

Indicadores de Factores de Riesgo en Salud Adolescente. América Latina y Argentina¹

Daniel Maceira² y Natalia Espínola³

2017

¹ El presente artículo resume parte de los hallazgos obtenidos por la investigación “*Necesidades, Políticas y Estructura de los Programas de Salud Adolescente en Argentina*”, impulsada y financiada por UNICEF Argentina, y coordinada por Daniel Maceira desde el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Agradecemos especialmente los aportes al estudio efectuados desde UNICEF Argentina por Fernando Zingman, Especialista en Salud, y Julián Govea Basch, Consultor. Los resultados y opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los/as autores/as y no necesariamente representan a aquellas de las instituciones mencionadas.

² Ph.D. en Economía, Investigador CEDES/CONICET, Profesor Titular Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

³ Magíster en Economía, Investigadora Asistente CEDES, profesora Universidad Nacional de La Plata

1. Introducción

El objetivo del presente documento es brindar un análisis en profundidad de la información provista por las Encuestas Mundiales de Salud Escolar (EMSE), una herramienta implementada para recoger evidencia sobre la problemática de salud adolescente escolarizada a lo largo del mundo.

Si bien gran parte de las mismas fueron aplicadas en naciones de ingresos bajos y medios-bajos, la literatura que se desarrolló a partir de ellas permite extraer una serie de enseñanzas sobre tópicos prioritarios en la cobertura de necesidades sanitarias en la población de entre 12 y 15 años.

El formato de este trabajo propone, en la siguiente sección, brindar un resumen de la producción académica que usa como base la data proveniente de las EMSE, las temáticas emergentes más tratadas y los países y regiones en los cuales se abordan tales temáticas.

A continuación la sección tercera se concentra en un abordaje sectorial, complementario a aquellos implementados en otros estudios previos en la región latinoamericana. Sugiere la creación de un grupo de indicadores de incidencia de factores de riesgo por temática (salud sexual, violencia, trastornos alimenticios, adicciones), utilizando como fuente la información proveniente de once EMSE de naciones de tamaño medio y grande de América Latina y el Caribe.

A partir de ello se elaboran comparaciones intra-región, que se completan con la implementación de regresiones logísticas multivariadas donde la incidencia de estos indicadores se expone a la influencia de factores socio-económicos del país, las características de cada adolescente y variables de protección del contexto familiar.

Finalmente, el documento se concentra en el caso argentino, explorando las características provinciales que determinan las variaciones en los mismos factores de riesgo diseñados para la comparación internacional, aplicados a las distintas jurisdicciones del país.

2. Contribuciones a partir de la Encuesta Mundial de Salud Escolar

La revisión de literatura llevada a cabo para identificar los antecedentes del presente estudio llevó a hallar 83 artículos publicados en revistas con referato que usan como insumo principal al menos una EMSE.⁴

Como se describe en la Tabla 1.2.1 a continuación, las temáticas de violencia (física, física y sexual, y bullying) representan 29 de 83 estudios, más de un tercio del total. Por su parte, quince estudios analizan hábitos saludables, entre actividad física -seis- y

⁴ La búsqueda de artículos se realizó a través de Cochrane, medline, pubmed, dialnet, scielo, google scholar, y la palabra clave fue encuesta mundial de salud escolar. El periodo de búsqueda fue de 2007-2016y se buscaron artículos en inglés y español.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

comportamiento alimenticio -ocho-. Catorce artículos analizan suicidio y depresión, en tanto trece abordan tópicos vinculados con adicciones, de los cuales seis se concentran en el consumo de alcohol. Finalmente cinco estudios identifican los temas de sexualidad como eje de análisis, dejando ocho estudios para enfoques de percepción general de salud adolescente escolarizado/a.

Tabla 1.2.1

Estudios sobre Encuestas Mundiales de Salud Escolar

	Temática	# Trabajos
Consumo de Sustancias	Consumo alcohol	6
	Consumo de Drogas	2
	Consumo de Tabaco	3
	Consumo de alcohol, drogas y tabaco	2
Violencia	Violencia Física	14
	Violencia Física y Sexual	1
	Violencia Sexual	14
Salud Mental	Estudios de depresión	3
	Depresión	11
Hábitos saludables	Actividad Física	6
	Comportamiento alimenticio	8
Actividad Sexual	Actividad Sexual	5
General		8
		83

Fuente: Elaboración propia.

En el Anexo de esta sección se presenta un grupo de matrices que detallan los principales tópicos de análisis en cada uno de estos estudios, sus autores/as, revista donde el artículo fue publicado, la principal pregunta de investigación y la metodología utilizada, para finalmente reflejar los resultados alcanzados en cada oportunidad.

La Tabla siguiente, por su parte, permite contar con alguna información sobre factores de riesgo adolescente a partir de la información recogida de las encuestas de cada región,

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

usando como fuente un grupo reducido de artículos que avanzaron en comparaciones regionales. A modo de ejemplo, el consumo de tabaco muestra una incidencia relativamente mayor en América Latina que en otras regiones en desarrollo, así como una amplia dispersión, con un mínimo de 4,2% y un máximo de 32,8%. En términos de violencia física, el Medio Oriente resulta la zona más riesgosa, con mínimos del 41%. Sin embargo, los valores en todas las regiones resultan alarmantes, con promedios de 36,55% en América Latina, 32,94% en Asia, y 40,74 en África.

Llamativamente, las temáticas de depresión y suicidio encuentran niveles de incidencia extremadamente amplios, comparables y aún mayores a los valores asociados con el consumo de tabaco en las tres regiones con las que se cuenta información.

Tabla 1.2.2

Factores de Riesgo Adolescente - Prevalencia Agregada					
Factores de Riesgo	América Latina y Caribe	África	Asia	Medio Oriente	Europa
Consumo de Drogas (1)		5.7-23.2			
Consumo de Tabaco (1)	4.2-32.8	3.8-17.9	1.2-11.7	3-12.6	0.9-10.5
Violencia Física (2)	31.27-41.84	27.99-53.5	15.86-50.02	41.1-57.65	
Bullying (3)	16.8-39.1	26.2-58.3	7.8-31.7	20.9-44.2	
Suicidio (4)	6.7-32.1	7.2-28.2		4.1-23.2	

Fuentes: (1) Page and Danielson (2011); (2) Swahn et al (2013b); Fleming et al (2009); McClahaha et al (2015); (4) McKinnon et al (2016)

La apertura por sexo también permiten descubrir elementos de importancia en el análisis de las necesidades de salud de los/as adolescentes.

Las temáticas de riesgo asociadas con depresión y suicidio muestran en América Latina un sesgo femenino, diferenciado del resto de las regiones, según se resume de la información recogida en la Tabla 1.2.3. Por su parte, el fenómeno de bullying en escuelas es muy similar entre sexos en África y Medio Oriente, con cierto sesgo masculino, en tanto en Asia los porcentajes de incidencia son relativamente más homogéneos y bajos que en las otras

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

regiones. América Latina, por su parte, se muestra en un estadio intermedio, aunque con mayor carga femenina.

Aunque con diferencias marcadas de escala, la temática de violencia física resulta claramente masculina, con mínimos superiores al 40% en América Latina y Medio Oriente, y valores menores en Asia. En estos casos, la diferencia entre hombres y mujeres puede alcanzar una dispersión de 2:1. El riesgo de tabaco muestra porcentajes menores, con amplia dispersión entre países y mayor incidencia en varones, para todas las regiones.

Tabla 1.2.3

Factores de Riesgo Adolescente - Prevalencia por Género

Factores de Riesgo	América Latina y el Caribe		África		Asia		Medio Oriente		Europa	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Consumo de Tabaco (1)	4.3-32.7	3-38.1	5.3-24.1	2-17.8	1.9-23.4	0.2-0.9	4.6-19.2	1.1-7.6	1.1-8.8	0.6-12.3
Violencia Física (2)	43.83-55.89	19.16-27.88	37.58-55.18	22.62-55.01	21.71-60.27	5.98-48.8	45.73-65.25	21.31-48.08		
Bullying (3)	15.9-31.4	17.4-37.2	26.6-61.7	23.4-63.1	7.3-37.2	8.2-37	24.7-49	17-40.4		
Suicidio (4)	6.7-15.3	17.3-32.2	8.4-28	7.6-28.2	4.1-17.2	6.1-23.2	8.3-18.9	7.5-25-8		

Fuentes: (1) Page and Danielson (2011); (2) Swahn et al (2013b); Fleming et al (2009); McClahaha et al (2015); (4) McKinnon et al (2016)

3. Indicadores de Riesgo de Salud Adolescente: Evidencia para Países de América Latina

3.1.- Introducción

Las necesidades y derechos de la población adolescente no han constituido prioridades en las agendas del sector salud hasta recientemente. Sin embargo, muchos de los hábitos con perjuicios para la salud que provocan morbilidad o mortalidad en la edad adulta se adquieren durante la adolescencia. La prevalencia y magnitud de estos riesgos ha sido poco estudiadas en la región, existiendo limitado análisis comparado.

El objetivo de esta sección es avanzar en un análisis exploratorio de la prevalencia relativa de cinco indicadores de comportamientos de riesgo en salud adolescente entre 12 a 15

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

años para 11 países de América Latina. Para ello se utiliza la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) publicadas en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud.

Se calcularon estimaciones de prevalencia agrupadas de cinco indicadores de riesgo:

- (i) riesgo en nutrición,
- (ii) riesgo en uso de sustancias,
- (iii) riesgo en propensión a la violencia,
- (iv) riesgo en actividad sexual irresponsable y
- (v) riesgo en salud mental.

Cada indicador agrupa tres o más variables extraídas de la EMSE relacionada a la tipología. Posteriormente se estiman modelos de regresión logística multivariada para analizar la relación de estos indicadores de comportamientos riesgosos con factores de protección y variables del contexto socioeconómico, como PBI per capita.

El trabajo muestra que los comportamientos riesgosos más prevalentes en los países seleccionados están relacionados a aspectos alimenticios y de actividad física, y violencia física. Siendo los primeros más presentes en mujeres y los segundos en hombres. Los países dentro de la muestra con mayor cantidad de comportamientos riesgosos son Bolivia y Honduras.

3.2- Datos y metodología

Se utilizan los datos de las más recientes encuestas mundiales de salud escolar (EMSE). La EMSE es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, diseñada para evaluar las conductas de salud de los adolescentes escolarizados a través de encuestas transversales, que utilizan procedimientos estandarizados similares en todos los países.

La EMSE usa un enfoque de muestreo de dos etapas. En la primera etapa se selecciona un grupo aleatorio de escuelas, y en una segunda etapa se identifican cursos en cada una de ellas de manera de generar una población que refleje la distribución etarea de la población total de estudiantes escolares del país.

Todos los estudiantes presentes en los cursos seleccionados están invitados a participar en la encuesta. Los alumnos completaron el cuestionario en hora de clase y registraron sus respuestas directamente en una hoja apta para su escaneo en una computadora, administradas por los Centros para el Control de Enfermedades de cada país.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Mientras que los países participantes usan los mismos módulos básicos de cuestionario, que se traducen al lenguaje de instrucción adecuado, algunos de ellos optaron por omitir algunos módulos pudiendo haber datos omitidos en algunas variables. En cada país participante, la EMSE fue aprobada por agencias gubernamentales nacionales y se obtuvo el consentimiento informado de los estudiantes, padres y/o funcionarios de la escuela.

En este estudio se analizan las encuestas de los once países de América Latina con información reciente disponible. En los casos de Colombia y Ecuador la encuesta se lleva a cabo a nivel sub-nacional, por lo cual se analiza la información disponible para sus respectivas capitales.

Como el objetivo del estudio es la comparación entre países, se eligieron aquellos relativamente similares, en tamaño y aspectos socio-económicos dentro de América Latina.⁵ La Tabla 1.3.1 presenta la descripción de un conjunto de variables socio-económicas y demográficas de contexto seleccionadas por país. La primera columna refleja la población de cada uno en miles de habitantes, y a continuación la escala poblacional adolescente como porcentaje del total. El nivel de riqueza por persona, medido en Producto Bruto Interno (PBI) per cápita en dólares internacionales se muestra en la columna siguiente para cerrar con dos indicadores sectoriales tradicionales del sector educativo: la relación estudiantes/profesores en el nivel medio, y el gasto público en educación, como porcentaje del PBI.

⁵ El resto de los países de América Latina que abarca la EMSE son: Anguila, Antigua y Barbudas, British Virgin Islands, Dominica, Grenada, Guyana, Jamaica, Monserrat, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and Grenadines, Suriname, Cayman Islands, Trinidad y Tobago. Países de menor escala poblacional, y más distantes en aspectos socio-económicos.

Tabla 1.3.1**Descripción de variables socio-económicas y demográficas por país**

	Población (miles de personas)	Población de 10 a 14 años (% del total)	PBI per capita PPP (precio internacional 2011)	Relación estudiantes- profesor en educación secundaria (%)	Gasto en educación pública (% del PBI)
	2015	2015	2014	2007	2011
Argentina	43298	8.2	18873.0	13.6	5.0
Bolivia	10737	10.7	6325.0	18.2	6.9
Chile	17917	7.1	21923.4	23.7	4.1
Colombia-Bogotá	48229	8.4	12715.1	25.2	4.5
Costa Rica	4821	7.6	14232.2	17.9	6.6
Ecuador-Quito	16144	9.3	10848.8	14.7	4.3
El Salvador	6298	9.9	7926.0	26.9	3.4
Guatemala	15920	12.5	7106.4	16.1	2.9
Honduras	8075	11.0	4683.0	8.6	5.9
Peru	31383	9.0	11451.3	16.4	2.7
Uruguay	3430	7.3	19827.7	13.8	4.4
Promedio total			12355.6	17.7	4.6

Recurso: Datos extraídos del World Bank, World Development Indicators, y CEPALSTAT

En la Tabla 1.3.2, por su parte, se presenta una descripción de los datos de la EMSE para los países seleccionados durante los años 2007-2013. Las tasas de respuesta total oscilaron entre 60% y 88%. El porcentaje promedio de varones en la muestra se encuentra entre 44% y 52%, y la edad media es de 13.87 (en un rango 13.37-14.11). Las bases están normalizadas para capturar en todos los casos a la población adolescente de 12 a 15 años.

De las EMSE por país se extrajeron un conjunto de indicadores sobre comportamientos riesgosos en salud de los adolescentes. En base a ello se elaboraron, como fue mencionado previamente, cinco trazadoras compuestas, donde cada componente se encuentra igualmente ponderado: riesgo en nutrición, riesgo en uso de sustancias, riesgo en actividad sexual irresponsable, riesgo en propensión a la violencia y riesgo en salud mental.

Los indicadores compuestos son variables con tres categorías, tomando valor igual a 1 en los casos que no tiene ningún comportamiento riesgoso; valor 2 si tiene uno y 3 en caso de

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

tener más de uno.⁶ En la Tabla 1.3.3 se exhibe una descripción de las variables que conforman cada indicador compuesto.

Tabla 1.3.2
Descripción de datos generales de EMSE para los países seleccionados

	Año de encuesta	Tamaño muestra	Tasa de respuesta total	Pocentaje Hombres	Promedio de edad
Argentina	2012	21324	71%	48%	13.93
Bolivia	2012	2761	88%	50%	14.05
Colombia-Bogotá	2007	1420	83%	44%	13.77
Chile	2013	1341	60%	49%	13.78
Costa Rica	2009	2259	72%	50%	13.97
Ecuador-Quito	2007	1838	86%	51%	13.37
El Salvador	2013	1600	88%	51%	13.98
Guatemala	2009	4461	81%	52%	13.95
Honduras	2012	1474	79%	46%	13.58
Peru	2010	2350	85%	50%	14.11
Uruguay	2012	2855	77%	46%	14.09

Recurso: EMSE-OMS

Adicionalmente, a través de un análisis de regresión logística multivariada se analizó la relación entre los indicadores compuestos de comportamientos riesgosos y factores de protección, y variables socio-económicas.

Las variables de factores de protección, también, se extraen de la EMSE a través de las preguntas: ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que tengas tu tarea hecha?; ¿con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?; ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que vos estabas haciendo en tu tiempo libre?; ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables con vos y te prestaron ayuda?

Las respuestas a estas preguntas son las categorías: siempre, la mayoría del tiempo, a veces, rara vez y nunca; en base al recuerdo de los estudiantes en los últimos 30 días. Con

⁶ Como no todo los países tienen información en los mismos indicadores seleccionados, estas trazadoras compuestas se construyeron de manera que permita capturar evidencia de todas las naciones de la muestra, y para cada una de las categorías.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

esta información, se crearon variables dicotómicas por cada pregunta, siendo 1 si la respuesta fue siempre o la mayoría del tiempo y 0 si respondió el resto de las opciones.

A su vez se elaboró, también, un indicador compuesto que intenta captar la intensidad de protección de los padres, en base a la suma de las tres variables dicotómicas relacionadas a la percepción de los/las adolescentes sobre la presencia de los padres en su vida cotidiana. Este indicador por construcción puede tomar el valor 0, 1, 2 y 3, de acuerdo a la construcción de las trazadoras enunciadas con anterioridad.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Tabla 1.3.3

Descripción de los indicadores elaborados en baso a los datos de la EMSE

Indicadores en Encuesta Mundial de Salud Escolar		
Riesgo de nutrición	Sobrepeso	Porcentaje de estudiantes quienes tienen sobrepeso (Medido como > +1 desvío estándar de la mediana para Índice de Masa Corporal (IMC) ajustado por edad y sexo)
	Bajo consumo de frutas/vegetales	Porcentaje de estudiantes que consume frutas/vegetales menos de 5 veces al día, en el último mes
	Baja actividad física	Porcentaje de estudiantes que realizaron 60 minutos de actividad física por día en menos de 5 días a la semana, en la última semana. Siguiendo recomendaciones internacionales
	Alto consumo de comida chatarra	Porcentaje de estudiantes que consumió más de una bebida azucarada en el día, en el último mes, y/o comió comida chatarra tres veces o más en el día, en la última semana
Riesgo de abuso de sustancias	Consumo de Tabaco	Porcentaje de estudiantes quienes consumieron tabaco, en cualquier forma, uno o más días, en el último mes
	Consumo de Alcohol	Porcentaje de estudiantes quienes ingirieron alcohol uno o más días, en el último mes
	Uso de drogas	Porcentaje de estudiantes quienes usaron drogas uno o más veces, durante toda su vida
Riesgo de actividad sexual irresponsable	Tuvo relaciones sexuales	Porcentaje de estudiantes quienes tuvieron relaciones sexuales
	Inicio temprano de actividad sexual	Porcentaje de estudiantes quienes tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años edad
	Más de una pareja sexual	Porcentaje de estudiantes que tuvieron más de una pareja sexual, durante su vida
	No uso condón en su última relación sexual	Porcentaje de estudiantes que no usaron condón en su última relación sexual
Riesgo de propensión a la violencia	Ataque físico	Porcentaje de estudiantes que han sido víctimas de agresión física una o más veces, en el último año
	Participación en peleas	Porcentaje de estudiantes que han participado en peleas uno o más veces, en el último año
	Recibió una lesión	Porcentaje de estudiantes que recibieron una lesión grave una o más veces, en el último año
Riesgo de salud mental	Sentimiento de Soledad	Porcentaje de estudiantes que la mayoría del tiempo se sienten solos/as, en el último año
	Sentimiento de Preocupación	Porcentaje de estudiantes que la mayoría del tiempo estuvieron tan preocupados/as y no pudieron dormir en la noche, en el último año
	Intención de suicidio	Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente en suicidarse, último año
Padres Presentes	No tiene amigos	Porcentaje de estudiantes que no tienen amigos cercanos
	Padres revisan tareas	Porcentaje de estudiantes cuyos padres verificaron la mayoría del tiempo su tarea, en el último mes
	Padres lo entienden	Porcentaje de estudiantes cuyos padres comprendieron la mayoría del tiempo sus problemas y preocupaciones, en el último mes
	Padres saben de su tiempo libre	Porcentaje de estudiantes cuyos padres sabían la mayoría del tiempo que hacían en su tiempo libre, en el último mes
Pares presentes		Porcentaje de estudiantes que se sienten la mayoría del tiempo ayudados y apoyados por sus pares

Recurso: EMSE-OMS

3.3- Análisis de estadística descriptiva

En la Tabla 1.3.4 se presenta el porcentaje de estudiantes en cada indicador seleccionado de la EMSE de comportamiento riesgoso por país. Respecto a factores de riesgo en nutrición, la prevalencia en sobrepeso oscila entre 19% (Honduras) y 46.2% (Chile), con una mediana de 27.1%, mientras que el bajo consumo de frutas y verduras, la baja actividad física y el alto consumo de comida chatarra supera el 55%.

En relación al consumo de sustancias, el alcohol es el que presenta mayor prevalencia en el conjunto de países, oscilando entre 14.6% (Bolivia) y 48.1% (Argentina). Por su parte, la prevalencia media en el consumo de tabaco es de 15.4% y la de drogas de 8.2%, siendo Chile el que presenta la mayor prevalencia en ambos indicadores.

Sobre la actividad sexual irresponsable, Argentina es el país que presenta más altos porcentajes relativos en la mayoría de los indicadores analizados. Sin embargo, el uso de preservativos en la población adolescente es ampliamente difundido si se lo mide contra el promedio regional. Por su parte, Perú muestra los más altos valores para la mayoría de los indicadores de propensión a la violencia. Por último, entre los indicadores de salud mental, la prevalencia en intención de suicidio tiene una media de 15.3%, oscilando entre 10.2% (Costa Rica) y 19.5% (Honduras y Perú).

Tabla 1.3.4
Prevalencia de indicadores de comportamientos riesgosos por país

Indicadores	Argentina	Bolivia	Colombia-		Ecuador-			Guatemala	Honduras	Peru	Uruguay	Promedio	
			Chile	Bogotá	Costa Rica	Quito	El Salvador						
Nutrición	Sobrepeso	29.0	22.0	46.2	sd	27.8	19.8	29.4	27.1	19.0	20.6	27.2	26.8
	Bajo consumo de frutas/vegetales	82.5	68.3	70.9	84.7	80.6	72.1	79.1	73.4	73.6	90.2	76.0	77.4
	Baja actividad física	71.9	76.0	72.2	68.1	72.5	69.5	79.6	75.8	79.2	75.4	71.1	73.7
	Alto consumo de comida chatarra	66.5	65.8	68.4	sd	55.7	sd	69.8	57.4	75.3	56.4	70.1	65.0
Uso de sustancias	Consumo de Tabaco	19.7	13.7	22.2	19.0	10.0	12.6	sd	sd	12.7	17.9	10.8	15.4
	Consumo de Alcohol	48.1	14.6	24.9	55.6	23.2	27.6	16.7	16.2	14.8	27.0	45.1	28.5
	Uso de drogas	8.2	3.0	17.0	10.0	sd	5.1	sd	sd	sd	3.9	9.9	8.2
Actividad sexual irresponsable	Tuvo relaciones sexuales	35.4	20.0	22.7	20.3	18.0	13.6	18.7	12.0	21.6	16.8	27.6	20.6
	Inicio temprano actividad sexual	59.3	49.5	57.9	14.9	54.8	12.6	56.9	58.7	67.7	54.5	41.0	48.0
	Más de 1 pareja sexual	16.0	6.1	7.6	12.0	6.5	8.4	7.3	4.6	6.7	7.2	11.0	8.5
	No uso condón	24.1	36.7	46.1	43.4	35.8	48.6	26.2	42.2	37.3	37.0	15.7	35.7
Propensión a la violencia	Ataque físico	24.8	34.6	21.5	30.5	14.0	36.4	18.5	sd	20.5	37.4	14.9	25.3
	Participación en peleas	33.9	32.8	28.8	38.5	22.0	37.2	25.4	sd	28.2	36.9	25.9	31.0
	Recibió una lesión	33.2	48.5	35.7	30.7	22.1	33.1	35.5	sd	36.0	49.0	33.1	35.7
Salud Mental	Sentimiento de Soledad	9.1	10.4	sd	sd	6.0	9.8	8.7	9.1	10.4	10.3	6.7	8.9
	Sentimiento de Preocupación	8.4	7.2	sd	sd	4.5	7.3	6.8	7.1	5.8	8.3	5.4	6.8
	Intención de suicidio	16.5	17.5	sd	sd	10.2	16.1	13.5	13.5	19.5	19.5	11.4	15.3
	No tiene amigos	5.5	8.3	sd	sd	5.6	6.1	5.2	5.7	6.7	5.6	2.7	5.7

sd: sin datos

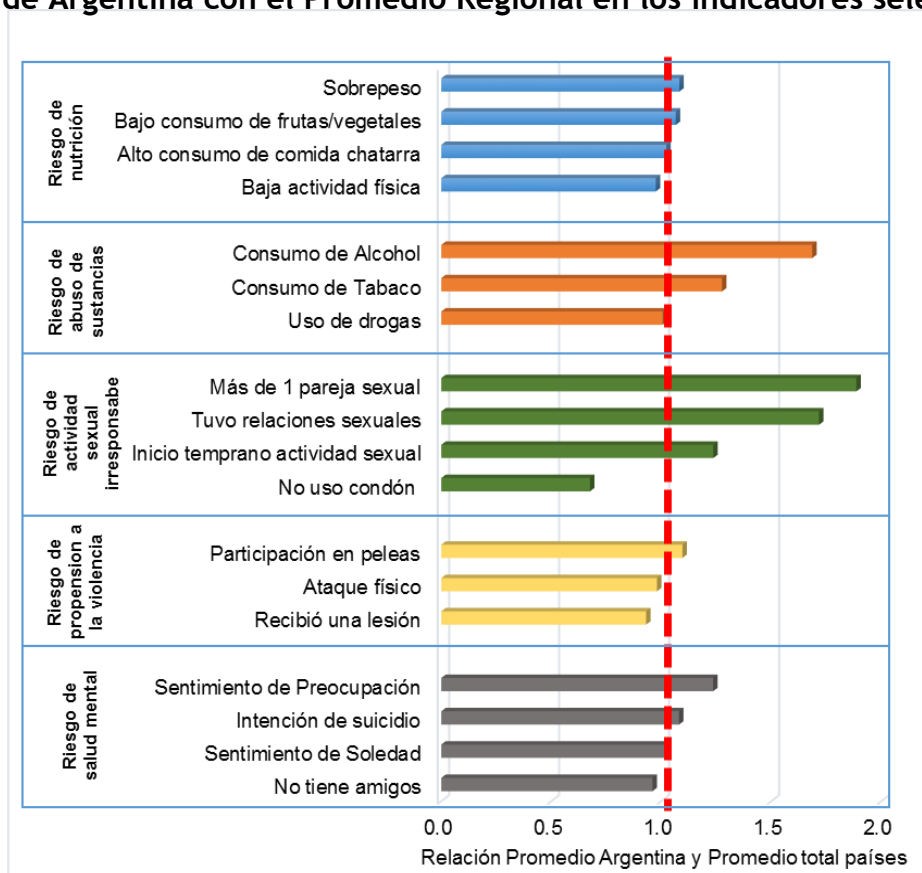
Recurso: EMSE-OMS

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

La Figura 1.3.1 muestra la relación de la prevalencia de los indicadores en Argentina y el promedio regional. A fines expositivos, la línea punteada roja grafica la media regional para cada trazadora (cuando la relación es uno) observando al país por debajo (a la izquierda) o por encima (a la derecha) del riesgo promedio latinoamericano.

Como fue mencionado, los/as adolescentes argentinas/os tienen un nivel de actividad sexual relativamente mayor al promedio de los países seleccionados (haber iniciado relaciones, contar con inicio temprano y haber tenido más de una pareja al momento de la encuesta). Sin embargo, el uso de preservativos es relativamente difundido, a aproximadamente un desvío estándar por debajo de la muestra regional.

Figura 1.3.1
Relación de Argentina con el Promedio Regional en los indicadores seleccionados



Recurso: EMSE-OMS

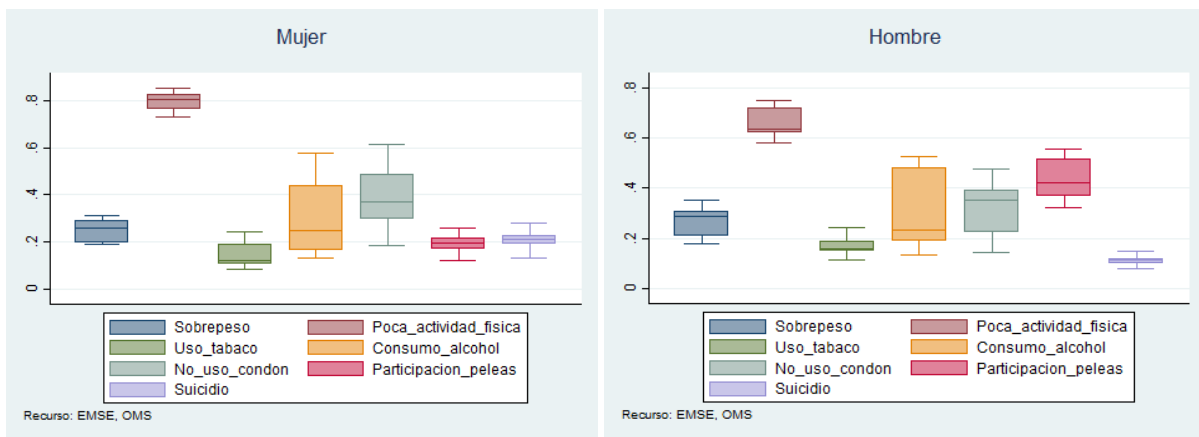
Paralelamente, presenta prevalencias menores en dos de los tres indicadores de propensión a la violencia, en relación al promedio total. Tanto el consumo de alcohol como de tabaco

se ubican por encima del rango latinoamericano, y los indicadores de riesgo nutricional se encuentran en el entorno regional. La intención de suicidio y principalmente la variable “sentimiento de preocupación” se ubican a la derecha de la media del continente, mostrando mayor presencia en el país.

Las diferencias de género son latentes en los indicadores analizados. En la Figura 1.3.2 se observa la prevalencia por género para un grupo de indicadores representativos para cada tipo de riesgo. Los hombres son más propensos a tener sobrepeso y participar en peleas; mientras que las mujeres muestran una mayor prevalencia relativa a la baja actividad física y a la intención de suicidio, con poca variabilidad entre países.

Asimismo, se observa que los varones son más propensos al uso de preservativo que las jóvenes, aunque la dispersión es mayor entre ellas.

Figura 1.3.2
Box plot de variables seleccionadas de EMSE para un grupo seleccionado de países de América Latina, por género



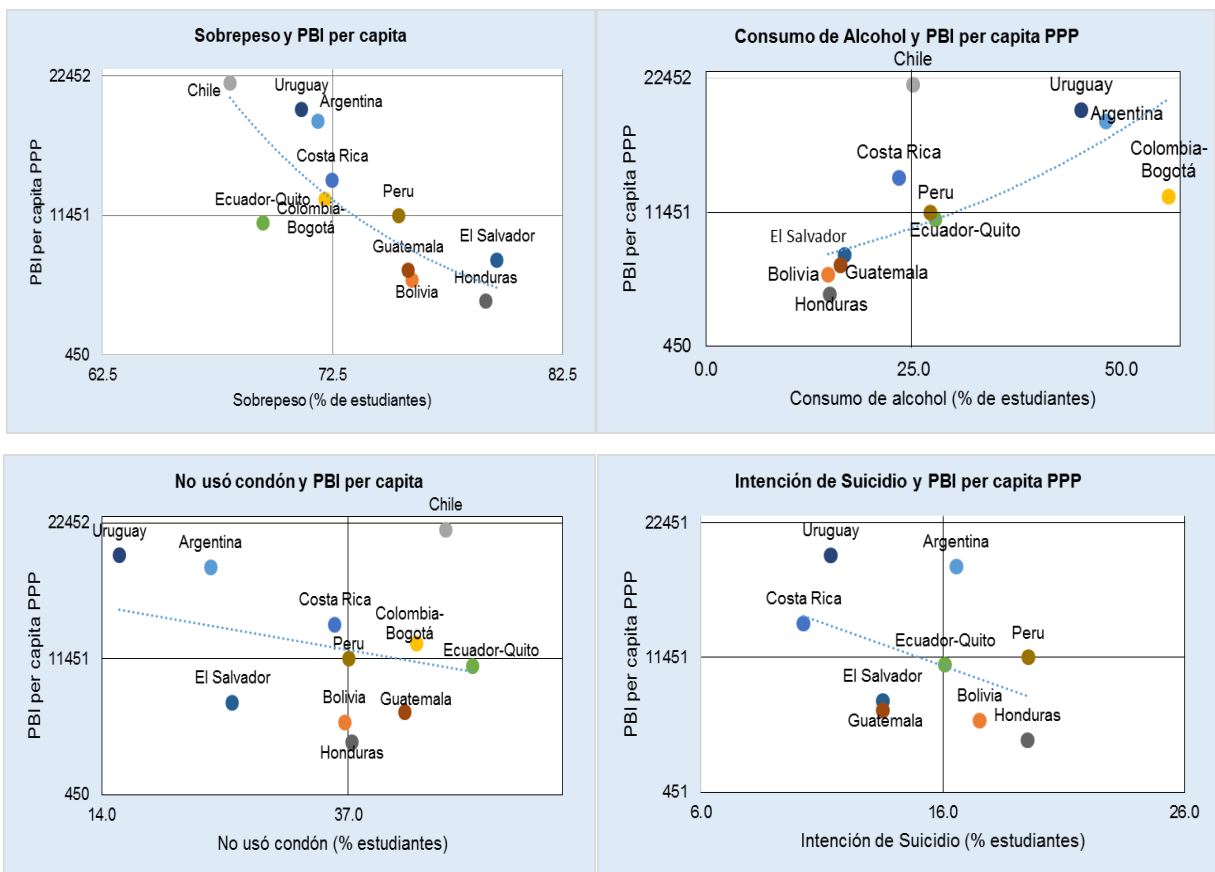
A modo de exposición, la Figura 1.3.3 presenta la relación entre cuatro indicadores de comportamiento riesgoso - sobrepeso, consumo de alcohol, no usó condón e intención de suicidio, en el eje vertical, y el PBI per capita, en el horizontal. Las líneas de tendencia permiten identificar el patrón promedio regional, y los potenciales desvíos con respecto a ese parámetro, para cada caso nacional.

En la mayoría de los indicadores individuales seleccionados se observa una correlación negativa con la variable de riqueza promedio (el Producto Bruto per capita promedio del

país), de modo que mayor ingreso lleva a menor toma de riesgo adolescente en salud. La excepción se encuentra en el consumo de alcohol.

Figura 1.3.3

Relaciones entre variables seleccionadas de EMSE y PBI per capita PPP (a precios internacionales constantes 2011) para grupo de países de América Latina.



Recurso: EMSE-OMS y World Bank

3.4- Resultados

Prevalencia de tipologías de comportamientos riesgosos

La prevalencia a dos o más comportamientos riesgosos en salud varía sustancialmente entre países por tipología, género y país (Tabla 1.3.5, 1.3.6 y 1.3.7).

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

El mayor factor de riesgo presente en América Latina está relacionado con aspectos de nutrición: más del 60% de los estudiantes declara tener dos o más hábitos no-saludables en nutrición y actividad física. Los países con mayor riesgo en nutrición son El Salvador y Honduras (+89%). Paralelamente, el comportamiento sexual irresponsable es el que menor prevalencia presenta, en tanto más del 77% de los estudiantes encuestados no tuvo ninguna relación sexual.

El segundo tipo de riesgo prevalente es el de violencia física, con y sin participación activa, que oscila entre 13.2% (Costa Rica) y el 39.7% (Perú). El tercer riesgo prevalente es el abuso de sustancias, donde Colombia, Chile y Argentina presentan el mayor porcentaje de estudiantes que consumen más de una sustancia, ya sea alcohol, droga o tabaco, con una prevalencia superior al 18%. Mientras tanto, Honduras y Bolivia son aquellos que presentan menor porcentaje de estudiantes con consumo activo de sustancias. En el caso de salud mental, la prevalencia de más de un comportamiento riesgoso oscila entre 4.9% (Costa Rica) y 9.8% (Bolivia), con una mediana de 8.6%.

En todos los países, las mujeres presentan una prevalencia mayor a los riesgos de nutrición y salud mental, mientras que los hombres tienen mayor prevalencia a los riesgos de salud sexual y violencia física (Tablas 1.3.6 y 1.3.7). La mayoría de las diferencias de media entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas (Tabla 1.3.8). Excepto en el caso de abuso de sustancias, donde en la mayoría de los países las diferencias por género no son estadísticamente significativas y, a su vez, se observa que en Argentina y Chile son las mujeres quienes experimentan los mayores porcentajes del uso de al menos una sustancia, mientras que en Bolivia y Perú son los varones (Tabla 1.3.6 y 1.3.7).

Tabla 1.3.5
Prevalencia en Indicadores Compuestos:
Comportamientos Riesgosos en Salud por país
Totales Nacionales

País	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual irresponsable			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Argentina	1.4	12.3	86.3	48.7	32.6	18.8	77.3	10.5	12.2	44.5	29.4	26.1	73.2	17.9	8.9
Bolivia	1.8	15.1	83.2	79.0	13.2	7.8	90.4	4.0	5.7	33.9	29.5	36.6	70.4	19.9	9.8
Colombia-Bogotá				42.9	36.7	20.4	87.3	4.7	7.9	38.5	33.3	28.2			
Chile	1.3	12.0	86.7	65.4	15.8	18.9	86.6	5.7	7.6	44.7	32.4	22.9			
Costa Rica	2.0	13.5	84.4	74.1	18.4	7.4	89.9	4.2	5.8	61.9	24.8	13.2	80.3	14.8	4.9
Ecuador-Quito	8.0	32.0	60.0	71.6	17.6	10.8	92.6	3.1	4.2	34.5	33.9	31.6	71.8	19.6	8.6
El Salvador	1.1	9.5	89.4				89.4	4.6	6.0	48.7	30.1	21.2	77.4	14.6	8.0
Guatemala	2.1	14.7	83.1				92.9	3.3	3.8				75.5	16.8	7.7
Honduras	1.1	9.5	89.3	79.9	13.3	6.8	87.0	5.8	7.3	46.4	31.4	22.2	70.9	19.5	9.6
Peru	1.0	11.9	87.1	67.2	19.5	13.3	87.6	5.8	6.6	29.3	31.0	39.7	69.1	21.2	9.7
Uruguay	1.0	13.3	85.7	52.4	34.2	13.4	84.7	8.8	6.5	50.7	30.7	18.6	81.2	13.3	5.4

Fuente: EMSE-OMS

Tabla 1.3.6
Prevalencia en Indicadores Compuestos:
Comportamientos Riesgosos en Salud por país.
Total Varones

País	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual irresponsable			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Argentina	1.6	12.2	86.2	49.5	32.6	17.9	69.1	13.2	17.7	31.8	33.2	35.1	79.6	15.2	5.2
Bolivia	2.2	17.6	80.3	75.3	15.5	9.2	86.1	5.7	8.3	24.9	28.6	46.5	76.5	17.4	6.0
Colombia-Bogotá				44.6	34.7	20.7	82.3	5.0	12.7	25.5	34.1	40.5			
Chile	2.0	14.4	83.5	69.2	14.2	16.6	83.4	5.7	10.9	32.7	37.1	30.1			
Costa Rica	2.8	16.7	80.6	73.7	18.1	8.1	86.3	5.3	8.4	50.6	29.2	20.2	83.7	13.1	3.1
Ecuador-Quito	9.1	35.4	55.4	69.8	17.5	12.7	88.8	3.8	7.4	22.5	35.3	42.2	76.9	17.3	5.8
El Salvador	1.2	11.5	87.3				83.9	7.0	9.1	40.1	32.6	27.3	81.4	13.4	5.2
Guatemala	2.2	15.8	82.0				89.0	4.9	6.1				80.5	14.4	5.1
Honduras	1.5	11.2	87.3	79.9	14.0	6.1	76.9	9.4	13.7	38.0	32.8	29.2	78.3	15.5	6.1
Peru	1.0	12.3	86.6	62.9	20.0	17.0	80.5	8.3	11.2	19.5	29.3	51.2	77.8	16.5	5.7
Uruguay	1.6	18.2	80.1	50.7	36.1	13.2	78.8	11.6	9.5	39.0	34.8	26.2	87.4	9.9	2.7

Fuente: EMSE-OMS

Tabla 1.3.7
Prevalencia en Indicadores Compuestos:
Comportamientos Riesgosos en Salud por país.
Total Mujeres

País	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual irresponsable			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Argentina	1.1	12.4	86.5	47.9	32.6	19.5	84.0	8.4	7.7	56.2	26.0	17.8	67.4	20.4	12.2
Bolivia	1.4	12.6	86.0	82.7	10.9	6.3	94.3	2.5	3.3	43.0	30.4	26.6	64.3	22.3	13.4
Colombia-Bogotá				41.6	38.2	20.2	91.1	4.5	4.4	48.4	32.8	18.8			
Chile	0.6	9.6	89.8	61.7	17.2	21.1	89.5	5.7	4.8	56.2	27.9	15.9			
Costa Rica	1.3	10.4	88.3	74.5	18.7	6.8	93.1	3.3	3.6	72.8	20.7	6.5	77.0	16.4	6.6
Ecuador-Quito	6.9	28.5	64.6	73.3	17.8	9.0	96.2	2.4	1.3	47.0	32.5	20.6	66.4	22.1	11.5
El Salvador	1.1	7.3	91.6				95.3	2.0	2.7	57.8	27.5	14.7	73.3	15.8	10.9
Guatemala	2.1	13.5	84.4				95.9	2.0	2.0				70.1	19.4	10.5
Honduras	0.8	8.1	91.1	80.0	12.6	7.4	95.4	2.7	1.9	53.5	30.1	16.3	64.8	22.7	12.4
Peru	1.0	11.4	87.6	71.5	18.9	9.6	94.1	3.5	2.5	39.1	32.7	28.2	60.5	25.8	13.7
Uruguay	0.5	9.1	90.4	53.9	32.5	13.6	89.6	6.4	4.0	60.6	27.3	12.1	76.0	16.3	7.7

Fuente: EMSE-OMS

Tabla 1.3.8
Prevalencia en Indicadores Compuestos:
Comportamientos Riesgosos en Salud por país.
Diferencia de medias por género (V-M)

País	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual irresponsable			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Argentina	0.5	-0.2	-0.3	1.6	0.0	-1.6	-14.8	4.8	10.0	-24.5	7.1	17.3	12.2	-5.2	-7.0
Bolivia	0.8	5.0	-5.7	-7.5	4.6	2.9	-8.2	3.2	5.0	-18.1	-1.8	19.9	12.3	-4.8	-7.4
Colombia-Bogotá				3.0	-3.5	0.5	-8.8	0.5	8.3	-23.0	1.3	21.7			
Chile	1.5	4.8	-6.3	7.5	-3.0	-4.5	-6.1	0.0	6.1	-23.5	9.2	14.3			
Costa Rica	1.4	6.3	-7.7	-0.8	-0.6	1.4	-6.7	1.9	4.8	-22.2	8.5	13.7	6.7	-3.2	-3.5
Ecuador-Quito	2.2	6.9	-9.1	-3.4	-0.3	3.7	-7.4	1.4	6.0	-24.5	2.8	21.7	10.5	-4.7	-5.7
El Salvador	0.2	4.2	-4.4				-11.4	5.0	6.4	-17.7	5.0	12.7	8.1	-2.3	-5.8
Guatemala	0.1	2.3	-2.5				-6.9	2.8	4.1				10.4	-5.0	-5.5
Honduras	0.7	3.1	-3.8	-0.1	1.4	-1.3	-18.4	6.6	11.8	-15.5	2.7	12.8	13.5	-7.2	-6.3
Peru	0.0	0.9	-1.0	-8.6	1.2	7.4	-13.6	4.8	8.8	-19.6	-3.4	23.0	17.3	-9.3	-7.9
Uruguay	1.2	9.1	-10.3	-3.1	3.5	-0.4	-10.8	5.2	5.6	-21.6	7.5	14.1	11.4	-6.4	-5.0

Los valores en negrita son estadísticamente significativos con un p-valor<0.05

Fuente: EMSE-OMS

Regresión logística multivariada

En la Tabla 1.3.9 se presentan los resultados de la regresión logística multivariada para el conjunto de países. Donde la variable dependiente es dicotómica, tomando valor 1 si tiene

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

dos o más comportamientos riesgosos y 0 en el resto de los casos. Las variables explicativas son: sexo (1=hombre), edad, la intensidad de la presencia de los padres, explicada anteriormente en la sección metodológica, y el compañerismo de sus pares, ambas como variables de protección.

Asimismo, se agrega una variable dicotómica sobre aspectos socio-económicos de los países, que toma el valor 1 si el país posee un ingreso per capita superior a la mediana del total de países y 0 si es menor. Finalmente, se agrega una variable dicotómica que percibe si el/la estudiante fue víctima de bullying. En el Anexo se presentan las regresiones logísticas multivariadas para los países con información completa para todas las variables.

Como fue mencionado en la sección anterior, las mujeres tienen mayores probabilidades de tener más comportamientos riesgosos de malnutrición y falta de actividad física, y de salud mental. Mientras los varones tienen mayor riesgo promedio de tener comportamiento sexual irresponsable y participar de eventos de violencia física. En Uruguay, Honduras y Costa Rica, el género no muestra asociación con el uso de sustancias, mientras que en Argentina sucede en los casos de mala nutrición.

En la mayoría de los grupos se observa que la probabilidad de tener más comportamientos riesgosos aumenta con la edad, excepto en violencia física, donde la relación es estadísticamente no significativa; y es particularmente relevante en los grupos de abuso de sustancias y actividad sexual irresponsable. En el caso de Bolivia y Perú, la edad no es estadísticamente significativa para ningún grupo.

La atención de los padres parece ser un buen factor de protección, y mientras mayor es esa atención menor es la probabilidad de la ocurrencia de comportamientos riesgosos acumulados, en comparación con los/las adolescentes sin contención de los padres. Este resultado concuerda con la evidencia internacional, que ha demostrado la relevancia de la presencia de los padres para evitar comportamientos riesgosos de manera individual (Siziya et al, 2009; Peltzer, 2009; Rudatsikira et al, 2008, 2007, Yusoff et al, 2014, Celedonia et al, 2013). Es importante resaltar, que en algunos países la asociación es solo estadísticamente significativa cuando la presencia de los padres es más intensa (Ecuador, Honduras, Perú).

El compañerismo de pares tiene un efecto similar aunque menos intenso, volviéndose inverso en el caso de abuso de sustancias. Aquellos alumnos que se sienten apoyados por sus compañeros tienen más probabilidad de consumir dos o más sustancias, de aquellos que se sienten menos acompañados de sus pares.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Existe una asociación positiva con la prevalencia de tener más comportamientos riesgosos y el ingreso del país para el caso de mala nutrición, uso de sustancias y actividad sexual irresponsable. Mientras que para violencia física y salud mental, la asociación es negativa.

Por último se analiza la asociación entre la prevalencia de riesgo en uso de sustancias, violencia física y salud mental, y ser víctima de bullying. Los resultados corroboran lo evidenciado a nivel internacional, los estudiantes que sufren de bullying son más propensos al abuso de sustancias, violencia física y problemas de salud mental (Fadanelli et al, 2013, Fleming and Jacobsen, 2009a, 2009b, Holt et al, 2015, Hazemba et al, 2008, Kubwalo et al, 2013). Los estudiantes víctimas de bullying son tres veces más propensos a tener múltiples problemas de salud mental que los que no han sufrido bullying. En Costa Rica y Honduras, esta asociación es aún más pronunciada.

Tabla 1.3.9
Regresión Logística Multivariada.
Indicadores de dos o más comportamientos riesgosos por tipo.
Total países

	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.742***	(0.693 - 0.794)	0.993	(0.930 - 1.059)	2.751***	(2.531 - 2.990)	2.688***	(2.536 - 2.849)	0.345***	(0.314 - 0.378)
Edad (12=1)										
13	1.548***	(1.328 - 1.803)	1.284*	(0.993 - 1.659)	2.114***	(1.494 - 2.993)	0.909	(0.784 - 1.055)	1.076	(0.838 - 1.383)
14	1.692***	(1.457 - 1.965)	2.021***	(1.573 - 2.597)	2.880***	(2.046 - 4.053)	0.906	(0.784 - 1.048)	1.320**	(1.034 - 1.684)
15	1.606***	(1.382 - 1.867)	3.037***	(2.366 - 3.897)	3.493***	(2.483 - 4.914)	0.922	(0.797 - 1.067)	1.434***	(1.123 - 1.830)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.777***	(0.703 - 0.858)	0.628***	(0.580 - 0.681)	0.684***	(0.618 - 0.758)	0.786***	(0.729 - 0.846)	0.627***	(0.566 - 0.695)
2	0.729***	(0.660 - 0.805)	0.459***	(0.421 - 0.502)	0.558***	(0.500 - 0.623)	0.613***	(0.566 - 0.663)	0.437***	(0.388 - 0.492)
3	0.612***	(0.553 - 0.676)	0.276***	(0.247 - 0.309)	0.448***	(0.395 - 0.507)	0.512***	(0.470 - 0.558)	0.310***	(0.268 - 0.359)
Compañerismo de pares	0.755***	(0.704 - 0.810)	1.154***	(1.079 - 1.234)	0.927*	(0.854 - 1.006)	0.924***	(0.871 - 0.980)	0.678***	(0.620 - 0.741)
PBI >=mediana	1.356***	(1.257 - 1.462)	2.411***	(2.157 - 2.694)	1.916***	(1.703 - 2.155)	0.827***	(0.772 - 0.886)	0.897**	(0.810 - 0.994)
Víctima de Bullying			1.722***	(1.607 - 1.845)			3.680***	(3.465 - 3.908)	3.031***	(2.786 - 3.299)
Constante	4.769***	(4.072 - 5.585)	0.0554***	(0.043 - 0.072)	0.0183***	(0.013 - 0.026)	0.236***	(0.203 - 0.275)	0.145***	(0.113 - 0.186)
N	25658		29269		30222		29094		31364	

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Recurso: EMSE-OMS

3.5- Conclusiones y Debate para el Caso Argentino

De la comparación de resultados obtenidos sobre indicadores de factores de riesgo y salud adolescente en la región latinoamericana, se observa que los determinantes socio-demográficos juegan un papel relevante, y estadísticamente significativo en su explicación.

Aunque con diferencias entre cada una de las temáticas analizadas, la violencia física y la actividad sexual riesgosa son fenómenos asociados fuertemente con el sexo masculino, a diferencia de las temáticas de nutrición y salud mental prevalentes entre las jóvenes. El uso de sustancias es el único tema sobre el cual la diferencia por sexo no muestra ser relevante.

Diferencias de edad entre adolescentes resultan importantes en los patrones sexuales y en la ingesta de sustancias, prevaleciendo los adolescentes mayores. Este patrón no resulta tan claro en temas de nutrición y salud mental, y se vuelve no significativo estadísticamente en temas de violencia física.

En términos de contexto del/la adolescente, la presencia de los padres es altamente significativa en explicar menor exposición al riesgo en las cinco temáticas analizadas. A su vez, se observa que esta menor exposición aumenta mientras mayor es la presencia de los padres. El efecto de la protección de los padres es relativamente mayor en los indicadores de uso de sustancias y problemas de salud mental. Esto demuestra la relevancia que tiene la contención y preocupación de los padres en los hábitos y conductas tomadas por los/las adolescentes que afectan a su salud. Este argumento no logra verificarse en el caso de presencia de compañerismo de pares, obteniéndose resultados inversos a los hallados para el ámbito familiar.

El nivel de ingreso promedio del país resulta un factor que induce conductas de riesgo, particularmente en el abordaje de riesgo en la ingesta de sustancias y de violencia física.

Estos argumentos regionales muestran algunas diferencias en el caso argentino: los temas nutricionales no responden a una temática masculina, a diferencia del uso de sustancias, donde este factor muestra ser relevante. Por su parte, el aumento del riesgo adolescente se incrementa proporcionalmente más con la edad en Argentina, aunque la incidencia de los padres es comparable con el patrón latinoamericano.

La falta de información adicional sobre características del contexto educativo y sanitario abre la necesidad de explorar otros instrumentos para un abordaje de política pública. Dicho de otro modo, ¿los elementos contextuales son tan determinantes en la definición de hábitos adolescentes o es posible inculcar/desarrollar/alterar conductas mediante la

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

implementación efectiva de iniciativas gubernamentales? ¿Cómo afectan los factores socioeconómicos específicos de cada provincia o jurisdicción, la normativa impulsada en cada una de ellas y sus prioridades de política a los factores de riesgo enunciados y la cobertura de derechos sanitarios de los adolescentes?

La siguiente sección de este trabajo propone un abordaje similar al utilizado en este caso para identificar diferenciales entre provincias y en el tiempo, mediante el análisis de los datos provenientes de la EMSE del documento regional. En otro trabajo se muestra la estructura de los programas provinciales de salud adolescente, para luego, en las secciones siguientes, analizar las normativas sobre estas temáticas en cinco provincias del norte argentino. Este estudio será complementado con una mirada amplia de necesidades, cobertura y contexto sectorial.

4. Salud adolescente en Argentina. Un Análisis Sub-Nacional a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar

4.1- Introducción

Basados en los resultados alcanzados en la sección anterior, en la presente investigación se propone un análisis en detalle de la prevalencia relativa de varios indicadores de comportamientos riesgosos en adolescentes en Argentina.

Para ello se utiliza la Encuesta Mundial de Salud Escolar publicadas en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud para el país, contando con dos ondas correspondientes a los años 2007 y 2012.

Se calcularon estimaciones de prevalencia agrupadas de cinco indicadores de riesgo: riesgo en nutrición y falta de actividad física, riesgo en abuso de sustancias, propensión a la violencia, riesgo en actividad sexual irresponsable y riesgo en salud mental. Cada indicador agrupa tres o más variables extraídas de la EMSE relacionada a la tipología, siguiendo el planteo de la sección previa sobre América Latina.

Complementariamente al análisis de estadística descriptiva, se utiliza un modelo de regresión logística para analizar la relación de estos indicadores de comportamientos riesgosos con factores de protección, de padres y pares, y variable del contexto socioeconómico, PBI per capita, resaltando las diferencias jurisdiccionales.

4.2- Datos y metodología

El recurso utilizado en esta sección son los datos de las encuestas mundiales de salud escolar (EMSE) 2007 y 2012 de Argentina. La EMSE, como se discutió en el apartado anterior, es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud diseñada para evaluar las

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

conductas de salud de los adolescentes escolarizados a través de encuestas transversales, que utilizan procedimientos estandarizados similares en todos los países.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) usa un enfoque de muestreo de dos etapas. En la primera etapa se seleccionan una muestra de escuelas al azar, y en la segunda se identifican los cursos en cada una de esas escuelas de manera de generar una población de estudio que refleje la distribución por edades de la población total de estudiantes escolares del país. Los alumnos completan el cuestionario en hora de clase y registraron sus respuestas directamente en una hoja apta para su escaneo en una computadora. Los administradores y coordinadores de las encuestas enviaron las hojas de respuestas a los Centros para el Control de Enfermedades para escanear y procesar.

La EMSE se llevó a cabo en el país en el año 2007 en una muestra de 1537 estudiantes de escuelas públicas y privadas de 12 a 15 años con una tasa de respuesta total del 77%. En el año 2012 la muestra fue de 21324 estudiantes con una tasa de respuesta del 71%. En este último año se presenta una desagregación sub-nacional, permitiendo el análisis a nivel provincial. El porcentaje promedio de varones en las muestras sub-nacionales de 2012 se encuentra entre 43% y 52% y la edad media es de 13.93 (en un rango 13.6-14.3). En 2007, el porcentaje de hombres fue de 46% y la edad promedio 14.14 (Tabla 1.4.1).

Tabla 1.4.1
Descripción de datos de la EMSE 2007 y 2012 Argentina.

	Tamaño muestra	Pocentaje Hombres	Promedio de edad
2007	1523	46%	14.14
2012	21,324	48%	13.93
Bs As	944	49%	13.62
CABA	867	52%	14.07
Catamarca	1554	48%	14.01
Chaco	748	48%	14.17
Chubut	970	46%	14.14
Cordoba	985	46%	14.04
Corrientes	758	45%	13.57
Entre Rios	941	46%	14.10
Jujuy	952	47%	14.15
La Pampa	1320	46%	13.71
La Rioja	811	45%	14.23
Mendoza	896	48%	14.18
Misiones	995	46%	14.13
Neuquen	620	46%	14.29
Rio Negro	793	47%	14.17
Salta	866	47%	14.20
San Juan	907	48%	13.77
San Luis	1251	43%	14.06
Santa Cruz	758	44%	14.22
Santa Fe	890	47%	14.13
Santiago del Estero	905	47%	14.14
Tierra del Fuego	416	49%	14.12
Tucuman	1177	46%	14.07

Fuente: EMSE Argentina, OMS

De la EMSE se extrajeron un conjunto de indicadores sobre comportamientos riesgosos en salud de los adolescentes, a partir del cual se elaboraron cinco indicadores compuestos idénticos al grupo propuesto para la comparación latinoamericana. Ellos son: riesgo en nutrición y actividad física, riesgo en abuso de sustancias, riesgo en actividad sexual irresponsable, riesgo en propensión a la violencia y riesgo en salud mental.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

En todos los casos, los indicadores compuestos son variables con tres categorías: 1) no tiene ningún comportamiento riesgoso, 2) tiene uno y 3) tiene más de uno. En la Tabla 1.4.2 se muestra una descripción de los indicadores que conforman cada indicador compuesto, que reproduce el planteo de la sección anterior.

Tabla 1.4.2
Descripción de los indicadores elaborados en base a los datos de la EMSE

Indicadores en Encuesta Mundial de Salud Escolar		
Riesgo de nutrición	Sobrepeso	Porcentaje de estudiantes quienes tienen sobrepeso (Medido como > +1 desvío estándar de la mediana para el Índice de Masa Corporal (IMC) ajustado por edad y sexo)
	Bajo consumo de frutas/vegetales	Porcentaje de estudiantes que consume frutas/vegetales menos de 5 veces al día, en el último mes
	Baja actividad física	Porcentaje de estudiantes que realizaron 60 minutos de actividad física por día en menos de 5 días a la semana, en la última semana. Siguiendo recomendaciones internacionales
	Pasa +3hs sentada	Porcentaje de estudiantes que pasaron más de tres horas por día viendo televisión, jugando juegos en la computadora, conversando con amigos o haciendo otras cosas que exigen permanecer sentado, como leer, estudiar o chatear.
Riesgo de abuso de sustancias	Consumo de Tabaco	Porcentaje de estudiantes quienes consumieron tabaco, en cualquier forma, uno o más días, en el último mes
	Consumo de Alcohol	Porcentaje de estudiantes quienes ingirieron alcohol uno o más días, en el último mes
	Uso de drogas	Porcentaje de estudiantes quienes usaron drogas uno o más veces, durante toda su vida
	Tuvo relaciones sexuales	Porcentaje de estudiantes quienes tuvieron relaciones sexuales
Riesgo de actividad sexual irresponsable	Inicio temprano actividad sexual	Porcentaje de estudiantes quienes tuvieron relaciones sexuales antes de los 14 años edad
	Más de 1 pareja sexual	Porcentaje de estudiantes que tuvieron más de una pareja sexual, durante su vida
	No uso condón en su última relación sexual	Porcentaje de estudiantes que no usaron condón en su última relación sexual
Riesgo de propensión a la violencia	Ataque físico	Porcentaje de estudiantes que han sido víctimas de una agresión física una o más veces, en el último año
	Participación en peleas	Porcentaje de estudiantes que han participado en peleas uno o más veces, en el último año
	Recibió una lesión	Porcentaje de estudiantes que recibieron una lesión grave una o más veces, en el último año
	Víctima de Bullying	Porcentaje de estudiantes que fueron víctima de bullying, en los últimos 30 días
Riesgo de salud mental	Sentimiento de Soledad	Porcentaje de estudiantes que la mayoría del tiempo se sienten solos/as, en el último año
	Sentimiento de Preocupación	Porcentaje de estudiantes que la mayoría del tiempo estuvieron tan preocupados/as y no pudieron dormir en la noche, en el último año
	Intención de suicidio	Porcentaje de estudiantes que consideraron seriamente en suicidarse, último año
	No tiene amigos	Porcentaje de estudiantes que no tienen amigos cercanos
Padres Presentes	Padres revisan tareas	Porcentaje de estudiantes cuyos padres verificaron la mayoría del tiempo su tarea, en el último mes
	Padres lo entienden	Porcentaje de estudiantes cuyos padres comprendieron la mayoría del tiempo sus problemas y preocupaciones, en el último mes
	Padres saben de sus tiempos libres	Porcentaje de estudiantes cuyos padres sabían la mayoría del tiempo que hacían en su tiempo libre, en el último mes
Pares presentes		Porcentaje de estudiantes que se sintieron la mayoría del tiempo ayudados y apoyados por sus pares

Fuente: EMSE Argentina, OMS

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Adicionalmente, a través de un análisis de regresión logística se analiza la relación entre los indicadores compuestos de comportamientos riesgosos y factores de protección, y variables socio-económicas.

Las variables de factores de protección, también, se extraen de la EMSE a través de las preguntas: ¿con qué frecuencia verificaron tus padres o cuidadores que tengas tu tarea hecha?; ¿con qué frecuencia comprendieron tus padres o cuidadores tus problemas y preocupaciones?; ¿con qué frecuencia tus padres o cuidadores realmente sabían lo que vos estabas haciendo en tu tiempo libre?; ¿con qué frecuencia la mayoría de los estudiantes en tu escuela fueron amables con vos y te prestaron ayuda? Las respuestas a estas preguntas son siempre, la mayoría del tiempo, a veces, rara vez y nunca; en base al recuerdo de los estudiantes en los últimos 30 días.

Con esta información, se crearon variables dicotómicas por cada pregunta, siendo 1 si la respuesta fue siempre o la mayoría del tiempo y 0 si respondió el resto de las opciones. También se elaboró un indicador compuesto que intenta captar la intensidad de protección de los padres, en base a la suma de las tres variables dicotómicas relacionadas a la presencia de los mismos en la actividad de los alumnos. Este indicador toma valores entre 0 (sin presencia) y 3 (presencia en los tres indicadores simples).

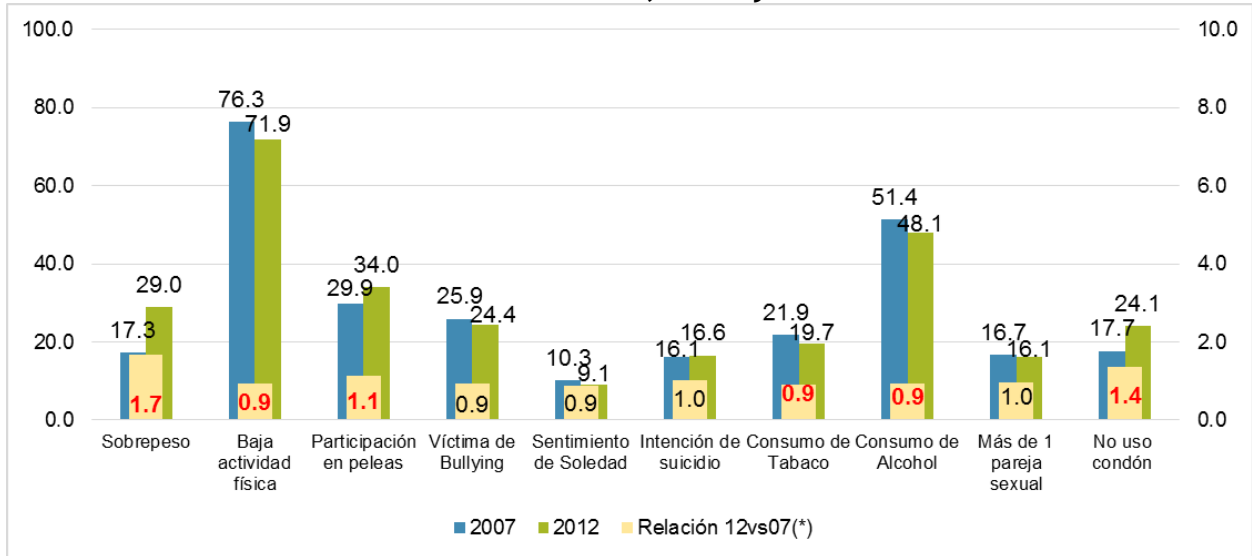
4.3- Análisis de estadística descriptiva

Comparación interanual 2007 y 2012 a nivel nacional

En la Figura 1.4.1 se observa el porcentaje de estudiantes de la muestra para un grupo seleccionado de indicadores simples de los años 2007 y 2012, y la relación entre ambos, identificando en **negrita y rojo** si tal variación es estadísticamente significativa⁷.

⁷ En el Anexo 1 se encuentra el mismo indicador para todos los indicadores simples analizados de la EMSE.

Figura 1.4.1
Indicadores de EMSE, 2007 y 2012



(*)Relación entre la media de año 2012 y 2007, los valores en **negrita** y **rojo** son estadísticamente significativos con un p-valor <0.05

Fuente: EMSE Argentina, OMS

Se observa un aumento en el porcentaje de estudiantes con sobrepeso del 67%, al tiempo que la actividad física se reduce en 9%. Asimismo, se reduce en menos del 10% pero con una incidencia estadísticamente significativa, el consumo de tabaco y alcohol para el total nacional, en línea con los resultados obtenidos por Ferrante et al. (2014).

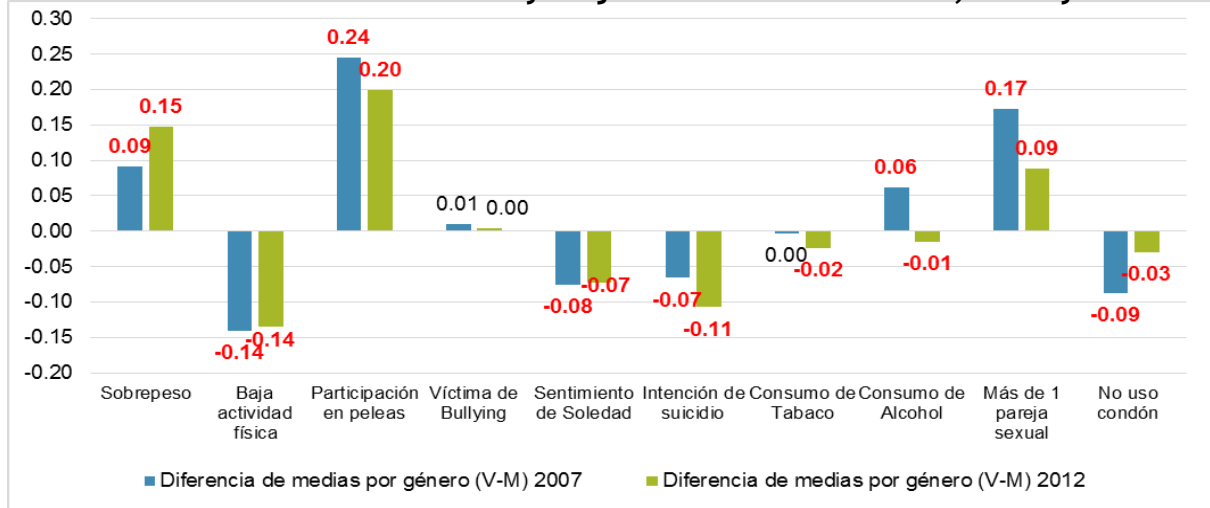
Baja actividad física y consumo de alcohol son marcadamente los dos hábitos más riesgosos a los que se exponen los/as jóvenes argentinos, aunque con movimientos en diferente dirección. Participación en peleas surge como el tercer factor más probable, con un aumento del 10% entre ambos períodos, partiendo de un 29,9% de incidencia a 34%.

Por su parte, la sensación de soledad y la intención de suicidio se mantienen en el entorno del 10% y 16%, sin variaciones significativas entre períodos.

Se verifica asimismo que las diferencias entre hombres y mujeres se redujeron en siete de los diez indicadores bajo análisis, exceptuando las trazadoras de sobrepeso, intención de suicidio y consumo de tabaco (Ver Figura 1.4.2). En el caso del consumo de alcohol, en el año 2007 los hombres presentaban una prevalencia más alta que las mujeres, lo que se revierte en el año 2012. En la mayoría de los indicadores, la diferencia de género es estadísticamente significativa en ambos años, excepto en el indicador de víctima de bullying.

Figura 1.4.2

Diferencia de medias entre varones y mujeres. Indicadores EMSE, 2007 y 2012



(*)Diferencias de medias de varones y mujeres, los valores en negrita y rojo son estadísticamente significativos con un p-valor <0.05

Fuente: EMSE Argentina, OMS

En la Tabla 1.4.3 se presenta el porcentaje de estudiantes de la muestra de la EMSE por intensidad de riesgo para cada tipología construida, para el total y por género, por año 2007 y 2012. En líneas generales se observa que en nutrición y falta de actividad física es donde los estudiantes presentan mayores comportamientos riesgosos. En el año 2012, el 82% de los estudiantes presenta dos o más riesgos relacionados a este tópico, el cual se ha incrementado en relación al año 2007 (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa) y se evidencia más en mujeres que hombres.

En segundo lugar se encuentra la propensión a la violencia, donde 26.05% vivió/sufrió dos o más tipos de violencia (ataque físico, pelea y/o lesión). Respecto del año 2007 la data sugiere un leve aumento, principalmente a causa de la mayor incidencia femenina. No obstante, los varones son casi el doble de propensos a comportamientos de violencia que las mujeres.

En tercer lugar se encuentra el abuso de sustancias: el 18.75% de los/las estudiantes encuestados/as consumieron dos o más sustancias (tabaco, alcohol y/o drogas) en el año 2012. Este porcentaje se redujo considerablemente en relación al 2007, siendo mayor la caída observada en varones. Por su parte, el 13.77% de los/las estudiantes presentan dos o más comportamientos riesgosos de salud sexual en el año 2012, con un incremento de aproximadamente 5 puntos porcentuales respecto al año 2007. En este indicador los varones son más proclives que las mujeres.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Finalmente, el 8.87% de los/las estudiantes presenta dos o más riesgos relacionados a la salud mental en el año 2012, con una leve disminución estadísticamente no significativa en relación al año 2007. En concordancia a varios de los países donde se llevó a cabo la encuesta (McKinnon et al, 2016; Cheng et al, 2009; Cui et al, 2011), las mujeres son más propensas a estos riesgos que los varones. En la Figura 1.4.3 se observa la evolución del ranking en base a la mayor prevalencia de comportamientos riesgosos.

Tabla 1.4.3

Porcentaje de estudiantes por intensidad de riesgo en cada tipología, total y por género, años 2007 y 2012.

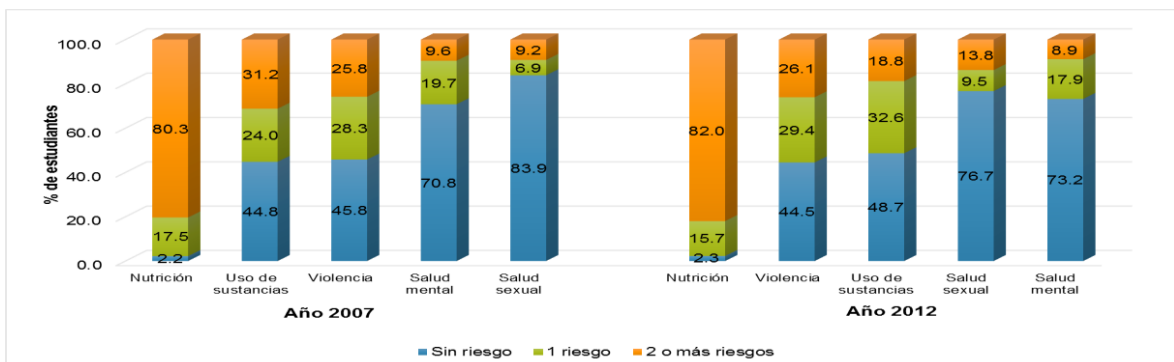
		Año 2007				2012				Diferencia de total media 12vs07
		Total	Mujer	Varón	Diferencia de medias (M-V)	Total	Mujer	Varón	Diferencia de medias (M-V)	
Nutrición y baja actividad física	0	2.22	1.84	2.64	-0.80	2.30	2.09	2.53	-0.44	0.09
	1	17.46	13.83	21.60	-7.77	15.74	14.50	17.07	-2.56	-1.73
	+2	80.32	84.33	75.76	8.57	81.96	83.40	80.40	3.00	1.64
Abuso de sustancias	0	44.79	47.74	41.05	6.69	48.68	47.91	49.54	-1.64	3.89
	1	23.98	22.01	26.48	-4.46	32.56	32.57	32.56	0.01	8.58
	+2	31.23	30.24	32.48	-2.23	18.75	19.52	17.90	1.62	-12.47
Salud sexual	0	83.87	89.27	76.48	12.79	76.73	81.74	70.78	10.96	-7.14
	1	6.91	5.64	8.66	-3.02	9.50	7.69	11.64	-3.95	2.58
	+2	9.21	5.09	14.86	-9.77	13.77	10.57	17.58	-7.01	4.56
Propensión a la violencia	0	45.83	58.17	31.22	26.95	44.51	56.21	31.76	24.45	-1.32
	1	28.35	25.71	31.48	-5.77	29.43	26.02	33.16	-7.14	1.09
	+2	25.82	16.12	37.30	-21.18	26.05	17.77	35.08	-17.31	0.24
Salud Mental	0	70.79	65.05	77.61	-12.56	73.21	67.45	79.63	-12.18	2.42
	1	19.66	22.93	15.77	7.17	17.92	20.39	15.18	5.21	-1.73
	+2	9.55	12.02	6.62	5.39	8.87	12.17	5.19	6.97	-0.69

Diferencias de medias, los valores en negrita son estadísticamente significativos con un p-valor <0.05

Fuente: EMSE Argentina 2007, 2012, OMS

Figura 1.4.3

Porcentaje de estudiantes por intensidad de riesgo en cada tipología y año



Fuente: EMSE Argentina 2007, 2012, OMS

Hallazgos a nivel sub-nacional

En este apartado se analiza la presencia de diferencias en el comportamiento a nivel sub-nacional, para lo cual se utilizan los datos de la EMSE 2012. En la Tabla del Anexo 2 se incorpora complementariamente el porcentaje de estudiantes por indicador simple para cada provincia.

Se observa una alta heterogeneidad dentro del país sobre los comportamientos riesgosos de los estudiantes. En líneas generales, los valores máximos se concentran principalmente en las provincias de la región patagónica. Específicamente en Tierra del Fuego que presentan los valores máximos en los dos indicadores de baja actividad física y los tres indicadores de violencia. En la región Noroeste se encuentran los mayores valores sobre salud mental en riesgo, Salta presenta la mayor prevalencia de intención de suicidio, siendo más del doble del promedio nacional.

En el área de salud sexual, Buenos Aires representa los más altos porcentajes vinculados a inicio temprano a la vida sexual, y más de una pareja sexual en la vida, mientras que el no uso de preservativos es también más alto en la provincia de Salta. Sobre el abuso de sustancias, los estudiantes de Neuquén son más de 2.5 veces más propensos a consumir drogas que el promedio nacional.

En la Figura 1.4.5 se incorpora al análisis el detalle de los porcentajes de prevalencia de un conjunto de factores de riesgo, tanto en valores totales sobre el total de los y las adolescentes encuestadas y por género. Nuevamente, las mujeres son más propensas a la baja actividad física e intención de suicidio que los hombres, mientras que los hombres son altamente más propensos a la participación en peleas.

En el caso de exposición a las drogas y al contagio de enfermedades sexuales y al embarazo, los resultados por género varían según provincia. Existe una mayor probabilidad que los hombres hayan usado drogas, sin embargo para las provincias de Chubut, Santiago del Estero, CABA y Tucumán el resultado se revierte o no hay diferencia estadísticamente significativa según género. Por su parte, las mujeres resultan menos probables en el uso de condón, aunque para Corrientes y Misiones el resultado es inverso. En nueve provincias no hay diferencia significativa.

Posteriormente, en la Figura 1.4.6 se propone identificar posibles asociaciones simples entre la incidencia de factores de riesgo en adolescencia por provincia y población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) como porcentaje de la población total. Las variables de riesgo utilizadas en esta oportunidad son: (1) bajo consumo de frutas y verduras, (2) consumo de tabaco, (3) consumo de drogas, (4) tuvo relaciones sexuales, (5) participación en peleas e (6) intención de suicidio.

Para los tres primeros indicadores se observa una relación negativa, las provincias con menor presencia de NBI son más propensas a tener estos comportamientos riesgosos. Lo que indica que estos comportamientos son de provincias con nivel socio-económico elevado. En cambio los tres últimos indicadores muestran una relación positiva, indicando

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

que son comportamientos de provincias con nivel socio-económico bajo. Tierra del Fuego es la jurisdicción que presenta la peor posición encontrándose en todos los indicadores por encima del promedio nacional (Figura 1.4.5 y 1.4.6).

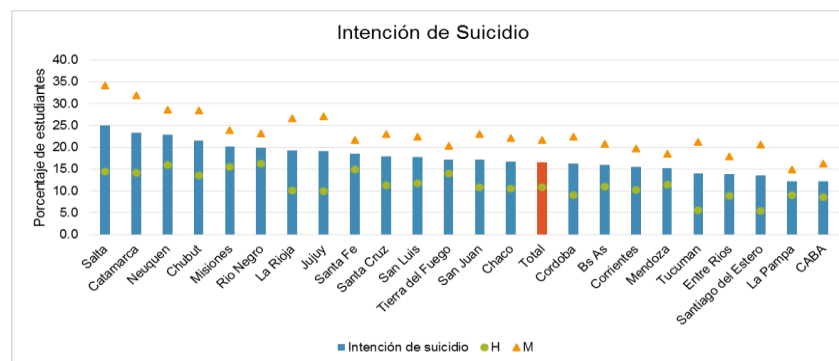
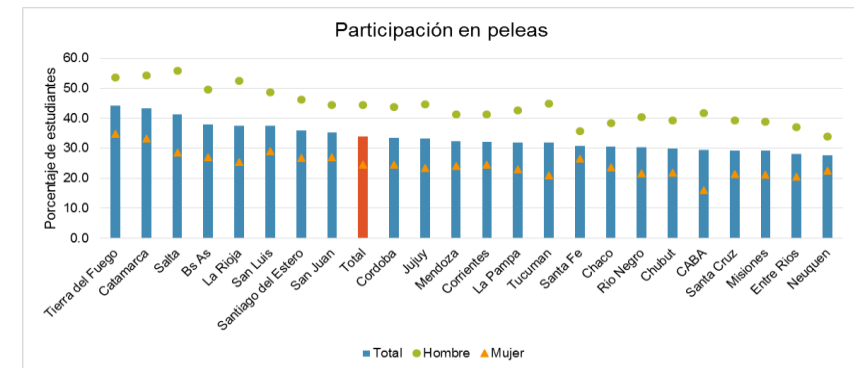
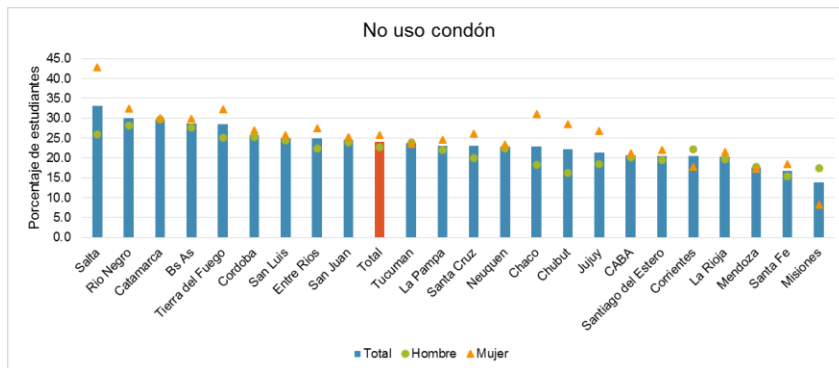
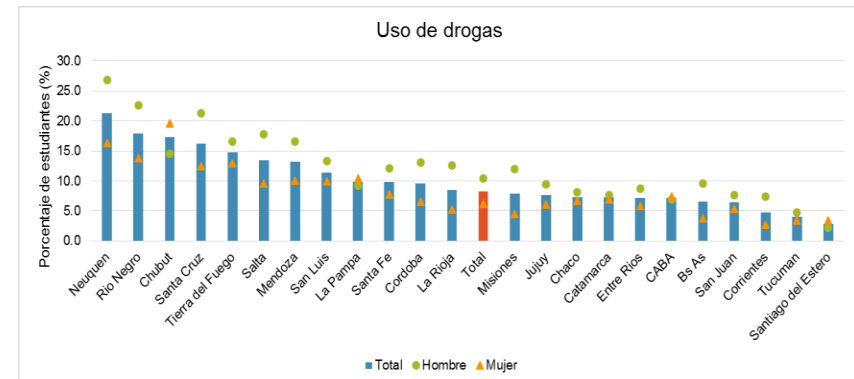
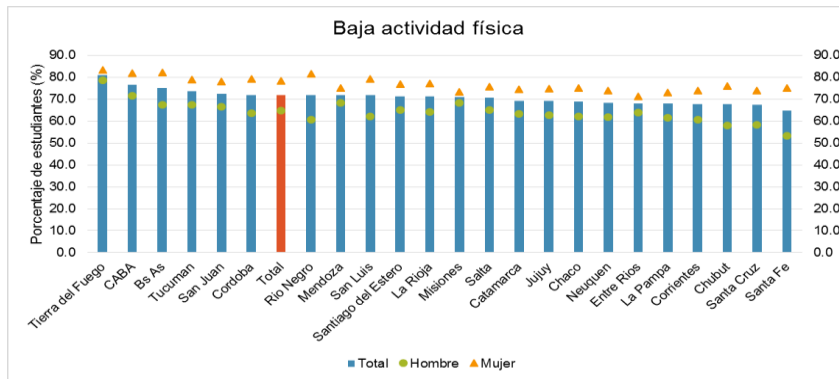
En la Tabla 1.4.4 se observa el porcentaje de estudiantes por intensidad de comportamientos riesgosos con base a los indicadores compuestos seleccionados, según provincias. En nutrición, el porcentaje de estudiantes con dos o más comportamientos riesgoso oscila entre 86.3% (Jujuy) y 94% (Tierra del Fuego), con una mediana de 88.6%, siendo la tipología con mayor porcentaje de las analizadas. Lo segunda la propensión a comportamientos de violencia con una mediana de 27.4% (Chubut), un mínimo de 19.2% (Tucumán) y un máximo de 44.7% (Tierra del Fuego). El abuso de sustancias ocupa el tercer lugar siendo la provincia con mayor porcentaje de acumulación de uso de sustancias Rio Negro con el 29.5% (la mediana es de 20.9%).

La prevalencia de dos o más comportamientos riesgosos de salud sexual es de 13.8% en promedio, el cual oscila entre 7.1% (CABA) y 20% (Buenos Aires). Por último, se encuentra la prevalencia a comportamientos riesgosos de salud mental con una mediana de 9.1% (Chaco), existiendo una diferencia de más del doble entre el porcentaje máximo (Catamarca con 13.3%) y mínimo (CABA con 5.8%). Estos dos últimos indicadores, salud sexual y salud mental, tienen un alto porcentaje en cero comportamientos riesgosos.

Si analizamos las diferencias por género de estos indicadores compuestos (Tabla 1.4.5), las mujeres son más propensas a tener más comportamientos riesgosos relacionados a la salud mental que los varones, presentando en la mayoría de los casos una probabilidad de más del doble y estadísticamente significativa. La diferencia mayor se observa en Santiago del Estero donde las mujeres son cinco veces más propensas a tener más de dos comportamientos riesgosos de salud mental que los varones. En cambio, en violencia y salud sexual reproductiva, son los varones los que presentan mayor probabilidad de tener comportamientos de riesgo que las mujeres, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las provincias. Una excepción es Tierra del Fuego para el indicador de violencia, donde se observa una relación de 0.72 entre la prevalencia de varones y mujeres.

En nutrición y actividad física, finalmente, las mujeres también tienden a ser más propensas al riesgo aunque las diferencias son mínimas. En San Luis, Santa Cruz y Tucumán las mujeres son las que presentan una mayor probabilidad relativa y estadísticamente significativa de consumir dos o más sustancias, en relación a los varones; mientras que en CABA, Catamarca, Chubut, San Juan y Tierra del Fuego son los varones los más propensos. En el resto de las provincias, las diferencias son estadísticamente no significativas. Los resultados concuerdan con la tendencia observada a nivel nacional y en Latinoamérica.

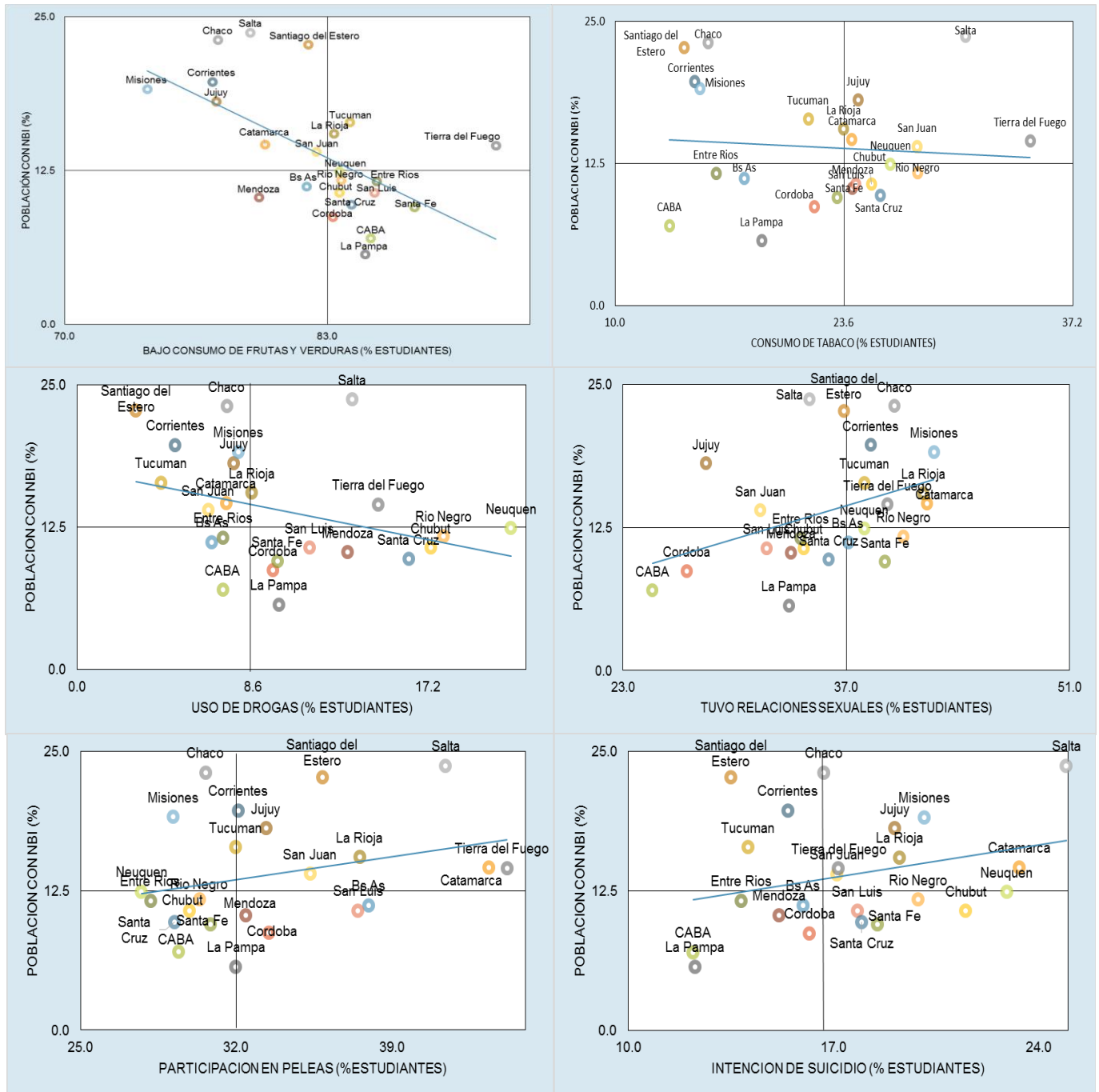
Figura 1.4.5
Prevalencia (% estudiantes) total y por género, según provincia



Fuente: EMSE 2012 sub-nacional

Figura 1.4.6

Relación entre prevalencia (% estudiantes) y población con NBI pata indicadores seleccionados, según provincia



Fuente: EMSE 2012 subnacional

Tabla 1.4.4**Prevalencia en indicadores compuestos de comportamientos riesgosos en salud por provincia**

Provincia	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Bs As	0.7	7.4	91.9	54.1	29.2	16.6	72.6	7.4	20.0	43.3	26.0	30.7	74.4	16.3	9.3
CABA	1.2	8.1	90.7	63.4	24.0	12.7	85.3	7.6	7.1	45.7	30.1	24.2	75.8	18.4	5.8
Catamarca	0.8	10.4	88.8	45.5	33.5	21.0	71.8	12.3	15.9	34.3	31.5	34.2	66.1	20.6	13.3
Chaco	2.0	11.1	86.9	46.2	38.8	15.0	75.3	10.7	14.0	46.9	29.7	23.4	71.4	19.4	9.1
Chubut	2.0	10.6	87.4	43.7	29.7	26.7	77.4	12.2	10.4	42.7	32.5	24.7	69.9	17.5	12.6
Cordoba	1.5	9.2	89.2	43.5	35.6	20.9	83.3	7.5	9.2	43.7	32.7	23.6	76.7	16.3	7.0
Corrientes	1.8	10.3	87.9	49.5	36.2	14.3	77.8	11.7	10.5	41.7	33.4	24.9	70.1	21.6	8.3
Entre Rios	1.0	8.2	90.8	32.2	51.1	16.7	76.9	8.8	14.4	49.2	31.2	19.6	74.7	17.2	8.1
Jujuy	1.4	12.4	86.3	57.6	21.9	20.5	82.1	10.0	7.9	42.0	29.3	28.7	71.5	17.7	10.8
La Pampa	1.2	10.7	88.1	50.0	31.5	18.5	77.5	9.0	13.5	46.3	29.8	23.9	78.2	15.4	6.3
La Rioja	1.1	8.2	90.7	48.8	30.8	20.4	74.0	13.1	12.8	37.7	34.9	27.3	68.2	21.1	10.7
Mendoza	2.0	11.4	86.6	43.7	31.1	25.2	80.2	9.9	9.9	49.0	31.2	19.8	74.8	17.4	7.8
Misiones	1.6	9.8	88.7	47.1	37.8	15.1	75.5	12.9	11.6	49.9	28.5	21.7	66.7	22.7	10.7
Neuquen	1.0	12.2	86.7	38.1	33.7	28.1	76.8	11.9	11.2	43.3	31.3	25.4	68.9	19.2	12.0
Rio Negro	1.0	12.4	86.7	37.8	32.8	29.5	71.8	12.3	15.9	45.7	30.2	24.1	69.9	21.8	8.2
Salta	1.4	10.0	88.6	47.5	26.9	25.6	75.9	12.3	11.8	35.2	33.3	31.5	65.3	22.9	11.8
San Juan	1.0	12.4	86.5	45.9	31.6	22.5	79.9	9.9	10.2	41.0	32.3	26.7	69.8	21.3	8.9
San Luis	0.8	9.2	90.0	44.3	30.5	25.3	78.9	8.1	13.0	39.7	31.2	29.1	70.1	20.0	9.9
Santa Cruz	1.7	11.6	86.7	44.8	27.9	27.3	76.6	11.2	12.2	44.3	34.0	21.7	72.5	19.1	8.4
Santa Fe	1.3	11.0	87.7	30.5	46.4	23.1	75.6	13.4	11.0	45.7	31.0	23.4	70.7	20.1	9.3
Santiago del Estero	0.4	7.4	92.2	55.8	31.3	12.9	75.9	10.7	13.4	43.6	29.4	27.1	76.0	16.4	7.6
Tierra del Fuego	1.2	4.8	94.0	43.0	28.3	28.7	76.4	13.8	9.8	36.5	18.8	44.7	74.4	14.6	11.0
Tucuman	0.3	7.2	92.5	53.4	27.3	19.3	78.8	10.0	11.2	51.3	29.4	19.2	77.8	14.1	8.1
Total	1.1	9.0	89.9	48.7	32.6	18.8	76.7	9.5	13.8	44.5	29.4	26.1	73.2	17.9	8.9

Fuente: EMSE 2012 subnacional

Tabla 1.4.5

Relación de prevalencia (% estudiantes) entre hombres y mujeres en indicadores compuestos de comportamientos riesgosos en salud por provincia

Provincia	Nutrición			Abuso de sustancias			Salud sexual			Propensión a la violencia			Salud Mental		
	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2	0	1	+2
Bs As	2.11	1.55	0.96	1.02	0.95	1.02	0.92	1.51	1.17	0.50	1.31	2.10	1.09	1.06	0.42
CABA	3.53	0.55	1.04	0.94	1.49	0.66	0.96	1.07	1.57	0.51	1.58	2.07	1.14	0.68	0.65
Catamarca	0.85	1.37	0.97	1.08	1.04	0.80	0.77	1.35	2.49	0.48	1.15	1.78	1.35	0.67	0.36
Chaco	1.07	1.94	0.92	1.21	0.85	0.85	0.73	1.88	3.34	0.69	1.32	1.47	1.25	0.68	0.35
Chubut	1.01	1.10	0.99	1.41	0.85	0.68	0.87	1.76	1.38	0.58	1.23	1.92	1.23	0.95	0.28
Cordoba	1.09	1.50	0.96	0.95	1.13	0.89	0.82	2.54	3.10	0.59	1.15	2.13	1.21	0.54	0.47
Corrientes	1.15	1.67	0.94	1.06	0.88	1.09	0.80	1.18	4.37	0.65	1.04	1.92	1.22	0.60	0.66
Entre Rios	9.00	1.32	0.96	1.16	0.97	0.83	0.84	1.34	2.18	0.68	1.27	1.75	1.16	0.78	0.37
Jujuy	1.20	1.46	0.94	1.17	0.71	0.90	0.80	3.30	2.40	0.49	1.41	1.92	1.27	0.62	0.39
La Pampa	3.32	1.15	0.97	1.02	1.02	0.90	0.80	1.58	2.58	0.57	1.31	2.04	1.14	0.66	0.47
La Rioja	1.54	1.37	0.97	1.16	0.84	0.91	0.70	2.05	3.54	0.58	0.97	2.12	1.35	0.62	0.29
Mendoza	0.40	1.17	1.00	1.09	0.91	0.96	0.85	1.85	2.13	0.64	1.34	1.89	1.20	0.65	0.43
Misiones	0.31	1.16	1.00	0.94	1.02	1.14	0.68	1.69	7.88	0.69	1.27	1.69	1.25	0.64	0.57
Neuquen	0.00	1.46	0.97	0.98	0.90	1.16	0.80	2.00	2.26	0.67	1.14	1.65	1.26	0.62	0.52
Rio Negro	3.09	1.68	0.92	0.90	1.12	1.01	0.80	1.48	1.96	0.53	1.22	2.56	1.18	0.66	0.73
Salta	0.81	1.38	0.97	0.96	1.04	1.04	0.85	1.52	1.77	0.55	1.06	1.78	1.46	0.56	0.31
San Juan	4.93	1.73	0.91	1.19	0.98	0.71	0.89	1.34	1.93	0.57	1.13	2.01	1.24	0.70	0.41
San Luis	0.88	1.88	0.94	0.95	0.92	1.20	0.82	1.58	2.36	0.57	1.07	1.90	1.23	0.82	0.26
Santa Cruz	0.63	0.98	1.01	0.87	0.98	1.27	0.85	1.07	2.48	0.67	1.19	1.61	1.17	0.76	0.41
Santa Fe	1.99	1.79	0.92	0.97	1.10	0.86	0.92	1.29	1.31	0.62	1.29	1.78	1.22	0.65	0.52
Santiago del Estero	1.63	1.81	0.95	1.06	0.94	0.90	0.74	1.95	3.37	0.60	1.24	1.74	1.20	0.79	0.19
Tierra del Fuego	0.58	2.67	0.94	1.32	0.85	0.66	0.89	1.38	1.52	0.86	1.91	0.72	1.22	0.62	0.21
Tucuman	11.07	1.21	0.97	0.85	0.91	1.50	0.85	2.21	1.24	0.45	0.78	3.99	1.10	0.82	0.69

Los valores en negrita son estadísticamente significativos con un p-valor<0.05

Fuente: EMSE 2012 subnacional

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

En la Tabla 1.4.6 se presentan los resultados de la regresión logística multivariada para el total de provincias. La variable dependiente en todos los casos es dicotómica, toma valor 1 si tiene dos o más comportamientos riesgosos y 0 en el resto de los casos. Las variables independientes son el género (1=hombre), la edad, la intensidad de la presencia de los padres, explicada anteriormente, y el compañerismo de sus pares, ambas como variables de protección.

También se agrega una variable dicotómica sobre el nivel socio-económico de los países, que toma el valor 1 si la provincia tiene un Producto Bruto Geográfico per cápita superior a la mediana provincial y 0 si es menor. En el Anexo se presentan las regresiones logísticas multivariadas para cada una de las provincias.

Como fue mencionado previamente, las mujeres tienen mayores probabilidades de tener más comportamientos riesgosos de mala nutrición y de salud mental, que los varones. Las mujeres tienen una probabilidad tres veces mayor de tener problemas relacionados a la salud mental que los varones. También son más propensas al consumo de sustancias, excepto en Santa Cruz. Mientras tanto, los varones tienen una probabilidad de más del doble que las mujeres de correr más riesgos de actividad sexual irresponsable y violencia física. Las diferencias de género no son estadísticamente significativas en todas las provincias principalmente para los indicadores de nutrición y abuso de sustancias.

En el abuso de sustancias, actividad sexual irresponsable y problemas de salud mental se observa que la probabilidad de tener más comportamientos riesgosos aumenta con la edad, mientras que en nutrición y violencia física la relación es estadísticamente no significativa. Tal probabilidad, asimismo, aumenta con la edad relativamente más en los grupos de abuso de sustancias y actividad sexual irresponsable. Aunque por provincia, la fuerza de significativa estadística se reduce.

La atención de los padres nuevamente se revela como un buen factor de protección, y mientras mayor es esa atención menor es la probabilidad de ocurrencia de comportamientos riesgosos acumulados. Este resultado concuerda con la evidencia internacional, que ha demostrado la relevancia de la presencia de los padres para evitar comportamientos riesgosos de manera individual (Siziya et al, 2009; Peltzer, 2009; Rudatsikira et al, 2008, 2007, Yusoff et al, 2014, Celedonia et al, 2013). La protección de los padres tiene mayor influencia en nutrición y salud mental.

El compañerismo de pares tiene un efecto similar aunque menos intenso, alineado en ocasiones con los resultados generales para América Latina. En el caso de actividad sexual irresponsable la relación no es estadísticamente significativa. La influencia positiva de pares es relativamente mayor en salud mental. El efecto es inverso en abuso de sustancias, aquellos alumnos que se sienten apoyados por sus compañeros tienen mayor probabilidad de consumir dos o más sustancias, que aquellos que no se sienten acompañados de sus pares.

Los resultados de los estudios multivariados muestran la existencia de una asociación positiva entre la prevalencia de tener más comportamientos riesgosos y el nivel de riqueza

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

de la provincia en el caso de abuso de sustancias, violencia física y salud mental. Es decir, las provincias con ingresos más elevados son más propensas a la acumulación de estos comportamientos. Mientras tanto, en mala nutrición y actividad sexual irresponsable la asociación es negativa pero estadísticamente no significativa.

Por último se analiza la asociación entre la prevalencia de riesgo en uso de sustancias, violencia física y salud mental, y ser víctima de bullying. Los resultados corroboran lo evidenciado a nivel internacional, los estudiantes que sufren de bullying son más propensos al abuso de sustancias, violencia física y problemas de salud mental (Fadanelli et al, 2013, Fleming and Jacobsen, 2009a, 2009b, Holt et al, 2015, Hazemba et al, 2008, Kubwalo et al, 2013). Las víctimas de bullying son casi cuatro veces más propensas en tener comportamientos acumulados de violencia y tres veces más propensos a tener problemas mentales acumulados, que los estudiantes que no son víctimas de bullying,.

En la Tabla 1.4.7 se presentan los odds ratio estadísticamente significativos con un p-valor <0.10 de los regresiones logísticas multivariadas por provincia.

Tabla 1.4.6
Regresión logística multivariada para indicadores de dos o más comportamientos riesgosos por tipo, total provincias

	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.681***	(0.622 - 0.746)	0.895***	(0.829 - 0.966)	2.567***	(2.329 - 2.829)	2.606***	(2.412 - 2.816)	0.323***	(0.286 - 0.365)
Edad (12=1)										
13	1.077	(0.824 - 1.409)	1.731***	(1.219 - 2.459)	3.114***	(1.836 - 5.282)	0.947	(0.744 - 1.207)	1.577**	(1.003 - 2.478)
14	1.059	(0.815 - 1.377)	2.536***	(1.797 - 3.578)	4.166***	(2.470 - 7.027)	0.915	(0.722 - 1.161)	1.889***	(1.211 - 2.946)
15	1.036	(0.796 - 1.348)	3.770***	(2.673 - 5.315)	4.986***	(2.957 - 8.408)	0.940	(0.741 - 1.193)	2.092***	(1.341 - 3.264)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.852**	(0.744 - 0.975)	0.634***	(0.577 - 0.697)	0.664***	(0.588 - 0.749)	0.761***	(0.690 - 0.840)	0.640***	(0.561 - 0.730)
2	0.662***	(0.581 - 0.755)	0.437***	(0.394 - 0.485)	0.561***	(0.494 - 0.638)	0.595***	(0.536 - 0.661)	0.397***	(0.341 - 0.463)
3	0.491***	(0.429 - 0.562)	0.287***	(0.252 - 0.328)	0.502***	(0.433 - 0.583)	0.539***	(0.479 - 0.607)	0.407***	(0.339 - 0.488)
Compañerismo de pares	0.803***	(0.731 - 0.882)	1.107**	(1.023 - 1.198)	0.930	(0.845 - 1.025)	0.918**	(0.849 - 0.993)	0.664***	(0.593 - 0.744)
PBI >=mediana	0.995	(0.908 - 1.089)	1.167***	(1.081 - 1.260)	0.974	(0.886 - 1.070)	1.068*	(0.990 - 1.153)	1.139**	(1.022 - 1.269)
Victima de Bullying			1.782***	(1.640 - 1.936)			3.624***	(3.342 - 3.931)	2.938***	(2.633 - 3.278)
Constante	14.17***	(10.74 - 18.71)	0.120***	(0.085 - 0.171)	0.0302***	(0.018 - 0.051)	0.194***	(0.152 - 0.248)	0.0949***	(0.060 - 0.149)
N	19191		17643		17110		16375		17794	

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 1.4.7
Resultados (Odds Ratio) estadísticamente significativos de la regresiones logísticas multivariadas por provincia

Provincias	Mala Nutrición y actividad física				Uso de sustancias					Salud sexual irresponsable				Violencia				Salud Mental					
	Género (Hombre =1)	Edad (15 años)	Padres present es (nivel de 3)	Apoyo de pares	Género (Hombre =1)	Edad (15 años)	Padres present es (nivel de 3)	Apoyo de pares	Víctima de bullying	Género (Hombre =1)	Edad (15 años)	Padres present es (nivel de 3)	Apoyo de pares	Víctima de bullying	Género (Hombre =1)	Edad (15 años)	Padres present es (nivel de 3)	Apoyo de pares	Víctima de bullying				
Bs As	0.53		0.42			6.06	0.10		1.83	1.50	16.71	0.38		3.28		0.37		6.39	0.39	3.28	0.35		3.53
CABA			0.51	0.47	0.66		0.52			1.95		0.26		3.04		0.61		1.80					2.10
Catamarca			0.39		0.79	4.53	0.32		2.35	2.97	8.38	0.53		2.33		0.61		3.26	0.27		0.30		2.50
Chaco	0.48			0.59					3.24	4.01				2.01				6.53	0.27				
Chubut					0.69		0.25	1.35	1.41			0.49	0.56	3.08		0.57		3.62	0.32		0.25	0.64	3.13
Cordoba	0.66		0.50	0.67		1.98	0.21		2.31	3.46		0.34		3.03		0.43		4.61	0.28		0.14	0.37	4.39
Corrientes	0.49		0.47				0.19		2.37	4.79	3.45	0.43		2.54				2.59	0.57	0.40	0.29		2.40
Entre Rios	0.58	11.51	0.40				0.18		2.28	2.92		0.37	0.68	1.95				6.03	0.32			0.50	3.96
Jujuy	0.71		0.36				0.23		2.17	2.70				2.73		0.47		3.42	0.37		0.14		2.08
La Pampa			0.56			19.75	0.16		1.46	2.82	6.92	0.38		3.02		0.54		3.30	0.43		0.49		2.95
La Rioja			0.38				0.24		1.86	4.07		0.42		2.65				4.61	0.14				2.43
Mendoza							0.29			2.41		0.43		2.50		0.30		3.18	0.32	0.09	0.22		2.15
Misiones							0.20			9.73			1.68	1.99		0.25		2.70	0.41		0.50	0.52	3.25
Neuquen			0.17				0.20			2.34		0.36		1.87				9.05	0.26		0.31	0.44	2.06
Rio Negro	0.48						0.31			2.45		0.41	0.57	3.64			0.69	4.23			0.34		5.86
Salta			0.31				0.33		2.28	1.91		0.43		2.70		0.45		2.68	0.27				2.87
San Juan	0.41		0.35		0.70		0.27		1.99	2.41				2.99	0.42			3.24	0.29		0.41		2.93
San Luis	0.56		0.43				0.17		1.75	2.81		0.47		3.05		0.62	0.77	3.05	0.24		0.42		3.21
Santa Cruz					1.48				1.93	2.42		0.29	1.62	2.29		0.46		6.02	0.36				3.66
Santa Fe	0.52			0.52					2.38			0.46		2.49			0.50	4.02	0.49		0.46	0.45	2.40
Santiago del Estero	0.59		0.37	1.70			0.37	1.74	1.49	3.79				2.38		0.49		3.34	0.17			0.45	4.46
Tierra del Fuego			0.21						2.74					2.95				5.13	0.32			0.25	7.59
Tucuman	0.45		0.49				0.23	1.40		2.59				2.68		0.42		3.00	0.19		0.43		5.27

Los valores de la Tabla son estadísticamente significativos con un p-valor <0.10

Fuente: EMSE Argentina 2012, OMS

4.4- Conclusiones y Debate de Política

Entre las dos ondas de la EMSE en el país, 2007-2012, se observa una tendencia creciente en la mayoría de las conductas de riesgo analizadas. Si bien se ha reducido el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia, de acuerdo a las encuestas realizadas, el sobrepeso y la participación en peleas ha aumentado, reduciéndose la actividad física y el uso de condón. Las diferencias de género si bien se mantienen, han disminuido en el periodo analizado, incluyendo mayor propensión femenina a involucrarse en comportamientos riesgosos relacionados a la nutrición, la actividad física, y el uso de sustancias. Paralelamente, los varones se encuentran más expuestos a hábitos de riesgo vinculados a la salud sexual y a la violencia física.

A nivel provincial, se mantienen los mismos patrones nacionales, con particularidades específicas. La regresión logística multivariada muestra una asociación positiva con la protección de los padres, y que aumenta a medida que aumenta la intensidad de la presencia de los mismos. Esta asociación se observa en la mayoría de las provincias, excepto en el caso de Chaco y Tierra del Fuego donde la presencia de los padres no resulta estadísticamente significativa. El mayor impacto positivo de la protección de los padres en el promedio nacional se observa en el menor uso de sustancias y problemas de salud mental. El apoyo de los pares también actúa como factor de protección o riesgo, según la temática analizada, aunque con menos intensidad.

Por su parte, los estudiantes de provincias de ingresos por encima de la mediana son más propensos a la acumulación de comportamientos riesgosos de uso de sustancias, violencia física y salud mental.

Una conclusión general que surge claramente de la lectura de estos indicadores de riesgo y su correlato de adherencia por provincia es que existen parámetros comunes para abordar en todas las jurisdicciones, pero que las realidades provinciales son particularmente contrastantes. Ello, por un lado, remiten al estudio regional: en la Argentina conviven espacios de necesidad y hábitos tan disímiles como los identificados a nivel regional.

En segundo lugar, y más relevante desde la perspectiva de política, es que las políticas “envolventes” desde nación para todas las jurisdicciones deben ser acompañadas por estrategias específicas por provincia, y probablemente a nivel sub-provincial, por territorio. Como es posible hipotetizar, los instrumentos de intervención en una provincia con alta prevalencia de abuso de sustancias tendrán necesariamente que ser diferentes a aquellos usados en otras provincias donde la temática prevalente es el comportamiento sexual de riesgo. La siguiente sección propone identificar las percepciones, objetivos y herramientas utilizadas a nivel sub-nacional por cada uno de estos programas provinciales de adolescencia, y las diferenciales en capacidad organizacional, de gestión y sistematización de cada una.

5. Referencias

Consumo de Alcohol

- [1] Pierobona M, Barak M, Hazrati S, Jacobsen KH. Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents, *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(1):100–107.
- [2] Swahn MH, Palmier JB, Benegas-Segarra A and Sinson FA. Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global School-based Student Health Survey, *BMC Public Health* 2013, 13:1159
- [3] Siziya S, Rudatsikira E, Muula AS. Alcohol use among school-going adolescents in Harare, Zimbabwe: results from the 2003 Global School-Based Health Survey. *Tanzania Journal of Health Research*, Vol. 11, No. 1, January 2009.
- [4] Swahn MH, Ali B, Palmier JB, Sikazwe G, Mayeya J. Alcohol Marketing, Drunkenness, and Problem Drinking among Zambian Youth: Findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *Journal of Environmental and Public Health*, Volume 2011.
- [5] Ghandour L, Afifi R, Fares S, El Salibi N, Rady A. Time Trends and Policy Gaps: The Case of Alcohol Misuse Among Adolescents in Lebanon. *Subst Use Misuse*. 2015;50(14):1826-39
- [6] Manickam MA, Abdul Mutalip MH, Abdul Hamid HA, Kamaruddin RB, Sabtu MY. Prevalence, comorbidities, and cofactors associated with alcohol consumption among school-going adolescents in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Sep;26(5 Suppl):91S-9S.

Consumo de Drogas

- [7] Peltzer K. Prevalence and correlates of substance use among school children in six African countries, *International Journal of Psychology*, 2009, 44 (5), 378-386.
- [8] Alwan H, Viswanathan B, Rousson V, Paccaud F, Bovet P. Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles. *BMC Pediatr*. 2011 Oct 11;11:85.
- [9] Rudatsikira E, Maposa D, Mukandavire Z, Muula AS, Siziya S. Prevalence and predictors of illicit drug use among school-going adolescents in Harare, Zimbabwe. *Ann Afr Med*. 2009 Oct-Dec;8(4):215-20.
- [10] Yusoff F, Sahril N, Rasidi NM, Zaki NA, Muhamad N, Ahmad N. Illicit drug use among school-going adolescents in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Sep;26(5 Suppl):100S-7S.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Consumo de Tabaco

- [11] Lim KH, Chong Z, Khoo YY, Kaur J. Parental smoking status, stress, anxiety, and depression are associated with susceptibility to smoking among non-smoking school adolescents in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Sep;26(5 Suppl):81S-90S.
- [12] Tee GH, Kaur G. Correlates of current smoking among Malaysian secondary school children. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Sep;26(5 Suppl):70S-80S.
- [13] Page RM, Danielson M. Multi-country, cross-national comparison of youth tobacco use: Findings from Global School-based Health Surveys, *Addictive Behaviors*, 36 (2011) 470-478.
- [14] Harris Hyun-soo, K, JongSerl Ch. Examining the Effects of Parental Influence on Adolescent Smoking Behaviors: A Multilevel Analysis of the Global School-Based Student Health Survey (2003-2011). *Nicotine & Tobacco Research* 2015, 1-9.

Violencia física

- [15] Peltzer K. Physical Fighting and Social Correlates among In-School Adolescents in the Caribbean, *Mediterranean Journal of Social Sciences* July 2014, vol 5, No 14.
- [16] Swahn MH, Gressard L, Palmier JB, Yao H, Haberlen M. The Prevalence of Very Frequent Physical Fighting among Boys and Girls in 27 Countries and Cities: Regional and Gender Differences, *Journal of Environmental and Public Health* 2013, Volume 2013.
- [17] Granero R, Poni ES, Escobar-Poni BC, Escobar J. Trends of violence among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela: The Global School Health Survey 2004 and 2008. *Archives of Public Health* 2011, 69:7
- [18] Muula AS, Siziya S, Rudatsikira E. Prevalence and socio-demographic correlates for serious injury among adolescents participating in the Djibouti 2007 Global School-based Health Survey, *BMC Research Notes* 2011, 4:372.
- [19] Brown DW, Riley L, Butchart A, Meddings DR, Kannb L, Phinney Harvey A. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey, *Bull World Health Organ* 2009;87:447-455.
- [20] Rudatsikira E, Siziya S, Kazembe LN, Muula AS. Prevalence and associated factors of physical fighting among school-going adolescents in Namibia. *Ann Gen Psychiatry*. 2007 Jul 24;6:18.
- [21] Beck NI, Arif I, Paumier MF, Jacobsen KH. "Adolescent injuries in Argentina, Bolivia, Chile, and Uruguay: Results from the 2012-2013 Global School-based Student Health Survey (GSHS)", *Injury*. 2016 Oct 6. pii: S0020-1383(16)30630-1.
- [22] Street EJ, Jacobsen KH. Prevalence of Sports Injuries Among 13- to 15-Year-Old Students in 25 Low- and Middle-Income Countries. *J Community Health*. 2016 Sep 17.
- [23] Denny VC, Cassese JS, Jacobsen KH. Nonfatal injury incidence and risk factors among middle school students from four Polynesian countries: The Cook Islands, Niue, Samoa, and Tonga. *Injury*. 2016 May;47(5):1135-42.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

- [24] Street EJ, Jacobsen KH. Injury incidence among middle school students aged 13-15 years in 47 low-income and middle-income countries. *Inj Prev*. 2015 Dec 29. pii: injuryprev-2015-041786.
- [25] Peltzer K, Pengpid S. Unintentional Injuries and Psychosocial Correlates among in-School Adolescents in Malaysia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 14936-14947
- [26] Peltzer K, Pengpid S. Injury and social correlates among in-school adolescents in four Southeast Asian countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Aug;9(8):2851-62.
- [27] Peltzer K. Injury and social determinants among in-school adolescents in six African countries. *Inj Prev*. 2008 Dec;14(6):381-8.
- [28] Celedonia KL, Wilson ML, El Gammal Ha, Hagraas AM. Physical fighting among Egyptian adolescents: social and demographic correlates among a nationally representative sample. *PeerJ* 1:e125.
- [29] Rudatsikira, E; Muula, A S; Siziya, S. Prevalence and correlates of physical fighting among school-going adolescents in Santiago, Chile. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(3): 197-202, set. 2008.

Bullying

- [30] Fadanelli M, Lemos R, Soto MF, Hiebra MC. Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente, *Rev Hosp Niños BAires* Junio 2013; vol 55, número 249.
- [31] Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying among middle-school students in low and middle income countries, *Health Promotion International* 2009, Vol. 25 No. 1
- [32] McClanahan M, McCoy SM, Jacobsen KH. Forms of bullying reported by middle-school students in Latin America and the Caribbean, *Advances in School Mental Health Promotion* 2015, 8:1, 42-54.
- [33] Wilson ML, Dunlavy AC, Berchtold A. Determinants for Bullying Victimization among 11-16-Year-Olds in 15 Low- and Middle-Income Countries: A Multi-Level Study. *Soc. Sci.* 2013, 2, 208-220
- [34] Cheng Y, Newman I, Qu M, Mbulo L, Chai Y. Being Bullied and Psychosocial Adjustment among Middle School Students in China. *Journal of School Health* 80:4 (April 2010), pp. 193-199.
- [35] Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *J Sch Health*. 2009; 79: 130-137.
- [36] Hazemba A, Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E. Prevalence and correlates of being bullied among in-school adolescents in Beijing: results from the 2003 Beijing Global School-Based Health Survey, *Annals of General Psychiatry* 2008, 7:6.
- [37] Kubwalo HW, A S. Muula, S. Siziya, S Pasupulati, E Rudatsikira. Prevalence and correlates of being bullied among in school adolescents in Malawi: results from the 2009 Global School-Based Health Survey. *Malawi Medical Journal*; 25 (1) 12-14 March 2013

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

- [38] Owusu A, Hart P, Oliver B, Kang M. The Association Between Bullying and Psychological Health Among Senior High School Students in Ghana, West Africa. *Journal of School Health*, May 2011, Vol. 81, No. 5.
- [39] Wilson ML, Bovet P, Viswanathan B, Suris JC. Bullying Among Adolescents in a Sub-Saharan Middle-Income Setting. *Journal of Adolescent Health* 51 (2012) 96-98.
- [40] Abdirahman H, Fleming LC, Jacobsen KH. Parental involvement and bullying among middle-school students in North Africa. *East Mediterr Health J*. 2013 Mar;19(3):227-33.
- [41] Abdirahman HA, Bah TT, Shrestha HL, Jacobsen KH. Bullying, mental health, and parental involvement among adolescents in the Caribbean. *West Indian Med J*. 2012 Aug;61(5):504-8.
- [42] Wilson ML, Viswanathan B, Rousson V, Bovet P. Weight Status, Body Image and Bullying among Adolescents in the Seychelles. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10, 1763-1774

Problemas mentales

- [43] Hasumi T, Ahsan F, Couper CM, Aguayo JL, Jacobsen KH. Parental Involvement and Mental Well-Being of Indian Adolescents, *Indian Pediatrics* 2012, Vol. 49.
- [44] Ranasinghe S, Ramesh S, Jacobsen KH. Hygiene and mental health among middle school students in India and 11 other countries. *J Infect Public Health*. 2016 Jul-Aug;9(4):429-35. .
- [45] Kaur J, Cheong SM, Mahadir Naidu B, Kaur G, Manickam MA, Mat Noor M, Ibrahim N, Rosman A. Prevalence and correlates of depression among adolescents in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2014 Sep;26(5 Suppl):53S-62S.
- [46] Shaikh MA, Lloyd J, Acquah E, Celedonia KL, Wilson ML. Suicide attempts and behavioral correlates among a nationally representative sample of school-attending adolescents in the Republic of Malawi. Shaikh et al. *BMC Public Health* (2016) 16:843.
- [47] McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgara FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries, *Bull World Health Organ* 2016; 94:340-350F
- [48] Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, Tian B, Hu J, Chen D. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: care, health and development* 2009, 35, 3, 313-322.
- [49] Cui S, Cheng Y, Xu Z, Chen D, Wang Y. Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. *Child: care, health and development* 2010, 37, 5, 692-702
- [50] Peltzer K, Pengpid S. Suicidal Ideation and Associated Factors among School-Going Adolescents in Thailand. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 462-473.
- [51] Badr, HE. Suicidal Behaviors Among Adolescents - The Role of School and Home Environment. *Crisis*. 2016 Sep 23:1-9.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

- [52] Page RM, West JH. Suicide ideation and psychosocial distress in sub-Saharan African youth. *Am J Health Behav.* 2011 Mar-Apr;35(2):129-41.
- [53] Mahfoud ZR, Afifi RA, Haddad PH, Dejong J. Prevalence and determinants of suicide ideation among Lebanese adolescents: results of the GSHS Lebanon 2005. *J Adolesc.* 2011 Apr;34(2):379-84.
- [54] Randall JR, Doku D, Wilson ML, Peltzer K. Suicidal Behaviour and Related Risk Factors among School-Aged Youth in the Republic of Benin. *PLoS ONE* 9(2): e88233.
- [55] Wilson ML, Dunlavy AC, Viswanathan B, Bovet P. Suicidal Expression among School-Attending Adolescents in a Middle-Income Sub-Saharan Country. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 4122-4134.
- [56] Peltzer K, Pengpid S. Early Substance Use Initiation and Suicide Ideation and Attempts among School-Aged Adolescents in Four Pacific Island Countries in Oceania. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 12291-12303.
- [57] Page, RM, Saumweber, J, Hall, PC, Crookston, BT, West, JH. Multi-country, cross-national comparison of youth suicide ideation: Findings from Global School-based Health Surveys. *School Psychology International* 2013, 34(5) 540-555.

Problemas de Nutrición

- [58] Peltzer K., Pengpid S. Leisure Time Physical Inactivity and Sedentary Behaviour and Lifestyle Correlates among Students Aged 13-15 in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Member States, 2007-2013. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 217
- [59] Guthold R, Cowan MJ, Autenrieth CS, Kann L, Riley LM. Physical Activity and Sedentary Behavior Among Schoolchildren: A 34-Country Comparison, *J Pediatr* 2010;157:43-49.
- [60] Piñeros M, Pardo C. Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev. salud pública.* 12 (6): 903-914, 2010.
- [61] Al Subhi LK, Bose S, Al Ani MF. Prevalence of physically active and sedentary adolescents in 10 Eastern Mediterranean countries and its relation with age, sex, and body mass index. *J Phys Act Health.* 2015 Feb;12(2):257-65.
- [62] Arango CM, Parra DC, Eyller A, Sarmiento O, Mantilla SC, Gomez LF, Lobelo F. Walking or bicycling to school and weight status among adolescents from Montería, Colombia. *J Phys Act Health.* 2011 Sep;8 Suppl 2:S171-7.
- [63] Granero M., R; Poni, E; Sánchez, Z. Patrones de actividad física durante tiempo de ocio entre estudiantes del séptimo al noveno grado en el Estado Lara-Venezuela. *Av. Cardiol* 2007; 27(4): 160-167, dic. 2007.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

- [64] Pengpid S., Peltzer, K. Overweight and Obesity and Associated Factors among School-Aged Adolescents in Six Pacific Island Countries in Oceania. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12, 14505-14518
- [65] Peltzer K, Pengpid S. Fruits and Vegetables Consumption and Associated Factors among In-School Adolescents in Five Southeast Asian Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 3575-3587
- [66] Romo ML. Hunger and Behavioral Risk Factors for Noncommunicable Diseases in School-Going Adolescents in Bolivia, 2012. *Prev Chronic Dis* 2016;13:160015.
- [67] Mwambene JB, Muula AS, Leo JC. Prevalence and correlates of hunger among primary and secondary school children in Malawi: results from the 2009 Global School-based Health Survey. *Malawi Medical Journal*; 25 (2): 45-49 June 2013
- [68] Peltzer K, Pengpid S. Overweight and Obesity and Associated Factors among School-Aged Adolescents in Ghana and Uganda, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2011, 8, 3859-3870.
- [69] Pengpid S, Peltzer K. Overweight, Obesity and associated factors among 13-15 years old students in the association of Southeast Asian nations member countries, 2007-2014. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016 Mar;47(2):250-62.
- [70] Al Ani MF, Al Subhi LK, Bose S. Consumption of fruits and vegetables among adolescents: a multi-national comparison of eleven countries in the Eastern Mediterranean Region. *Br J Nutr*. 2016 Mar 28;115(6):1092-9.
- [71] Manyanga T, El-Sayed H, Doku DT, Randall JR. The prevalence of underweight, overweight, obesity and associated risk factors among school-going adolescents in seven African countries. *BMC Public Health*. 2014 Aug 28;14:887.

Actividad Sexual irresponsable

- [72] Peltzer K, Pengpid S. Early Sexual Debut and Associated Factors among In-school Adolescents in Six Caribbean Countries. *West Indian Med J* 2015; 64 (4): 352
- [73] Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and social correlates of sexual intercourse among school-going adolescents in Thailand. *Scientific World Journal*. 2011;11:1812-20.
- [74] Siziya S, Muula AS, Kazembe LN, Rudatsikira E. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. *BMC Pediatr*. 2008 Feb 11;8:6. doi: 10.1186/1471-2431-8-6.
- [75] Tassitano RM, Barros, MVG, Tenório MCM, Bezerra J, Florindo AA, Reis RS. Enrollment in physical education is associated with health-related behavior among high school students. *J Sch Health*. 2010; 80: 126-133.
- [76] Granero, R; Poni, E. S; Sánchez, Z. Sexuality among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela. *The Global School Health Survey, 2003-2004 P R Health Sci J*; 26(3): 213-219, Sept. 2007.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

General

- [77] Ruprah IJ, Sierra R, Sutton H. Sex, Violence, and Drugs Among Latin American and Caribbean Adolescents. Do Engaged Parents Make a Difference?. IDB Working Paper Series 2016; 664
- [78] Ferrante D, Linetzky B, Ponce M, Goldberg L, Konfino J, Laspiur S. Prevalence of overweight, obesity, physical activity and tobacco use in Argentine youth: Global School-Based Student Health Survey and Global Youth Tobacco Survey, 2007-2012. Articulo Original 2014.
- [79] Peltzer K, Pengpid S. Health Risk Behaviour among In-School Adolescents in the Philippines: Trends between 2003, 2007 and 2011, A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2016, 13, 73
- [80] Caleyachetty R, Echouffo-Tcheugui JB, Tait CA, Schilsky S, Forrester T, Kengne AP. Prevalence of behavioural risk factors for cardiovascular disease in adolescents in low-income and middle-income countries: an individual participant data meta-analysis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Jul;3(7):535-44.
- [81] Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E. Self-reported poor oral hygiene among in-school adolescents in Zambia. BMC Res Notes. 2011 Jul 22;4:255.
- [82] Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E. Prevalence and correlates of truancy among adolescents in Swaziland: findings from the Global School-Based Health Survey. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2007 Nov 23;1(1):15.
- [83] Linetzky B, Morello P, Virgolini M y Ferrante D. Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud Escolar. Argentina, 2007. Arch Argent Pediatr 2011;109(2):111-116.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Anexos

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Tabla A1: Antecedentes

Autor	Revista	País	Año	Edad	Metodología	Objetivo	Desarrollo
Pierobon et al (2013)	J Pediatr	Argentina	EMSE 2007	13-15 años	Regresión logística ajustado por edad, análisis binariado. Odds ratio	Asociación de diferentes tipos de violencia (ataque físico, participación en pelea y autolesión) con predictores ambientales y psicológicos que aquellos que consumen alcohol por género	Alcohol Relaciones: Los bebedores tienen casi el doble de probabilidades que los no bebedores para informar de ser atacado físicamente, estar en una pelea física, y tener pensamientos acerca de la violencia subyugada (suicidio). Entre los bebedores, los que informaron de una mala salud mental, víctimas de intimidación, uso de tabaco o las drogas, o bien a la escuela se permitieron ser aproximadamente el doble de probabilidades que otros bebedores que han participado en actividades violentas. Diferencia de género: Mayor Consumo de alcohol en hombres que en mujeres
Swahn et al (2013)	BMC Public Health	Filipinas	EMSE 2011	13-16	Regresión Logística bivariada y multivariante. Var. Resultado: embriaguez. Var. Independientes: marketing de alcohol, consumo de alcohol, bullying, ausencia de amigos, ausentismo escolar, uso de drogas ilícitas.	Examinar la asociación entre la exposición a la comercialización de alcohol y la prevalencia del consumo filipino jóvenes y la embriaguez	Prevalencia: 23.3% reportó consumo de alcohol frecuente y 20.7% reportó embriaguez. Relaciones: El marketing del alcohol, específicamente a través de proveer alcohol gratis a través de un representante de la compañía, se asoció con la embriaguez (AOR: 1.84, IC del 95% = 1.6 a 2.1) entre los jóvenes después de controlar por las características demográficas y psicosociales, el medio ambiente, los compañeros y los comportamientos de riesgo. Además, al ver los anuncios de alcohol en periódicos y revistas (AOR: 1.65, IC del 95% = 1.05-2.56) y de ver anuncios en eventos deportivos, conciertos o fiestas (AOR: 1.50, IC del 95% = 1.6 a 2.1) se asoció significativamente con aumento de las intenciones de embriaguez. Diferencia de género: Mayor consumo de alcohol en hombres y aumento con la edad.
Sizya et al (2009)	Tanzania Journal of Health Research	Zimbabue (harare)	EMSE 2003		Regresión logística bivariada y multivariante. Var. Resultado: consumo de alcohol. Var. Independientes: edad, género, soledad, preocupación, fiebre, ideación de suicidio, bullying, actividad física, fama, relaciones sexuales, ausentismo escolar, ausencia de amigos, supervisión de padres.	Estimar la asociación de consumo de alcohol con características sociodemográficas y de comportamiento.	Prevalencia: 15.6% reportaron el consumo de alcohol. Relaciones: Los factores asociados con el consumo de alcohol fueron estar preocupados, ser intimidados, fumar cigarrillos, faltar a la escuela, y la falta de supervisión de los padres. Los estudiantes que no estaban preocupados fueron de 49% (AOR = 0.51 [IC del 95% (0.36, 0.72)] menos propensos a consumir alcohol en comparación con los estudiantes que se encontraban con el mayor parte del tiempo o siempre preocupado. Del mismo modo, los estudiantes que fueron intimidados por lo menos seis veces en el mes anterior a la encuesta. En comparación con los estudiantes que fumaban cigarrillos, los no fumadores fueron del 71% (AOR = 0.29 [IC del 95% (0.21, 0.41)] menos propensos a consumir alcohol. En comparación con los estudiantes que siempre recibieron supervisión de los padres, los estudiantes que rara vez o nunca recibieron supervisión de los padres eran más propensos (AOR = 1.85 [IC del 95% (1.19, 2.90)] para consumir alcohol. Diferencia de género: (17.1% hombres y 14.0% mujeres)
Swahn et al (2011)	Journal of Environmental and Public Health	Zambia	EMSE 2004	11-16	Regresión Logística bivariada y multivariante. Var. Resultado: problemas con el alcohol y embriaguez. Var. Independientes: marketing de alcohol, consumo de alcohol, bullying, ausencia de amigos, ausentismo escolar, uso de drogas ilícitas y educación sobre el alcohol y la bebida, y la embriaguez	Examinar las asociaciones entre las estrategias de marketing de alcohol, educación sobre el alcohol inducido el conocimiento sobre los riesgos del alcohol y la negativa de alcohol, y la prevalencia del consumo, problemas con la bebida, y la embriaguez	Prevalencia: 45.1% tenía problemas con el alcohol y 42.4% informó embriaguez. Relaciones: el marketing del alcohol, específicamente a través de proveer alcohol gratis a través de un representante de la compañía, se asoció con embriaguez (AOR = 1.48, IC del 95% = 1.9 a 2.2) y problemas con el alcohol (AOR = 1.41, IC del 95% = 1.0 a 1.97) entre los jóvenes después de controlar las características demográficas, el medio ambiente, la educación de alcohol no muestra asociación. Diferencia de género: Las mujeres mostraron mayor prevalencia (45.5% vs 38.9% consumo de alcohol) y (46.8% vs 38.2% embriaguez)
Ghandour et al (2015)	Subst Use Misuse	Libano	EMSE 2005-2011		Cross seccional	Describir la evolución temporal de alcohol, se identificaron deficiencias en las políticas, y se hicieron recomendaciones de políticas de reducción de daños.	Prevalencia: En 2011, la mayoría (87%) bebía alcohol antes de cumplir 14. Entre 2005 y 2011, el consumo de alcohol de 30 días había aumentado en un 40% y la embriaguez de por vida en un 50% de la muestra km1 (20% en las mujeres con un establecimiento en la brecha de género). Deber ser regular por más de un litro de los últimos 30 días bebedores (bebidas o más bebidas alcohólicas en los días que bebían). Diferencia de género: Los adolescentes varones eran más propensos a obtener el alcohol de "hermanos" o a través de sus amigos, mientras que la fuente principal de las hembras era su "hermana". Relaciones: Uno de cada veinte informado que experimentaron problemas relacionados con el alcohol (por ejemplo, entrar en peleas con la familia / amigos y faltar a la escuela).
Manickam et al (2014)	Asia Pac J Public Health	Malasia	EMSE 2012	12-17	Regresión logística multivariante	Examinar la prevalencia de consumo de alcohol y factores asociados con su uso entre los adolescentes de Malasia	Prevalencia: el consumo actual de alcohol fue del 8.9% (95% intervalo de confianza [IC] 0.78 a 10.07) en general. Diferencia de género: Los adolescentes que habían consumido alcohol eran más propensos a usar sustancias (odds ratio ajustada [ORA] = 3.39, IC del 95%: 2.33 a 4.99), sufrir lesiones (ORA = 1.53, IC del 95%: 1.20 a 1.95), tener relaciones sexuales (ORA = 1.42, IC del 95%: 1.12-1.79), y pelearse (ORA = 1.20, IC del 95%: 1.09 a 1.41).
Pelzer (2009)	International Journal of Psychology	6 países de África: Kenia, Namibia, Swaziland, Uganda, Zambia, Zimbabue	EMSE 2003-2004	13-15	Cross seccion. Regresión logística multivariante. Variables de resultado: tabaco, alcohol y drogas. Variables independientes: angustia mental (soledad, problemas de sueño, fiebre, pensamiento suicida, plan de suicidio, y no amigos cercanos) y factores de protección (asistencia al colegio, apoyo de padres, supervisión de padres, conexión y unión con padres).	Evaluar la prevalencia y las correlaciones (angustia mental) y los factores de protección con el consumo de sustancias entre los adolescentes van a la escuela en seis países africanos.	Prevalencia: El uso del 6.6% riesgo de alcohol (dos o más por día durante al menos 20 días o más en el último mes). Relaciones: El absentismo escolar, la soledad, problemas de sueño, fiebre, ideas suicidas, planes de suicidio, y la pobreza se asoció positivamente con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), mientras que la asistencia escolar y la supervisión de los padres y la conectividad fueron factores de protección (relación negativa). Diferencia de género: Sin diferencias estadísticas
Pelzer (2009)	International Journal of Psychology	6 países de África: Kenia, Namibia, Swaziland, Uganda, Zambia, Zimbabue	EMSE 2003-2004	13-15	Cross seccion. Regresión logística multivariante. Variables de resultado: tabaco, alcohol y drogas. Variables independientes: angustia mental (soledad, problemas de sueño, fiebre, pensamiento suicida, plan de suicidio, y no amigos cercanos) y factores de protección (asistencia al colegio, apoyo de padres, supervisión de padres, conexión y unión con padres).	Evaluar la prevalencia y las correlaciones (angustia mental) y los factores de protección con el consumo de sustancias entre los adolescentes van a la escuela en seis países africanos.	Prevalencia: El 10.5% del consumo de drogas (tres o más veces). Relaciones: El absentismo escolar, la soledad, problemas de sueño, fiebre, ideas suicidas, planes de suicidio, y la pobreza se asoció positivamente con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), mientras que la asistencia escolar y la supervisión de los padres y la conectividad fueron factores de protección (relación negativa). Diferencia de género: Mayor en hombres
Pelzer (2009)	International Journal of Psychology	6 países de África: Kenia, Namibia, Swaziland, Uganda, Zambia, Zimbabue	EMSE 2003-2004	13-15	Cross seccion. Regresión logística multivariante. Variables de resultado: tabaco, alcohol y drogas. Variables independientes: angustia mental (soledad, problemas de sueño, fiebre, pensamiento suicida, plan de suicidio, y no amigos cercanos) y factores de protección (asistencia al colegio, apoyo de padres, supervisión de padres, conexión y unión con padres).	Evaluar la prevalencia y las correlaciones (angustia mental) y los factores de protección con el consumo de sustancias entre los adolescentes van a la escuela en seis países africanos.	Prevalencia: de consumo de 12.6% de tabaco (el mes pasado). Relaciones: El absentismo escolar, la soledad, problemas de sueño, fiebre, ideas suicidas, planes de suicidio, y la pobreza se asoció positivamente con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), mientras que la asistencia escolar y la supervisión de los padres y la conectividad fueron factores de protección (relación negativa) para las tres sustancias y el apoyo de los compañeros para el consumo de tabaco. Diferencia de género: Mayor en hombres
Alwan et al (2011)	BMC Pediatr	Seychelles	EMSE 2007	11-17	Regresión logística bivariada y multivariante	Examinar la asociación entre el consumo de sustancias (fumar cigarrillos, beber alcohol) y el consumo de drogas variables de cambio de riesgo en niños que en niñas y aumento con la edad.	Diferencia de género y edad: La prevalencia del hábito de fumar cigarrillos, beber alcohol y el consumo de drogas cambian de riesgo en niños que en niñas y aumento con la edad. Relaciones: el análisis ajustado por edad y multivariado mostraron que el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas) se asoció con el consumo de drogas ilícitas (por ejemplo, ideación suicida y el absentismo escolar) y las características asociadas a nivel individual y familiar entre los adolescentes de las Seychelles
Rudabika et al (2008)	Ann Afr Med	Zimbabue (harare)	EMSE 2003		Regresión logística	Estimar la prevalencia y los predictores del consumo de drogas ilícitas entre los estudiantes adolescentes en Harare, Zimbabue.	Prevalencia: 9% de los sujetos (13.4% hombres y 4.9% mujeres) informó de que había marihuana o pegamento utilizado alguna vez. Diferencia de género: Los hombres eran más propensos. Relaciones: La marihuana o el uso de pegamento se asoció positivamente con el consumo de cigarrillos (OR = 11.17, IC del 95% (4.29, 29.08)) el consumo de alcohol (OR = 7.00, IC del 95% (3.39, 14.47)) y las relaciones sexuales (OR = 5.17, 95% CI: 2.59, 10.29). La supervisión de los padres es un factor protector para la marihuana o pegamento uso (OR = 0.31, IC del 95% (0.16, 0.61)).
Pelzer (2009)	International Journal of Psychology	6 países de África: Kenia, Namibia, Swaziland, Uganda, Zambia, Zimbabue	EMSE 2003-2004	13-15	Cross seccion. Regresión logística multivariante. Variables de resultado: tabaco, alcohol y drogas. Variables independientes: angustia mental (soledad, problemas de sueño, fiebre, pensamiento suicida, plan de suicidio, y no amigos cercanos) y factores de protección (asistencia al colegio, apoyo de padres, supervisión de padres, conexión y unión con padres).	Evaluar la prevalencia y las correlaciones (angustia mental) y los factores de protección con el consumo de sustancias entre los adolescentes van a la escuela en seis países africanos.	Prevalencia: El 10.5% del consumo de drogas (tres o más veces). Relaciones: El absentismo escolar, la soledad, problemas de sueño, fiebre, ideas suicidas, planes de suicidio, y la pobreza se asoció positivamente con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), mientras que la asistencia escolar y la supervisión de los padres y la conectividad fueron factores de protección (relación negativa). Diferencia de género: Mayor en hombres
Yacoff et al (2014)	Asia Pac J Public Health	Malasia	EMSE 2012		Regresión logística multivariante	determinar la prevalencia y los factores asociados con el consumo de drogas ilícitas entre los estudiantes adolescentes en Malasia	Prevalencia: los adolescentes que han utilizado alguna vez drogas ilícitas estaban asociadas con el tabaquismo actual (odds ratio ajustada [ORA] = 6.99, 95% CI = 5.19, 9.40), el uso actual de alcohol (ORA = 4.63, IC del 95% = 3.43, 6.26), haber tenido relaciones sexuales (ORA = 4.78, IC del 95% = 3.54, 6.41), el absentismo escolar (ORA = 1.43, IC del 95% = 1.07, 1.93), la falta de apoyo de los compañeros (ORA = 1.47, IC del 95% = 1.07, 2.03), y la falta de vigilancia de los padres (ORA = 1.71, IC del 95% = 1.22, 2.38).
Lim et al (2014)	Asia Pac J Public Health	Malasia	EMSE 2012		Regresión logística multivariante	describir la prevalencia de fumar y factores asociados en los adolescentes escolares de Malasia	Prevalencia: la susceptibilidad a fumar fue de 6.0% Diferencia de género: Mayor entre los hombres (9.5%) que mujeres (3.6%). Relaciones: adolescentes escolares susceptibles a fumar tenían una probabilidad ligeramente mayor de tener síntomas de estrés (ORA = 1.31, IC del 95%: 1.02 a 1.70), ansiedad (ORA = 1.19, IC del 95%: 1.01 a 1.40), depresión (ORA = 1.56, IC del 95%: 1.25 a 1.96), incluyendo aquellos con uno o ambos padres / adultos eran fumadores (ORA = 1.48, IC del 95%: 1.21 a 1.82, OR = 2.33, IC del 95%: 1.22 a 4.44, respaldar/amenar).
Tey & Kaur (2011)	Asia Pac J Public Health	Malasia	EMSE 2013	12-17	Regresión logística multivariante	determinó la prevalencia y las correlaciones de fumar en la actualidad entre los escolares adolescentes.	Prevalencia: fue del 11.5%. Diferencia de género: mayor en hombres Relaciones: el tabaquismo actual se asoció significativamente con los varones (odds ratio ajustada [ORA] = 3.25, 95% intervalo de confianza [IC] = 1.27, 4.98), beber alcohol (ORA = 2.34, IC del 95% = 1.46, 3.74) usar drogas (ORA = 2.97, IC del 95% = 1.71, 5.11) y sufrir bullying (ORA = 1.41, IC del 95% = 1.00, 1.98) al menos una vez en los últimos 12 meses.
Page & Danisani (2011)	Addictive Behaviors	44 países: Botswana, Gambia, Kenia, Mauritius, Namibia, Senegal, Seychelles, Swaziland, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabue, Argentina, Caymans Islands, Chile, Colombia, Ecuador, Granada, Guyana, Montserrat, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela, Myanmar, India, Indonesia, Sri Lanka, Tailandia, Macedonia, Tajikistan, Djibouti, Egipto, Jordán, Libano, Libia, Marruecos, Omán, Tailandia, Emiratos Árabes, Yemen, China y Filipinas	EMSE 2003-2007	13-15	Prosed. data. Análisis descriptivo. Las variables analizadas son el tabaquismo actual (porcentaje de estudiantes que fumaban cigarrillos en uno o más días durante los últimos 30 días) y otro consumo de tabaco (porcentaje de estudiantes que utilizan cualquiera de los productos de tabaco distintos de los cigarrillos, a uno o más días durante el pasado 30 días)	Describir la prevalencia de tabaquismo actual y otro tipo de tabaco entre los 13-15 años de edad en 44 países.	Prevalencia: oscila entre un mínimo de aproximadamente 1 de cada 100 estudiantes en Tailandia y la India, a un máximo de más de 1 de cada 4 estudiantes en ciertos sitios en Chile, Ecuador, Argentina y Colombia. La prevalencia de otros usos del tabaco osciló entre un mínimo de 0.0% en Tailandia, China y un máximo de 45.4% en el territorio de Namibia. Diferencia de Género: Mayor en hombres, excepto en Macedonia.
Pelzer (2009)	International Journal of Psychology	6 países de África: Kenia, Namibia, Swaziland, Uganda, Zambia, Zimbabue	EMSE 2003-2004	13-15	Cross seccion. Regresión logística multivariante. Variables de resultado: tabaco, alcohol y drogas. Variables independientes: angustia mental (soledad, problemas de sueño, fiebre, pensamiento suicida, plan de suicidio, y no amigos cercanos) y factores de protección (asistencia al colegio, apoyo de padres, supervisión de padres, conexión y unión con padres).	Evaluar la prevalencia y las correlaciones (angustia mental) y los factores de protección con el consumo de sustancias entre los adolescentes van a la escuela en seis países africanos.	Prevalencia: de consumo de 12.6% de tabaco (el mes pasado). Relaciones: El absentismo escolar, la soledad, problemas de sueño, fiebre, ideas suicidas, planes de suicidio, y la pobreza se asoció positivamente con el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), mientras que la asistencia escolar y la supervisión de los padres y la conectividad fueron factores de protección (relación negativa) para las tres sustancias y el apoyo de los compañeros para el consumo de tabaco. Diferencia de género: Mayor en hombres

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Año	Edad	Metodología	Objetivo	Desarrollo
Violencia Física				
EMSE 2007-2010	13-16	Regresión logística Bivariada y multivariante. Variable dependiente: Peleas entre pares	Determinar las estimaciones de la prevalencia y las correlaciones sociales de la lucha física entre los adolescentes en los países del Caribe.	Prevalencia: El 28,6% de los adolescentes había estado en una pelea de 2 o 3 veces o más en los últimos 12 meses. Relaciones: Relación de más de 2 peleas con (regresión multivariada): Sexo masculino, Comportamientos de riesgo (siendo intimidados, el consumo de alcohol y tabaco y la iniciación sexual temprana), Ideación suicida, Absentismo escolar. Diferencias de género: Los hombres (27-39) pelean más que las mujeres (14,6-24,4) para todos los países.
EMSE 2003-2008 y Encuesta de comportamiento de riesgo juvenil de EEUU (2009)		Regresión multinomial para determinar las diferencias de género en los combates frecuentes. Pruebas de ANOVA de una sola vía se utilizaron para determinar las diferencias regionales.	Examina la prevalencia de la lucha física muy frecuentes (≥ 12 veces al año) entre los jóvenes de 27 países y ciudades de América por género y región. No analizan asociaciones con otras variables	Prevalencia: varía de 0,53% en Myanmar hasta el 7,7% en Zambia. Entre regiones, la región del Mediterráneo oriental presentó la más alta prevalencia (46,7%), mientras que los EE.UU. tiene la más baja (31,4%). Diferencias de género: Los niños fueron significativamente más propensos a informar muy frecuentes lucha física que las niñas en 18 países y 2 ciudades. Seis países y una ciudad demostraron odds ratios que van desde 7,56 hasta 15,60 (Uruguay, Myanmar, Pakistán, Jordania, Líbano, Libia, y Marruecos). Tres países (Trinidad y Tobago, Estados Árabes Unidos, y EE.UU.) informaron odds ratios moderados para los niños frente a las niñas. Varios otros países y una ciudad señalaron con odds ratios que van de 4,02 a 1,57 (Botsuana, Kenya, Namibia, Swazilandia, Tanzania, Argentina, Indonesia, Sri Lanka y Tailandia). Siete países no demostraron diferencias de género (Ghana, Uganda, Zambia, Guyana.
EMSE 2004 y 2008		Cross section. Análisis descriptivo. Variables: A) el ausentismo de los estudiantes debido a la sensación de inseguridad; B) lo dentro y fuera de la escuela; C) la intimidación física; D) peleas físicas y ataques físicos; E) el uso de las armas.	Evaluar la prevalencia de violencia escolar en Venezuela	Prevalencia: El absentismo se duplicó entre los dos periodos de estudio (10,8% a 20,8%). El número de estudiantes que fueron víctima de robo se mantuvo alta y sin cambio tanto en el exterior (14,2% y 14,8%) y en el interior de la escuela (21,7% y 22,0%). Los ataques físicos sin la participación activa y no está asociado a la intimidación eran frecuentes (21,5%), la lucha física con la prevalencia de la participación activa se mantuvo alta y sin cambio (27,5% y 28,2%). Llevar un arma casi se duplicó (de 4,3% a 7,1%). Menos del 65% informó de clases para la prevención de la violencia.
EMSE 2007	13-15	Cross section. Regresión logística bivariante y multivariante. Var. Resultado: Recibieron una agresión. Variables independientes: bullying, pelea física, consumo de tabaco.	Determinar la prevalencia y los correlatos sociodemográficos de lesiones graves en los últimos 12 meses.	Prevalencia: 61,1% informaron de que habían sufrido lesiones graves. Relaciones: En comparación con los participantes que no fueron intimidados, los que reportaron haber sido intimidado tenían más probabilidades de haber sufrido una lesión grave en los últimos 12 meses, los adolescentes que estaban comprometidos en la lucha física eran 47% (AOR = 1,47, IC del 95% [1,40, 1,55] más propensos a tener lesiones graves sostenida en comparación con los que no se dedica a la lucha. Mientras tanto, los adolescentes que utilizan sustancias (cigarillos, otras formas de tabaco o drogas) fueron de 30% más propensos a tener lesiones graves sostenida en comparación con aquellos que no usaron sustancias.
EMSE 2003/2004		Regresión logística ajustado por edad y sexo, análisis bivariado. Pooled data de los cinco países. Crea un indicador de 0 a 2 si fue expuesto a ningún tipo de violencia 1= a un tipo, 2= a ambos. Promedio países. No distingue por sexo	Examinar la relación entre la exposición (medida en frecuencia) a violencia física (VF) o violencia sexual (VS) y los comportamientos de salud adersos en una muestra de niños de cinco países africanos.	Relaciones: Relación entre moderada y fuerte entre la exposición a VF o VS y: Medidas de salud mental (sentimiento de soledad, preocupación), Ideación suicida, Abuso de sustancias, Relación con varias parejas sexuales y Antecedentes de ITS.
EMSE 2004		Regresión logística	estimar la prevalencia de violencia física y sus correlatos sociodemográficos en adolescentes de la escuela en Namibia.	Prevalencia: el 50,6% (55,2% hombres y 46,2% mujeres) informaron de que habían estado en una pelea física en los últimos 12 meses. Diferencia de género: Los varones eran más propensos a haber estado en una pelea física que las mujeres (OR = 1,71, IC del 95% (1,44, 2,05)). Relaciones: Fumar, beber alcohol, consumir drogas y la intimidación victimización se asoció positivamente con la lucha física (OR = 1,91, IC del 95% (1,49, 2,45); OR = 1,48, IC del 95% (1,21, 1,81); OR = 1,55, IC del 95% (1,22, 1,81); y OR
EMSE 2012-2013		Cross sectional. Regresión logística	Determinar la proporción de los jóvenes adolescentes en el sur de Sudamérica que resultaron heridos en el último año, para identificar las conductas de riesgo y otros riesgos asociados a las lesiones, y para evaluar los tipos y causas de lesiones más comunes en esta población.	Prevalencia: La proporción de estudiantes que informaron al menos una lesión en el último año que requiere tratamiento médico o que produjo al menos un día completo de clases perdidas o actividades habituales fue de 27,1% en Argentina, 29,5% en Uruguay, 30,9% en Chile, y el 36,8% en Bolivia. Diferencias de género y edad: Más niños que niñas reportaron lesiones. Relaciones: Estudiantes heridos eran más propensos que los no lesionados para informar de la ansiedad inducida por el insomnio, ser atacado físicamente, estar en una pelea física, y estar solo en el último año, y también eran más propensos a reportar la intimidación, el uso de tabaco, beber alcohol y faltar a la escuela en el último mes. El tipo más común de lesión reportada fue de un hueso roto o una articulación dislocada y la causa de la lesión más frecuente fue que el estudiante se cae. Sin embargo, la mayoría de los estudiantes no fueron capaces de proporcionar una respuesta
EMSE	13-15	Cross sectional	comparar la tasa de prevalencia por sexo de las graves lesiones deportivas en el último año entre los estudiantes de entre 13-15 años de 25 países de ingresos bajos y medios (PIBM) a nivel mundial.	Prevalencia: La proporción de estudiantes que informaron al menos una lesión grave en el último año osciló entre 15-71% (mediana 44%) entre los varones y el 8-70% (mediana 30%) entre las niñas. La proporción de lesiones más graves en el pasado año en el que estaban relacionados con el deporte oscilaron entre 25-60% entre los niños lesionados (mediana 35%) y 12-56% de las niñas lesionadas (mediana 24%). Los tipos más comunes de lesiones relacionadas con el deporte se rompieron los huesos y articulaciones, reportados por 13-62% (mediana 28%) de los niños con lesiones deportivas y 10-86% (mediana 25%) de las niñas con las lesiones deportivas dislocadas. Aunque las tasas de lesiones anuales entre los jóvenes adolescentes varían mucho de un país, la EMSE muestra que las lesiones deportivas son
EMSE 2009-2011	13-15	Cross sectional	Examinar las lesiones no fatales entre los escolares de la adolescencia temprana (principalmente aquellos de edades comprendidas entre 13-15 años) de cuatro países de la Polinesia.	Prevalencia: La proporción de estudiantes que informaron una lesión grave en el último año fue del 43,1% en las islas Cook, un 40,8% en Niue, 73,8% en Samoa, y un 49,1% en Tonga. Los tipos más comunes de lesiones graves reportados fueron cortadas y otros traumas de la piel; fracturas de huesos y articulaciones dislocadas; y concusiones, otras lesiones en la cabeza o dificultad para respirar. Las causas más comunes de lesiones graves reportados fueron caídas; accidentes de vehículos de motor; y los ataques, peleas, o abuso. Relaciones: La intimidación en el mes pasado, de ser atacado físicamente o en una pelea física en el último año, el uso de alcohol y tabaco, faltar a la escuela, y que tiene la ansiedad o la soledad se asociaron con una mayor probabilidad de
EMSE 2003-2012	13-15	Cross sectional	Analizar la incidencia en lesiones	Prevalencia: En promedio, alrededor del 40% de los participantes en cada país informaron al menos una lesión en el pasado año, que era lo suficientemente grave como para provocar que el estudiante pierda al menos un día completo de actividades habituales (tales como la escuela, los deportes y un trabajo) o para requerir tratamiento por un profesional de la salud.
EMSE 2012		Regresión logística multivariable. Cross sectional	Proporcionar estimaciones de la prevalencia y los correlatos psicosociales de la lesión accidental entre los estudiantes adolescentes en Malasia	Prevalencia: El porcentaje de niños en edad escolar que informaron una o más lesiones graves en el último año fue de 34,9%. Las dos causas principales de la lesión más grave eran "caída" (9,9%) y accidente de vehículo de motor o ser atropellado por un vehículo de motor (5,4%), y el tipo más frecuente de lesión sufrida fue cortada, punción o herida de arma blanca (6,2%) y un hueso roto o una articulación dislocada (4,2%). Diferencias de género: Los hmbres son más propensos, 42,1% de los varones y el 27,8% de las niñas. Relaciones: Los factores sociodemográficos (sexo masculino y baja socioeconómico), el consumo de sustancias (tabaco y el consumo de cannabis), el consumo de refrescos frecuente, asistiendo a clases de educación física tres o más veces a la semana, otros comportamientos riesgosos (absentismo escolar, siempre que tenga tenido relaciones sexuales, la intimidación), los trastornos psicológicos, y la falta de unión de los padres o tutor se asocian con lesiones
EMSE	13-15	Regresión logística	determinar las estimaciones de la prevalencia y las correlaciones sociales de lesiones entre los adolescentes en cuatro países de sudeste asiático	Prevalencia: El porcentaje de adolescentes que manifiestan una o más lesiones graves en los últimos 12 meses fue del 42,2% para todos los países, que van desde el 27,0% en Myanmar al 46,6% en Tailandia. La "caída" (14,6%) fue la principal causa externa de la lesión, seguida de realización de un deporte (9,9%) y accidente de vehículo (6,1%). Diferencias de género: mayor en hombres. Relaciones: Para Tailandia e Indonesia, por ser hombre, el consumo de sustancias (fumar y beber alcohol) y los trastornos psicológicos se asociaron con lesiones prevalencia anual.
EMSE 2003-2004	13-15	Regresión logística	estimar la prevalencia de lesiones entre los adolescentes en seis países africanos, y para examinar la compatibilidad de las asociaciones a nivel transaccional entre sociodemográficos, factores de riesgo sociales, y la aparición de lesiones de los adolescentes en África.	Prevalencia: El porcentaje medio en todos los países que manifiestan una o más lesiones graves en los últimos 12 meses fue del 68,2%, desde el 38,6% en Swazilandia al 71,5% en Zambia. Relaciones: los comportamientos de riesgo se asociaron con una prevalencia anual de la lesión, con las probabilidades más altas de la soledad, seguido por el hambre, el absentismo escolar, depresión, tabaquismo y consumo de drogas. El riesgo observado para todas las lesiones, así como las lesiones relacionadas con los deportes, vehículos de motor, de lucha, y quemaduras, aumentaron constantemente al aumentar el número de conductas de riesgo.
EMSE 2006	11-17	Regresión logística	analizar la participación de los adolescentes egipcio en el comportamiento violento y su asociación con características demográficas y sociales	Prevalencia: 31% informó haber participado en una pelea física. Relaciones: Síntomas depresivos (OR D 1,29, IC 1,11-1,50 D) y la victimización intimidación (O D 2,44; IC D 2,12-2,83) y el comportamiento sedentario se asociaron positivamente con el comportamiento violento. Se encontró que tienen asociaciones negativas, los factores protectores conocidos como ayuda de compañeros y comprensión de los padres. Tener pocos amigos fue negativo.
EMSE 2004	13-15	Regresión logística	determinar la prevalencia y correlaciones sociales de haber estado involucrado en agresión física en los pasados 12 meses.	Prevalencia: 40,7% reportaron haber estado en una agresión física en los pasados 12 meses. Diferencias de género: Los varones tuvieron más probabilidad de haber estado en una agresión física que las mujeres [OR = 3,89, 95 por ciento CI (3,11, 4,85)]. Relaciones: El uso de sustancias (fumar cigarrillos, beber alcohol y usar drogas) e intimidaciones violentas estuvieron positivamente asociados con agresión [OR = 3,05, 95 por ciento CI (2,40, 3,87)]. La supervisión parental estuvo asociada negativamente con agresión física [OR = 0,62, 95 por ciento CI (0,50, 0,78)].

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

				Bullying
2007-2012 Encuesta Individual y EMSE		Revisión sistemática	Recopilar la evidencia disponible con el fin de evaluar la asociación entre bullying y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes.	Relaciones: relación causal entre bullying y suicidio. Los odds ratio oscilan entre 1.2 (Zambia) a 14.19 (Grecia) entre ideación de suicidio y víctima de bullying. Diferencias de género: En Corea las mujeres con bullying son más propensas a la ideación e intento de suicidio que los hombres. En Grecia no se encontraron diferencias de género. Mientras que para Inglaterra no hay diferencias en la ideación pero si en el intento siendo los hombres más propensos. En EEUU, los resultados son divididos dependiendo de la encuesta.
EMSE 2003-2006		Cálculo de prevalencia y Riesgo relativo	Examina la prevalencia de la victimización de bullying en los estudiantes de la escuela media en 19 países de ingresos bajos y medios, y también explora la relación entre la intimidación, la salud mental y los comportamientos de salud.	Relaciones: Los estudiantes que reportaron bullying eran más propensos de reportar sentimientos de tristeza y desesperanza, soledad, insomnio y la ideación suicida. También reportaron tasas más altas de consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas y relaciones sexuales. Diferencia de Género: En la mayoría de los países, los niños son más propensos a informar la intimidación y la prevalencia de la intimidación disminuye con la edad.
Estudios de 1999 a 2013		Meta-análisis	Realizar un meta-análisis para estimar la asociación entre la participación de la intimidación y la ideación suicida y comportamiento.	Relaciones: Indican una asociación entre predictores de bullying con riesgo de ideación y comportamiento suicida (rango, 2.12 [intervalo de confianza del 95% (IC), 1.67-2.69] a 4.02 [IC del 95%, 2.39-6.76]).
EMSE 2004-2009	13-15 años	Cross sections data. Análisis descriptivo	Analizar las formas de bullying diferenciando por sexo.	Prevalencia: varió del 17% al 39%. Diferencia de género: No se mostraron diferencias estadísticamente significativas. Para las niñas, la forma más común de acoso reportado en 14 países fue basada en la apariencia. Para los niños, la agresión física era la forma más común en 10 países y la intimidación basada en la apariencia era la forma más común reportada en 4 países.
EMSE 2006-2008	11-16 años	Modelo bivariado multinivel. Variable dependiente: al menos tres incidentes de bullying en el último mes. Variables explicativas: ausentismo escolar, hambre, Gini, GDP, relación estudiantes y profesores en secundaria, Tasa anual de homicidios intencionales por 1000 hab. Diferencia entre país, escuela y clase??	Explicar las diferencias en las tasas de intimidación entre los adolescentes en 15 países de bajos y medianos ingresos a través de indicadores comparables a nivel mundial del bienestar social y económico.	Prevalencia: diferencias significativas en las tasas de intimidación según aula, escuela y país, que oscilan en 34,2% (Egipto) a 3,6% (Macedonia). Relaciones: Se encontraron que el hambre y el absentismo escolar tiene una relación estadísticamente significativa con mayores tasas de bullying. Si bien, la percepción subjetiva de la intimidación varió significativamente entre los países, la diferencia entre las aulas explica mejor estas diferencias. Diferencias de género y edad: Más propensos los estudiantes de 11 años y el hecho de ser hombre.
EMSE 2003	13-15	Regresión logística bivariada. Variable dependiente: Frecuencia y formas. Variables independientes: ubicación, soledad, ansiedad, tristeza, intento de suicidio, planificación de suicidio, faltar a la escuela, estar en una pelea física, la percepción de los demás acerca de la escuela, tienen amigos cercanos, comprensión de los padres, y si se les enseñó a manejar el estrés.	Describir la prevalencia de la intimidación y explorar las relaciones entre los que están siendo acosados e indicadores seleccionados de ajuste psicosocial.	Prevalencia: el 25,7% de los estudiantes de secundaria reportaron haber sido intimidados en 1 o más veces. Ser acosado fue significativamente menor en Pekín que en los otros 3 ciudades. Relaciones: No hubo diferencias significativas en indicadores psicosociales entre estudiantes que habían sido intimidados y estudiantes que no habían sido intimidados. Los estudiantes que habían participado en una pelea física, a menudo se sentían solos, o se habían considerado el suicidio en los últimos 30 días eran más propensos a reportar la intimidación. Los estudiantes que pensaban que otros estudiantes en su escuela eran a menudo amable y servicial, que sentían los padres a menudo entienden sus problemas, o que se les enseñó en la escuela cómo manejar el estrés eran menos propensos a reportar la intimidación. Diferencias de género y edad: No se encontraron estadísticamente significativas, aunque sí por forma de acoso
EMSE 2004		Cross section. Regresión logística bivariada.	Evaluar la asociación entre la intimidación y los síntomas de la depresión entre los estudiantes de secundaria en Chile.	Prevalencia: 47% de los estudiantes reportó haber sido intimidado en el último mes y el 30% informó haber estado triste y sin esperanza por 2 o más semanas en el último año. Relaciones: Los estudiantes que reportaron haber sido acosados en el mes pasado eran más propensos que los estudiantes nonbullied para informar de los síntomas de la depresión. Un mayor número de días de ser acosado en el último mes se asoció con un aumento estadísticamente significativo en las tasas reportadas de tristeza y desesperanza (p, 001). Diferencias de género y edad: Los estudiantes de séptimo y noveno tienen más probabilidad de bullying, mientras que los estudiantes del noveno grado reportaron mayores niveles de síntomas de depresión. Los varones fueron más
EMSE 2003		Regresión logística bivariada y multivariada. Var. Resultado: Víctima de bullying. Factores asociados: salud mental (soledad, preocupación tristes, no amigos, consumo de alcohol)	Determinar la prevalencia y la correlación de haber sido intimidado entre los adolescentes en la escuela.	Prevalencia: 20% víctima de bullying. Relaciones: Factores de riesgo de haber sido intimidado son soledad (odds ratio ajustado (AOR) = 1.44; intervalo de confianza del 95% (IC) 1.42-1.45), estar preocupado (AOR = 1.30; IC del 95% 1.29 a 1.32), estar triste o tener sentimientos de la desesperación (AOR = 1.21; IC del 95% 1.19 a 1.22), fumar cigarrillos (AOR = 1.09; IC del 95% 1.8 a 1.11), el consumo de alcohol (AOR = 1.31; IC del 95% 1.29 a 1.32), y faltar a la escuela (AOR = 1.24; IC del 95% 1.22 a 1.27). Mientras tanto los factores de protección son amigos cercanos (AOR = 0.84; IC del 95%: 0.83 a 0.86), control de los padres (AOR = 0.80; IC del 95% 0.80 a 0.81), y nunca ha bebido (AOR = 0.86; IC del 95%: 0.84-0.87). Diferencias de género y edad: los hombres son más probables que las mujeres de recibir bullying. Los más jóvenes de
EMSE 2009	13-15	Cross section. Regresión logística bivariada. Odds ratios crudos y ajustados. Variable resultado: ser intimidado. Predictores: edad, género, fama, consumo alcohol, soledad y preocupación.	Estimar la prevalencia de la percepción subjetiva de la intimidación y sus correlatos personales y sociales.	Prevalencia: 44.5% sufrieron bullying. Relaciones: Asociación positiva con soledad (AOR = 2.23; IC del 95% [2.20, 2.27]), y estando preocupados (AOR = 2.80; IC del 95% [2.76, 2.85]). Los adolescentes que no tenían amigos cercanos fueron del 14% (AOR = 1.14; IC del 95% [1.11 a 1.17]) más probabilidades de ser intimidado en comparación con los adolescentes que reportaron tener amigos cercanos. Los adolescentes que fumaban cigarrillos eran más de tres veces más probabilidades de ser intimidado en comparación con los no fumadores (AOR = 3.97; 95% CI [3.83, 4.10]), mientras que los que bebían alcohol tenían más del doble de probabilidades de ser intimidado en relación a los que no tomaban alcohol (AOR = 2.26; IC del 95% [2.16, 2.35]).
EMSE 2008		Cross section. Regresión logística múltiple (ratios ajustados por edad, grado y género). Var. Resultado: Bullying. Factores: depresión, suicidio, preocupación y soledad	Examinar la relación entre la victimización y la intimidación y variables psicológicas seleccionadas entre los estudiantes del último año de la escuela secundaria (SHS) en Ghana, África Occidental.	Prevalencia: 40,1% informó ser intimidado. Relaciones: Las víctimas de la intimidación fueron significativamente más propensas a informar condiciones de salud psicológico negativo en comparación con los que dijeron no siendo intimidado. La odds ratio fueron los siguientes: signos de depresión, (IC del 95%: 1,75 a 2,21) 1,97; ideación suicida, (IC del 95%: 1,45 a 2,05) 1,72; siendo tan preocupado que afecta el sueño, (IC del 95%: 1,77 a 2,49) 2,10; y la soledad, (IC del 95%: 1,49 a 2,22) 1,82. Diferencias de género y edad: Los hombres son 11% más propensos y 110% si se trata de intimidación física. Disminuye con la edad
	11-17	Regresión logística bivariada y multivariada. Var dep: bullying. Factores asociados: edad, género, pasar hambre, soledad, ausentismo escolar, depresión, ansiedad, no tiene amigos, atención de los padres	Estudiar los factores asociados con la percepción subjetiva de la intimidación entre los adolescentes	Prevalencia: En un plazo de 30 días, el 38,8% de los adolescentes reportaron haber sido intimidado. Relaciones: Jóvenes que sufren de acoso eran más propensos a estar deprimidos y socialmente desfavorecidos. Ser mayor y que tienen amigos cercanos actúan como factores de protección. Diferencias de género: Los hombres son 21% más propensos a sufrir bullying.
EMSE 2006-2008		Regresión logística multivariable	determinar si la paternidad activa se asocia con una reducción de maltrato entre iguales entre los estudiantes de la escuela media en el norte de África.	Prevalencia: Alrededor del 60% de los estudiantes en Egipto y un tercio de los estudiantes en Libia, Marruecos y Túnez informó de que había sido intimidado en el último mes. Diferencias de género: los niños reportaron más de maltrato entre iguales que las niñas. Relaciones: En Egipto, Marruecos y Túnez, los estudiantes que reportaron que sus padres marcaron su tarea, eran comprensivos, y sabían cómo pasaban el tiempo libre del estudiante pasado tuvo una probabilidad reducida de maltrato entre iguales pero esta asociación no fue significativa en Libia.
EMSE 2007		Regresión logística bivariada	examinar la relación entre maltrato entre iguales, la salud mental, y la participación de los padres entre los estudiantes de secundaria en el Caribe.	Prevalencia: cerca del 25% reportaron haber sido intimidado en el último mes. Diferencias de género y edad: No hubo diferencias por género. El Bullying disminuye con la edad. Relaciones: Casi el 25% de los estudiantes informó tristeza y desesperanza, más del 10% informó de la soledad y la ansiedad y más del 15% reportaron haber considerado seriamente suicidarse el año pasado. Estudiantes que sufren de acoso eran mucho más propensos que los de los no-intimidado reportar problemas de salud mental (p <0.01). Los estudiantes que sentían que sus padres fueron comprensivos y monitoreados sus actividades de tiempo libre reportaron menos problemas de salud mental y fueron algo menos propensos a reportar ser víctima de un matón.
EMSE 2007	13-15	Regresión logística multivariable	investigar la relación entre la intimidación y el peso y la percepción del peso corporal entre los adolescentes de un país del África Subsahariana de ingresos medios	Prevalencia: el 16,5% (IC del 95%: 13,3-20,2) informaron de ser acosado ≥3 días durante los últimos 30 días; 13,4% eran flacos, el 16,8% tenía sobrepeso y el 7,6% eran obesos. Relaciones: tanto la obesidad real (OR 1,76; p = 0,051) y la percepción de alto peso (OR 1,63 para "un poco de sobrepeso"; OR 2,74 para el "exceso de peso", ambos p <0,05) se asociaron con la intimidación. Delgadez real y percibida bajo peso también tendió a ser asociado con la intimidación, aunque no de forma significativa.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Autor	Revista	País	Año	Edad	Metodología	Objetivo	Desarrollo
Sentimientos de depresión							
Hasumi et al (2012)	Indian Pediatrics	India	EMSE 2007	13-15	Regresión logística bivariada. Variable de resultados: indicadores de salud mental (soledad, síntomas de depresión). Variables independientes: protección de padres (sabe que hace, lo entiende, ayuda con la tarea).	Analizar la relación entre la participación de los padres y el bienestar mental entre los adolescentes en India	Prevalencia: Más del 50% de los estudiantes afirman atención de los padres, y entre 6 y 25% mala salud mental. Relaciones: la mayor participación de los padres se asocia significativamente con una menor probabilidad de mala salud mental. Diferencias de género: Las mujeres afirman mayor atención de los padres, pero también altas tasas de mala salud mental.
Ranasinghe et al (2016)	J Infect Public Health	India	EMSE 2007	13-15	Cross seccional	examinar las asociaciones entre las prácticas de higiene de auto-reporte y estado de salud mental según la evaluación de la EMSE de India de 2007	Prevalencia: El 25.5% informó síntomas de la depresión, el 8.6% soledad, y el 7.8% insomnio relacionado con la ansiedad. Relaciones: los estudiantes que reportaron síntomas de depresión tenían una mayor probabilidad de mala mano y la higiene bucal, incluyendo el lavado de manos y rara vez o nunca se cepillan los dientes inferior a la diaria. Diferencia de género: En las niñas, la soledad también se asoció con una mala mano y la higiene bucal.
Kaur et al (2014)	Asia Pac J Public Health	Malasia	EMSE 2012 y DASS21 (Depression, Anxiety, and Stress) questionnaire		Regresión logística multivariable	determinar la prevalencia y la correlación de la depresión entre los adolescentes van a la escuela en Malasia	Prevalencia: 17.7% de los encuestados tenía síntomas depresivos. Relaciones: El análisis multivariado mostró además que se siente solo (odds ratio ajustada [ORA] = 2.98; IC del 95% = 2.57-3.47), Hindi (ORA = 2.00; IC del 95% = 1.63-2.44), el uso de drogas (ORA = 1.85; 95% CI = 1.21-2.82), y la intimidación (ORA = 1.79; IC del 95% = 1.60-1.99) se asociaron significativamente con síntomas depresivos. La falta de supervisión de los padres, el consumo de alcohol y tabaco también fueron factores de riesgo significativos.
Suicidio							
Shaikh et al (2009)	BMC Public Health	malawi	EMSE 2009	11-16	Regresión logística multivariable	examen de los correlatos conductuales de los intentos de suicidio entre los adolescentes Malawi	Relaciones: con intento de suicidio tenían una probabilidad significativamente más alta de ser ansioso, la intimidación física, después de haber sufrido una lesión grave y que tiene un mayor número de parejas sexuales en su vida. El consumo de alcohol a una edad temprana y dentro de los últimos 30 días también se asoció con intentos de suicidio.
McIntyre et al (2016)	Bull World Health Organ	32 países: Africa (Benin, Botswana, Kenya, Malawi, Mauritania, Uganda, Tanzania, Zambia y Zimbabue), Americas (Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Perú, Trinidad y Tobago, Venezuela); Mediterraneo Este (Jordan Kuwait, Lebanon, Morocco, Pakistan, Tunisia, Emiratos Arabes); Asia suddeste y nortión.	EMSE 2003-2012	13-17 años	Regresión logística bivariada y multivariable. Variable dependiente: Risk ratio de comportamiento suicida. Variables explicativas: ataques físicos; bullying; ir a la cama con hambre, pocos amigos, soledad, ausencia del soporte de los padres, consumo de alcohol y tabaco.	Estimar la prevalencia de pensamientos suicidas y de pensamientos suicidas con un plan en los países encuestados y analizar las diferencias transnacionales de los factores de riesgo relacionados.	Relaciones: En la mayoría de los países, los factores relacionados con los pensamientos suicidas incluyen experiencias de acoso y violencia física. Diferencias de género: La prevalencia de pensamientos suicidas (y pensamientos suicidas con un plan) fueron del 16.2% (8.3% entre las mujeres y del 12.2% (5.8%) entre los hombres. En la región de América, las cifras de pensamientos suicidas fueron mayores que en la región africana.
Cheng et al (2009)	Child: care, health and development	China (Beijing, Hangzhou, Wuhan and Urumqi)	EMSE 2003	nov-17	Cross seccion. Regresión logística bivariada y multivariable. Variable dependiente: ideación suicida y intento suicida. Variables explicativas: ausentismo escolar, Soporte de pares, atención de padres (saben de tu tiempo libre, reciben tareas, te entienden).	Probar la hipótesis de que los comportamientos suicidas estarían asociados con múltiples factores de protección.	Prevalencia: 17.4% en pensamiento suicida, y el 8.1% con un plan específico de intento de suicidio durante los 12 meses anteriores a la encuesta. Los estudiantes en Wuhan (18.7%) y Urumqi (20.8%) fueron significativamente más propensos que los alumnos de Peikin (14.4%) y Hangzhou (14.4%) de tener ideación suicida ($\chi^2 = 45.9, p < 0.001$). Relaciones: El riesgo de suicidio tiende a disminuir de manera significativa cuando no faltan a la escuela, cuando hay contención de pares, y atención por parte de los padres. Diferencias de género y edad: Las estudiantes femeninas presentaron significativamente más probabilidad (odds ratio [OR] = 1.4, p < 0.001). Y las tasas aumentan con la edad (OR = 1.44, p < 0.001).
Cui et al (2011)	Child: care, health and development	China (Beijing, Hangzhou, Wuhan and Urumqi)	EMSE 2003	11-17	Regresión logística multivariable. Variable dependiente: ideación suicida y intento suicida. Variables explicativas: relación entre pares (pelea física, bullying, amigos cercanos, compañeros amables, sentimiento de soledad).	Examinar (i) la asociación entre las relaciones entre pares y la ideación suicida e intento entre los adolescentes chicos; y (ii) si dichas asociaciones fueron moderadas o mediadas por la sensación de soledad.	Prevalencia: 16.9% ideación suicida y 8% intento suicida. Relaciones: Los problemas entre pares se asocian con la ideación e intento suicida. Además, se encontró que los efectos moderadores del sentimiento de soledad en la asociación de estas dos variables. Diferencia de género: Las mujeres (19.2% ideación, 9.3% intento) son más propensas que los hombres (14.6% ideación, 6.6% intento).
Pelzer and Pengpid (2012)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Tailandia	EMSE 2008	11-17	Regresión logística bivariada y multivariable. Var. Dep., ideación suicida. Factores: edad, sexo, grado, pasa hambre, preocupado, trae, ausencia de atención de los padres, ausencia de soporte de los pares, ausentismo escolar, bullying, uso de sustancias, inactividad física, obesidad, comportamiento sexual.	Estimar la prevalencia e identificar asociaciones entre ideas suicidas y los indicadores de estrés psicológico y los factores socio-ambientales en los adolescentes tailandeses.	Prevalencia: de ideación suicida en los últimos 12 meses fue del 8.8%. Relaciones: Las variables asociadas en el análisis multivariable fueron la tristeza (Odds Ratio = 0; 6.03; intervalo de confianza del 95% = IC (3.00-12.14), la falta de apego parental (OR = 2.26; IC = 1.09-4.67), el uso actual de alcohol (OR = 2.32; 1.21 a 4.44), y nunca haber tenido relaciones sexuales (OR = 4.16; IC = 3-07.68). Diferencias de género: Los hombres son más propensos (9.9% hombres y 7.7% mujeres).
Badr (2016)	Crisis	Kuwait	EMSE 2010	13-16	Cross seccional	Determinar la prevalencia de comportamientos suicidas (ideación, planificación, e intento) en los adolescentes 13-16 años de edad, y para identificar los correlatos psicológicos de los comportamientos suicidas.	Prevalencia: de ideación suicida, planificación, y los intentos fueron 20.0% (IC del 95% = 18.5-21.6%), 14.0% (IC del 95% = 12.7-15.4%), y el 18.1% (IC del 95% = 16.6-19.5%), respectivamente. Alrededor del 26% de los adolescentes reportó al menos un comportamiento suicida, mientras que el 8.5% experimentó los tres comportamientos suicidas. Relaciones: las niñas, el fumar, la violencia física, sensación de soledad, la exposición al acoso en la escuela, y que tienen padres con poca atención tienen correlaciones significativas de la experiencia de los comportamientos suicidas entre los adolescentes. Por otra parte, la ideación suicida se destacó como un predictor de un intento de suicidio más de las intenciones suicidas, tanto en la población total y separado por género.
Page y West (2011)	Am J Health Behav.	7 países de africa subsahariana	EMSE			Determinar si existe una asociación entre los trastornos psicológicos, comportamientos de riesgo para la salud e ideación suicida en los adolescentes del África subsahariana.	Prevalencia: Los estudiantes con 3-4 indicadores de stress psicológicos son 4-5 veces más probables de presentar ideación suicida o que hayan presentado un plan de suicidio, y los que tienen 4-5 comportamientos de riesgo fueron 2.5-3.5 veces más probable.
Mahfoud et al (2011)	J Adolesc.	Lebanon	EMSE 2006		Regresión logística bivariada y multivariable	Examinar la prevalencia y factores de riesgo para la ideación suicida en adolescentes libaneses	Prevalencia: Alrededor del 16% de los adolescentes libaneses pensó en el suicidio. Relaciones: los factores de riesgo de ideación suicida incluyen una mala salud mental (sentían solos, se sentían preocupados, febre triste o desesperado), el consumo de sustancias (emborraché, fármacos utilizados), la victimización (fue intimidado, fue objeto de acoso sexual), y la falta de la comprensión de los padres.
Randall et al (2014)	PLoS ONE	Benin	EMSE 2009		Regresión logística bivariada y multivariable	analizar factores asociados a la ideación suicida e intentos de suicidio	Prevalencia: 23.2% había pensado en el suicidio y el 28.3% había hecho un intento de suicidio en el año anterior. Relaciones: La ansiedad, la soledad, la intimidación, el abuso de alcohol, uso de drogas ilícitas, y la falta de apoyo de los padres se relacionaron de forma independiente a los resultados de ideación, ideación suicida sin planificación y la ideación suicida con la planificación. El análisis de regresión multinomial, un intento de suicidio y múltiples intentos de suicidio como resultados se asocia con el sexo femenino, la ansiedad, la soledad, siendo albeado fácilmente, y el uso ilícito de drogas.
Wilson et al (2012)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Seychelles	EMSE		Regresión logística bivariada y multivariable	investigar las correlaciones para la expresión de suicidio entre los adolescentes en Seychelles.	Prevalencia: 16% de los adolescentes que asisten a la escuela reportó una expresión suicida (10% con un plan / 6.2% sin plan). Diferencia de género y edad: más propensión los más jóvenes Relaciones: Asociado con signos de depresión (RRR = 1.69; IC = 1.05-2.72) y la soledad (RRR = 3.36; IC = 1.93-5.84). El consumo de tabaco (RRR = 2.34; IC = 1.32-4.12) y no tener amigos cercanos (RRR = 3.32; IC = 1.54-7.15) se asociaron significativamente con intento de suicidio. Aquellos con intento de suicidio con un plan tenían más probabilidades de ser mujer (RRR = 0.47; 0.30 hasta 0.74), ansiedad (RRR = 2.04; IC = 1.89-4.88) y solitario (RRR = 1.74; IC = 1.07-2.84). Al no tener amigos cercanos (RRR = 2.98; 1.56 a 5.69) y el uso de tabaco (RRR = 2.41; 1.48 a 3.91) también fueron fuertemente asociadas. Tener padres que fueron entendimiento fue protectora (RRR = 0.50; IC = 0.31-0.82).
Pelzer y Pengpid (2015)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Kiribati, Samoa, las Islas Salomón y Vanuatu	EMSE 2011		Regresión logística bivariada y multivariable	investigar las correlaciones entre el inicio precoz (<12 años) de fumar cigarrillos, el consumo de alcohol y consumo de drogas (cannabis) con intentos suicidas ideación suicida en adolescentes en edad escolar en cuatro países insulares del Pacífico en Oceanía.	Prevalencia: 25.8% ideación suicida en los últimos 12 meses (desde el 17.2% en Vanuatu al 34.7% en Kiribati) y 34.9 intentos de suicidio en los últimos 12 meses (desde el 23.5% en Vanuatu a 62.0% en Samoa). Relaciones: La prevalencia de la iniciación de fumar al principio de cigarrillos fue del 15.7%, el inicio temprano de alcohol 13.8%, y el consumo precoz de drogas de iniciación fue del 12.9%. Los estudiantes que reportaron el inicio del consumo de sustancias pre-adolescentes, en comparación con los usuarios no consumidores, fueron más propensos reportando ideación suicida e intentos de suicidio.

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Autor	Revista	País	Año	Edad	Metodología	Objetivo	Desarrollo
Pelzer and Pengid (2016)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Camboya, Indonesia, Malaysia, Myanmar, Philippines, Thailand, and Vietnam	EMSE 2003-2013	13-17	Regresión logística bivariable y multivariante	Examinar la relación entre la frecuencia de actividad física auto-reportada de tiempo de ocio y el comportamiento sedentario y estilo de vida se correlaciona entre los escolares de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN)	<p>Actividad Física</p> <p>Prevalencia: la inactividad física fue del 80.4%, desde el 74.8% en Myanmar a 90.7% en Camboya y el comportamiento sedentario 33.0%, desde el 10.5% en Camboya y Myanmar al 42.7% en Malasia.</p> <p>Relaciones: no caminar o no ir en bicicleta a la escuela, que no asistan a clases de educación física, el consumo de vegetales inadecuado y la falta de factores de protección (por pares y apoyo de los padres o tutor) se asociaron con la inactividad física, y la mayor edad (14 y 15 años de edad), procedente de un país de renta media alta, el sobrepeso o la obesidad, asistiendo a clases de educación física, consumo de alcohol, la soledad, el apoyo entre iguales y la falta de supervisión de los padres o tutor se asoció con el comportamiento sedentario. En los niños, el menor nivel socioeconómico (en forma de haber experimentado el hambre) y procedente de un país de ingresos medios y bajos se asociaron, además, con la inactividad física, y en las niñas, estatus socioeconómico más alto, no caminar o ir en bicicleta a la escuela y la intimidación además, se asociaron con el comportamiento sedentario.</p>
Guthold et al (2010)	The Journal of Pediatrics	34 países: Botswana, Gambia, Kenya, Mauritius, Namibia, Senegal, Seychelles, Uganda, Tanzania, Zambia, Zimbabwe, Argentina, Caymans Islands, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela, Myanmar, India, Indonesia, Djibouti, Egipto, Jordán, Libia, Marruecos, Oman, Emiratos Árabes, China y Filipinas.	EMSE 2003-2007	13-15	Pooled data. Análisis descriptivo, Variables analizadas: actividad física en general, caminar o andar en bicicleta a la escuela, y en el tiempo que se pasa sentado.	Describir y comparar los niveles de actividad física y el comportamiento sedentario en escolares de 34 países de los 5 Regiones de la OMS	<p>Prevalencia: de actividad física fue menor en Zambia (8.4%) y Egipto (3.7%) y la más alta en Uruguay (41.5%) e India (36.8%). En más de la mitad de los países, menos del 25% de los chicos se reunió recomendaciones de actividad física. La prevalencia de caminar o andar en bicicleta a la escuela varió de 18.6% en Emiratos Árabes Unidos al 84.8% en China. En más de la mitad de los países, más de un tercio de los estudiantes pasó 3 o más horas por día en actividades sedentarias, con exclusión de las horas pasadas que se sienta en la escuela y hacer la tarea.</p> <p>Diferencia de género: Las chicas son menos activas que los chicos, excepto en Zambia.</p>
Pérez y Pardo (2010)	Rev. salud pública	Colombia (Bogotá, Bucaramanga, Cali, Manizales y Valleparú)	EMSE 2007	13-15	Cross section. Análisis descriptivo	Estimar la prevalencia de actividad física global, actividad física para el transporte, sedentaria y clases de educación física en jóvenes escolares de cinco ciudades de Colombia.	<p>Prevalencia: Los niveles de actividad física recomendada reportados por jóvenes estuvieron entre 9% y 19.8% en las cinco ciudades, 50.3% de los jóvenes reportaron no realizar actividad física para su transporte al colegio 50.3% indicaron que pasaban tres horas o más diarias frente al televisor o pantalla de computador.</p> <p>Diferencia de género: La prevalencia se más alta en hombres</p>
Al Subhi et al (2015)	J Phys Act Health	Países de Mediterráneo Oriental	EMSE		Regresión logística multivariable	Examinar la prevalencia de la actividad física y el comportamiento sedentario entre los adolescentes de 10 países EMR, y describir las posibles diferencias en los factores 2 por sexo, la edad y el IMC.	<p>Prevalencia: global de la actividad física (19%) es baja y el comportamiento sedentario es alta (29%), con diferencias significativas entre los condados. Omán tenía la más alta (26%) y Egipto tenía el (9%) prevalencia de estudiantes activos bajo. La prevalencia de sedentaria fue la más alta en Emiratos Árabes Unidos (40%) y más baja en Pakistán (8%).</p> <p>Diferencia de género: La actividad física fue menor y el comportamiento sedentario fue mayor entre las mujeres adolescentes.</p> <p>Relaciones: tendencia lineal entre el IMC y la actividad física y el comportamiento sedentario; Un patrón similar se observó con la edad.</p>
Arango et al (2011)	J Phys Act Health	Colombia, Montería	EMSE 2007	11-18	Regresión logística binomial	Determinar la asociación entre transporte activo escolar y el peso de una muestra representativa de adolescentes de Montería, Colombia.	<p>Relaciones: La odds ratio ajustada por edad, sexo, ubicación de la escuela, el cumplimiento de actividad física y recomendaciones de tiempo frente pantalla mostró que los adolescentes que reportaron ASF tenían una probabilidad significativamente menor de ser sobrepeso en comparación con los adolescentes que informaron de transporte no activo (OR = 0.5, IC 95%: 0.3 -0.8; p <0.05).</p>
Granero et al (2007)	Av. Cardiol	Venezuela (Lara)	EMSE 2003		Análisis estadístico	Investigar el patrón de actividad física de los estudiantes del 7 ^o y 8 ^o grado durante su tiempo de ocio	<p>Prevalencia: Activos por el menor 60 minutos en 5 días de la última semana en los varones del grado 7^o (9.7%), 8^o (20.4%) y 9^o (25.7%) y en las mujeres, 10% o menos en cada grado; (b) Caminaron o utilizaron la bicicleta para ir a la escuela en 3 o más días durante los últimos 7 días: varones 21.4% y mujeres 16.8%; y (c) Pasan sentados viendo TV o entretenimiento en la computadora por 3 o más horas en un día normal de clases general el 28%.</p>
Pengid and Pelzer (2015)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Fiji, Kiribati, Samoa, Islas Salomón, Tonga y Vanuatu	EMSE 2010-2011	13-16	Regresión logística bivariable y multivariante	Evaluar los factores de sobrepeso y obesidad y asociados en estudiantes adolescentes en seis países insulares del Pacífico en Oceanía	<p>Prevalencia: sobrepeso u obesidad del 24.3%, y la obesidad del 6.1% en los seis países, que varían en términos de sobrepeso u obesidad y la obesidad del 12.0% y del 0.4% en Vanuatu al 58.7% y el 21.1% en Tonga, respectivamente.</p> <p>Relaciones: El sexo femenino se asoció con el uso de sobrepeso, consumo de bebidas carbonatadas con la obesidad, el sedentismo con el sobrepeso o la obesidad, la ideación suicida con sobrepeso, tener amigos cercanos y apoyo de los padres con la obesidad, los padres o la supervisión de la guarda con sobrepeso, y la vinculación de los padres a leer se asoció con sobrepeso u obesidad.</p>
Pelzer and Pengid (2012)	Int. J. Environ. Res. Public Health	India, Indonesia, Myanmar, Sri Lanka and Thailand	EMSE	13-16	Regresión logística	Evaluar la prevalencia del consumo de frutas y hortalizas y factores asociados en adolescentes del Sudeste Asiático.	<p>Prevalencia: el 76.3% de los 13 a 15 años de edad consume frutas y verduras de manera inadecuada (menos de cinco porciones por día); 28% informó consumir frutas menos de una vez al día y el 13.8% indicó que consume verduras menos de una vez por día.</p> <p>Relaciones: la falta de factores de protección y la inactividad física se asociaron con consumo de frutas y verduras inadecuado, y el comportamiento sedentario y el exceso de peso son un factor protector.</p>
Romo (2016)	Prev Chronic Dis	Bolivia	EMSE 2012		Regresión logística binomial	Determinar la asociación entre el hambre y factores de riesgo de enfermedades no transmisibles entre los adolescentes.	<p>Relaciones: El hambre se asocia con mayores probabilidades de no consumo diario de frutas y verduras (odds ratio ajustado [RPA] = 1.21; p <0.001), la actividad física inadecuada (AOR = 1.21; p = 0.001), y el uso actual de tabaco (a veces el hombre [AOR = 1.83; p <0.001] o la mayor parte de las veces siempre [AOR = 2.12; p <0.001]).</p>
Mwambene et al (2013)	Malawi Medical Journal	malawi	EMSE 2009		Regresión logística multivariable	Examinar la prevalencia y factores asociados de hambre entre los niños en edad escolar en Malawi.	<p>Prevalencia: general del hambre en los últimos 30 días fue de 25.5% (18.5% (17) en las zonas rurales y el 8.3% (115) en las zonas urbanas.</p> <p>Diferencias de género: 11.9% (123) para los hombres y 12.5 (148) para las niñas.</p> <p>Relaciones: En el análisis final, la ubicación geográfica, el consumo de frutas, después de haber sido intimidado, ideación suicida, y lavarse las manos con jabón se asociaron significativamente con el hambre.</p>
Pelzer and Pengid (2011)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Ghana y Uganda	EMSE Ghana 2007 y EMSE Uganda 2003	13-15	Cross section. Regresión logística bivariable y multivariante. Var. Resultado: obesidad y sobre peso. Factores asociados: Consumo de frutas y verduras, pasar hambre, uso de sustancias, actividad física, soledad, ansiedad o preocupación, plan de suicidio, no amigos, bullying.	Evaluar los factores de sobrepeso y obesidad asociados en estudiantes adolescentes en los países africanos de bajos ingresos (Ghana, Uganda).	<p>Prevalencia: 10.4% entre las niñas y el 3.2% de los varones en sobrepeso u obesidad y el 0.9% y el 0.5% en sólo obesidad entre los niños y niñas, respectivamente.</p> <p>Relaciones: Entre las niñas fumar cigarrillos y la soledad y entre los varones fumadores de cigarrillos fueron encontrados para ser asociados con sobrepeso u obesidad en el análisis multivariable. El sobrepeso no se asoció con la ingesta de frutas, verduras, y el comportamiento sedentario.</p>
Pengid and Pelzer (2016)	Southeast Asian J Trop Med Public Health	Southeast Asian nations member countries	EMSE 2007-2013	13-15	Cross sectional	Evaluar los factores de sobrepeso u obesidad y asociados en estudiantes adolescentes de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN)	<p>Prevalencia: La prevalencia global de sobrepeso u obesidad a través de siete países de la ASEAN (con exención de Brunei) era 9.9%. Entre los ocho países de la ASEAN, la mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad en Brunei Daru-Salam (36.1%), seguido por Malasia (23.7%), y el más bajo fue en Myanmar (3.4%) y Camboya (3.7%).</p> <p>Diferencia de género: Mayor en las varones (11.5%) que en mujeres (8.3%).</p> <p>Relaciones: La edad más joven, procedente de un país de renta alta, nunca había estado con hambre, y no caminar o ir en bicicleta a la escuela estaban asociados con el sobrepeso o la obesidad. Además, entre los varones, que tienen tres o más porciones de verduras por día y que no tienen amigos cercanos, y entre las niñas, que tienen las comidas rápidas dos o más veces por semana, víctimas de la intimidación y que tienen apoyo de los compañeros fueron factores adicionales asociados con el sobrepeso o la obesidad.</p>
Al Ani et al (2016)	Br J Nutr	Eastern Mediterranean Region	EMSE 2005-2009	13-15	Cross sectional	Examinar la prevalencia y las diferencias del consumo de frutas y hortalizas y 5 veces más entre los adolescentes en once países, y también listar las diferencias por género, edad e IMC.	<p>Prevalencia: En general, sólo 19.4% de los adolescentes reportó consumir F & V ≥ 5 veces / día. La prevalencia más alta se registró en Djibouti (40.4%) y la más baja se registró en Pakistán (10%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia entre los diecinueve países.</p> <p>Diferencias de género, edad e IMC: más hombres que mujeres comieron F & V ≥ 5 veces / d. Los estudiantes dentro de un IMC normal que tienen la frecuencia más alta. Se observó una tendencia negativa con la edad.</p>
Manyanga et al (2014)	BMC Public Health	Benin, Djibouti, Egypt, Ghana, Mauritania, Malawi, and Morocco	EMSE 2006-2010	11-17	Regresión logística multivariable	Evaluar el sobrepeso, la obesidad y sus factores de riesgo asociados	<p>Prevalencia: sin ajustar las tasas de tener bajo peso varió de 12.6% (Egipto) a 31.9% (Djibouti), mientras que el exceso de peso osciló entre el 8.7% (Ghana) a 31.4% (Egipto). Los índices de obesidad varió de 0.6% (Benin) a 9.3% (Egipto).</p> <p>Diferencias de género: Las mujeres tenían una mayor prevalencia de sobrepeso para cada grupo de edad en cinco de los países, las excepciones de Egipto y Malawi. En general, el exceso de peso fue más frecuente entre (≥ 12) los adolescentes más jóvenes y disminuyó con la edad. Los hombres de las niñas tenían una mayor prevalencia de bajo peso.</p> <p>Relaciones: La mayoría de los factores de riesgo potenciales capturados por el EMSE no se asociaron significativamente con la condición de peso.</p>
Pelzer, Pengid (2011)	West Indian Med J	Antigua and Barbuda, Dominica, Grenada, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Trinidad and Tobago	EMSE 2007-2009	13-16	Regresión logística multivariable	Examinar la iniciación sexual temprana (< 15 años de edad) entre adolescentes quinceañeros en escuelas de seis países del Caribe.	<p>Prevalencia: 26.9% había experimentado la iniciación sexual antes de los 15 años.</p> <p>Diferencia de género: mayor hombres, 37.2% y 16.9%.</p> <p>Relaciones: se encontró que el género masculino, el uso de sustancias (uso de tabaco y alcohol), el haber estado en una pelea física en los últimos 12 meses, el comportamiento sedentario, el ausentismo escolar, el ausentismo de los padres o tutores, estuvieron asociados con la iniciación sexual temprana.</p>
Pelzer, Pengid (2011)	Scientific World Journal	Talanda	EMSE 2008	12-15	Regresión logística bivariable y multivariante	Evaluar la prevalencia de relaciones sexuales en los últimos 12 meses y sus factores asociados en adolescentes	<p>Prevalencia: en los últimos 12 meses fue de 11.0% (14.6% hombres y 7.6% mujeres).</p> <p>Diferencias de género y edad: más propenso el sexo masculino (OR = 1.66; IC del 95%: 1.14 a 242), y la edad avanzada, 15 o más años (OR = 2.60, 1.80 a 3.74)</p> <p>Relaciones: el consumo actual de alcohol (OR = 2.22, 1.45-3.35), estado psicológico (OR = 2.11, 1.44 a 3.09) y entre las mujeres el tabaquismo actual (OR = 5.47, 1.62 a 18.48), el uso de drogas de por vida (AOR = 4.35, 1.04 a 18.3), y la falta de unión de los padres o tutor (AOR = 0.51, 0.27-0.97) están relacionados con el tener relaciones sexuales.</p>
Soya et al (2008)	BMC Pediatr	Zambia	EMSE 2004	13-15	Regresión logística bivariable y multivariante	Evaluar la prevalencia y los factores asociados a las relaciones sexuales entre los adolescentes en la escuela	<p>Prevalencia: el 13.4% informaron que tenían relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.</p> <p>Diferencias de género: mayor en hombres, 16.4% y el 9.7%.</p> <p>Relaciones: Con edad menor de 15 años como el referente al cociente de probabilidad ajustado (AOR) de haber tenido relaciones sexuales en los adolescentes de 15 años de edad y adultos mayores de 16 años o más era IC 1.06 (95% [1.03-1.10]) y 1.74 (95% [1.70 a 1.79]), respectivamente. Los adolescentes que tienen amigos, con algo de atención de los padres eran propensos a tener relaciones sexuales y adolescentes que fueron la mayoría de las veces / siempre supervisados por sus padres eran menos propensos; AORs: 1.26 (IC del 95%: 1.24 a 1.26) y 0.52 (IC 95%: 0.50-0.95), respectivamente. Los adolescentes que fumaban dagga 1 o 2 veces, y los que fumaban dagga 3 o más veces en un día eran 70% y 25% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, respectivamente. Los adolescentes que bebieron alcohol en 1 o 2 días, y los que tomaron alcohol en 3 o más días en un mes anterior a la encuesta eran 12% y un 9% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, respectivamente. Además, los adolescentes que habían bebido 1 o 2 veces, y que habían bebido 3 o más veces en un tiempo de vida fueron del 14% y un 13% más propensos.</p>
Page and Hall (2009)	J Sch Health	Botswana, Kenia, Namibia, Uganda, Zambia y Zimbabue	EMSE 2003-2004		Análisis estadístico	Analizar la relación entre el comportamiento sexual con el consumo de alcohol, y los indicadores de estrés psicológico (salud mental) de adolescentes en 6 países de África subsahariana usando la Encuesta de Salud a Escolares Global (EMSE).	<p>Relaciones: los comportamientos sexuales (tener relaciones sexuales o tener relaciones sexuales con 2 o más personas) se asociaron con ambos trastornos psicológicos y consumo de alcohol. La odds ratio mostraron que los niños y niñas que demuestran la angustia psicológica y consumo de alcohol se encuentran en mayor riesgo de tener relaciones sexuales. Los resultados también indican que la probabilidad de comportamientos sexuales aumentó cuando hubo un aumento en el número de indicadores psicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol.</p>
Granero et al (2007)	P R Health So J	Venezuela (Lara)	EMSE 2003		Análisis estadístico	Describir un conjunto de patrones de comportamiento sexual, la educación y otros temas relacionados con la vida sexual entre los estudiantes 7 ^{to} , 8 ^o y 9 ^o grado en el Estado Lara, Venezuela	<p>Prevalencia: Los estudiantes que respondieron que nunca habían tenido relaciones fue de 27% hombres y 3.8% mujeres. Por grado, la prevalencia aumentó. El grupo que tuvo relaciones sexuales, 54.9% hombres y 25.3% de las mujeres tenía en los 12 años; 56% de hombres y 76.9% mujeres eran sexualmente activos en los últimos 12 meses; 50.2% de hombres y 43.2% mujeres afirmaron presuntivo en la última relación sexual; y 45.3% hombres y 21.5% mujeres tienen 2 o más parejas sexuales en su vida. Una disparidad está presente en la información basada en la escuela: 63% para el SIDA y <32% de los abusos sexuales.</p>

Documentos de Trabajo CEDES 133/2018

Autor	Revista	País	Año	Edad	Metodología	Objetivo	Desarrollo
Pelzer, Pengold (2015)	West Indian Med J	Antigua and Barbuda, Dominica, Grenada, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Trinidad and Tobago	EMSE 2007-2009	13-16	Regresión logística multivariante	Examinar la incidencia sexual temprana (< 15 años de edad) entre adolescentes quinceañeros en escuelas de seis países del Caribe.	Salud Sexual
Pelzer, Pengold (2011)	Scientific World Journal	Tailandia	EMSE 2008	12-15	Regresión logística bivariable y multivariante	Evaluar la prevalencia de relaciones sexuales en los últimos 12 meses y sus factores asociados en adolescentes	<p>Prevalencia: 26.9% había experimentado la iniciación sexual antes de los 15 años.</p> <p>Diferencias de género: mayor hombres, 37.2% y 16.9%.</p> <p>Relaciones: se encontró que el género masculino, el uso de sustancias (uso de tabaco y alcohol), el haber estado en una pelea física en los últimos 12 meses, el comportamiento sedentario, el ausentismo escolar, y la falta de apoyo a los padres o tutores, estuvieron asociados con la iniciación sexual temprana.</p> <p>Prevalencia: en los últimos 12 meses fue de 11.0% (14.6% hombres y 7.6% mujeres).</p> <p>Diferencias de género y edad: más propenso el sexo masculino (OR = 1.66; IC del 95%: 1.14 a 2.42), y la edad avanzada, 15 o más años (OR = 2.60, 1.80 a 3.74).</p> <p>Relaciones: el consumo actual de alcohol (OR = 2.22, 1.46-3.36), estrés psicológico (OR = 2.11, 1.44 a 3.09) y entre las mujeres el tabaquismo actual (OR = 5.47, 1.62 a 18.48), el uso de drogas de por vida (AOR = 4.35, 1.04 a 18.3) y la falta de unión de los padres o tutor (AOR = 0.51, 0.27-0.97) están relacionados con el tener relaciones sexuales.</p>
Sciya et al (2008)	BMC Pediatr	Zambia	EMSE 2004	13-15	Regresión logística bivariable y multivariante	Estimar la prevalencia y los factores asociados a las relaciones sexuales entre los adolescentes en la escuela	<p>Prevalencia: el 13.4% informaron que tenían relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.</p> <p>Diferencias de género: mayor en hombres, 16.4% y el 9.7%.</p> <p>Relaciones: Con edad menor de 15 años como el referente al cociente de probabilidad ajustado (AOR) de haber tenido relaciones sexuales en los adolescentes de 15 años de edad y adultos mayores de 16 años o más eran IC 1.06 (95% 1.03-1.10) y 1.74 (95% 1.70 a 1.79), respectivamente. Los adolescentes que tienen amigos, con algún de atención de los padres eran propensos a tener relaciones sexuales y adolescentes que fueron la mayoría de las veces / siempre supervisados por sus padres eran menos propensos. AORs 1.26 (IC del 95% 1.23 hasta 1.26) y 0.52 (IC del 95% 0.50-0.55), respectivamente. Los adolescentes que fumaban dagga 1 o 2 veces, y los que fumaban dagga 3 o más veces en su vida eran 70% y 25% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, respectivamente. Los adolescentes que bebieron alcohol en 1 o 2 días, y los que tomaron alcohol en 3 o más días en un mes anterior a la encuesta eran 12% y un 9% más probabilidades de haber tenido relaciones sexuales, respectivamente. Además, los adolescentes que habían bebido 1 o 2 veces, y que habían bebido 3 o más veces en un tiempo de vida fueron del 14% y un 13% más propensos.</p>
Page and Hall (2009)	J Sch Health	Botswana, Kenia, Namibia, Uganda, Zambia y Zimbabwe	EMSE 2003-2004		Análisis estadístico	Analizar la relación entre el comportamiento sexual con el consumo de alcohol y los indicadores de estrés psicosocial (salud mental) del adolescente en 6 países de África subsahariana usando la Encuesta de Salud a Escuelas Global (EMSE)	Relaciones: los comportamientos sexuales (tener relaciones sexuales o tener relaciones sexuales con 2 o más personas) se asociaron con ambos trastornos psicosociales y consumo de alcohol. La odds ratio mostraron que los niños y niñas que denuncian la angustia psicosocial y consumo de alcohol se encuentran en mayor riesgo de tener relaciones sexuales. Los resultados también indican que la probabilidad de comportamientos sexuales aumentó cuando hubo un aumento en el número de indicadores psicosociales y la frecuencia de consumo de alcohol.
Granero et al (2007)	P R Health So J	Venezuela (Lara)	EMSE 2003		Análisis estadístico	Describir un conjunto de patrones de comportamiento sexual, la educación y otros temas relacionados con la vida sexual entre los estudiantes 7th, 8th y 9th grado en el Estado Lara, Venezuela	Prevalencia: Los estudiantes que respondieron que nunca habían tenido relaciones fue de 27% hombres y 38% mujeres. Por grado, la prevalencia aumenta. El grupo que tuvo relaciones sexuales, 54.9% hombres y 25.3% de las mujeres tenía a los 12 años; 59% de hombres y 78.5% mujeres eran sexualmente activos en los últimos 12 meses; 50.2% de hombres y 43.2% mujeres utilizan preservativo en la última relación sexual; y 48.3% hombres y 21.5% mujeres tienen 2 o más parejas sexuales en su vida. Una discrepancia presente en la información basada en la escuela: 63% para el SIDA y <32% de los abusos sexuales.
Ruprah et al (2016)	IDB Working Paper Series 2016	15 países de América Latina y el Caribe (Argentina, Antigua y Barbuda, Barbados, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Jamaica, St. Lucia, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, St. Vincent y Grenadines)	EMSE 2006-2011	13-17	Regresiones logit y meta-análisis. Variables de resultado: tuvo sexo, uso de drogas, alcohol, metátese en problemas por alcohol, pelea física. Variables control: género, hombre, cantidad de amigos, ausentismo escolar, pensamiento suicida. Variable independiente: fides de compromiso de los padres (2 o más respuestas positivas a las preguntas de compromiso de los padres)	Investiga si el compromiso de los padres puede ser un predictor significativo de las conductas de riesgo de los adolescentes en América Latina y el Caribe, y las diferencias entre estos países.	Existe una correlación negativa entre padres comprometidos y comportamientos riesgosos de los adolescentes. La correlación es más débil en el Caribe que en América Latina, excepto para relaciones sexuales y uso de drogas.
Ferrante et al (2014)	Arch Argent Pediatr	Argentina	EMSE 2007 y 2012	13-15	Cross section. Análisis descriptivo. Variables analizadas: Consumo de frutas, bebidas azucaradas, comida rápida, sobrepeso, obesidad, actividad física al menos 60 minutos por día, pasa más de 3 o más horas sentado, más de tres días de actividad física por semana, camina o va en bici a la escuela más de una vez por semana, porcentaje de jóvenes que fuman, quieren dejar de fumar, exposición a segunda mano en el hogar y fuera del hogar, acceso al cigarrillo.	Evaluar los cambios en la dieta, el peso corporal, el tabaco y los indicadores de actividad física en los últimos cinco años.	Prevalencia: Entre 2007 y 2012, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad aumentó significativamente (sobrepeso: 24.5% en 2007, 28.6% en 2012; la obesidad 4.4% en 2007, 5.9% en 2012), mientras que el consumo de bebidas azucaradas y comida rápida se mantuvo alta. Se observó una ligera mejora en el nivel de actividad física (12.7% en 2007, 16.7% en 2012), aunque se mantiene por debajo de lo recomendado. La prevalencia de tabaco se redujo (24.5% en 2007, 19.5% en 2012), pero el acceso a los productos de tabaco y la exposición al humo de segunda mano sigue siendo alta en lugares públicos, incluidas las escuelas.
Pelzer and Pengold (2016)	Int. J. Environ. Res. Public Health	Filipinas	EMSE 2003, 2007, 2011		Cross sectional.	Proporcionar estimaciones de tendencias sobre la prevalencia de las conductas de riesgo de salud evaluados en la Encuesta de Salud Global School, en 2003, 2007 y 2011 en las Filipinas.	Prevalencia: Mejoras significativas en los riesgos de salud y comportamientos riesgosos (consumo de tabaco, sobrepeso u obesidad y consumo de tabaco sin humo entre varones, está en una pelea física, problemas de consumo de alcohol, salud mental, higiene oral y de manos entre los niños y niñas), pero también aumentó en el comportamiento de riesgo para la salud (intimidación/victimización, las lesiones y la soledad).
Caleyachett et al (2015)	Lancet Diabetes Endocrinol	Países de bajos y medianos ingresos	EMSE 2003-2011	12-15	Regresión logística multivariante	Estimar la magnitud y la co-ocurrencia de los factores de riesgo de ECV de comportamiento en adolescentes de 12-15 años para los 65 países de bajos y medianos ingresos entre 2003 y 2011.	Prevalencia: entre 2003 y 2011, de 169.369 adolescentes, 12.1% (IC del 95%: 10.2-14.1) usa tabaco, 15.7% (12.3-19.5) consume alcohol, 74.3% (71.3-76.5) tiene una baja ingesta de frutas y verduras, 71.4% (69.5-73.3) reportaron una baja actividad física y 7.1% (5.6-8.7) eran obesos. La prevalencia regional agrupada de exposición a tres o más factores de riesgo de ECV fue más baja en la región del suroeste asiático (3.6%, IC del 95%: 1.2-7.5) y la más alta en la región del Pacífico occidental (18% 12.6-25.3).
Sciya et al (2011)	BMC Res Notes	Zambia	EMSE 2004	13-15	Regresión logística binomial	Estimar las frecuencias de las variables socio-demográficas relevantes y explorar las asociaciones entre las variables explicativas seleccionadas y la mala higiene oral sub-reporto (no limpiar o lavar se los dientes)	Prevalencia: La mayoría de los encuestados 2257 eran varones (53.9%) y pasaban hambre (82.5%). Más de 4 de cada 10 encuestados bebían alcohol (42.2%), mientras que el 37.2% fumaba cannabis. En general, el 10.0% de los encuestados informó de la mala higiene bucal. Diferencias de género: Los hombres que respondieron fueron 7% menos propensos a reportar tener una mala higiene oral en comparación con las mujeres. Relaciones: los que bebieron alcohol eran 27% más propensos a informar a tener una mala higiene bucal, los que fumaron cannabis eran 4% y los que informan hambre fueron 35% más propensos.
Sciya et al (2007)	Child Adolesc Psychiatry Ment Health	Suazilandia	EMSE 2003		Regresión logística	Estimar sobre la prevalencia y los factores asociados con el absentismo escolar entre los adolescentes en África.	Prevalencia: global de absentismo escolar en los últimos 30 días anteriores al estado fue del 21.6%. Diferencias de género: Mayor en hombres, 27.4% (95% y) el 17.5% (72%). Relaciones: ser varón, después de haber sido intimidados, los grados escolares más bajos, y el uso de alcohol se asoció positivamente con el absentismo escolar. Los adolescentes que se perciben con apoyo de los padres eran menos propensos a reportar que estar ausente.
Linetzky et al (2011)	Arch Argent Pediatr	Argentina	EMSE 2007	13-15	Análisis estadístico	Describir la prevalencia de factores de riesgo en la población adolescente escolarizada de la Argentina.	Prevalencia: Se observa que el 56.8% de los jóvenes consumió alcohol y el 25.5% fumó cigarrillos durante el último mes. La prevalencia de vida de drogas ilícitas fue del 11.7%. El 19% de los encuestados padece de sobrepeso. El 81% no realiza el mínimo de actividad física sugerido para la edad. El 33.6% tuvo relaciones sexuales, 10.4% comenzó a tenerlas antes de los 13 años y menos de la mitad utiliza siempre algún método anticonceptivo.
Medina et al (2007)	Vigía (Santiago)	Chile	EMSE 2004-2005	13-15	Análisis estadístico	Síntesis de los principales resultados de ambas encuestas.	Prevalencia: El consumo diario de frutas bandedó el 20% y el de verduras se encontró entre el 30 y 37%. Entre el 14 y el 17% ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. En salud mental, alrededor del 30% reñó síntomas posiblemente depresivos, siendo la prevalencia mayor en mujeres. Entre el 20 y 22% consideró seriamente la posibilidad suicida en los últimos 12 meses y alrededor del 16% hizo un plan. La prevalencia mensual de consumo de alcohol fue de 25-33%. El 45-49% señaló que sus padres escucharon y se preocuparon por sus problemas. 2005: la prevalencia de sobrepeso se encontró entre 25 y 28% y de obesidad entre 7-8%, sin diferencias por sexo, entre regiones y según la presencia de la estrategia Establecimiento Educativos Promotores de la Salud.

Sección Latinoamericana

Tabla B1

Regresión logística multivariada para indicadores de dos o más comportamientos riesgosos por tipo, por país

Argentina	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.906	(0.819 - 1.002)	0.893	(0.827 - 0.964)	2.568	(2.330 - 2.831)	2.603	(2.409 - 2.813)	0.323	(0.286 - 0.365)
Edad (12=1)										
13	1.081	(0.788 - 1.482)	1.752	(1.234 - 2.487)	3.107	(1.832 - 5.270)	0.955	(0.750 - 1.216)	1.591	(1.012 - 2.499)
14	1.077	(0.791 - 1.467)	2.573	(1.824 - 3.630)	4.155	(2.464 - 7.007)	0.924	(0.729 - 1.171)	1.910	(1.225 - 2.979)
15	0.958	(0.704 - 1.305)	3.843	(2.726 - 5.418)	4.968	(2.947 - 8.376)	0.951	(0.749 - 1.206)	2.124	(1.361 - 3.313)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.850	(0.734 - 0.984)	0.637	(0.579 - 0.700)	0.663	(0.588 - 0.748)	0.762	(0.690 - 0.841)	0.642	(0.563 - 0.732)
2	0.738	(0.640 - 0.851)	0.441	(0.398 - 0.489)	0.561	(0.493 - 0.637)	0.597	(0.538 - 0.662)	0.399	(0.342 - 0.466)
3	0.689	(0.590 - 0.805)	0.289	(0.253 - 0.329)	0.502	(0.432 - 0.583)	0.540	(0.480 - 0.608)	0.408	(0.340 - 0.489)
Compañerismo de pares	0.718	(0.646 - 0.797)	1.107	(1.023 - 1.198)	0.931	(0.845 - 1.025)	0.918	(0.848 - 0.993)	0.662	(0.592 - 0.742)
Víctima de Bullying			1.780	(1.639 - 1.934)			3.623	(3.340 - 3.929)	2.936	(2.632 - 3.276)
Constante	8.757	(6.347 - 12.08)	0.128	(0.0908 - 0.182)	0.030	(0.0176 - 0.0506)	0.199	(0.156 - 0.254)	0.100	(0.0641 - 0.157)
N	12262		17643		17110		16375		17794	

Documentos de Trabajo CEDES X/XX

Bolivia	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.679	(0.549 - 0.840)	1.547	(1.118 - 2.139)	2.546	(1.732 - 3.743)	2.413	(1.997 - 2.915)	0.367	(0.270 - 0.498)
Edad (12=1)										
13	0.918	(0.544 - 1.548)	1.060	(0.354 - 3.174)	1.407	(0.317 - 6.236)	0.997	(0.615 - 1.616)	0.752	(0.356 - 1.590)
14	1.191	(0.712 - 1.994)	2.066	(0.726 - 5.883)	2.855	(0.679 - 12.01)	0.973	(0.607 - 1.559)	0.859	(0.417 - 1.770)
15	1.103	(0.658 - 1.849)	2.517	(0.889 - 7.124)	3.129	(0.745 - 13.14)	0.977	(0.609 - 1.566)	1.140	(0.558 - 2.329)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.490	(0.367 - 0.654)	0.486	(0.324 - 0.727)	1.004	(0.660 - 1.526)	0.642	(0.506 - 0.815)	0.573	(0.401 - 0.820)
2	0.434	(0.319 - 0.590)	0.326	(0.193 - 0.550)	0.469	(0.261 - 0.840)	0.698	(0.536 - 0.909)	0.469	(0.300 - 0.731)
3	0.382	(0.278 - 0.525)	0.195	0.395)	0.391	(0.195 - 0.786)	0.554	(0.412 - 0.745)	0.358	(0.205 - 0.622)
Compañerismo de pares	0.717	(0.576 - 0.892)	1.379	(0.988 - 1.924)	0.850	(0.576 - 1.255)	0.973	(0.798 - 1.187)	0.612	(0.444 - 0.845)
Víctima de Bullying			2.408	(1.748 - 3.317)			3.763	(3.089 - 4.585)	3.307	(2.475 - 4.418)
Constante	11.410	(6.646 - 19.58)	0.033	(0.0114 - 0.0958)	0.019	(0.00437 - 0.0796)	0.299	(0.184 - 0.486)	0.170	(0.0819 - 0.353)
N	2546		2376		2264		2230		2442	

Costa Rica	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.517	(0.406 - 0.659)	1.408	(0.997 - 1.988)	2.539	(1.692 - 3.809)	4.175	(3.051 - 5.715)	0.418	(0.259 - 0.674)
Edad (12=1)										
13	2.173	(1.058 - 4.462)	0.454	(0.290 - 0.709)	1.273	(0.164 - 9.867)	0.992	(0.345 - 2.852)	1.431	(0.179 - 11.43)
14	2.333	(1.131 - 4.812)	0.596	(0.401 - 0.886)	1.815	(0.237 - 13.89)	1.033	(0.360 - 2.964)	1.010	(0.126 - 8.097)
15	2.538	(1.224 - 5.262)	1.000	(1 - 1)	2.549	(0.335 - 19.39)	0.902	(0.313 - 2.599)	1.116	(0.139 - 8.938)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.729	(0.511 - 1.042)	0.300	(0.188 - 0.479)	0.457	(0.285 - 0.732)	0.708	(0.495 - 1.011)	0.483	(0.284 - 0.822)
2	0.563	(0.396 - 0.802)	0.388	(0.246 - 0.612)	0.238	(0.128 - 0.442)	0.494	(0.331 - 0.739)	0.295	(0.153 - 0.567)
3	0.421	(0.298 - 0.596)	0.151	0.298)	0.220	(0.113 - 0.430)	0.288	(0.180 - 0.462)	0.109	0.309)
Compañerismo de pares	0.780	(0.610 - 0.998)	1.167	(0.820 - 1.662)	1.003	(0.676 - 1.489)	1.410	(1.047 - 1.899)	0.870	(0.557 - 1.361)
Víctima de Bullying			1.381	(0.929 - 2.052)			4.120	(3.024 - 5.615)	4.410	(2.844 - 6.837)
Constante	5.921	(2.789 - 12.57)	0.173	(0.114 - 0.263)	0.038	(0.00498 - 0.296)	0.061	(0.0205 - 0.182)	0.070	(0.00854 - 0.567)
N	2546		2376		2264		2230		2442	

Documentos de Trabajo CEDES X/XX

Ecuador-Quito	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.654	(0.527 - 0.812)	1.812	(1.234 - 2.661)	5.487	(2.797 - 10.76)	3.166	(2.488 - 4.028)	0.493	(0.333 - 0.731)
Edad (12=1)										
13	1.148	(0.863 - 1.528)	0.990	(0.508 - 1.930)	1.491	(0.654 - 3.398)	0.914	(0.667 - 1.251)	0.906	(0.535 - 1.532)
14	1.275	(0.936 - 1.737)	2.410	(1.327 - 4.376)	1.541	(0.656 - 3.619)	0.826	(0.589 - 1.159)	1.085	(0.648 - 1.816)
15	1.296	(0.946 - 1.777)	3.590	(2.017 - 6.392)	2.966	(1.345 - 6.541)	0.888	(0.630 - 1.252)	0.667	(0.375 - 1.186)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.785	(0.572 - 1.079)	0.535	(0.331 - 0.866)	0.886	(0.444 - 1.767)	0.941	(0.677 - 1.308)	0.491	(0.306 - 0.787)
2	0.864	(0.627 - 1.189)	0.333	(0.196 - 0.567)	0.666	(0.311 - 1.423)	0.735	(0.522 - 1.033)	0.309	(0.179 - 0.531)
3	0.615	(0.455 - 0.833)	0.206	(0.115 - 0.370)	0.359	(0.155 - 0.834)	0.580	(0.416 - 0.809)	0.168	0.308
Compañerismo de pares	0.826	(0.659 - 1.035)	1.532	(1.033 - 2.274)	0.906	(0.506 - 1.622)	0.966	(0.756 - 1.235)	1.189	(0.804 - 1.758)
Víctima de Bullying			2.262	(1.533 - 3.336)			2.676	(2.055 - 3.485)	2.441	(1.657 - 3.596)
Constante	2.209	(1.603 - 3.045)	0.061	0.115)	0.012	0.0312)	0.252	(0.177 - 0.359)	0.200	(0.121 - 0.330)
N	12262		17643		17110		16375		17794	

Honduras	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.692	(0.482 - 0.992)	0.949	(0.598 - 1.507)	8.155	(4.345 - 15.31)	2.395	(1.753 - 3.271)	0.454	(0.294 - 0.702)
Edad (12=1)										
13	1.283	(0.733 - 2.245)	1.004	(0.412 - 2.445)	1.885	(0.681 - 5.223)	1.431	(0.883 - 2.318)	1.346	(0.688 - 2.633)
14	0.878	(0.519 - 1.483)	1.458	(0.625 - 3.401)	2.424	(0.897 - 6.548)	0.966	(0.591 - 1.580)	1.499	(0.773 - 2.905)
15	1.690	(0.913 - 3.130)	3.281	(1.458 - 7.383)	3.971	(1.492 - 10.57)	1.162	(0.695 - 1.943)	1.372	(0.684 - 2.748)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.966	(0.548 - 1.703)	0.589	(0.338 - 1.024)	0.694	(0.371 - 1.298)	0.878	(0.573 - 1.344)	0.643	(0.383 - 1.079)
2	1.194	(0.660 - 2.161)	0.329	(0.168 - 0.644)	0.521	(0.263 - 1.030)	0.864	(0.561 - 1.330)	0.520	(0.299 - 0.907)
3	0.622	(0.378 - 1.021)	0.109	0.267)	0.379	(0.196 - 0.731)	0.592	(0.386 - 0.907)	0.213	(0.108 - 0.421)
Compañerismo de pares	0.588	(0.405 - 0.854)	1.852	(1.147 - 2.991)	1.126	(0.690 - 1.835)	1.013	(0.738 - 1.390)	1.206	(0.789 - 1.843)
Víctima de Bullying			3.234	(2.018 - 5.184)			4.835	(3.537 - 6.609)	5.300	(3.456 - 8.129)
Constante	13.570	(7.435 - 24.76)	0.043	(0.018 - 0.102)	0.012	(0.004 - 0.035)	0.093	(0.054 - 0.160)	0.075	(0.034 - 0.151)
N	1310		1284		1211		1196		1286	

Documentos de Trabajo CEDES X/XX

Perú	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.829	(0.642 - 1.070)	1.905	(1.465 - 2.478)	5.006	(3.274 - 7.656)	2.948	(2.435 - 3.569)	0.305	(0.219 - 0.426)
Edad (12=1)										
13	1.245	(0.456 - 3.400)	1.523	(0.349 - 6.647)	1.013	(0.226 - 4.542)	1.136	(0.537 - 2.404)	0.798	(0.220 - 2.898)
14	1.046	(0.390 - 2.800)	2.417	(0.566 - 10.32)	1.029	(0.234 - 4.532)	1.256	(0.600 - 2.627)	1.170	(0.332 - 4.125)
15	1.097	(0.410 - 2.930)	3.388	(0.797 - 14.40)	1.377	(0.316 - 6.004)	1.019	(0.488 - 2.130)	1.106	(0.314 - 3.895)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	0.620	(0.439 - 0.875)	0.711	(0.521 - 0.971)	1.084	(0.726 - 1.619)	0.892	(0.704 - 1.131)	0.726	(0.504 - 1.046)
2	0.649	(0.443 - 0.950)	0.610	(0.419 - 0.887)	0.679	(0.402 - 1.146)	0.705	(0.537 - 0.927)	0.674	(0.441 - 1.032)
3	0.472	(0.327 - 0.683)	0.395	(0.254 - 0.614)	0.388	(0.202 - 0.746)	0.686	(0.516 - 0.912)	0.400	(0.233 - 0.685)
Compañerismo de pares	0.777	(0.596 - 1.013)	1.216	(0.926 - 1.596)	1.034	(0.714 - 1.497)	0.952	(0.780 - 1.162)	0.607	(0.436 - 0.844)
Víctima de Bullying			1.507	(1.161 - 1.954)			3.173	(2.619 - 3.845)	3.043	(2.189 - 4.231)
Constante	10.530	(3.866 - 28.67)	0.044	(0.010 - 0.191)	0.025	(0.006 - 0.114)	0.224	(0.105 - 0.475)	0.128	(0.036 - 0.459)
N	2094		2090		2210		2127		2179	

Uruguay	Mala Nutrición		Uso de Sustancias		Actividad sexual irresponsable		Violencia física		Salud Mental	
	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)	Odds Ratio	IC (95%)
Hombre	0.414	(0.327 - 0.524)	0.953	(0.753 - 1.207)	2.798	(1.976 - 3.962)	3.014	(2.410 - 3.769)	0.293	(0.189 - 0.454)
Edad (12=1)										
13	3.008	(0.644 - 14.04)	0.210	(0.041 - 1.078)	0.557	(0.066 - 4.686)	0.426	(0.119 - 1.517)	0.532	(0.309 - 0.918)
14	3.614	(0.777 - 16.81)	0.476	(0.095 - 2.385)	0.863	(0.105 - 7.105)	0.513	(0.145 - 1.811)	0.863	(0.570 - 1.307)
15	3.723	(0.800 - 17.33)	0.917	(0.184 - 4.578)	0.991	(0.120 - 8.150)	0.507	(0.144 - 1.792)	1.000	(1 - 1)
Factor de protección: Padres presentes (Padres ausentes=1)										
1	1.145	(0.765 - 1.713)	0.598	(0.423 - 0.846)	0.406	(0.246 - 0.669)	0.892	(0.645 - 1.234)	0.389	(0.235 - 0.643)
2	1.253	(0.853 - 1.842)	0.490	(0.349 - 0.688)	0.485	(0.309 - 0.762)	0.507	(0.365 - 0.703)	0.449	(0.280 - 0.718)
3	0.865	(0.597 - 1.252)	0.264	(0.182 - 0.384)	0.317	(0.195 - 0.515)	0.398	(0.284 - 0.556)	0.105	0.216)
Compañerismo de pares	0.919	(0.709 - 1.192)	1.440	(1.094 - 1.894)	1.059	(0.738 - 1.520)	0.920	(0.726 - 1.165)	0.483	(0.326 - 0.713)
Víctima de Bullying			1.569	(1.182 - 2.084)			2.953	(2.310 - 3.774)	3.391	(2.305 - 4.990)
Constante	2.821	(0.588 - 13.54)	0.424	(0.083 - 2.179)	0.093	(0.011 - 0.797)	0.342	(0.094 - 1.246)	0.258	(0.161 - 0.412)
N	2463		2476		2503		2466		2576	

Los valores en negrita son estadísticamente significativos con un p-valor<0.05

Sección Argentina

Anexo C1

Estadística descriptiva de indicadores simples de EMSE Argentina

Variable	Año 2007									Año 2012									Diferencia de medias de años					
	Total			Varones			Mujeres			Diferencia de media		Total			Varones			Mujeres			Diferencia de media			
	N	Media	sd	N	Media	sd	N	Media	sd	V-M	t	N	Media	sd	N	Media	sd	N	Media	sd	V-M	t	12-07	t
Mala nutrición y falta de actividad física																								
Bajo consumo de frutas/verduras	1,521	0.856	0.351	710	0.862	0.346	797	0.852	0.356	0.010	0.550	21,196	0.825	0.380	9,826	0.833	0.373	11,182	0.817	0.386	0.015	2.925	-0.032	-3.372
Sobrepeso	1,067	0.173	0.378	515	0.221	0.415	552	0.130	0.336	0.091	3.931	13,321	0.290	0.454	6,311	0.366	0.482	7,010	0.219	0.414	0.147	18.778	0.117	9.588
Baja actividad física	1,537	0.763	0.425	718	0.687	0.464	805	0.828	0.378	-0.141	-6.438	20,936	0.719	0.450	9,675	0.648	0.478	11,066	0.783	0.412	-0.135	-21.641	-0.045	-3.945
Pasa +3hs sentada	1,513	0.487	0.500	706	0.436	0.496	793	0.534	0.499	-0.098	-3.811	20,741	0.499	0.500	9,559	0.467	0.499	10,990	0.530	0.499	-0.063	-9.010	0.011	0.852
Violencia física y bullying																								
Ataque físico	1,520	0.253	0.435	711	0.315	0.465	796	0.200	0.400	0.116	5.136	21,183	0.249	0.432	9,829	0.304	0.460	11,161	0.197	0.398	0.107	17.962	-0.004	-0.336
Participación en peleas	1,532	0.299	0.458	716	0.430	0.495	802	0.185	0.389	0.245	10.621	21,450	0.340	0.474	9,945	0.444	0.497	11,304	0.244	0.430	0.199	31.049	0.041	3.417
Recibió una lesión	1,413	0.345	0.475	654	0.444	0.497	746	0.259	0.438	0.185	7.337	18,894	0.333	0.471	8,715	0.426	0.495	10,007	0.246	0.431	0.180	26.374	-0.012	-0.912
Salud Mental																								
Sentimiento de Soledad	1,531	0.103	0.303	714	0.062	0.242	803	0.138	0.345	-0.075	-4.971	21,056	0.091	0.288	9,750	0.053	0.223	11,111	0.125	0.331	-0.073	-18.776	-0.011	-1.406
Sentimiento de Preocupación	1,531	0.107	0.310	715	0.076	0.266	802	0.134	0.341	-0.058	-3.723	21,386	0.084	0.277	9,913	0.051	0.220	11,275	0.113	0.317	-0.062	-16.681	-0.023	-2.869
Intención de suicidio	1,520	0.161	0.368	707	0.126	0.332	801	0.192	0.394	-0.066	-3.513	20,964	0.166	0.372	9,703	0.109	0.312	11,085	0.217	0.412	-0.107	-21.326	0.004	0.441
No tiene amigos	1,500	0.044	0.205	701	0.046	0.210	785	0.040	0.197	0.006	0.556	20,959	0.055	0.228	9,671	0.067	0.251	11,095	0.043	0.203	0.024	7.520	0.011	2.065
Abuso de sustancias																								
Consumo de Tabaco	1,461	0.219	0.414	676	0.218	0.413	772	0.220	0.415	-0.003	-0.129	21,094	0.197	0.398	9,752	0.184	0.387	11,153	0.208	0.406	-0.024	-4.366	-0.022	-1.983
Consumo de Alcohol	1,360	0.514	0.500	624	0.549	0.498	725	0.487	0.500	0.062	2.262	20,330	0.481	0.500	9,398	0.473	0.499	10,744	0.488	0.500	-0.015	-2.104	-0.033	-2.329
Uso de drogas	1,510	0.288	0.453	701	0.308	0.462	795	0.270	0.444	0.038	1.601	21,176	0.083	0.275	9,784	0.104	0.305	11,201	0.062	0.241	0.042	10.990	-0.206	-17.402
Salud Sexual																								
Tuvo relaciones sexuales	1,399	0.257	0.437	625	0.347	0.477	760	0.185	0.389	0.162	6.845	20,000	0.355	0.479	9,094	0.417	0.493	10,744	0.298	0.457	0.119	17.535	0.098	8.035
Inicio temprano actividad sexual	438	0.562	0.497	266	0.616	0.487	165	0.481	0.501	0.135	2.735	6,015	0.593	0.491	3,421	0.668	0.471	2,520	0.499	0.500	0.170	13.237	0.031	1.274
Más de 1 pareja sexual	1,439	0.167	0.373	661	0.261	0.439	765	0.088	0.283	0.173	8.681	20,641	0.161	0.367	9,476	0.207	0.405	10,980	0.118	0.323	0.089	17.094	-0.006	-0.602
No uso condón	316	0.177	0.382	187	0.139	0.347	124	0.227	0.420	-0.088	-1.917	5,884	0.241	0.427	3,322	0.228	0.420	2,487	0.258	0.438	-0.030	-2.616	0.064	2.856
Factores de Protección																								
Pares presentes	1,498	0.553	0.497	699	0.519	0.500	785	0.580	0.494	-0.061	-2.346	20,515	0.504	0.500	9,441	0.464	0.499	10,888	0.541	0.498	-0.077	-10.960	-0.049	-3.658
Padres revisan tareas	1,483	0.402	0.491	689	0.414	0.493	780	0.391	0.488	0.023	0.906	20,707	0.323	0.468	9,558	0.345	0.475	10,959	0.305	0.460	0.040	6.141	-0.079	-6.01
Padres entienden problemas	1,461	0.554	0.497	683	0.553	0.498	767	0.554	0.497	0.000	-0.012	20,576	0.490	0.500	9,501	0.471	0.499	10,887	0.507	0.500	-0.036	-5.153	-0.064	-4.716
Padres conocen su tiempo libre	1,463	0.583	0.493	683	0.563	0.496	767	0.603	0.490	-0.040	-1.529	20,444	0.547	0.498	9,429	0.504	0.500	10,826	0.588	0.492	-0.084	-11.952	-0.036	-2.658

En las diferencias de media, los valores en negrita son estadísticamente significativos con un p-valor<0.05

Fuente: EMSE Argentina, OMS

Anexo C2

Porcentaje de estudiantes de la EMSE Argentina 2012 según indicador analizado y provincia

	Nutrición y falta de actividad física				Uso de sustancias			Salud Sexual			Violencia			Salud Mental				
	Bajo consumo de frutas/verduras	Sobrepeso	Baja actividad física	Pasa +3hs sentada	Consumo de Tabaco	Consumo de Alcohol	Uso de drogas	Tuvo relaciones sexuales	Inicio temprano actividad sexual	Más de 1 pareja sexual	No uso condón	Ataque físico	Participación en peleas	Recibió una lesión	Sentimiento de Soledad	Sentimiento de Preocupación	Intención de suicidio	No tiene amigos
Región pampeana																		
Bs As	82.0	sd	75.0	55.4	17.7	42.4	6.6	37.1	74.1	19.9	28.8	28.1	38.0	33.2	8.6	8.9	16.0	5.8
CABA	85.1	sd	76.5	56.6	13.2	33.7	7.1	24.8	47.6	10.3	20.6	22.4	29.4	34.8	7.2	5.9	12.2	6.3
Cordoba	83.3	22.6	72.0	50.2	21.8	53.5	9.6	27.0	54.8	10.6	25.8	25.1	33.5	31.5	8.3	6.4	16.2	3.0
La Pampa	84.9	27.0	68.0	49.4	18.7	47.4	9.9	33.4	63.2	15.5	23.1	22.5	32.0	32.6	7.0	7.6	12.3	5.0
Santa Fe	87.3	28.2	64.9	49.9	23.2	66.4	9.8	39.4	48.7	16.0	16.8	23.9	30.8	35.1	9.7	8.1	18.5	6.6
Región Cuyo																		
Mendoza	79.6	25.9	71.8	41.4	24.1	53.3	13.3	33.5	49.2	13.7	17.6	18.3	32.4	27.3	8.2	7.8	15.1	4.2
San Juan	82.5	31.9	72.5	40.2	28.0	47.4	6.4	31.6	58.1	10.6	24.6	25.9	35.3	34.9	9.0	10.2	17.1	5.5
San Luis	85.3	sd	71.7	53.8	24.3	53.7	11.4	32.0	58.0	14.3	25.0	26.5	37.5	36.5	11.8	10.1	17.8	3.8
Región Noroeste																		
Catamarca	79.9	sd	69.2	43.3	24.1	49.8	7.3	42.1	53.1	18.5	29.8	30.7	43.4	39.8	13.2	10.8	23.3	5.2
Jujuy	77.5	26.7	69.1	42.5	24.4	37.8	7.7	28.2	47.7	11.3	21.3	27.5	33.3	37.1	10.8	9.7	19.1	4.1
Salta	79.2	23.3	70.6	43.1	30.8	43.5	13.5	34.7	48.9	13.8	33.2	30.6	41.4	37.1	13.5	8.4	24.9	5.1
La Rioja	83.3	sd	71.3	41.6	23.6	47.4	8.6	41.8	46.4	17.6	20.4	26.1	37.5	37.7	11.7	9.5	19.2	5.1
Tucuman	84.1	sd	73.6	48.4	21.5	43.2	4.1	38.1	50.0	14.2	23.7	18.4	32.0	24.4	8.1	6.8	14.1	3.9
Santiago del Estero	82.0	30.0	71.4	41.0	14.1	42.2	2.9	36.9	50.2	17.3	20.5	22.6	35.9	35.1	8.2	6.7	13.5	4.3
Región Noreste																		
Chaco	77.6	25.7	68.9	39.4	15.5	51.0	7.3	40.0	52.6	19.1	22.9	21.3	30.6	32.8	10.5	8.9	16.7	5.7
Corrientes	77.3	25.5	67.8	35.9	14.7	49.0	4.8	38.5	58.5	13.6	20.4	25.8	32.1	36.0	10.3	10.1	15.4	6.5
Entre Rios	85.4	29.2	68.0	51.2	16.0	67.0	7.2	34.1	58.0	15.8	24.9	21.6	28.2	29.2	7.3	8.9	13.9	6.2
Misiones	74.1	sd	70.9	42.1	15.0	51.1	7.9	42.5	54.2	16.2	13.9	18.4	29.2	32.3	10.5	10.4	20.1	8.3
Región Patagonica																		
Chubut	83.6	33.5	67.6	49.0	25.2	52.4	17.3	34.3	51.9	14.3	22.2	24.6	29.9	37.3	12.3	10.7	21.5	4.1
Neuquen	83.6	29.8	68.2	50.9	26.4	56.5	21.2	38.1	46.4	17.2	22.9	25.9	27.7	38.7	8.8	9.5	22.9	7.1
Rio Negro	83.7	sd	71.8	52.7	28.0	58.7	17.9	40.6	55.8	19.2	30.0	24.0	30.3	32.4	9.2	7.9	19.9	3.6
Santa Cruz	84.2	sd	67.3	51.5	25.8	52.8	16.2	35.9	45.7	17.3	23.0	21.0	29.2	37.3	9.8	7.8	18.0	3.3
Tierra del Fuego	91.3	sd	81.0	58.8	34.7	46.6	14.8	39.6	61.5	10.4	28.4	35.3	44.2	43.4	9.7	7.7	17.2	8.9
Total	82.5	26.8	71.9	50.0	19.7	48.1	8.2	35.4	59.3	16.0	24.1	24.8	33.9	33.2	9.1	8.4	16.5	5.5
	Valor mínimo																	
	Valor máximo																	

Fuente: EMSE Argentina 2012, OMS