bicicleta, durante los últimos 30 días (entre quienes anduvieron en bicicleta)	88,7 (87,7 - 89,6)	89,0 (87,5 - 90,3)	88,6 (87,2 - 89,8)	88,0 (86,7 - 89,1)	88,1 (86,1 - 89,8)	88,0 (86,3 - 89,6)	90,4 (89,4 - 91,3)	90,9 (89,5 - 92,2)	89,8 (87,8 - 91,5)
Porcentaje de estudiantes que reportaron que la lesión más seria o grave fue por un accidente/atropellamiento automovilístico (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad en los últimos 12 meses).	5,8 (5,2 - 6,5)	6,0 (5,2 - 6,9)	5,6 (4,6 - 6,8)	4,7 (4,1 - 5,3)	4,8 (4,0 - 5,7)	4,5 (3,7 - 5,6)	8,0 (6,9 - 9,3)	8,3 (6,9 - 10,0)	7,6 (5,7 - 10,2)

**Tabla 6.4.** Indicadores de seguridad vial entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>VIOLENCIA INTERPERSONAL Y LESIONES GRAVES</b>									
Porcentaje de estudiantes que nunca o rara vez usaron cinturón de seguridad en un vehículo a motor conducido por otra persona (entre quienes 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)	56,5* (54,5 - 58,4)	54,5 (52,3 - 56,7)	58,3 (56,0 - 60,6)
Porcentaje de estudiantes que viajaron en un vehículo a motor en el que el conductor había tomado alcohol (entre quienes 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)	26,7* (25,4 - 28,0)	28,5 (26,7 - 30,4)	25,1 (23,5 - 26,7)
Porcentaje de estudiantes que reportaron que la lesión más seria o grave fue por un accidente/atropellamiento automovilístico (entre quienes sufrieron una lesión de gravedad 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)	4,7* (4,1 - 5,3)	4,8 (4,0 - 5,7)	4,5 (3,7 - 5,6)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 9. SALUD MENTAL

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones autoinfligidas (dentro de las cuales se encuentran los intentos de suicidio y/o el acto consumado) se analizan bajo la clasificación propuesta de lesión de causa externa intencional (1). Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa mundial de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Además, destaca que por cada suicidio cometido, hay muchos más intentos (de suicidio). Significativamente, un intento previo es el factor de riesgo de suicidio más importante en la población general (2).

En nuestro país, los suicidios representan el 17,7% del total de muertes por causas externas. Para el año 2019, fueron la primera causa de muerte en el grupo etario de 15 a 24 años, con una tasa específica de mortalidad de 19,3 y 5,0 defunciones por cada 100.000 habitantes en varones y mujeres, respectivamente. Esto podría explicarse por el descenso en el registro de muertes por accidentes de tránsito que se observan en el segundo lugar de importancia en este grupo de edad (3).

Son varios los factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida. Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Entre los factores de riesgo a nivel individual se destacan los intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio. Además, pueden sumarse riesgos asociados a dificultades para acceder a la atención de salud y asistencia necesaria (2).

En el caso de los y las adolescentes, las variables sociales como la integración social, percepciones acerca del apoyo familiar y por parte de los pares, maltrato, abuso sexual y descuido infantil, y victimización por parte de pares, refieren importancia tanto en relación con la ideación como a las conductas suicidas. Por otro lado, y a diferencia de otras problemáticas, el suicidio es un fenómeno que posee una connotación sexo-genérica diferencial: existe una mayor cantidad de decesos de varones que de mujeres, mientras que los datos sobre tentativas de suicidio muestran que las mujeres tienen más intentos que los varones (4).

### MÉTODOS

Las preguntas de este módulo permiten analizar y comparar con las ediciones anteriores de la encuesta, algunos de los principales factores de riesgo de suicidio, como los sentimientos de soledad, 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 de suicidio. El análisis se realiza utilizando los siguientes indicadores:

- Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que hicieron un plan de cómo suicidarse (durante los últimos 12 meses).

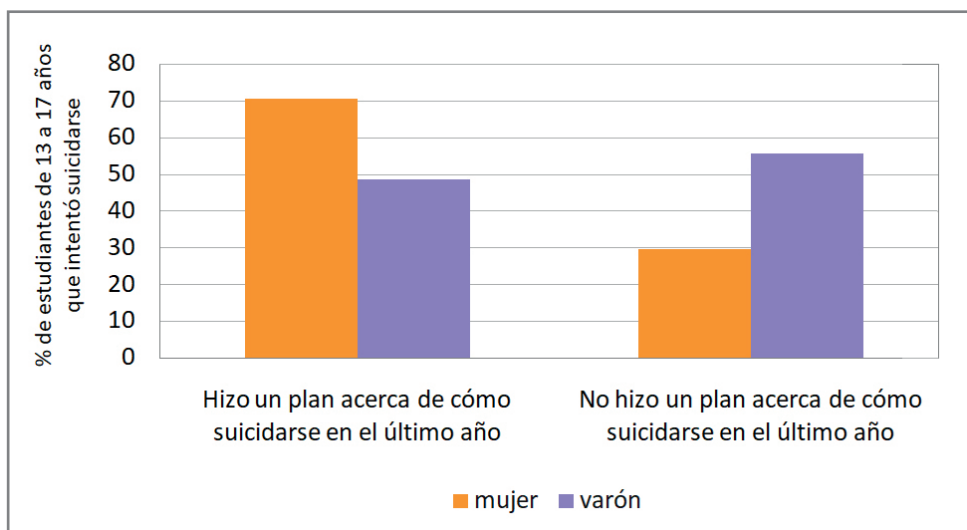
- Porcentaje de estudiantes que intentaron suicidarse al menos una vez en los últimos 12 meses.
- Porcentaje de estudiantes que no tienen amigos muy cercanos.
- Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre se sintieron solos (durante los últimos 12 meses).
- Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre estuvieron tan preocupados que no pudieron dormir por la noche (en los últimos 12 meses).

## RESULTADOS

Los resultados muestran que el 21,5% de los y las estudiantes de 13 a 17 años consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en el último año, siendo más del doble en mujeres que en varones (28,6% vs 13,7%). Este comportamiento también se reflejó en los grupos etarios analizados (*Tabla 7.1*).

A su vez, el 17,0% de los y las jóvenes de 13 a 17 años refirió haber realizado planes de cómo suicidarse y el 15,2% tuvo al menos un intento de suicidio en los últimos 12 meses, sin diferencias en los grupos de edad y resultando mayor en las mujeres respecto de los varones (*Tabla 7.1*). Cabe destacar que de los que hicieron un plan acerca de cómo suicidarse, el 63,1% lo intentó al menos una vez en el último año (*Gráfico 7.1*).

**Gráfico 7.1.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años que intentó suicidarse según planificación previa y según sexo. EMSE, Argentina 2018.



Si analizamos el grupo de 13 a 15 años, observamos que hubo un aumento de la ideación suicida (quienes consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse), respecto de la edición anterior de la EMSE 2012 (21,6% vs 16,9% respectivamente). En los indicadores de planificación e intento de suicidio no se registraron diferencias (*Tabla 7.2*).

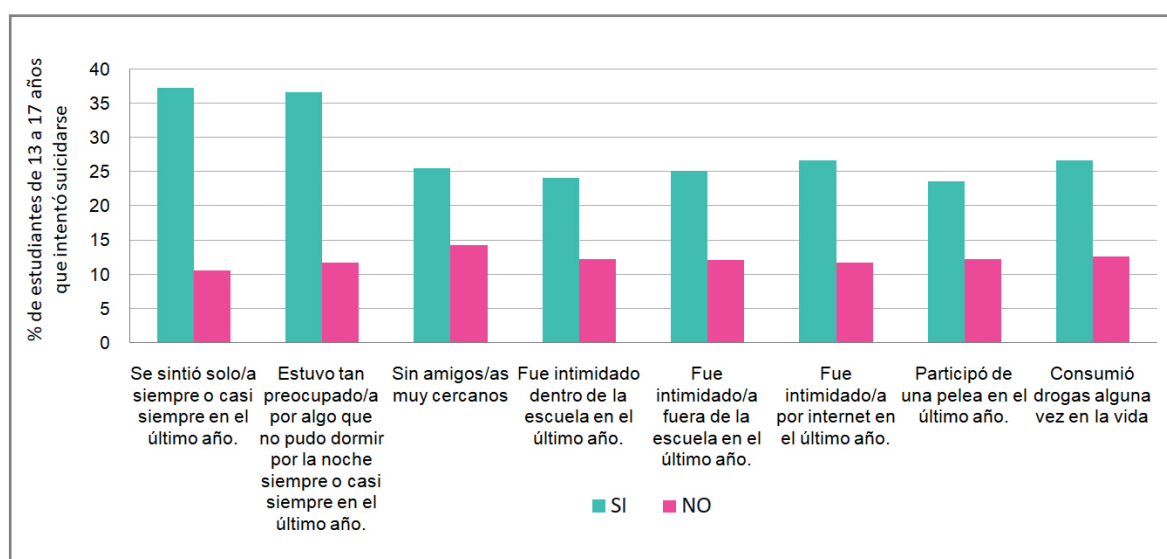
# ARGENTINA 2018

Con relación a las preguntas sobre los sentimientos de soledad, preocupación y falta de amigos cercanos, observamos que en el último año un 16,9% de los y las adolescentes de 13 a 17 años manifestó haberse sentido solo/a siempre o casi siempre, y un 13,3% estuvo tan preocupado/a por algo que le ha impedido dormir siempre o casi siempre. Ambos indicadores fueron más frecuentes entre las mujeres y en el grupo de 16 a 17 años. Asimismo, se les consultó sobre la cantidad de amigos íntimos y el 5,6% de los y las jóvenes afirmó no tener amigos muy cercanos, sin que se observen diferencias por sexo ni grupos de edad (*Tabla 7.1*).

En el grupo de 13 a 15 años se registra un aumento en los valores porcentuales de los indicadores sobre sentirse solo/a y estar preocupados/as en el último año: 15,8% vs. 9,3% y 12,4% vs 8,6%, en los años 2018 y 2012 respectivamente. El indicador “no tiene amigos muy cercanos” no presentó variación (*Tabla 7.2*).

A continuación, analizamos la asociación entre el intento de suicidio y los indicadores recientemente descriptos, así como otros mencionados en módulos anteriores. Observamos que, de los y las estudiantes de 13 a 17 años que se sintieron solos/as, un 37,3% intentó suicidarse, mientras que entre aquellos que no se sintieron solos/as dicho porcentaje fue menor (10,6%). Asimismo, entre quienes estuvieron tan preocupados/as por algo que no pudieron dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses, el 36,7% intentó suicidarse, mientras que aquellos/as que no lo estuvieron lo intentaron en un 11,8%. A su vez entre quienes manifestaron haber consumido drogas alguna vez antes de los 14 años, el 34,8% intentó suicidarse; mientras que entre los/as que no consumieron el porcentaje fue de 21,7%. Finalmente, quienes participaron en peleas y quienes fueron intimidados/as, tanto dentro como fuera de la escuela o por internet, también intentaron suicidarse en mayor proporción con porcentajes que varían entre 23 y 26% (*Gráfico 7.2*).

**Gráfico 7.2.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años que intentó suicidarse según factores emocionales, vinculares y consumo de drogas. EMSE, Argentina 2018.



## DISCUSIÓN

Si bien es cierto que los intentos de suicidio no aumentaron en la EMSE de 2018 respecto de la EMSE de 2012, se observa un aumento de la frecuencia de la ideación suicida, especialmente entre las adolescentes mujeres.

A partir de estos resultados, se observa que casi 1 de cada 6 adolescentes intentó suicidarse en el último año y que de éstos/as, 2 de cada 3 contaban con plan previo.

Entre los factores de riesgo de intento de suicidio, en la franja de 13 a 17 años, se destaca la presencia de sentimientos de soledad y/o la preocupación por temas que no les permitieron dormir por la noche en 2 de cada 6 intentos de suicidio. El haber participado de peleas y/o haber sido intimidados/as, tanto dentro como fuera de la escuela o por internet también, así como el referir no contar con amigos cercanos y el consumo de drogas alguna vez en la vida, constituyeron un factor de riesgo para intento de suicidio en 1 de cada 4 casos.

Finalmente, el registro significativamente mayor de mujeres que idean, planifican e intentan un suicidio en comparación con los varones, coincide con el registro mayoritario de sentimientos de soledad y preocupación en mujeres. Por el contrario, las tasas de mortalidad por suicidio se registran con valores casi 4 veces mayor en varones (3).

Los suicidios son prevenibles. La Organización Mundial de la Salud (2) alerta que es importante tener presente que la reducción del suicidio depende solo en parte de la reducción del riesgo. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención. Recientemente el organismo ha publicado un documento (5) promoviendo cuatro intervenciones efectivas para la prevención del suicidio: la restricción del acceso a los medios utilizados para suicidarse (a través de legislación por ejemplo que prohíba plaguicidas altamente peligrosos en toxicidad aguda, restrinja y regule las armas de fuego, instalación de barreras en puentes, acceso a medicamentos); capacitación a los medios de comunicación para informar de manera responsable sobre la problemática del suicidio; fomento del aprendizaje de habilidades sociales y emocionales para el desarrollo de la vida en los y las adolescentes; y la identificación temprana, evaluación, gestión y seguimiento de toda persona que presente comportamiento suicida.

En nuestro país se sancionó en el año 2005 la Ley N° 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en territorio argentino, reconociéndolos como sujetos de derecho a la vez que crea la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, organismo especializado en materia de derechos de infancia y adolescencia. A su vez, sienta las bases para la conformación del Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este sistema, conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, establece los medios a través de los cuales se asegura el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Convención sobre los Derechos del Niño, demás tratados de derechos humanos ratificados por el Estado argentino y el ordenamiento jurídico nacional (6).

En el ámbito de la salud mental, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas en territorio nacional a la vez que la reconoce como "un proceso determinado por componentes his-

# ARGENTINA 2018

tóricos, 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” (7). Cinco años después, se sancionó la Ley Nacional N° 27.130 de Prevención del Suicidio cuyo objeto es la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio a través de intervenciones en prevención, asistencia y posvención. En su art.1 declara de interés nacional en todo el territorio argentino, “la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio” (8).

En la actualidad, el Ministerio de Salud de la Nación junto con otros organismos nacionales (Ministerios de Educación, de Desarrollo Social y de Seguridad) integra la Mesa Nacional Intersectorial para el abordaje socio-comunitario de la problemática del suicidio en población general con foco en adolescencias y juventudes, creada en el marco de la Comisión Nacional Interministerial de Políticas Públicas en Salud Mental y Adicciones (CONSIMA). De este espacio interdisciplinario, específicamente en la sub-mesa de epidemiología y registros, participa el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades no Transmisibles, con el objeto de contribuir a través del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) en la implementación de estrategias de vigilancia de morbilidad por esta causa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Vol. 1. ©Ginebra, OMS,1992. [acceso 02/07/2021] Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
2. Preventing suicide: a global imperative. Geneva. World Health Organization; 2014 [acceso 03/07/2021] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
3. Elaboración del Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones a partir de datos de la DEIS Mortalidad 2019.
4. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina. UNICEF, 2019 [acceso 03/07/2021] Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-suicidio-en-la-adolescencia>
5. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 [acceso 29/07/2021] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
6. Ley Nacional N° 26.061 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes [acceso 30/07/2021] Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
7. Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental [acceso 30/07/2021] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
8. Ley Nacional N° 27.130 de Prevención del Suicidio [acceso 30/07/2021] Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-49999/245618/norma.htm>

**Tabla 7.1.** Indicadores de salud mental entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>SALUD MENTAL</b>									
Porcentaje de estudiantes que intentaron suicidarse al menos una vez en los últimos 12 meses.	15,2 (14,4 - 16,0)	10,7 (9,8 - 11,6)	19,1 (18,2 - 20,1)	15,5 (14,6 - 16,4)	10,4 (9,3 - 11,6)	19,9 (18,9 - 21,1)	14,5 (13,2 - 16,0)	11,2 (10,0 - 12,7)	17,4 (15,7 - 19,3)
Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses.	21,5 (20,8 - 22,2)	13,7 (12,9 - 14,5)	28,6 (27,7 - 29,6)	21,6 (20,7 - 22,4)	13,0 (12,0 - 14,1)	29,3 (28,1 - 30,6)	21,3 (20,1 - 22,5)	15,1 (13,5 - 16,7)	27,0 (25,3 - 28,8)
Porcentaje de estudiantes que hicieron un plan de cómo suicidarse (durante los últimos 12 meses).	17,0 (16,6 - 17,5)	10,9 (10,2 - 11,6)	22,6 (21,9 - 23,4)	17,0 (16,3 - 17,7)	10,4 (9,5 - 11,3)	23,0 (22,0 - 24,1)	17,1 (16,2 - 18,1)	12,0 (10,8 - 13,4)	21,8 (20,3 - 23,4)
Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre se sintieron solos (durante los últimos 12 meses).	16,9 (16,2 - 17,6)	10,1 (9,2 - 11,0)	23,0 (21,9 - 24,2)	15,8 (15,1 - 16,6)	8,7 (7,9 - 9,6)	22,3 (20,9 - 23,8)	19,1 (17,9 - 20,4)	13,1 (11,5 - 14,8)	24,7 (23,2 - 26,2)
Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre estuvieron tan preocupados que no pudieron dormir por la noche (en los últimos 12 meses).	13,3 (12,7 - 13,9)	8,1 (7,3 - 8,9)	18,0 (17,2 - 18,8)	12,4 (11,8 - 13,1)	7,0 (6,4 - 7,6)	17,4 (16,4 - 18,4)	15,0 (14,0 - 16,1)	10,4 (9,0 - 11,9)	19,3 (18,1 - 20,5)
Porcentaje de estudiantes que no tienen amigos muy cercanos.	5,6 (5,2 - 5,9)	5,9 (5,4 - 6,4)	5,3 (4,8 - 5,8)	5,1 (4,7 - 5,6)	5,5 (5,0 - 6,1)	4,8 (4,2 - 5,4)	6,5 (5,8 - 7,2)	6,6 (5,6 - 7,8)	6,3 (5,5 - 7,3)



# ARGENTINA 2018

**Tabla 7.2.** Indicadores de salud mental entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>SALUD MENTAL</b>									
Porcentaje de estudiantes que intentaron 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 (14,6 - 16,4)	10,4 (9,3 - 11,6)	19,9 (18,9 - 21,1)
Porcentaje de estudiantes que consideraron 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)	21,6* (20,7 - 22,4)	13,0 (12,0 - 14,1)	29,3 (28,1 - 30,6)
Porcentaje de estudiantes que hicieron un plan de cómo suicidarse (durante 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)	17,0 (16,3 - 17,7)	10,4 (9,5 - 11,3)	23,0 (22,0 - 24,1)
Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre se sintieron solos (durante 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)	15,8* (15,1 - 16,6)	8,7 (7,9 - 9,6)	22,3 (20,9 - 23,8)
Porcentaje de estudiantes que siempre o casi siempre estuvieron tan preocupados que no pudieron dormir por la noche (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)	12,4* (11,8 - 13,1)	7,0 (6,4 - 7,6)	17,4 (16,4 - 18,4)
Porcentaje de estudiantes que no tienen 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)	5,1 (4,7 - 5,6)	5,5 (5,0 - 6,1)	4,8 (4,2 - 5,4)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# 3<sup>o</sup> Encuesta Mundial de Salud Escolar

# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 10. FACTORES PROTECTORES

### INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa clave del desarrollo de las personas. Los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen durante esta etapa afectan a todos los aspectos de la vida (1). A su vez, la adolescencia es un periodo que puede considerarse de riesgo dadas las numerosas crisis y conflictos que derivan en angustia y sufrimiento. Las conductas de riesgo aparecen como respuesta al sufrimiento del/de la adolescente, teniendo en cuenta que éste/a está atravesando un momento crítico de su existencia, en el cual se ve desbordado por múltiples sentimientos producto de los cambios iniciados en la pubertad y que se encuentran en pleno desarrollo. Es durante este período de ciclo de vida donde los y las adolescentes 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 (2). Es en la adolescencia cuando las personas están propensas a actuar de forma riesgosa si los factores de riesgo predominan ante los factores protectores (3).

Entendemos como **factores de riesgo** a "cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgos (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción" (4). Se entiende como **factores protectores** a "aquellas acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para la salud, son múltiples y pueden ser bio-psico-sociales" (5). En el campo de la salud, hablar de factores protectores es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo, y por lo tanto reducir la vulnerabilidad (6).

Según la OMS numerosos factores favorecen o menoscaban la salud de los y las adolescentes, y repercuten a muchos niveles: a nivel individual (por ejemplo, la edad, el sexo, los conocimientos, la preparación y la capacidad de acción); a nivel de las familias y los pares (con quienes la mayoría tienen sus relaciones más cercanas); a nivel de las comunidades y en relación con las organizaciones que les proporcionan servicios y oportunidades, como las escuelas y los centros de salud. Finalmente, y de forma menos directa, influyen las normas y prácticas culturales, los medios de difusión y los medios interactivos digitales, así como los determinantes sociales, incluidas las políticas, la distribución de recursos, el poder y el ejercicio de los derechos humanos (1).

Los diferentes problemas de salud y comportamientos de adolescentes suelen tener factores de riesgo similares y también factores de protección en común y similares. Por ejemplo, la familia y la escuela pueden desempeñar un papel especialmente importante para protegerlos/as contra una serie de comportamientos y situaciones que ponen en peligro su salud, con inclusión de las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de sustancias, la violencia y los problemas de salud mental (1) (7). Existe evidencia con relación a que quienes viven en un medio social que promueva el desarrollo de relaciones significativas, que fomente la libertad de expresión y que ofrezca una estructura contenedora tienen menos probabilidad de exponerse a conductas de riesgo (3)(8)(9). Con relación a los vínculos entre

pares, se han realizado estudios que afirman que agradar a los demás y ser aceptado/da por el grupo de compañeros/as es crucial en el desarrollo de la salud de los y las jóvenes, mientras que quienes no se integran socialmente corren más riesgos de experimentar dificultades en cuanto a su salud física y emocional. La marginación por parte de pares durante la adolescencia puede conducir a un sentimiento de soledad y a experimentar síntomas psicológicos. De manera contraria, la interacción con amistades tiende a mejorar las habilidades sociales y a reforzar la habilidad de sobrellevar los acontecimientos estresantes (10) (11) (12).

## MÉTODOS

En el presente capítulo se analizaron los siguientes indicadores de factores protectores ligados a la asistencia escolar, el apoyo social en la escuela, la regulación y control paterno y el propio vínculo paterno-filial (13):

- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que hicieron sus tareas (durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre entendieron sus problemas y preocupaciones (durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre realmente sabían lo que estaban haciendo en su tiempo libre (durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez se metieron en sus cosas sin su permiso (durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes que faltaron a clases o a la escuela sin permiso (en uno o más días durante los últimos 30 días).
- Porcentajes de estudiantes que reportaron que la mayoría de los estudiantes de su escuela siempre o casi siempre fueron amables con ellos y les prestaron ayuda (durante los últimos 30 días).
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez los hicieron sentir ridículos o los menospreciaron /subestimaron (durante los últimos 30 días); y
- Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez demostraron tener expectativas demasiado altas sobre ellos (durante los últimos 30 días).

Se analizaron frecuencias por grupos de edad y sexo y se comparó con datos del 2012 al grupo de edad de 13 a 15 años.

Se analizó la asociación de las variables antes mencionadas con "intento de suicidio" y "consumo de droga en algún momento de su vida".

## RESULTADOS

Entre los estudiantes de 13 a 17 años encontramos que en los últimos 30 días (*Tabla 8.1*):

- El 28,5% afirmó que sus padres, madres o cuidadores/as siempre o casi siempre verificaron que hayan hecho su tarea, siendo mayor el porcentaje entre los varones (30,5%) en comparación con las mujeres (26,6%) y también en el grupo de 13 a 15 años (32,4%) respecto al de 16-17 años (20,0%).

# ARGENTINA 2018

- El 41,4% indicó que sus padres, madres o cuidadores/as siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones, sin registrar diferencias por sexo aunque sí por edad dado que el grupo de 13 a 15 años se sintió más comprendido que el de 16-17 años (42,8 y 38,3%, respectivamente).
- A su vez, más de la mitad el (55,1%) afirmó que sus padres, madres o cuidadores/as sabían realmente lo que hacían en su tiempo libre, siempre o casi siempre. Esto se observó con mayor frecuencia en mujeres (57,0%) que en varones (53,2%) y sin diferencias por grupos de edad.
- Un alto porcentaje (76,0%) contestó que sus padres, madres o cuidadores/as nunca o casi nunca se metieron en sus cosas sin su aprobación, siendo mayor el valor porcentual entre los varones (77,6%) respecto a las mujeres (76,6%) y sin presentar diferencias por grupos de edad.
- Asimismo, el 29,6% faltó a la escuela sin permiso una o más veces, siendo mayor el porcentaje en el grupo de 16 a 17 años en comparación con el de 13 a 15 años (36,7% vs. 26,3%); sin registrar diferencias por sexo.
- En cuanto a la relación con sus semejantes, casi la mitad de quienes realizaron la encuesta (45,6%) manifestó que otros estudiantes siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda durante el último mes, sin observarse diferencias por grupos de edad ni sexo.
- Por otro lado, un 72,3% nunca o rara vez se sintió menospreciado/da por sus padres, madres o cuidadores/as. Este porcentaje resultó mayor en varones (78,3%) respecto a las mujeres (66,9%) y en adolescentes menores (73,2% en el grupo de 13 a 15 años respecto al 70,4% de los de 16 y 17 años).
- Por último, el 31,5% consideró que sus padres, madres o cuidadores/as no demostraron tener altas expectativas sobre ellos y ellas en los últimos 30 días, siendo mayor el porcentaje en mujeres (33,2 respecto al 29,5% de los varones) y sin diferencias por grupo de edad.

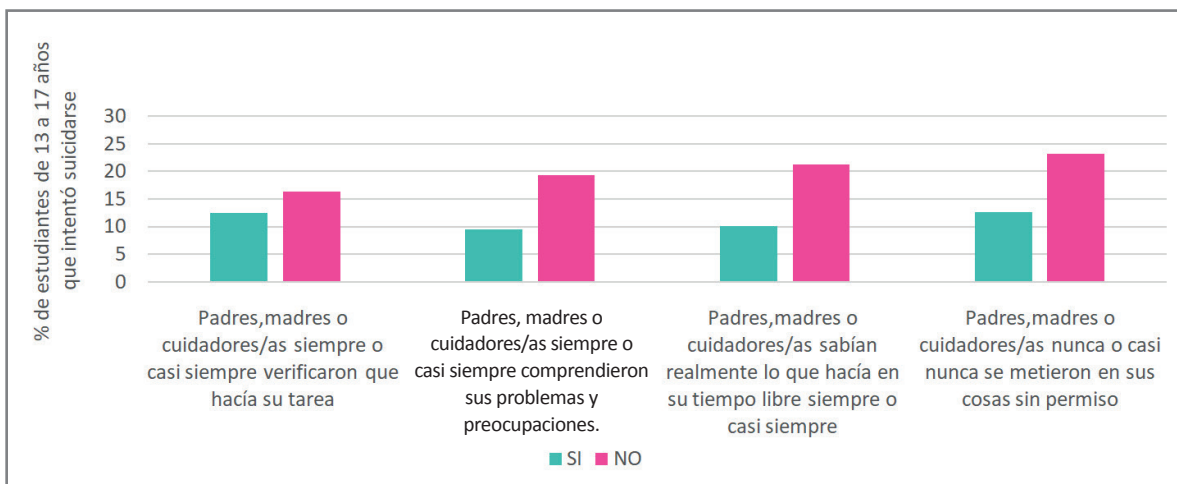
Al comparar los indicadores con la edición anterior del año 2012 para el grupo de 13 a 15 años encontramos que disminuyeron los porcentajes de quienes “comprendieron sus problemas y preocupaciones”, “faltó a la escuela sin permiso” y “otros alumnos siempre o casi siempre fueron amables y le prestaron ayuda”. El mismo comportamiento se observó en el valor total y más específicamente entre las mujeres. En el resto de los indicadores con comparabilidad no se hallaron diferencias (**Tabla 8.2**).

A continuación, analizamos para el total de estudiantes de 13 a 17 años la asociación entre factores protectores e intento de suicidio y consumo de drogas ilícitas. Dado que ambos fenómenos son complejos y responden a múltiples causas, las cuales deben ser abordadas desde un enfoque multidisciplinario 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.

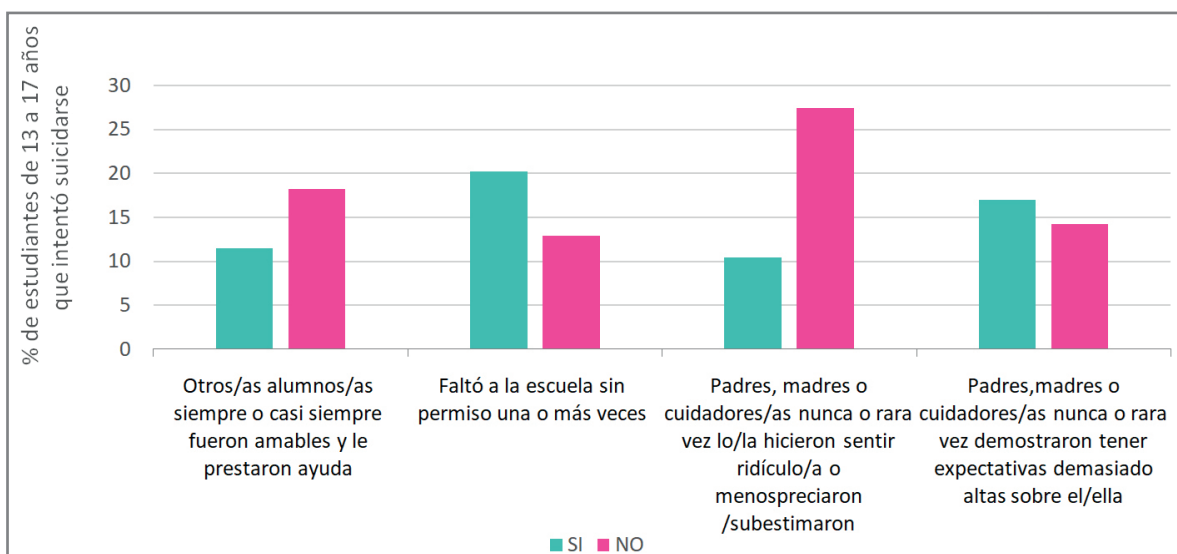
En los **gráficos 8.1a. y 8.1b.** se observa que entre quienes faltaron a la escuela sin permiso, un 20,2% intentó suicidarse, siendo mayor este porcentaje al observado en el grupo que refirió no haberlo hecho (12,9%). A su vez, entre quienes sus padres, madres o cuidadores/as siempre/casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones, un 9,4% intentó suicidarse mientras que, entre quienes no se sintieron comprendidos/as, el porcentaje de intento de suicidio fue más del doble (19,3%). De manera similar ocurrió con el indicador “sus padres, madres o cuidadores/as sabían realmente lo que hacía en su tiempo libre”: entre jóvenes con responsables que sí estaban enterados, un 10,1% intentó suicidarse mientras que quienes refería tener responsables que no sabían de su tiempo libre, el porcentaje de inten-

to de suicidio se duplicó (21,2%). El porcentaje de intento de suicidio también fue mayor entre adolescentes que refirieron que sus cuidadores/as no verificaron sus tareas (16,3% vs. 12,4%), o que no se metían en sus cosas (23,2% vs. 12,6%). También fue mayor entre quienes afirmaron no estar en un ambiente amable (18,2% vs. 11,5%). Por último, entre quienes sus responsables rara vez o nunca los y las hicieron sentir ridículos/as o menospreciados/as en los últimos 30 días, el intento de suicidio fue menor (casi un tercio comparado con quienes sí) mientras que entre quienes sus responsables no demostraron tener altas expectativas en los últimos 30 días, el intento de suicidio fue mayor (*Gráficos 8.1a y 8.1b*).

**Gráfico 8.1a.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años que intentó suicidarse, según factores protectores referidos al último mes. EMSE, Argentina 2018.



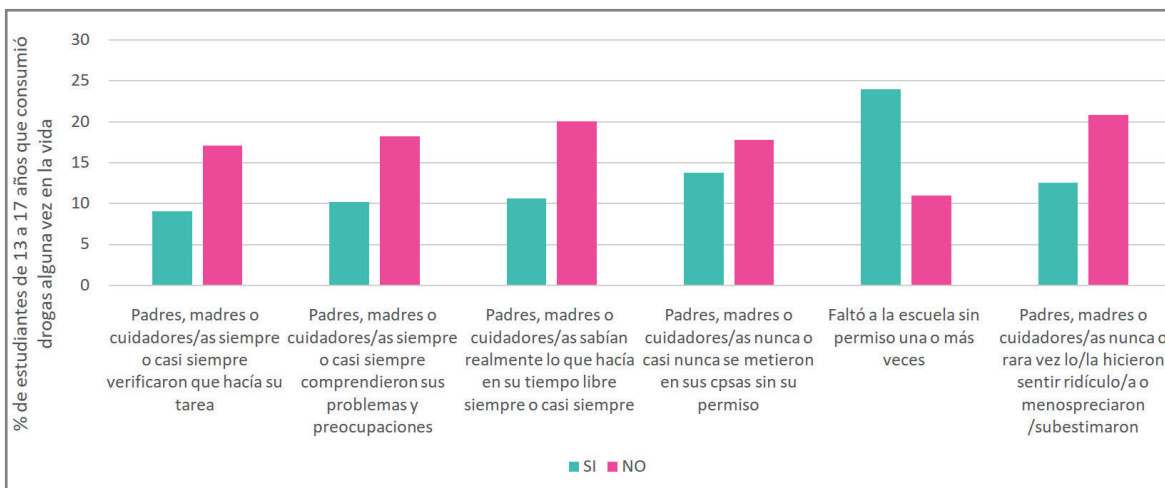
**Gráfico 8.1b.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años que intentó suicidarse, según factores protectores referidos al último mes. EMSE, Argentina 2018.



# ARGENTINA 2018

En cuanto al consumo de drogas ilícitas en algún momento de su vida, se observó un menor porcentaje entre quienes sus responsables siempre o casi siempre verificaron que hacían sus tareas en los últimos 30 días (casi la mitad frente a quienes no tuvieron verificación de tareas, 9,1% vs. 17,1% respectivamente); entre quienes se sintieron comprendidos/as por sus responsables, siempre o casi siempre (10,2% vs 18,2%); entre quienes sus responsables sabían realmente lo que hacían en su tiempo libre siempre o casi siempre en los últimos 30 días (10,6% vs. 20,1%); entre quienes éstos nunca o casi nunca se metían en sus cosas sin su consentimiento (13,8% vs. 17,8%) y entre quienes no se sintieron ridiculizados/as o menospreciados/as por sus responsables (12,6% vs. 20,8%) (**Gráfico 8.2**).

**Gráfico 8.2.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 17 años que consumió drogas alguna vez en la vida según factores protectores. EMSE Argentina 2018.



## DISCUSIÓN

Al consultar a estudiantes sobre el vínculo con sus padres, madres o cuidadores/as en cuanto a la regulación y control en los 30 días previos, observamos que solo 3 de cada 10 afirmaron que siempre o casi siempre sus responsables verificaron que hayan hecho su tarea, 4 de cada 10 indicaron que siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones y 5 de cada 10 manifestaron que siempre o casi siempre sabían realmente lo que hacían en su tiempo libre. Al comparar estos indicadores con la edición anterior de 2012 para el grupo de 13 a 15 años observamos que el porcentaje de quienes verificaron sus tareas y sabían que hacían en su tiempo libre se mantuvo estable y disminuyó el porcentaje en quienes sus responsables siempre o casi siempre comprendieron sus problemas y preocupaciones.

Otra observación que se desprende del análisis de los resultados es que el vínculo que se establece entre adolescentes y sus responsables (padres, madres o cuidadores/as) 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. En este sentido, es importante destacar que se registró una disminución de los porcentajes registrados en relación con la edición de la EMSE 2012.

Sin embargo, esto no implica que aquellos factores protectores que remiten a las relaciones que se establecen entre 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. En la adolescencia se transfiere al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la familia (2).

Varios autores plantean que para disminuir los casos de conductas de riesgo en adolescentes es prioritario trabajar en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y reducción de estas conductas. La habilidad de tomar decisiones contribuye positivamente en la salud y bienestar en este grupo, les permite reaccionar positivamente a la presión de los pares y del estrés, asumir decisiones ante el inicio de la vida sexual y el uso de drogas; además de colaborar en la prevención de otras conductas de riesgo como el agredirse a sí mismo y el agredir a los demás (suicidio, violencia) (7) (10) (14).

De todos los sectores que desempeñan un papel importante en la salud de adolescentes, la educación es fundamental. Este sector no solo reviste importancia de por sí, sino que las escuelas también constituyen el medio en que jóvenes adolescentes pueden recibir educación sanitaria basada en conocimientos prácticos, así como contar con espacios de salud especializados, en donde se trabaje en equipo interdisciplinario para un mejor abordaje de la problemática, con referentes capaces de acompañar, comprender, y escuchar. Además, el entorno social o los valores éticos de la escuela pueden contribuir positivamente a la salud física y mental, ya que es uno de los escenarios principales que influye mucho en la formación y desarrollo de habilidades al poder establecer relaciones con otras personas (1) (3) (5) (6) (7).

Intervenciones como talleres de habilidades sociales en las escuelas han demostrado ser altamente eficaces toda vez que preparan al estudiante para la vida y permite modificar conductas, disminuyendo aquellas que generan riesgo para sus vidas (7) (10). A su vez, la escuela además de centrarse en la parte intelectual de los estudiantes, también debería hacer énfasis a la parte artística, implementando talleres artísticos de música, pintura, canto, baile, entre otras, ya que fomentan el desarrollo motor, cognitivo y emocional, lo cual incidirá en el desarrollo de otras habilidades satisfactorias para su crecimiento personal (12).

La Estrategia Nacional de Entornos Saludables (ENES), lanzada en agosto de 2021 por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DINAIENT), contempla trabajar en diversos ejes relacionados con la prevención y control de factores de riesgo para la promoción de entornos educativos y laborales saludables. La ENES sienta sus bases en que tanto los lugares de trabajo como las escuelas y universidades tienen un papel protagónico en la promoción de la salud, siendo que son lugares de permanencia y pertenencia, en donde puede fomentarse una cultura de hábitos saludables y modificar los estilos de vida de quienes participan en ellos, sus familiares y otras personas del entorno, mejorando así la calidad de vida y salud psicosocial en general. De esta forma, dentro de los 8 ejes de la ENES se incluyen también metas que implican acciones y campañas de sensibilización y concientización a fin de promover políticas sobre derechos humanos (DDHH), géneros y diversidad; fomentando los vínculos saludables y el bienestar personal y comunitario.



# ARGENTINA 2018

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, 2014 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. 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 (2/8/2021). Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>
3. Seoane, Andrea. Adolescencia y Conductas de Riesgo. Tesis de grado. Facultad de Psicología, Universidad de la Republica de Uruguay, Montevideo, 2015 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo\\_final\\_de\\_grado.\\_andrea\\_seoane.\\_mayo.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf)
4. Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpente Montero J. Determinación de factores de riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 1997; 4: 75-78. Actualización 19/10/2002 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf)
5. Corona, Maria Francisca; Peralta, V. Prevención de conductas de riesgo. Revista Médica Clínica Las Conde, n° 22, p.68-75, 31/1/2011 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/272641440\\_Prevencion\\_de\\_conductas\\_de\\_riesgo](https://www.researchgate.net/publication/272641440_Prevencion_de_conductas_de_riesgo)
6. Páramo, M. A. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Terapia Psicológica 2011, Vol. 29, N° 1, 85-95 (acceso 2/8/2021). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>
7. OPS. Familias Fuertes: amor y límites. Manual para la formación de recursos humanos del programa. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (acceso 2/8/2021). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53697>
8. WorldHealthOrganization. Broadeningthehorizon: Balancingprotection and riskforadolescents. Geneva: WHO; 2002 (2/8/2021). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67242>
9. Barber BK. Regulation, connection, and psychological autonomy: Evidence from the Cross-National Adolescent 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.
10. Becerra, Velazco y Ruiz. El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. Revista Transformación. mayo-agosto 2019, 15 (2) (acceso 2/8/2021). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-29552019000200186](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552019000200186)

- 11.** WorldHealthOrganization. Regional Office forEurope. Young people'shealth in contextHealth-Behaviour in SchoolagedChildren (HBSC) study: internationalreportfromthe 2001/2002 survey. Copenhagen: Denmark; 2004 (2/8/2021). Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/record/young-peoples-health-context-health-behaviour-school-aged-children-hbsc-study-international>
- 12.** Dávila, Retamozo y Vázquez. Nivel de desarrollo de las habilidades sociales en los estudiantes, de cuarto grado de secundaria de la Institución Educativa 3073 El Dorado, Puente Piedra – 2015. UCH-Institucional, 2017 (acceso 2/8/2021). Disponible en: <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/147?show=full>
- 13.** Manual para llevar a cabo la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. Parte 12: Explicación del Módulo principal. Presentación general. Geneva: WHO; 2009 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS\\_Item\\_Rationales\\_Spanish\\_2009.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/GSHS_Item_Rationales_Spanish_2009.pdf)
- 14.** Goyes Morán, Adriana Cecilia (Ed). Qué piensan, quieren y esperan los jóvenes de hoy? : investigaciones sobre las creencias de los estudiantes de colegios oficiales de Bogotá.Kimpres Universidad de la Salle, Bogotá, 2015 (acceso 2/8/2021): Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117043817/quepiensan.pdf>

# ARGENTINA 2018

**Tabla 8.1.** Indicadores de factores protectores entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>FACTORES PROTECTORES</b>									
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que hicieron sus tareas (durante los últimos 30 días).	28,5 (27,5 - 29,5)	30,5 (29,0 - 32,0)	26,6 (25,5 - 27,6)	32,4 (31,1 - 33,8)	34,8 (32,9 - 36,8)	30,2 (28,9 - 31,6)	20,0 (19,0 - 21,0)	21,2 (19,3 - 23,3)	18,8 (17,6 - 20,0)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre entendieron sus problemas y preocupaciones (durante los últimos 30 días).	41,4 (40,1 - 42,8)	43,0 (41,5 - 44,5)	40,1 (38,5 - 41,6)	42,8 (41,3 - 44,4)	44,5 (42,9 - 46,1)	41,5 (39,6 - 43,3)	38,3 (36,8 - 39,9)	39,8 (37,4 - 42,3)	37,1 (34,9 - 39,3)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre realmente sabían lo que estaban haciendo en su tiempo libre (durante los últimos 30 días).	55,1 (53,7 - 56,4)	53,2 (51,5 - 54,9)	57,0 (55,1 - 58,8)	55,3 (53,7 - 57,0)	53,8 (51,8 - 55,8)	56,8 (54,5 - 59,2)	54,5 (53,0 - 55,9)	51,9 (49,5 - 54,3)	57,2 (55,3 - 59,1)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez se metieron en sus cosas sin su permiso (durante los últimos 30 días).	76,0 (75,0 - 77,0)	77,6 (76,7 - 78,5)	74,6 (73,2 - 76,0)	75,4 (74,1 - 76,7)	76,9 (75,8 - 78,1)	74,1 (72,2 - 75,9)	77,3 (76,2 - 78,3)	79,1 (77,7 - 80,4)	75,7 (74,1 - 77,3)
Porcentaje de estudiantes que faltaron a clases o a la escuela sin permiso (en uno o más días durante los últimos 30 días).	29,6 (27,7 - 31,7)	31,6 (29,7 - 33,5)	27,7 (25,3 - 30,1)	26,3 (24,3 - 28,5)	27,9 (26,0 - 29,9)	24,7 (22,2 - 27,3)	36,7 (34,3 - 39,2)	39,4 (36,5 - 42,4)	34,0 (31,4 - 36,7)
Porcentajes de estudiantes que reportaron que la mayoría de los estudiantes de su escuela siempre o casi siempre fueron amables con ellos y les prestaron ayuda (durante los últimos 30 días).	45,6 (43,8 - 47,4)	46,8 (45,0 - 48,6)	44,6 (42,6 - 46,6)	44,8 (42,8 - 46,8)	45,4 (43,5 - 47,3)	44,4 (42,0 - 46,8)	47,2 (45,3 - 49,1)	49,8 (47,1 - 52,5)	45,1 (43,1 - 47,1)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez los hicieron sentir ridículos o los menospreciaron/subestimaron (durante los últimos 30 días).	72,3 (71,3 - 73,3)	78,3 (76,9 - 79,7)	66,9 (65,8 - 68,0)	73,2 (72,1 - 74,4)	79,6 (78,0 - 81,2)	67,4 (66,2 - 68,7)	70,4 (68,9 - 71,9)	75,5 (73,8 - 77,2)	65,8 (63,7 - 67,9)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores nunca o rara vez demostraron tener expectativas demasiado altas sobre ellos (durante los últimos 30 días).	31,5 (30,7 - 32,2)	29,5 (28,5 - 30,4)	33,2 (32,1 - 34,4)	31,4 (30,3 - 32,6)	29,7 (28,2 - 31,2)	33,0 (31,3 - 34,8)	31,5 (29,8 - 33,3)	29,0 (27,4 - 30,7)	33,7 (31,3 - 36,3)

**Tabla 8.2.** Indicadores de factores protectores entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>FACTORES PROTECTORES</b>									
Porcentaje de estudiantes cuyos padres, o cuidadores siempre o casi siempre verificaron que hicieron sus tareas (durante 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)	32,4 (31,1 - 33,8)	34,8 (32,9 - 36,8)	30,2 (28,9 - 31,6)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre entendieron sus problemas y preocupaciones (durante 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)	42,8* (41,3 - 44,4)	44,5 (42,9 - 46,1)	41,5 (39,6 - 43,3)
Porcentaje de estudiantes cuyos padres o cuidadores siempre o casi siempre realmente sabían lo que estaban haciendo en su tiempo libre (durante 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)	55,3 (53,7 - 57,0)	53,8 (51,8 - 55,8)	56,8 (54,5 - 59,2)
Porcentaje de estudiantes que faltaron a clases o a la escuela sin permiso (en uno o más días durante lo 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)	26,3* (24,3 - 28,5)	27,9 (26,0 - 29,9)	24,7 (22,2 - 27,3)
Porcentajes de estudiantes que reportaron que la mayoría de los estudiantes de su escuela siempre o casi siempre fueron amables con ellos y les prestaron ayuda (durante 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)	44,8* (42,8 - 46,8)	45,4 (43,5 - 47,3)	44,4 (42,0 - 46,8)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# ARGENTINA 2018

## CAPÍTULO 11. COMPORTAMIENTOS SEXUALES

### INTRODUCCIÓN

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Los mismos incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no intencionales y la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH (1). Abordar estas problemáticas resulta indispensable en materia de salud pública, dado que para alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) cuarto, quinto y sexto (reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH entre otras enfermedades) es necesario prestar una mayor atención a la etapa de la adolescencia en el ciclo de vida. Por ejemplo, para reducir la mortalidad materna y mejorar la supervivencia infantil es indispensable que disminuyan aún más las tasas de embarazo no intencionales en adolescentes: cuanto más joven es la madre, más alta es la tasa de mortalidad entre los recién nacidos. Uno de los logros más importantes registrados en los últimos veinte años en relación con la salud de los y las adolescentes ha sido el descenso de las tasas de embarazo; en varios países, como en Canadá, los Estados Unidos de América y el Reino Unido, esas tasas han disminuido de forma notable (2).

En nuestro país, la tasa de fecundidad en adolescentes del año 2018 (dato más actualizado) muestra que ocurrieron alrededor de 25 nacidos vivos cada mil mujeres de 10 a 19 años (3). Si bien la misma se redujo, y más en la adolescencia tardía (15 a 19 años) que la temprana (antes de los 15 años), aún persisten desafíos asociados con la inequidad y los embarazos no intencionales. Las provincias del Noroeste argentino (NEA) tienen hasta seis veces más nacimientos cada 1.000 mujeres de 10 a 19 años que otras del centro o sur del país. A su vez, se estima que siete de cada diez embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años y nueve de cada diez embarazos de niñas menores de 15 años son no intencionales y, en este último grupo, la gran mayoría es consecuencia de abuso sexual y violación (4) (5).

Asimismo, las infecciones de transmisión sexual entre los y las adolescentes constituyen un grave problema. No hay estimaciones publicadas en cuanto a la prevalencia o incidencia de las ITS en adolescentes a escala mundial, y los datos actuales sobre ITS entre adolescentes en la mayor parte de los países de ingresos bajos y medios son escasos (6). La prevención del VIH y la reducción de las muertes relacionadas con esta enfermedad dependen también de que se logre llegar a este grupo. Afortunadamente, en casi todos los países, al menos la mitad de los y las adolescentes de 15 años sexualmente activos afirman haber utilizado preservativos la última vez que han mantenido relaciones sexuales, aunque eso signifique también que muchos aún no lo utilizan (2) (6).

### MÉTODOS

En este capítulo se analizaron los siguientes indicadores sobre comportamientos sexuales referidos a la práctica de relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y embarazo en adolescentes:

#### **Relaciones sexuales:**

- Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez.
- Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones antes de los 14 años (entre quienes tuvieron relaciones sexuales alguna vez).

- Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales con 2 o más personas durante su vida (entre quienes tuvieron relaciones sexuales alguna vez).

### **Uso de métodos anticonceptivos:**

- Porcentaje de estudiantes que usaron preservativos en la última relación sexual (entre quienes tuvieron relaciones sexuales alguna vez).
- Porcentaje de estudiantes que usaron algún otro método anticonceptivo en la última relación sexual (entre quienes 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?".

### **Embarazo adolescente:**

- Porcentaje de estudiantes que quedaron embarazadas o dejaron a alguien embarazada una o más veces.

## RESULTADOS

### **Relaciones sexuales**

El 41.9% de los y las estudiantes de entre 13 y 17 años tuvieron relaciones sexuales alguna vez. El porcentaje fue mayor entre varones (48,1%) en comparación con las mujeres (36,3%) tanto en el total y como dentro de cada grupo de edad. También se observó un valor porcentual más alto entre los/as de 16 a 17 años (63,7%) en comparación con los/as de 13 a 15 años (31,8%) (**Tabla 9.1**).

Al comparar este indicador con los resultados de la edición anterior de 2012 solo entre los/as de 13 a 15 años, observamos que disminuyó significativamente (31.8% en 2018 respecto a 36,9% en 2012) (**Tabla 9.2**). También hubo una disminución significativa de este indicador en mujeres considerando ambos periodos, y no así en varones (**Gráfico 9.1**).

# ARGENTINA 2018

**Gráfico 9.1.** Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que tuvo relaciones sexuales alguna vez, según sexo. EMSE, Argentina 2007.



En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 35.9% de jóvenes que mantuvieron relaciones sexuales alguna vez, lo hizo por primera vez antes de los 14 años, siendo más frecuente en varones (44.1% vs. 25.7% en mujeres). Si consideramos al grupo entre 13 y 15 años y comparamos con datos de la EMSE 2012, observamos que disminuyó el porcentaje de quienes indicaron haber iniciado sus relaciones sexuales antes de los 14 años (52.7% en 2018 respecto a 58,8% en 2012) (*Tabla 9.2*).

Respecto del número de parejas sexuales, un 22.2% de los y las estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez, lo hizo con dos o más personas en su vida. Este indicador fue más frecuente en varones (28.1%) que en mujeres (16.8%), y a mayor edad (*Tabla 9.1*). Sin embargo, no se observaron diferencias respecto de lo relevado en el año 2012 para adolescentes de 13 a 15 años (*Tabla 9.2*).

## **Uso de métodos anticonceptivos**

Con relación a la utilización de preservativo, el 78.3% de estudiantes entre 13 y 17 años que tuvieron sexo alguna vez lo usó en su última relación sexual. No se observaron diferencias entre los grupos de edad pero sí por sexo: en cada grupo de edad el porcentaje de uso fue mayor en los varones. Tampoco hubo diferencias respecto de lo reportado en la EMSE 2012 para el grupo de 13 a 15 años (*Tabla 9.2*).

Asimismo, se evidenció que el 58.8% 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 (65.8%) con relación a los varones (53.0%) (*Tabla 9.1*). También se observó que fue más frecuente en los y las adolescentes de entre 16 y 17 años que entre los/as de 13 a 15 años (61,7% y 55,8% respectivamente) (*Tabla 9.1*). Asimismo, se observó un aumento respecto al 2012, cuando resultó 46,7% en general, 39,9% para los varones y 55,0% para las mujeres (*Tabla 9.2*).

## **Embarazo en la adolescencia**

Finalmente, el 2,5% de estudiantes de 13 a 17 años refirió haber quedado embarazada o haber dejado embarazada a alguien, sin diferencias según sexo y siendo mayor el porcentaje en el grupo de 16 a 17 años (3,6%) con respecto al de 13 a 15 (2,0%) (*Tabla 9.1*).

## **DISCUSIÓN**

A partir de los resultados descriptos observamos que 4 de cada 10 estudiantes de entre 13 y 17 años tuvieron relaciones sexuales alguna vez y 3 de cada 10 antes de los 14 años, mostrando ambos indicadores una reducción de cinco puntos porcentuales con respecto a la edición anterior de 2012 para el grupo de 13 a 15 años que tiene comparabilidad (siendo mayor la disminución en mujeres que en varones). A su vez, 2 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años que tuvieron relaciones sexuales alguna vez refirieron haber tenido relaciones sexuales con más de una persona, siendo más frecuente esta conducta en varones que en mujeres.

En cuanto a la utilización de preservativo, 8 de cada 10 estudiantes de 13 a 17 años que tuvieron sexo alguna vez, lo usó en su última relación sexual, siendo más frecuente en varones que en mujeres. Es interesante y esperable que los varones presenten un porcentaje mayor considerando que este método anticonceptivo requiere del consentimiento exclusivamente del varón para ser utilizado, hecho que suele ser parte de la negociación en el encuentro sexual. La posibilidad de que este porcentaje se incremente implica un trabajo sostenido con los varones especialmente respecto del cuidado de la salud sexual. A su vez, si bien este dato supera las estadísticas en el mundo, que solo la mitad de los y las adolescentes de 15 años lo utiliza, no se evidenció una mejora del indicador con respecto a la edición anterior de 2012. Esto lleva a pensar que si bien la difusión de la necesidad de su adopción ha sido exitosa para la gran mayoría de los jóvenes, aún deben reforzarse e idearse otros métodos de promoción de su uso que logren alcanzar al grupo que aún no lo utiliza. Para incrementar el éxito de estas estrategias se requiere trabajar los estereotipos de masculinidad que puedan interferir en el autocuidado de varones. Asimismo, 6 de cada 10 refirió utilizar 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 que en varones. Los métodos antes enumerados son de control y aplicación en la mujer, salvo el coito interrumpido, requiere de diálogo entre la pareja para conocer la utilización de los otros métodos ya que el varón puede desconocerlo. Por esta característica, es esperable que el porcentaje de respuesta sea mayor entre las mujeres.

Ahora bien, en cuanto al abordaje en materia de salud sexual y reproductiva, los y las adolescentes en todo el mundo conforman uno de los grupos peor atendidos por los servicios de salud existentes. Aunque es poco probable que la prestación de servicios de salud per se, pueda evitar gran parte de las principales causas de muerte y enfermedad en la adolescencia, no hay duda de que pueden contribuir de manera fundamental a atender y tratar los problemas y los comportamientos relacionados con la salud. También deberían ser capaces de responder a las preocupaciones de adolescentes y sus familias o referentes en relación con su desarrollo y brindar toda la información necesaria al respecto. La prevención del embarazo en adolescentes, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y el suministro de vacunas contra el VPH (Virus Papiloma Humano) son importantes puntos de partida para mejorar la prestación de servicios de salud a este grupo. La OMS ha desarrollado nuevas normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud para adolescentes para propiciar este cambio de énfasis. Asimismo, se han logrado avances gracias al desglose de los sistemas de gestión de la información sanitaria por



# ARGENTINA 2018

edad y sexo, que favorecerán una mayor precisión de la planificación y el seguimiento. También se han producido mejoras en la medición de la cobertura, calidad y costo de las intervenciones prioritarias del sector de la salud dirigidas a adolescentes, mejoras que resultan esenciales para la formulación y el monitoreo de los programas del sector de la salud. A su vez, es importante para garantizar que los programas y políticas atiendan a sus necesidades, adoptar un enfoque basado en los derechos humanos con respecto a la salud en adolescentes, por numerosas razones: para que se establezcan claramente las obligaciones de los gobiernos y de otros titulares de deberes; para que se mantenga el énfasis en la equidad; para apoyar las intervenciones y políticas que son necesarias pero también culturalmente sensibles y controvertidas, como la educación sexual y el consentimiento informado; y para asegurar que los y las adolescentes sean escuchados/as y puedan participar (2).

Actualmente en nuestro país, y desde el año 2017, funciona el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA), conformado por los Ministerios Nacionales de Salud, de Desarrollo Social y de Educación, que desde una mirada integral e intersectorial busca prevenir los embarazos no intencionales en la adolescencia buscando garantizar los derechos de los y las adolescentes al acceso gratuito de métodos anticonceptivos, la educación sexual integral y asesorías en las escuelas, la consejería en salud sexual y reproductiva y actividades de promoción comunitarias. 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 intencionales (7).

Por otro lado, en nuestro país 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 de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis tiene como ejes estratégicos el 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 (8).

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 (9).

## BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Salud del adolescente – Salud sexual y reproductiva (sitio web - acceso 5/8/2021). Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3178:salud-del-adolescente-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=2414&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3178:salud-del-adolescente-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=2414&lang=es)
2. OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza, 2014 (acceso 2/8/2021). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- 3.** Ministerio de Salud de la Nación. Argentina logró nuevo descenso en la mortalidad infantil y en la fecundidad en niñas y adolescentes, publicado el 31 de octubre de 2019 (acceso 5/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-logro-nuevo-descenso-en-la-mortalidad-infantil-y-en-la-fecundidad-en-ninas-y>
- 4.** Ministerio de Salud de la Nación de Argentina – UNICEF. Situación de Salud de las y los adolescentes en la Argentina. Msal – UNICEF, 2016 (acceso 5/8/2021). Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento109.pdf>
- 5.** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Análisis de Situación de la Niñez y Adolescencia en Argentina 2020. UNICEF, Primera edición, junio 2021 (acceso 5/8/2021). Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/estado-de-la-situacion-de-la-ninez-y-la-adolescencia-en-argentina-2021>
- 6.** OMS. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (acceso 5/8/2021). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>
- 7.** Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA). Documento 2017-2019. Ministerios de Salud, Desarrollo y Educación de la Nación (acceso 5/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/documentos-enia>
- 8.** Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud de la Nación (acceso 5/8/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its>
- 9.** Ley 26.150. PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL. Sancionada: Octubre 4 de 2006, Promulgada: Octubre 23 de 2006 (acceso 5/8/2021). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

# ARGENTINA 2018

**Tabla 9.1.** Indicadores de comportamientos sexuales entre estudiantes de 13 a 17 años, según sexo y grupos de edad. EMSE, Argentina 2018.

	ESTUDIANTES 13-17 AÑOS			ESTUDIANTES 13-15 AÑOS			ESTUDIANTES 16-17 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>COMPORTAMIENTOS SEXUALES</b>									
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales alguna vez.	41,9 (39,9 - 44,0)	48,1 (45,7 - 50,4)	36,3 (34,2 - 38,4)	31,8 (29,9 - 33,8)	38,4 (35,9 - 41,0)	25,7 (24,0 - 27,4)	63,7 (61,3 - 66,0)	68,6 (65,7 - 71,4)	59,1 (56,6 - 61,6)
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años (por primera vez entre quienes tuvieron relaciones sexuales).	35,9 (34,1 - 37,8)	44,1 (41,1 - 47,1)	25,7 (24,1 - 27,3)	52,7 (51,2 - 54,2)	60,0 (57,2 - 62,8)	42,2 (38,9 - 45,5)	20,2 (17,9 - 22,6)	27,2 (23,9 - 30,8)	12,4 (10,9 - 14,2)
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales con dos o más personas (durante su vida).	22,2 (20,8 - 23,8)	28,1 (26,4 - 30,0)	16,8 (15,4 - 18,3)	14,2 (13,1 - 15,4)	19,1 (17,6 - 20,6)	9,7 (8,6 - 11,0)	39,7 (37,6 - 41,9)	47,8 (45,0 - 50,6)	32,2 (30,1 - 34,4)
Porcentaje de estudiantes que quedaron embarazadas o dejaron a alguien embarazada una o más veces.	2,5 (2,2 - 2,9)	2,7 (2,3 - 3,1)	2,4 (2,0 - 2,8)	2,0 (1,7 - 2,4)	2,2 (1,8 - 2,6)	1,9 (1,5 - 2,3)	3,6 (3,1 - 4,3)	3,7 (2,9 - 4,8)	3,5 (2,9 - 4,3)
Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo (en su última relación sexual entre quienes que tuvieron relaciones sexuales).	78,3 (76,9 - 79,5)	81,9 (80,1 - 83,5)	73,9 (72,4 - 75,4)	79,9 (78,1 - 81,5)	82,3 (79,9 - 84,4)	76,5 (74,1 - 78,7)	76,7 (75,1 - 78,3)	81,4 (79,2 - 83,4)	71,9 (69,5 - 74,2)
Porcentaje de estudiantes que usaron un método para evitar el embarazo como interrumpir la penetración antes de tiempo, controlar las fechas del período menstrual para tener relaciones en fechas "seguras", utilizar pastillas anticonceptivas o cualquier otro método de control del embarazo, (durante la última relación sexual entre quienes tuvieron relaciones sexuales).	58,8 (57,4 - 60,3)	53,0 (51,1 - 54,8)	65,8 (64,2 - 67,5)	55,8 (54,1 - 57,6)	50,8 (48,3 - 53,4)	62,7 (60,2 - 65,3)	61,7 (59,5 - 63,8)	55,3 (52,4 - 58,3)	68,4 (65,4 - 71,2)

**Tabla 9.2.** Indicadores de comportamientos sexuales entre estudiantes de 13 a 15 años según sexo. EMSE, Argentina 2007 - 2012 - 2018.

	EMSE 2007			EMSE 2012			EMSE 2018		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
<b>COMPORTAMIENTOS SEXUALES</b>									
Porcentaje de estudiantes que tuvieron 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)	31,8* (29,9 - 33,8)	38,4 (35,9 - 41,0)	25,7 (24,0 - 27,4)
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años (por primera vez entre quienes tuvieron relaciones sexuales).	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)	52,7* (51,2 - 54,2)	60,0 (57,2 - 62,8)	42,2 (38,9 - 45,5)
Porcentaje de estudiantes que tuvieron relaciones sexuales con dos o más personas (durante su vida).	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)	14,2 (13,1 - 15,4)	19,1 (17,6 - 20,6)	9,7 (8,6 - 11,0)
Porcentaje de estudiantes que usaron preservativo (en su última relación sexual entre quienes que tuvieron relaciones sexuales).	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)	79,9 (78,1 - 81,5)	82,3 (79,9 - 84,4)	76,5 (74,1 - 78,7)
Porcentaje de estudiantes que usaron un método para evitar el embarazo como interrumpir la penetración antes de tiempo, controlar las fechas del período menstrual para tener relaciones en fechas "seguras", utilizar pastillas anticonceptivas o cualquier otro método de control del embarazo, (durante la última relación sexual entre quienes tuvieron relaciones sexuales).	-	-	-	46,7 (43,0 - 50,5)	39,9 (35,1 - 45,0)	55,0 (51,0 - 59,0)	55,8* (54,1 - 57,6)	50,8 (48,3 - 53,4)	62,7 (60,2 - 65,3)

\*Diferencia estadísticamente significativa respecto al total nacional de la edición anterior.

# ARGENTINA 2018

## ANEXO 1. CUESTIONARIO EMSE ARGENTINA 2018

Esta encuesta trata sobre temas de salud y cosas que hacés que puedan afectar tu salud. Estudiantes como vos están completando esta encuesta en varias ciudades del país, así como en otros países alrededor del mundo. 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 contestas o no a las preguntas. Si no querés responder a una pregunta, simplemente dejala en blanco.

Asegurate de leer cada pregunta. Rellená 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 rellenar los círculos:

Rellená los círculos **así:** ●

**No así:** 

**Ni así:** 

### Encuesta

1. ¿Viven los peces en el agua?  
A. Si  
B. No

### Hoja de respuestas

1. ● (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H)

*Muchas gracias por tu ayuda.*

1. ¿Qué edad tenés?
  - 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. 8vo grado nivel Primario/Polimodal o 1er año nivel Secundario
  - B. 9no grado nivel Primario/Polimodal o 2do año nivel Secundario
  - C. 1er año/10mo grado nivel Polimodal o 3er año nivel Secundario
  - D. 2do año/11vo grado nivel Polimodal o 4to año nivel Secundario
  - E. 3er año/12vo grado nivel Polimodal o 5to año nivel Secundario
  
4. ¿Hasta qué nivel de educación llegó 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. ¿Hasta qué nivel de educación llegó 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 3 preguntas siguientes se refieren a tu estatura, peso y acerca de pasar hambre.**

6. ¿Cuál es tu estatura, sin zapatos?  
EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBÍ TU ESTATURA EN LAS CASILLAS SOMBRADAS 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 lo sé	

# ARGENTINA 2018

7. ¿Cuánto pesás, sin zapatos?

EN LA HOJA DE RESPUESTAS, ESCRIBÍ TU PESO EN LAS CASILLAS SOMBRADAS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA TABLA. LUEGO RELLENÁ EL ÓVALO CORRESPONDIENTE DEBAJO DE CADA NÚMERO.

**Ejemplo**

Peso (kg)		
0	5	2
●	○	○
○	○	○
○	○	●
	○	○
	○	○
	●	○
	○	○
	○	○
	○	○
	○	○
○	No lo sé	

8. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia te quedaste con hambre porque no había suficiente comida en tu hogar?

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

**Las siguientes 6 preguntas son acerca de lo que comés y bebés.**

9. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces comiste frutas como manzanas, naranjas, bananas, mandarinas?

- A. No comí frutas durante los últimos 7 días
- B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
- C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
- D. 1 vez al día
- E. 2 veces al día
- F. 3 veces al día
- G. 4 o más veces al día

10. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces comiste verduras y hortalizas como lechuga, tomate, zanahoria, zapallo?

- A. No comí verduras ni hortalizas durante los últimos 7 días
- B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
- C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
- D. 1 vez al día
- E. 2 veces al día
- F. 3 veces al día
- G. 4 o más veces al día

11. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces tomaste una lata, una botella o un vaso de gaseosa, como Coca Cola, Fanta, Pepsi, Seven Up, Pritty? (No incluyas gaseosas dietéticas)

- A. No tomé gaseosas en los últimos 7 días
- B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
- C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
- D. 1 vez al día
- E. 2 veces al día
- F. 3 veces al día
- G. 4 o más veces al día

12. Durante los últimos 7 días ¿cuántos días comiste en un restaurante de comida rápida como McDonald's, Burger King, Mostaza, una hamburguesería o panchería?

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

13. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces comiste comida salada o snacks, como papas fritas, palitos, chizitos, kesitas, saladix?

- A. No comí comida salada o snacks en los últimos 7 días
- B. 1 a 3 veces en los últimos 7 días
- C. 4 a 6 veces en los últimos 7 días
- D. 1 vez por día
- E. 2 veces por día
- F. 3 veces por día
- G. 4 veces o más veces por día

14. Durante los últimos 7 días ¿cuántas veces comiste comida alta en grasa, como salchichas, milanesas en paquete, patitas de pollo, hamburguesas?

- A. No comí comida alta en grasa en los últimos 7 días
- B. 1 a 3 veces en los últimos 7 días
- C. 4 a 6 veces en los últimos 7 días
- D. 1 vez por día
- E. 2 veces por día
- F. 3 veces por día
- G. 4 o más veces por día

**Las siguientes 3 preguntas se refieren a lesiones serias o graves que hayas sufrido. Una lesión es seria o grave cuando te hace perder al menos un día completo de actividades normales (como la escuela, deportes o el trabajo) o requiere atención de un médico o enfermera.**

15. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces tuviste una lesión seria o grave?

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

16. Durante los últimos 12 meses ¿cuál fue la **lesión más seria o grave** que tuviste?

- A. No tuve ninguna lesión seria o grave 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. Perdí todo o parte de un pie, pierna, mano o brazo
- H. Me sucedió otra cosa



# ARGENTINA 2018

17. Durante los últimos 12 meses ¿cuál fue la causa principal de la **lesión más seria o grave** que sufriste?

- A. No sufrí ninguna lesión seria o grave durante los últimos 12 meses
- B. Tuve un accidente automovilístico o me atropelló un vehículo a motor
- C. Me caí
- D. Algo me cayó encima 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

**La siguiente pregunta es acerca de las 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 deciden pelear entre ellos.**

18. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fuiste víctima de una agresión física?

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

**La próxima pregunta es acerca de las peleas. Se produce una pelea física cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden pelear entre ellos.**

19. Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces participaste en una pelea física?

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

**Las próximas 3 preguntas se refieren a la intimidación. La intimidación ocurre cuando uno o más estudiantes o alguien más de tu edad burla, amenaza, ignora, difunde rumores, golpea, empuja o lastima a otra persona una y otra vez. No existe intimidación cuando dos estudiantes que tienen aproximadamente la misma fuerza o capacidad, discuten, pelean o se hacen bromas de manera amistosa.**

20. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te intimidaron **en la escuela**?

- A. Sí
- B. No

21. intimidaron cuando **no estabas en la escuela**?

- A. Sí
- B. No

22. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te intimidaron **por internet**? (cuenta ser intimidado por mensaje de texto, Instagram, Snapchat, Facebook, WhatsApp, Edmodo, Messenger u otras redes sociales).

- A. Sí
- B. No

**Las próximas 4 preguntas se refieren a la seguridad vial.**

23. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia usaste el cinturón de seguridad estando en un auto u otro vehículo a motor?

- A. No viajé en un auto u otro vehículo u otro vehículo a motor en los últimos 30 días
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. La mayoría del tiempo
- E. Siempre

24. 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 auto o vehículo manejado por otra persona en los últimos 30 días
- B. 0 veces
- C. 1 vez
- D. 2 o 3 veces
- E. 4 o 5 veces
- F. 6 o más veces

25. Durante los últimos 30 días ¿qué tan seguido usaste un casco al manejar una bicicleta?

- A. No manejé una bicicleta en los últimos 30 días
- C. Nunca
- D. Rara vez
- E. Algunas veces
- F. La mayoría del tiempo
- G. Siempre

26. Durante los últimos 30 días ¿qué tan seguido usaste un casco al viajar en moto?

- A. No viajé en moto en los últimos 30 días
- B. Nunca
- C. Rara vez
- D. Algunas veces
- E. La mayoría del tiempo
- F. Siempre

**Las próximas 6 preguntas se refieren a tus sentimientos y amistades.**

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

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

28. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia estuviste tan preocupado por algo que no podías dormir por la noche?

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

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

- A. Si
- B. No

30. Durante los últimos 12 meses ¿hiciste algún plan de cómo intentarías suicidarte?

- A. Si
- B. No

# ARGENTINA 2018

31. Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces intentaste realmente suicidarte?

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

32. ¿Cuántos amigos o amigas muy cercanos tenés?

- A. 0
- B. 1
- C. 2
- D. 3 o más

**Las próximas 6 preguntas se refieren al consumo de cigarrillos y otro tipo de tabaco.**

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

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

34. 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

35. Durante los últimos 30 días ¿cuántos días usaste otra forma de tabaco, como pipa, cigarrillos armados a mano, narguile?

- 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

36. Durante los últimos 12 meses ¿alguna vez intentaste dejar de fumar cigarrillos?

- A. Nunca fumé cigarrillos
- B. No fumé cigarrillos durante los últimos 12 meses
- C. Sí
- D. No

37. Durante los últimos 7 días ¿cuántos días fumaron otras personas en tu presencia?

- A. 0 días
- B. 1 o 2 días
- C. 3 o 4 días
- D. 5 o 6 días
- E. Los 7 días

38. De tus padres o cuidadores ¿cuál consume 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 10 preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye tomar vino, cerveza, vodka, whisky, fernet. Tomar alcohol no incluye tomar unos pocos sorbos de vino en actividades religiosas. Una "bebida estándar" (o trago) es un vaso de vino, una botella o lata de cerveza, o un vaso destilado de vodka, whisky o fernet.

39. ¿Qué edad tenías cuando tomaste tu primer trago de alcohol, algo más que unos pocos sorbos?
- A. Nunca tomé alcohol más que unos pocos sorbos
  - B. 7 años o menos
  - C. 8 o 9 años
  - D. 10 o 11 años
  - E. 12 o 13 años
  - F. 14 o 15 años
  - G. 16 o 17 años
  - H. 18 años o más
40. Durante los últimos 30 días ¿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
41. 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 tragos o más
42. Durante los últimos 30 días ¿cómo conseguiste **generalmente** el alcohol que tomaste?  
SELECCIONÁ SÓLO UNA RESPUESTA.
- A. No tomé alcohol durante los últimos 30 días
  - B. Lo compré en un negocio, un mercado o en la calle
  - C. Le di dinero a otra persona para que lo comprara por mi
  - D. Lo conseguí de mis amigos
  - E. Lo conseguí en mi casa
  - F. Lo robé
  - G. Lo conseguí de otra manera
43. ¿Qué tipo de bebida alcohólica tomás habitualmente?  
SELECCIONA UNA SOLA RESPUESTA).
- A. Yo no tomo alcohol
  - B. Cerveza
  - C. Vino
  - D. Fernet
  - E. Bebidas fuertes como vodka, ginebra, whisky
  - F. Gancia, Cinzano, Campari
  - G. Otro tipo
44. ¿Con quién tomás alcohol **habitualmente**?
- A. No tomo alcohol
  - B. Con mis amigos
  - C. Con mi familia
  - D. Con gente que recién conocí
  - E. Usualmente tomo solo/a
45. Durante los últimos 30 días ¿alguien se negó a venderte alcohol a debido a tu edad?
- A. No intenté comprar alcohol en los últimos 30 días
  - B. Sí, hubo alguien que se negó a venderme alcohol por mi edad
  - C. No, mi edad no impidió que me vendieran alcohol

# ARGENTINA 2018

46. Si alguno de tus mejores amigos o amigas te ofreciera una bebida alcohólica ¿la tomarías?

- A. Definitivamente no
- B. Probablemente no
- C. Probablemente sí
- D. Definitivamente sí

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

47. Durante tu vida ¿cuántas veces tomaste tanto alcohol que llegaste a emborracharte?

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

48. Durante tu vida ¿cuántas veces tuviste problemas con tu familia o amigos, faltaste a la escuela o te metiste en peleas como resultado de tomar alcohol?

- 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.**

49. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia viste anuncios de alcohol?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. Casi todos los días
- E. Todos los días

**Las próximas 5 preguntas se refieren al uso de drogas. Esto incluye el uso de marihuana, anfetaminas, cocaína, inhalantes, LSD, paco, éxtasis.**

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

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

51. Durante tu vida ¿cuántas veces consumiste marihuana (también conocida como porro, faso, churro)?

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

52. Durante los últimos 30 días ¿cuántas veces consumiste marihuana (también conocida como porro, faso, churro)?

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

53. Durante tu vida ¿cuántas veces consumiste anfetaminas o metanfetaminas?

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

54. Durante tu vida ¿cuántas veces consumiste éxtasis (también conocida como pasti, bicho)?

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

**Las próximas 6 preguntas se refieren a las relaciones sexuales.**

55. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales?

- A. Si
- B. No

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

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

57. 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

58. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales ¿usaste vos o tu pareja un preservativo, profiláctico, forro o condón?

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

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

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

60. ¿Cuántas veces quedaste embarazada o dejaste a alguien embarazada?

- A. 0 veces
- B. 1 vez
- C. 2 o más veces
- D. No lo sé

**Las próximas 3 preguntas se refieren a tu actividad física. Actividad física es cualquier actividad que acelera los latidos del corazón y te deja sin aliento algunas veces. Se hace actividad física en los deportes, jugando con amigos o caminando a la escuela. Algunos ejemplos de actividad física son correr, caminar rápido, andar en bicicleta, bailar, jugar fútbol, nadar, patinar.**

61. Durante los últimos **7 días**, ¿cuántos días realizaste una actividad física por un total de al menos 60 minutos por día?

SUMÁ TODO EL TIEMPO QUE PASAS HACIENDO ALGÚN TIPO DE 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

# ARGENTINA 2018

62. Durante los últimos 7 días ¿cuántos días fuiste de tu casa a la escuela, o volviste 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

63. En este año escolar ¿cuántos días **en la semana** fuiste a clase de educación física en la escuela?

- 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.**

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

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

**Las próximas 8 preguntas se refieren a tus experiencias personales en la escuela y en casa.**

65. 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 días o más

66. 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. Algunas veces
- D. Casi siempre
- E. Siempre

67. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que hacías la tarea?

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

68. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia entendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?

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

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

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

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

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

71. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores te hicieron sentir ridículo o te menospreciaron/subestimaron (por ejemplo, diciendo que sos un tonto o inútil)?

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

72. Durante los últimos 30 días ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores te demostraron tener expectativas demasiado altas sobre vos (por ejemplo, que seas una mejor persona o que te vaya mejor en la escuela)?

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





# 30 Encuesta Mundial de Salud Escolar

ARGENTINA 2018

[argentina.gob.ar/salud](http://argentina.gob.ar/salud)  
0800 .222.1002  
Av. 9 de Julio 1925. C.A.B.A.



Ministerio de Salud  
Argentina