



**INFORME PRELIMINAR
(octubre 2005)**

**ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR
CHILE 2004**

Ministerio de Salud de Chile
Organización Mundial de la Salud
Organización Panamericana de la Salud
Centros para Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta



INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
1 INTRODUCCIÓN	6
2 METODOLOGÍA	8
2.1 Muestreo.....	8
2.2 Instrumento.....	8
2.3 Entidades involucradas y principales funciones	9
2.4 Terreno	9
2.5 Análisis	9
3 RESULTADOS	11
3.1 Descripción de la muestra.....	11
3.2 Estado Nutricional.....	11
3.3 Conducta alimentaria	12
3.4 Actividad física.....	14
3.5 Higiene	15
3.5.1 Lavado de manos.....	15
3.5.2 Lavado de dientes.....	15
3.6 Accidentes y violencia.....	16
3.6.1 Lesiones graves	16
3.7 Salud mental.....	17
3.8 Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	18
3.8.1 Tabaco	18
3.8.2 Alcohol.....	19
3.8.3 Drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base).....	20
3.8.4 Psicofármacos.....	21
3.9 Comportamiento sexual	21
3.9.1 Prevalencia de vida e inicio de actividad sexual	21
3.9.2 Uso de condón.....	22
3.9.3 Conocimientos sobre prevención de SIDA	22
3.10 Factores protectores	23
3.10.1 Pertenencia a organizaciones y participación en actividades de promoción de la salud	23
3.10.2 Factores protectores psicosociales	24
4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	25
5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
6 ANEXOS	30

RESUMEN EJECUTIVO

Con el fin de promover estilos de vida saludables en niños y adolescentes, para prevenir factores de riesgo de enfermedades crónicas del adulto, el Ministerio de Salud se ha hecho parte del proyecto colaborativo de vigilancia “Global school-based student health survey” (GSHS) o “Encuesta Mundial de Salud Escolar”, iniciativa de la OMS, con la asistencia técnica del CDC de Atlanta, el que ya se implementado en más de una veintena de países del mundo.

Su propósito es obtener información sistemática y fiable sobre las condiciones de salud, factores de riesgo y protectores en estudiantes. Dentro de los tópicos incluidos en la encuesta se encuentran: comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, actividad física, accidentes y violencia, factores protectores, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, comportamiento sexual e higiene.

Metodología

La población objetivo de la encuesta correspondió a estudiantes de 7° y 8° de enseñanza básica, y 1° año de enseñanza media (13 a 15 años de edad), de las regiones I, V, Metropolitana y VIII. Se realizó en un muestreo estratificado bietápico (escuela/curso). El instrumento consistió en un cuestionario autoadministrado de 91 preguntas. La encuesta fue ejecutada en octubre de 2004, con la coordinación técnica del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, e incluyó a 100 colegios, 25 en cada una de las regiones mencionadas. Los resultados tienen representatividad regional y no son extrapolables a la realidad nacional.

Resultados

Se encuestaron 8.131 niños (80% entre 13 y 15 años). La tasa de participación de los colegios fue de 100% y la de alumnos se encontró entre 85 y 87%.

Estado Nutricional: En base al auto-reporte de peso y talla (que puede implicar un sesgo de parte del informante), se calculó un índice de masa corporal (IMC). Entre el 2% y el 4% presentó un IMC mayor al percentil 95 (obesos). Por otra parte, entre el 17% y el 20% presentó sobrepeso (IMC entre percentiles 85 y 95).

Conducta alimentaria: El consumo diario de frutas resultó inferior al 20% en todas las regiones, excepto la R.M., y el de verduras superó levemente el 30%. Según sexo, las niñas reportaron un consumo diario de verduras significativamente mayor que los niños. Las niñas toman desayuno diariamente en una menor proporción (60% v/s 70%). Entre el 29% y 39% de los alumnos consumió leche o yogurt todos los días, siendo este consumo inferior en la VIII región respecto al resto. En todas las regiones, excepto la VIII, alrededor el 40% de los niños consume diariamente bebidas azucaradas, superando significativamente al consumo de leche en la I región.

Actividad física: Entre el 76% y 80% de los alumnos realizó actividad física fuera de la escuela uno o más días durante los últimos 7 días. La proporción es significativamente mayor en los niños que en las niñas. Actividades realizadas en día anterior: los niños dedicaron al menos 30 minutos a la actividad física (fuera del colegio) en una mayor proporción que las niñas (alrededor del 40% v/s el 20%), en tanto que ellas refieren en una mayor proporción haber visto televisión por al menos una hora (alrededor del 65% v/s 50%).

Lesiones graves: Alrededor del 35% de los niños y niñas refieren haber sufrido alguna lesión grave en el último año, los niños significativamente más que las niñas. Entre un 65% y un 70,6% de ellos, refiere haberse lesionado por sí mismos accidentalmente. Entre el 10 y 14% refiere que el origen fue intencional por terceros. No hay diferencias significativas entre regiones.

Salud mental: Entre el 13% y 17,4% de los alumnos señaló haberse sentido solo durante los últimos 12 meses. Solamente la diferencia entre las Regiones V y Metropolitana fue estadísticamente significativa. En ese período de tiempo, entre el 8% y 10% de los alumnos refirió haber estado preocupado la mayor parte del tiempo, lo que le produjo dificultades para dormir en la noche. En tanto, un porcentaje que bordeó el 20% en todas las regiones consideró seriamente un intento de suicidio y entre un 15,3% y 16,5% de los alumnos refirió haber hecho un plan acerca de cómo tratar de suicidarse. Todas estas proporciones fueron amplia y significativamente superiores en las niñas.

Tabaquismo: La prevalencia de consumo de cigarrillos en el último mes se encontró entre 21% (I región) y 30% (RM). El consumo aumenta conforme aumenta el nivel escolar. Alrededor del 75% de los alumnos refiere que alguien ha fumado en su presencia una o más veces en los últimos 7 días. La prevalencias son similares a las encontradas por la Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes 2003.

Consumo de alcohol: La prevalencia de consumo en el último mes se encontró entre 25% (I región) y un 34% (RM). Entre el 18 y el 26% refiere un consumo abundante hasta la sensación de embriaguez. El consumo aumenta conforme aumenta el nivel escolar. Por otra parte, entre un 10 y un 18% de los alumnos ha experimentado alguna vez las siguientes consecuencias de beber alcohol: resaca, sentirse enfermo, problemas con la familia o amigos, faltar a la escuela o pelear.

Consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base) y psicofármacos: La prevalencia de vida de consumo de marihuana, cocaína o pasta base se encontró entre un 8% (VIII región) y 11% (R.M.); ésta aumenta a mayor curso. Alrededor del 10% refiere haber tomado tranquilizantes el último mes, en tanto el 4% tomó Ritalín.

Comportamiento sexual: Entre el 14% (I región) y el 17% (R.M.) de los alumnos encuestados han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. La prevalencia de vida es mayor en hombres que en mujeres en todas las regiones. Asimismo, los hombres refieren haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 13 años (7 a 12%) en una proporción superior a las niñas (1 a 3%). En todas las regiones, el porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual no excede el 7%. Alrededor del 70% de los alumnos piensan que pueden prevenir el SIDA teniendo una pareja única sana y usando preservativo. No hubo diferencias por sexo, curso, ni región.

Factores protectores: Alrededor del 50% de los alumnos señaló pertenecer a organizaciones sociales de distinto tipo, siendo la más frecuente el club deportivo (cercana al 14%). Alrededor del 40% de los alumnos en todas las regiones refiere haber participado, durante el año escolar en curso, en actividades de alimentación saludable, en tanto que alrededor del 30% los hizo en otras actividades de promoción de la salud, tales como: autocuidado, imagen personal, relaciones interpersonales o prevención del consumo de drogas.

Por otra parte, cerca del 60% de los alumnos señala que sus padres y apoderados estuvieron al tanto de lo que hacían durante su tiempo libre, mientras que entre un 45% y un 49% señaló que éstos escucharon y se preocuparon por sus problemas. Alrededor de un 44% de los alumnos refiere sentir que sus compañeros de colegio son amables y le ayudan.

Conclusiones:

La encuesta tuvo una alta aceptabilidad. Sus resultados nos confirman la elevada y creciente prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en nuestros niños.

Destacan las elevadas prevalencias de hábitos alimenticios no saludables, sedentarismo y tabaquismo, factores que tienen en común asociarse a un incremento del riesgo de las patologías de mayor morbimortalidad en nuestro país, y ser determinantes de salud dependientes de estilos de vida, por tanto, modificables. El autoreporte de peso y talla no entrega información confiable sobre obesidad y sobrepeso, por ello, en la segunda fase de la encuesta se pesó y midió a los estudiantes con el fin de obtener información más confiable (los resultados estarán disponibles en el segundo semestre del 2006).

Sobresalen, además, importantes problemas en el área de salud mental: elevado consumo de alcohol, principalmente hasta el nivel de embriaguez, así como la elevada prevalencia de síntomas que permitirían sospechar depresión. Además, se constata un bajo apoyo de la red social, tanto por parte de los padres como de sus compañeros de colegio.

1. INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica experimentada por nuestro país desde la segunda mitad del siglo XX, ha implicado profundos cambios en materia de salud. Las mejores condiciones de vida de las personas, el desarrollo de nuevas tecnologías y el progreso en los servicios de atención de salud, han permitido disminuir la mortalidad general, en especial la materna e infantil y, por lo tanto, aumentar la expectativa de vida.

Siguiendo la tendencia mundial, nuestro país no ha sido ajeno a la carga cada vez mayor generada por las enfermedades no transmisibles (ENT). Su elevada prevalencia se describe como un importante problema de salud pública en Chile desde hace más de dos décadas (1,2). De hecho, ya en 1996, las ENT daban cuenta del 73% de la carga de enfermedad a nivel nacional (3) y son la principal causa de pérdida de AVISA¹ en ambos sexos y todos los grupos de edad (2). Esta situación les ha impreso un rol protagónico, tanto en la atención médica como en la planificación sanitaria (1).

Es de esta forma que la promoción de estilos de vida saludables en niños y adolescentes se ha convertido en un pilar fundamental en las estrategias de prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas del adulto (4).

La base de la prevención de las ENT se encuentra en la identificación de los principales factores de riesgo comunes (5). Un sistema de vigilancia de ENT permitirá disponer de datos fiables sobre ellos, lo cual es esencial para establecer prioridades y planear intervenciones preventivas (6). Para la recopilación de datos sobre factores de riesgo de ENT se recomienda una vigilancia progresiva, donde la primera etapa es el uso de encuestas², las que deben ser sistemáticas y estandarizadas, pero lo suficientemente flexibles para satisfacer las necesidades locales. Esto asegura su fiabilidad y permite hacer comparaciones a través del tiempo y entre poblaciones diferentes (5).

Dadas esta necesidad de generar fuentes de información sobre ENT y, en el contexto de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Global Health School Initiative”³ (6), el Ministerio de Salud se ha hecho parte del proyecto colaborativo de vigilancia “Global school-based student health survey” (GSHS) o “Encuesta Mundial de Salud Escolar”.

En 2001, la OMS, con la asistencia técnica de Centers for Diseases Control and Prevention⁴ (CDC), inició este proyecto, que ya se implementado en más de una veintena de países de América, Asia y África. Su propósito es obtener información sistemática y fiable sobre las condiciones de salud, factores de riesgo y protectores en estudiantes, para:

- Suministrar información para la planificación de programas y políticas.
- Permitir a los países y agencias internacionales la comparación entre los distintos países.
- Establecer tendencias de la prevalencia de los factores de riesgo y protectores por país, que permitan evaluar las políticas de promoción de la salud en escolares (7).

¹ AVISA o DALY: años de vida ajustados por discapacidad.

² El paso 2 incluye mediciones físicas y el paso 3 análisis bioquímicos. Fuente: Vigilancia de los Factores de Riesgo para las Enfermedades Transmisibles. El Método Progresivo de la OMS.

³ Iniciativa Global de Salud Escolar. Lanzada en 1995, que pretende movilizar y fortalecer la promoción de la salud en escuelas, con la meta de aumentar el número de “Escuelas Promotoras de la Salud”.

⁴ Centro de Prevención y Control de Enfermedades

Esta encuesta fue ejecutada por primera vez en Chile en octubre de 2004, con la coordinación técnica del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud y con el objeto de aportar información sobre la prevalencia de distintas condiciones de salud, factores de riesgo y factores protectores de niñas y niños, alumnos de 7° básico a 1° año de enseñanza media, de 4 regiones del país.

Dentro de los tópicos incluidos en la encuesta se encuentran: comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, actividad física, accidentes y violencia, factores protectores, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, comportamiento sexual e higiene.

El presente informe entrega una síntesis de los principales resultados de la encuesta en las cuatro regiones.

2. METODOLOGÍA

2.1 Muestreo

La población objetivo de la encuesta correspondió a estudiantes entre 13 y 15 años (que corresponden a los alumnos de 7° y 8° de enseñanza básica, y 1° año de enseñanza media) de las regiones I, V, Metropolitana y VIII. El marco muestral estuvo conformado por todos los colegios de la región con cursos de 7° básico a 1° medio. La base de datos, con la información de todos los colegios de estas regiones, fue suministrada por el Ministerio de Educación.

El diseño muestral fue realizado por los CDC de Atlanta y consistió en un muestreo estratificado bietápico.

Las unidades de muestreo de cada etapa fueron:

- Primera etapa: escuela. En cada una de las regiones se seleccionaron 25 escuelas, cada una con una probabilidad de ser elegida proporcional al tamaño de su matrícula.
- Segunda etapa: curso. Los cursos fueron seleccionados randomizadamente y todos los alumnos de los cursos seleccionados fueron elegibles para participar, independientemente de su edad. La participación fue voluntaria.

La primera etapa del muestreo fue realizada en Atlanta (CDC), en tanto que la selección de curso la realizó cada encuestador en terreno, según un método aleatorio preestablecido.

2.2 Instrumento

El instrumento consta de un cuestionario central con 52 preguntas, a la que cada país puede agregar otras sobre los temas que estime pertinente. Las preguntas del cuestionario central son aplicadas sin modificación por todos los países participantes en esta iniciativa, lo que permite la comparación posterior.

En el cuestionario aplicado en nuestro país se agregaron 39 preguntas, quedando así constituido por un total de 91 preguntas, todas de respuestas múltiples, que puede ser contestado en una hora pedagógica de clases.

Las preguntas se organizan en 11 módulos:

- | | |
|---|-------------------------------|
| - Aspectos demográficos e identificación | - Uso de tabaco |
| - Conducta alimentaria | - Uso de alcohol y drogas |
| - Higiene | - Conducta sexual |
| - Violencia y traumatismos no intencionales | - Actividad Física |
| - Salud mental | - Factores protectores |
| | - Aspectos generales de salud |

El cuestionario fue traducido al español y luego piloteado con alumnos de 7° básico de un colegio de la Región Metropolitana, a fin de validarlo. Con los resultados de este piloto se hicieron ajustes a las preguntas para su mayor comprensión.

2.3 Entidades involucradas y principales funciones

Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS): Coordinación general y entre países, entrenamiento a los coordinadores nacionales, apoyo financiero, diseño del cuestionario.

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC): Diseño y selección de la muestra, desarrollo del cuestionario, entrega de material para la realización de la encuesta, escaneo de la hoja de respuestas, análisis inicial de la información y preparación de tablas y “fact sheet” (informes cortos).

Ministerio de Salud: Coordinación con OPS y CDC, revisión del instrumento, coordinación y supervisión de la aplicación de la encuesta en las cuatro regiones, capacitación de encuestadores, envío de material a CDC, análisis y difusión de la información.

Epidemiología / Servicios de Salud: Supervisión de la aplicación de la encuesta, revisión de encuestas y envío al MINSAL.

Ministerio de Educación y Secretarías Regionales Ministeriales de Educación: facilitación de acceso a los colegios y de base de datos.

2.4 Terreno

El trabajo en terreno se desarrolló entre los meses de octubre y noviembre de 2004 y fue realizado por encuestadores, contratados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Los encuestadores contaron con un “Manual del encuestador”, con indicaciones sobre la metodología de selección aleatoria de cursos y aplicación de la encuesta, además de 3 instrumentos para la selección de cursos y registro de la información: hoja de listado de cursos, “GSHS School-Level Form “ y “GSHS Class-level form”.

El Departamento de Epidemiología realizó 4 capacitaciones a los encuestadores (una en cada región) y visitas de supervisión.

Las encuestas fueron recepcionadas en el MINSAL y enviadas a Atlanta (CDC).

2.5 Análisis

Las encuestas se enviaron al CDC para su procesamiento y elaboración de tablas básicas. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa EPI INFO 2002.

Estimadores:

Se utilizaron proporciones simples y promedios, con sus respectivos errores estándar⁵. Para cada estadístico se calcularon intervalos de confianza de 95%.

Ponderación:

Los datos de cada cuestionario fueron asociados a un factor de ponderación (W), a fin de reflejar la probabilidad de cada estudiante de ser elegido y ajustar a los diferentes patrones de no-respuesta.

Los resultados tienen representatividad regional y no son extrapolables a la realidad nacional.

Este factor fue calculado de la siguiente manera:

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

W1 = la probabilidad inversa de seleccionar el colegio.

W2 = la probabilidad inversa de selección de cada curso en el colegio.

f1 = ajuste de no-respuesta a nivel de colegio, calculado según la categoría de tamaño (pequeña, mediana, grande). El factor fue calculado en términos de matrícula en vez del número de escuelas.

f2 = factor de ajuste de no-respuesta a nivel de estudiante calculado para cada clase.

f3 = factor de ajuste post-estratificación de calculado por curso

⁵ Medida del error aleatorio del muestreo.

3. RESULTADOS

3.1 Descripción de la muestra

En cada región se seleccionaron 25 colegios del universo muestral. En la encuesta participó la totalidad de los colegios muestreados (100%). La tasa de participación de los alumnos se encontró entre 85% (RM) y 87% (VIII). La proporción de niños y niñas fue similar, y entre el 77% y el 80% de los alumnos encuestados correspondió al grupo de 13 a 15 años de edad. Esto se produce porque se seleccionaron cursos entre 7° básico y 1° medio, donde, si bien la mayor parte tiene entre 13 y 15 años, hay un porcentaje de niños con edades inferiores y superiores.

Tabla 3.1. Tasa de participación y distribución de alumnos según sexo, edad y curso.
Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Tasa de participación de colegios seleccionados (%)	100	100	100	100
Tasa de respuesta de los estudiantes (%)	86	86	85	87
Total de alumnos participantes	2.033	2.016	2.111	1.971
Sexo (%)				
Masculino	50,9	51,2	51,1	51
Femenino	49,1	48,8	48,9	49
Edad (%)				
12 años o menos	18,6	14,7	9,8	14,9
13 a 15 años	77,2	80	83,7	77
16 años o más	4,1	5,1	6,3	7,4
Curso (%)				
7° básico	34,4	33,8	34,1	34,5
8° básico	33	32,6	33	32,7
1° medio	32,7	33,6	32,9	32,9

A nivel nacional, el 44% de los colegios seleccionados tenían una dependencia municipalizada, 57% particular subvencionada.

3.2 Estado Nutricional

En el cuestionario, se pidió a los alumnos que señalaran su peso y talla⁶ y, en base al auto-reporte de peso corporal y talla, se calculó un índice de masa corporal (IMC); se consideró “obesos” a los niños y niñas con un IMC mayor al percentil 95⁷ y con “sobrepeso” a los alumnos con un IMC entre el percentil 85 y el 95⁵.

⁶ Preg. 4 ¿Cuánto mides sin tus zapatos puestos? Preg. 5 ¿Cuánto pesas sin tus zapatos puestos?

⁷ Según criterio nacional, en Norma Técnica de Evaluación Nutricional de Niños y Niñas de 6 a 18 años, 2004. Ministerio de Salud de Chile; y criterio de la Academia Americana de Pediatría en: Barlow S.E., Dietz W.H., Obesity evaluation and treatment: Expert Committee Recommendations. Pediatrics 1998;102 (3).

Según esto, entre el 2,2% (V y VIII regiones) y el 3,7% (I) de los alumnos es obeso y entre el 17% (VIII) y el 20% (I) de los alumnos presenta sobrepeso o riesgo de obesidad.

Para estas proporciones no se encontraron diferencias según sexo, edad, curso ni región, excepto en la región Metropolitana, en la que la proporción de sobrepeso en el sexo masculino fue significativamente superior que en el femenino.

Tabla 3.2.1 Porcentaje de alumnos con I.M.C. > percentil 95 (según reporte personal de peso y talla), por sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Sexo				
Niñas	2,6	2,2	2,2	1,9
I.C. 95%	1,3 – 3,9	0,8 – 3,6	0,7 – 3,7	0,8 – 2,9
Niños	4,8	2,2	2,7	2,6
I.C. 95%	2,9 – 6,8	1,3 – 3,1	1,6 – 3,8	1,7 – 3,5
Total	3,7	2,2	2,5	2,2
I.C. 95 %	2,3 – 5,1	1,3 – 3,1	1,4 – 3,5	1,6 – 2,8

Tabla 3.2.2 Porcentaje de alumnos con I.M.C. > percentil 85 Y < a percentil 95 (según reporte personal de peso y talla), por sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Sexo				
Niñas	19,0	16,8	13,6	16,7
I.C. 95%	16,1 – 22,0	13,4 – 20,2	11,1 – 16,1	13,7 – 19,7
Niños	20,2	18,0	21,7	16,5
I.C. 95%	14,6 – 25,9	15,0 – 21,0	17,1 – 26,3	14,4 – 18,6
Total	19,6	17,3	17,6	16,6
I.C. 95 %	16,1 – 23,1	14,6 – 20,1	15,0 – 20,2	14,6 – 18,5

3.3 Conducta alimentaria

Se consultó a los alumnos por el consumo durante la última semana de algunos alimentos tales como: leche, frutas, verduras, snacks, golosinas y bebidas azucaradas. Entre 29% y 39% de los alumnos consumió leche o yogurt todos los días. Esta proporción es significativamente superior en la R.M. que en la VIII Región.

La proporción de alumnos que consumió diariamente leche fue inferior al que consumió de bebidas azucaradas en las regiones I, V y Metropolitana. Los niños de la VIII región refieren un consumo diario de bebidas azucaradas significativamente inferior a las tres regiones restantes.

El consumo diario de frutas bordeó el 20% en todas las regiones. El menor consumo lo presentó la I región (16,6%), significativamente inferior al del observado en la R.M. En tanto, el consumo de verduras todos los días se encontró entre el 30 y 37%, sin diferencias entre las regiones.

Tabla 3.3.2 Porcentaje de alumnos que consumieron todos los días durante los últimos 7 días: leche, frutas, vegetales, “snacks”, golosinas y bebidas azucaradas. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Leche o yogurt⁸ (%)	36,8	39,0	38,8	28,6
I.C. 95	(32,4 – 41,2)	(32,2 – 45,8)	(34,8 – 42,9)	(24,2 – 33,0)
Frutas (manzana, naranja, plátano, kiwi, pera o cualquier otra)⁹ (%)	16,6	19,4	21,5	18,2
I.C. 95	(14,5 – 18,7)	(16,6 – 22,2)	(19,1 – 23,9)	(15,8 – 20,6)
Verduras (lechuga, apio, tomate, pepino, repollo o cualquier otra)¹⁰ (%)	36,9	35,2	32,8	29,8
I.C. 95	(33,5 – 40,3)	(29,0 – 41,4)	(31,0 – 34,6)	(24,7 – 34,9)
Snacks (papas fritas, completos, sopaipillas, ramitas, ramitas, suflés u otros)¹¹ (%)	8,7	8,8	9,7	6,1
I.C. 95	(6,2 – 11,2)	(6,8 – 10,8)	(8,2 – 11,2)	(5,1 – 7,1)
Golosinas (galletas, chocolates, negritas, superocho u otros)¹² (%)	12,2	13,7	13,6	11,4
I.C. 95	(9,4 – 15,0)	(12,2 – 15,2)	(11,0 – 16,2)	(10,3 – 12,5)
Bebidas o jugos con azúcar¹³ (%)	45,7	41,7	41,5	27,2
I.C. 95	(43,1 – 48,3)	(36,9 – 46,5)	(38,7 – 44,3)	(24,4 – 30,0)

No se encontraron diferencias entre cursos ni según sexo, excepto en el consumo de verduras: las niñas reportaron un consumo diario en un porcentaje significativamente mayor que los niños en las regiones I, V, y Metropolitana.

Respecto a tomar desayuno¹⁴, en todas las regiones existen diferencias significativas entre niñas y niños; la proporción de niñas que tomó desayuno todos los días durante los últimos 7 días es inferior. En las regiones I, Metropolitana y VIII, los alumnos de primero medio tomaron desayuno diariamente en una proporción significativamente menor que los de séptimo año básico. No existen diferencias entre las regiones.

Tabla 3.3.3 Porcentaje de alumnos que tomaron desayuno todos los días durante la última semana, según sexo, curso y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Sexo				
Niñas	60,8	62,0	58,3	61,0
I.C. 95%	57,0 – 64,6	58,4 – 65,7	53,7 – 62,9	57,0 – 65,1
Niños	67,9	72,8	67,9	69,8
I.C. 95%	64,8 – 71,0	69,2 – 76,4	64,3 – 71,4	66,0 – 73,6

⁸ Preg. 9. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días tomaste leche o yogurt?

⁹ Preg. 10. Durante los últimos 7 días, ¿ Cuántos días comiste fruta? (como manzana, naranja, plátano, pera, kiwi o cualquier otra)

¹⁰ Preg. 11. Durante los últimos 7 días, ¿ Cuántos días comiste verdura? (como lechuga, apio, tomate, pepino, brócoli, repollo o cualquier otra)

¹¹ Preg. 12. Durante los últimos 7 días, ¿ cuántos días comiste papas fritas, completos, sopaipillas, ramitas, doritos, suflés o cosas parecidas?

¹² Preg. 13. Durante los últimos 7 días, ¿ Cuántos días comiste Doblones, Negritas, Superocho, Tuyo, Prestigio, galletas, chocolates u otros?

¹³ Preg. 14. Durante los últimos 7 días, ¿ Cuántos días tomaste bebidas o jugos con azúcar?

¹⁴ Preg. 15. Durante los últimos 7 días, ¿ Cuántos días tomaste desayuno?

Curso				
7° básico	68,4	71,4	68,3	73,1
I.C. 95%	64,8 – 72,0	64,2 – 78,6	63,2 – 73,4	68,5 – 77,8
8° básico	65,2	68,1	65,4	65,9
I.C. 95%	61,2 – 69,3	63,0 – 73,1	61,3 – 69,5	61,8 – 70,0
1° medio	59,6	63,4	55,8	56,6
I.C. 95%	56,1 – 63,1	56,5 – 70,3	51,5 – 60,0	51,0 – 62,2
Total	64,4	67,5	63,1	65,3
I.C. 95 %	62,2 – 66,6	64,8 – 70,2	59,8 – 66,4	62,5 – 68,1

3.4 Actividad física

Entre el 76% (I región) y 80% (VIII) de los alumnos contestó que había realizado actividad física fuera de la escuela uno o más días durante los últimos 7 días¹⁵. Esta proporción fue significativamente superior en los niños que en las niñas, en todas las regiones. No se observaron diferencias por curso ni región.

En tanto, del 10 al 13% de los alumnos señala que, en una semana normal, practican diariamente actividad física por al menos 1 hora al día todos los días¹⁶, también con una proporción significativamente mayor en el sexo masculino.

Al consultar por las actividades realizadas en el día anterior, en todas las regiones, los niños dedicaron al menos 30 minutos a la actividad física¹⁷ (fuera del colegio) en una proporción significativamente superior a las niñas.

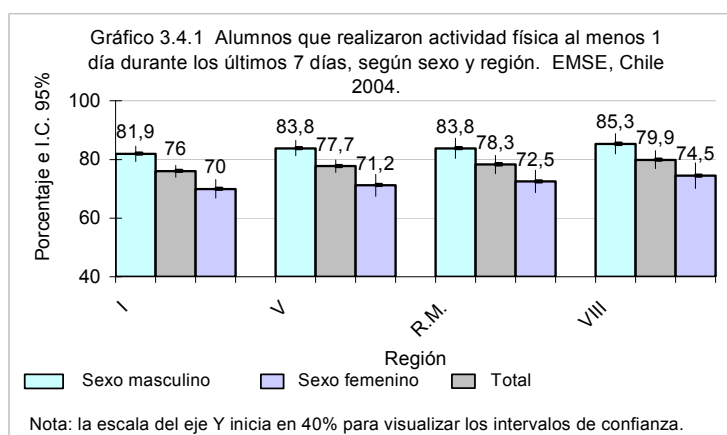


Tabla 3.4.1 Actividades realizadas el día de ayer, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Actividad física fuera del colegio por al menos 30 minutos				
Niñas	22,9	22,8	20,3	24
I.C. 95%	20,0 – 25,8	19,4 – 26,2	17,5 – 23,1	20,1 – 27,9
Niños	45,8	41,6	42,2	45,8
I.C. 95%	41,1 – 50,4	37,9 – 45,3	38,4 – 46,0	43,2 – 48,5

¹⁵ Preg. 69. Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizaste actividad física fuera del colegio?

¹⁶ Preg. 71. Durante una semana normal, ¿cuántos días haces una actividad física por un total de al menos 1 hora al día (60 minutos diarios)?

¹⁷ Preg. 77. El día de ayer, ¿Cuánto rato hiciste actividad física (fuera del colegio) como correr, andar en bicicleta, en patines o scooter, jugar a la pelota (fútbol, voleibol, básquetbol), saltar a la cuerda o elástico, bailar o cualquier otra?

Total	34,5	32,4	31,5	35,0
I.C. 95%	31,8 – 37,3	29,6 – 35,2	29,2 – 33,7	32,3 – 37,7
Ver televisión por una hora o más				
Niñas	62,2	63,5	65,5	63,5
I.C. 95%	57,5 – 66,9	58,9 – 68,1	63,2 – 67,7	58,9 – 68,1
Niños	52,1	50,8	53,6	50,8
I.C. 95%	49,5 – 54,7	46,6 – 55,0	48,9 – 58,3	46,6 – 55,0
Total	59,4	57,1	59,4	57,1
I.C. 95%	56,2 – 62,6	53,1 – 61,0	56,8 – 62,0	53,1 – 61,0
Actividades recreativas por al menos una hora				
Niñas	26,6	31,9	30,7	30,0
I.C. 95%	24,3 – 28,9	28,3 – 35,5	28,0 – 33,4	26,4 – 33,6
Niños	32,3	29,7	31,8	24,4
I.C. 95%	27,5 – 37,0	25,8 – 33,6	28,4 – 35,3	21,2 – 27,7
Total	29,5	30,7	31,3	27,2
I.C. 95%	26,9 – 32,1	27,7 – 33,8	28,7 – 33,9	26,4 – 29,7

Por otra parte, en todas las regiones las niñas refieren haber visto televisión por una hora o más al día¹⁸ en una proporción significativamente superior.

No se observaron diferencias en la realización de otras actividades recreativas que requieren escasa actividad física, tales como escuchar música, jugar cartas, pintar, entre otros¹⁹.

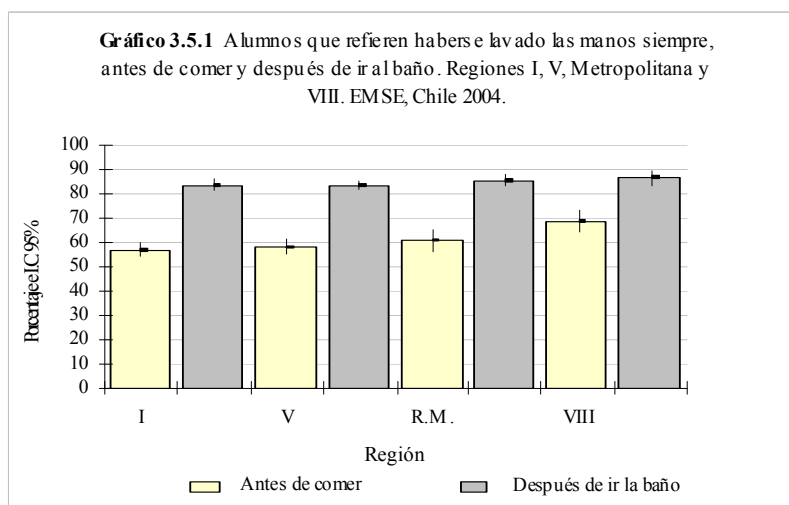
3.5 Higiene

3.5.1 Lavado de manos

Entre 57% y 68% de los alumnos refieren haberse lavado las manos siempre antes de comer en el último mes. Frente a la pregunta de frecuencia de lavado de manos después de ir al baño, en el último mes, porcentajes cercanos al 85% (83,6% - 86,5%) contesta hacerlo siempre. En ambos casos no existen diferencias significativas entre las cuatro regiones.

3.5.2 Lavado de dientes

Entre el 85% (RM) y 87% (VIII) de los alumnos refiere haber lavado sus dientes, habitualmente, 2 ó más veces al día. En tanto, entre el 1,3% (I región)



¹⁸ Preg. 78. Piensa en los programas de televisión que viste ayer (como teleseries, Mecano, Rojo, noticias, películas, dibujos animados u otros) y calcula más o menos ¿Cuánto tiempo viste TV?

¹⁹ Preg. 79. ¿Cuánto tiempo dedicaste ayer a actividades como escuchar música, jugar cartas, ajedrez u otros juegos parecidos, pintar o dibujar, jugar nintendo?

y el 1,8% (R.M.) de los alumnos refiere no haber limpiado o lavado sus dientes durante el último mes²⁰. Es levemente superior la proporción en niños que en niñas, diferencia que es significativa sólo en la Región Metropolitana. No hay diferencias por curso ni entre las regiones.

3.6 Accidentes y violencia

3.6.1 Lesiones graves

En todas las regiones, los niños refieren haber sufrido alguna lesión grave en el último año²¹ en una proporción significativamente superior que las niñas. No existen diferencias entre las regiones.

Dentro de este grupo, entre un 65% (RM) y un 71% (V) refiere haberse lesionado por si mismo accidentalmente²². En tanto, entre el 11% y el 14% refiere que el origen de la lesión fue intencional, causado por otras personas. No existen diferencias significativas entre las regiones.

Tabla 3.6.1 Porcentaje de alumnos que sufrieron al menos una lesión grave durante los últimos 12 meses y causa de esta, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Total lesiones				
Niñas	25,7	28,9	28,6	29,5
I.C. 95%	22,0 – 29,4	25,7 – 32,2	25,4 – 31,9	25,0 – 34,1
Niños	42,9	41,0	43,4	43,1
I.C. 95%	39,6 – 46,1	37,1 – 44,9	40,1 – 46,8	37,6 – 48,6
Total	34,5	35,0	36,2	36,5
I.C. 95 %	31,5 – 37,4	31,3 – 38,7	33,6 – 38,7	32,1 – 40,8
Origen de las lesiones				
Por si mismo accidentalmente	67,9	70,6	64,7	68,0
I.C. 95 %	64,1 – 71,7	66,1 – 75,1	61,2 – 68,3	64,2 – 71,8
Por otros accidentalmente	16,9	15,1	18,4	16,5
I.C. 95%	19,2-14,6	12,7-17,6	15,6-21,1	14,1-19,0
Por si mismo intencionalmente	4,18	4,1	2,8	5,0
I.C. 95 %	2,14-6,23	2,0-6,1	1,3-4,4	2,9-7,1
Por otros intencionalmente	11,1	10,1	14,1	10,7
I.C. 95%	7,7-14,5	8,0-12,3	11,4-16,9	7,3-14,0

En relación a agresiones por miembros de la familia, entre un 89% (I) y 92% (V y VIII) de los alumnos, refiere no haber sido agredido físicamente por un miembro de su familia, o haberlo

²⁰ **Preg.18.** Durante los últimos 30 días, habitualmente, ¿cuántas veces al día te lavaste o cepillaste los dientes?

²¹ Una lesión es grave cuando te hace perder al menos un día completo de actividades habituales (como la escuela, deportes o un trabajo) o requiere tratamiento por un médico o enfermera o dentista. **Preg.29.** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces sufriste una lesión grave?

²² **Preg.32.** Durante los últimos 12 meses, ¿De qué forma te hiciste la lesión más grave?

sido “ rara vez” ²³. No se observaron diferencias significativas entre las regiones, según curso ni según sexo.

3.7 Salud mental

Entre el 13% y 17% de los alumnos señaló haberse sentido solo durante los últimos 12 meses²⁴. Destaca que esta proporción en las niñas duplicó la proporción de los niños en todas las regiones, con una diferencia estadísticamente significativa.

La región Metropolitana presentó una proporción mayor de alumnos que refirieron haberse sentido solos, diferencia significativa respecto a las regiones I y V.

Tabla 3.7.1 Porcentaje de alumnos que refieren haberse sentido solos durante los últimos 12 meses, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Niñas	20,6	17,5	25,2	20,5
I.C. 95 %	17,6 – 23,5	15,5 – 19,5	22,8 – 27,7	17,8 – 23,2
Niños	7,9	8,9	9,9	9,0
I.C. 95 %	6,1 – 9,6	7,3 – 10,4	8,6 – 11,2	6,6 – 11,4
Total	14,1	13,1	17,4	14,6
I.C. 95 %	12,3 – 15,9	11,7 – 14,5	16,0 – 18,8	13,0 – 16,2

Por otra parte, entre un 8% (V) y un 9,5% (R.M.) de los alumnos refirió haber estado preocupado la mayor parte del tiempo en el último año, lo que le produjo dificultades para dormir en la noche²⁵. En las 4 regiones estos síntomas fueron más frecuentes en el sexo femenino, siendo esta diferencia significativa en todas las regiones, excepto la I región.

En tanto, en el mismo lapso un porcentaje que bordeó el 20 % en todas las regiones consideró seriamente un intento de suicidio. Dicha proporción fue amplia y significativamente superior en las niñas²⁶. Una proporción que oscila entre 15% y 16,5% de los alumnos, refirió haber hecho un plan acerca de cómo tratar de suicidarse²⁷. Este porcentaje fue significativamente superior en las niñas (20,1% - 23,8%) en las cuatro regiones en estudio.

²³ La siguiente pregunta se refiere a castigo físico. Se entiende por castigo físico golpes, cachetadas, patadas, correazos, pellizcos, tirones de pelo, etc. **Preg. 39.** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has recibido castigo físico por parte de un miembro tu familia?

²⁴ **Preg.40.** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido solo?

²⁵ **Preg.41.** Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has estado tan preocupado por algo, que no has podido dormir en la noche?

²⁶ **Preg.43.** Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste seriamente la posibilidad de intentar suicidarte?

²⁷ **Preg. 44.** Durante los últimos 12 meses, ¿hiciste un plan acerca de cómo tratarías de suicidarte?

Tabla 3.7.2 Porcentaje de alumnos que han presentado síntomas sugerentes de depresión durante los últimos 12 meses, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

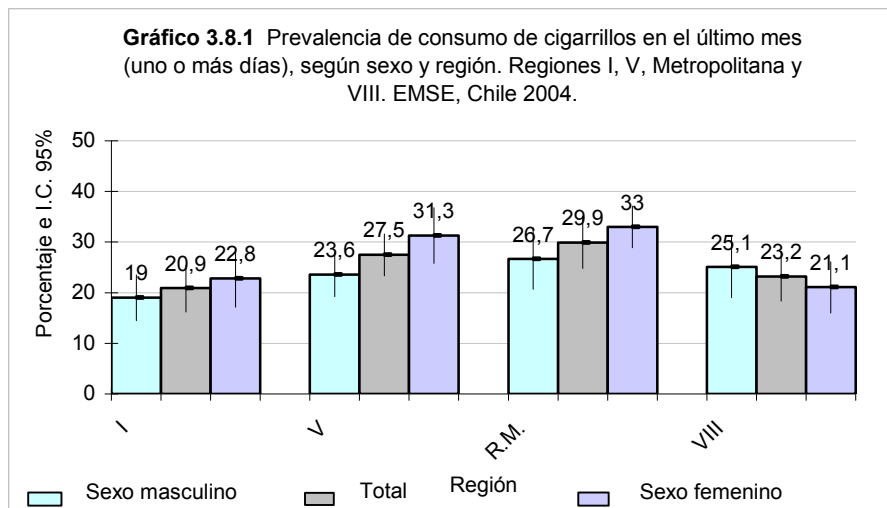
Región	I	V	R.M.	VIII
% de alumnos que la mayor parte del tiempo se sintió tan preocupado por algo, que le produjo dificultades para dormir en la noche.				
Niñas	10,6	10,4	12,7	11,8
I.C. 95 %	7,7 – 13,5	9,0 – 11,8	10,7 – 14,7	9,1 – 14,5
Niños	8,2	5,6	6,4	5,3
I.C. 95 %	6,3 – 10,0	4,0 – 7,1	4,9 – 8,0	3,8 – 6,9
Total	9,4	7,9	9,5	8,6
I.C. 95 %	7,5 – 11,2	6,9 – 9,0	8,4 – 10,6	6,7 – 10,5
% de alumnos que consideraron seriamente un intento de suicidio.				
Niñas	26,9	28,1	31,5	26,8
I.C. 95 %	23,0 – 30,7	25,8 – 30,5	28,0 – 35,0	23,7 – 29,9
Niños	13,3	14,7	12,3	12,7
I.C. 95 %	11,4 – 15,3	11,8 – 17,7	9,3 – 15,2	9,8 – 15,5
Total	20,0	21,3	21,7	19,7
I.C. 95 %	17,9 – 22,1	19,1 – 23,4	19,2 – 24,1	17,5 – 22,0
% de alumnos que hicieron un plan acerca de cómo tratar de suicidarse.				
Niñas	20,1	20,4	23,8	22,4
I.C. 95 %	16,5 – 23,8	17,7 – 23,1	21,1 – 26,6	19,2 – 25,6
Niños	10,6	10,5	9,3	10,5
I.C. 95 %	8,7 – 12,5	8,3 – 12,7	6,8 – 11,9	8,4 – 12,5
Total	15,3	15,3	16,4	16,5
I.C. 95 %	13,3 – 17,2	13,3 – 17,3	14,8 – 18,0	14,5 – 18,5

3.8 Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

3.8.1 Consumo de Tabaco

La prevalencia de consumo de cigarrillos en el último mes²⁸ fue de 21% en la I región; 27,5% en la V región; 30% en la Región Metropolitana y 23% en la VIII región.

En las regiones I, V y Metropolitana fue mayor en las niñas que en los niños, mas estas diferencias no son significativas. Las niñas de la R.M. refieren haber fumado el último mes en una proporción significativamente superior que



²⁸ uno o más días durante los últimos 30 días. **Preg. 47.** Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?

las niñas de las regiones I y VIII; sin otras diferencias entre las regiones.

En todas las regiones el consumo aumenta conforme aumenta el nivel escolar, con una prevalencia mensual significativamente superior en los alumnos de primero medio respecto a los de séptimo básico; incluso en las regiones I y VIII lo es respecto a los alumnos de octavo.

De los niños que han fumado al menos un día el último mes, entre un 63% (V región) y un 70% (I región), había intentado dejar de fumar en el último año²⁹.

Con respecto a la exposición al humo de cigarrillo (fumador pasivo)³⁰, en todas las regiones alrededor del 75% de los alumnos refiere que alguien ha fumado en su presencia una o más veces en los últimos 7 días, sin diferencias por sexo, curso ni región.

3.8.2 Consumo de Alcohol

Las mayores prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (una o más veces)³¹ se encontraron en las regiones Metropolitana y V (34 y 31,2%, respectivamente), siendo estadísticamente significativa sólo la diferencia entre las regiones Metropolitana y I. Las niñas de la R.M. presentan una prevalencia mensual significativamente superior que las de las regiones I y VIII.

Una proporción levemente inferior refiere un consumo abundante de alcohol, hasta la sensación de embriaguez³², alguna vez en su vida (18% a 26%). En este caso hay diferencias significativas entre la I región y la Metropolitana.

Gráfico 3.8.2 Prevalencia de consumo de cigarrillos en el último mes (uno o más días), según curso y región. Chile, EMSE, 2004.

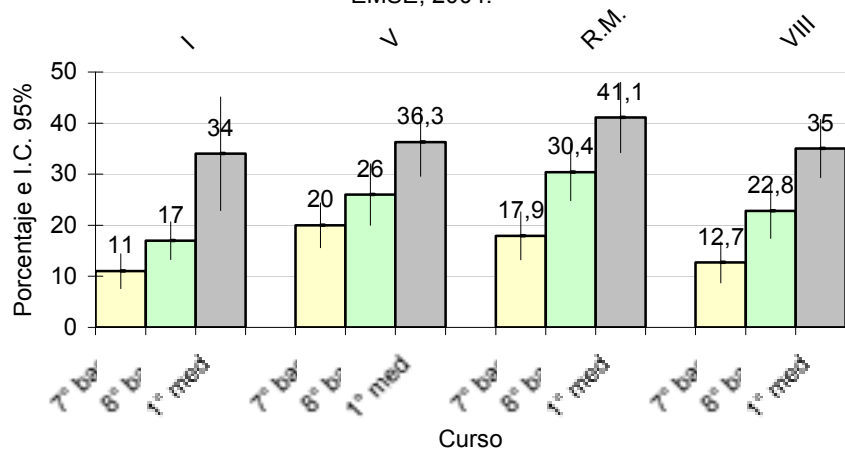
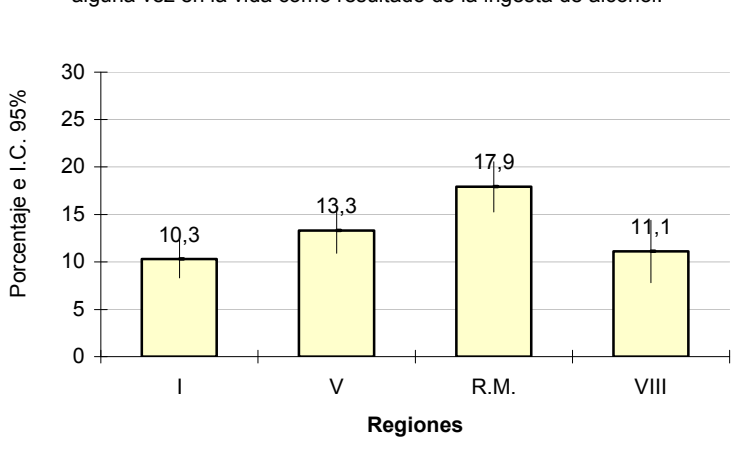


Gráfico 3.8.3 Porcentaje de alumnos que han tenido problemas alguna vez en la vida como resultado de la ingesta de alcohol.



²⁹ Preg.49. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez has intentado dejar de fumar cigarrillos?

³⁰ Preg.50. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días alguna persona ha fumado en tu presencia?

³¹ Preg.54. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste al menos una bebida con alcohol?

³² Preg.57. Durante tu vida, ¿cuántas veces has bebido tanto alcohol que te curaste?

En todas las regiones, la prevalencia mensual de consumo de alcohol fue significativamente superior en 1° medio respecto a 7° básico.

Tabla 3.8.1 Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes y consumo hasta la embriaguez, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
% de alumnos bebió alcohol una o más veces en el último mes.				
Niñas	25,5	30,0	34,6	25,0
I.C. 95 %	22,1 - 28,9	27,5 - 32,4	30,5 - 38,6	20,5 - 29,5
Niños	24,5	30,4	31,6	26,1
I.C. 95 %	20,8 - 28,1	27,1 - 33,7	26,9 - 36,3	20,3 - 31,8
Total	25,0	30,2	33,0	25,5
I.C. 95 %	21,9 - 28,1	27,8 - 32,6	29,1 - 37,0	21,4 - 29,6
% de alumnos que refiere haber bebido alcohol abundantemente hasta sentirse embriagado una o más veces en su vida.				
Niñas	17,2	20,1	25,1	18,9
I.C. 95 %	11,9 - 22,5	16,4 - 23,8	21,0 - 29,2	13,8 - 24,1
Niños	19,8	24,1	26,8	25,7
I.C. 95 %	15,9 - 23,7	19,9 - 28,2	22,2 - 31,5	19,4 - 32,0
Total	18,5	22,2	26,2	22,5
I.C. 95 %	14,2 - 22,8	18,7 - 25,6	22,0 - 30,3	17,4 - 26,4

Por otra parte, entre un 10% (I región) y un 18% (RM) de los alumnos manifestó haber experimentado alguna vez, a causa de haber bebido alcohol: resaca, sentirse enfermo, problemas con la familia o amigos, faltar a la escuela o pelear³³.

Destaca la Región Metropolitana por una proporción mayor que el resto de las regiones, significativa respecto a la I y la VIII.

No se encontraron diferencias según sexo y la proporción fue mayor a mayor curso, con una diferencia significativa entre los alumnos de 1° medio y los de 7° en las 4 regiones.

3.8.3 Drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base)

Se consultó a los alumnos por el consumo de otras drogas; específicamente marihuana, cocaína o pasta base³⁴, obteniéndose una prevalencia de vida³⁵ entre 8% (VIII región) y 11% (R.M.) Las diferencias entre regiones no son significativas. La prevalencia aumenta a mayor curso, encontrándose diferencias significativas entre 1° medio y 7° básico en todas las regiones. No hay diferencias por sexo.

³³ Preg. 58. Durante tu vida, ¿cuántas veces has sufrido resaca (andado con la caña), te has sentido enfermo, has tenido problemas con tu familia o amigos, has faltado a la escuela o has peleado como resultado de tomar alcohol?

³⁴ Preg. 59. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido drogas como marihuana, cocaína o pasta base?

³⁵ consumo de alguna vez en la vida.

Tabla 3.8.2 Porcentaje de alumnos que ha consumido drogas (marihuana, cocaína o pasta base) una o más veces en su vida, según sexo, curso y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Sexo				
Niñas	8,3	6,5	9,8	5,6
I.C. 95%	4,0 – 12,5	4,3 – 8,8	5,8 – 13,7	3,4 – 7,8
Niños	10,8	9,9	12,4	10,1
I.C. 95%	7,4 – 14,2	6,0 – 13,8	8,8 – 15,9	6,4 – 13,8
Curso				
7° básico	3,6	4,2	4,7	3,6
I.C. 95%	2,2 – 5,1	1,9 – 6,4	2,4 – 7,0	1,3 – 5,9
8° básico	7,5	6,5	9,1	6,8
I.C. 95%	4,5 – 10,5	4,1 – 9,0	6,4 – 11,8	4,9 – 8,7
1° medio	17,9	13,8	19,4	13,2
I.C. 95%	9,7 – 26,2	8,4 – 19,3	13,3 – 25,4	8,9 – 17,5
Total	9,6	8,3	11,1	8,0
I.C. 95%	6,0 – 13,2	5,3 – 11,2	7,4 – 14,8	5,3 – 10,6

3.8.4 Psicofármacos

Entre el 9,1% (R.M.) y el 11,4% (VIII región) de los alumnos refieren haber consumido tranquilizantes en el transcurso de los últimos 12 meses³⁶, sin diferencias significativas según sexo, curso, ni región.

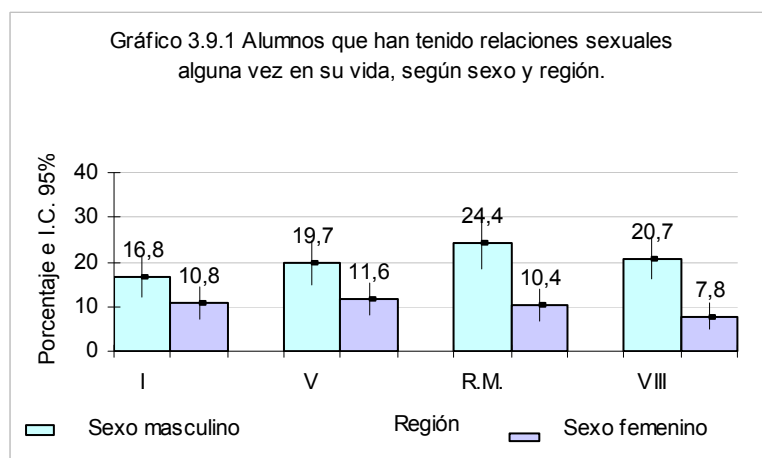
El uso de Ritalin³⁷ bordea el 4% en las cuatro regiones, alcanzando una proporción significativamente mayor en hombres sólo en la primera región. No se observan diferencias por curso ni región.

3.9 Comportamiento sexual

3.9.1 Prevalencia de vida e inicio de actividad sexual

Entre el 14 (I Región) y el 17% (R.M.) de los alumnos encuestados han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida³⁸.

La prevalencia de vida es mayor en hombres que en mujeres en todas las regiones, siendo la diferencia



³⁶ Preg.60. Durante los últimos 12 meses, ¿tomaste medicamentos (remedios) tranquilizantes tales como alprazolam, diazepam, clonazepam, lorazepam, bromazepam?

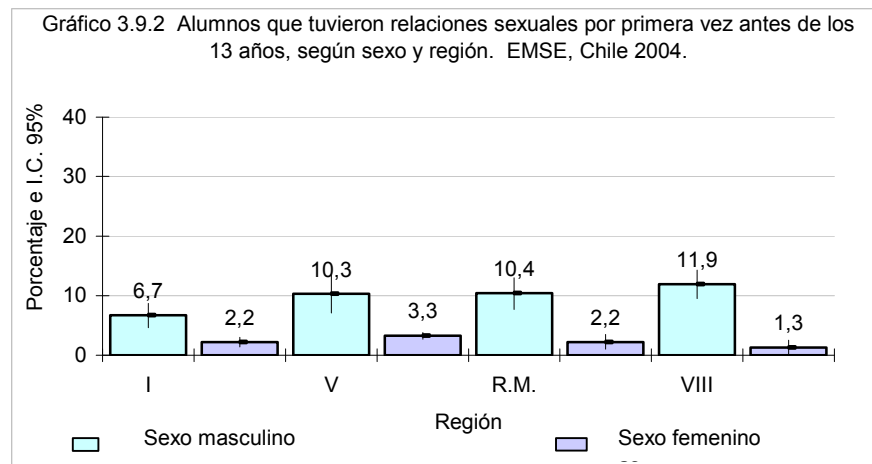
³⁷ Preg. 61. Durante el último año ¿Has tomado Ritalin (remedio para niños hiperactivos)?

³⁸ Preg.62. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

significativa en las regiones V, Metropolitana y VIII.

Esta prevalencia aumenta con el curso y resultó significativamente mayor en los alumnos de 1° medio respecto a los de 8° y 7° básico en las regiones I, V y VIII, en tanto que en la Metropolitana, lo es sólo respecto al 7° año.

Entre un 7 y un 12% de los hombres dice haber tenido relaciones sexuales antes de los 13 años, proporción significativamente superior a la de las niñas (alrededor del 2%).



3.9.2 Uso de condón

En todas las regiones, el porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual³⁹ no excede el 9%, y es significativamente mayor en niños que en niñas, excepto en la I región

Tabla 3.19.1 Uso de condón en la primera relación sexual, según sexo y región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Niñas (%)	4,6	4,2	3,8	2,1
I.C. 95	2,8- 6,5	2,4-5,9	2,2-5,3	0,7-3,5
Niños (%)	7,5	8,9	9,1	7,3
I.C. 95	4,9-10,1	6,6-11,1	7,3-10,8	5,3-9,3
Total (%)	6,1	6,6	6,5	4,8
I.C. 95	4,1-8,1	5,0-8,2	4,8-8,1	3,5-6,1

3.9.3 Conocimientos sobre prevención de SIDA

Entre el 68% (R.M.) y el 71% (I región) de los alumnos piensan que pueden prevenir el SIDA teniendo una pareja única sana y usando preservativo. Hay alrededor de un 20% de alumnos que piensa que escogiendo cuidadosamente a la pareja también se puede prevenir el SIDA. No se observan diferencias por sexo, curso, ni región.

³⁹ Preg.64. La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿qué precaución tomaste?

Tabla 3.19.1 Conocimientos sobre las medidas de prevención del SIDA, según región. Encuesta Mundial de Salud Escolar.. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Escogiendo cuidadosamente a la pareja	18,3	17,9	18,3	17,4
I.C. 95%	15,1-21,5	15,4 – 20,4	15,1 – 21,5	13,9 – 20,8
Teniendo pareja única sana o usando preservativo	71,2	70,0	67,9	70,9
I.C. 95%	66-76,4	65,9 – 74,1	64,4-71,4	66,2-75,6
Teniendo relaciones sexuales sólo con personas de las que se está enamorado	7,0	7,6	8,6	7,6
I.C. 95%	5,1-8,8	6,1-9,1	6,6-10,5	5,6-9,6
Retirando el pene antes de la eyaculación	1,9	2,0	2,8	1,9
I.C. 95%	1,2-2,6	1,2-2,9	1,8-3,7	1,2-2,6
Lavándose después de cada relación sexual	1,7	2,5	2,2	2,3
I.C. 95%	0,7-2,6	1,4-3,6	1,3-3,2	1,6-3,1

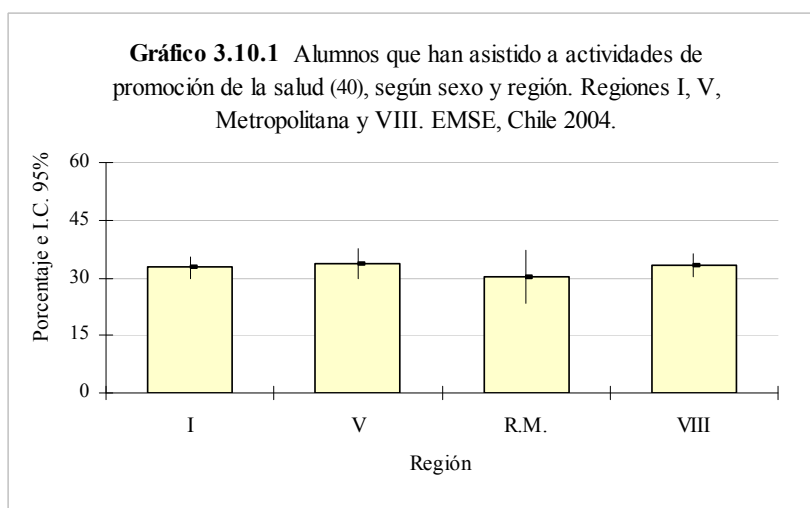
3.10 Factores protectores

3.10.1 Pertenencia a organizaciones y participación en actividades de promoción de la salud

Se preguntó a los alumnos por su pertenencia a organizaciones sociales de distinto tipo: centros de alumnos, guías y scouts, grupos religiosos, agrupaciones artísticas o culturales, agrupaciones de servicio social, clubes deportivos u otros. En todas las regiones, alrededor del 50% de los alumnos señaló no pertenecer a ninguna organización, sin diferencias significativas según curso. Según sexo, en todas las regiones se observa que esta proporción es levemente superior en las niñas que en los niños; sin embargo, la diferencia es significativa sólo en la V región.

El tipo de organización mencionada con mayor frecuencia fue club deportivo, entre 13,6% (R.M.) y 15,4% (V región). Le siguen las agrupaciones religiosas, de guías y scouts y estudiantiles, bordeando el 5% cada una en todas las regiones.

Por otra parte, entre el 38 (R.M.) y 40% (I Región) de los alumnos refirió haber participado, durante el año escolar en curso, en actividades de alimentación saludable⁴⁰, en tanto alrededor del 30% participó en otras actividades de promoción de la



⁴⁰ **Preg.86.** ¿Durante el presente año escolar has participado o asistido a actividades de alimentación saludable, como por ejemplo: clases, talleres, concursos, exposiciones, murales, kioscos saludables o colaciones saludables?

salud, tales como: actividades de autocuidado, imagen personal, relaciones entre las personas o prevención del consumo de drogas⁴¹. No se observaron diferencias por región, por sexo. Según curso, se observó un mayor porcentaje de alumnos que sí habían asistido a dichas actividades en 7° y 8° básico respecto a 1° medio, en las regiones V, VIII y Metropolitana.

3.10.2 Factores protectores psicosociales

Entre el 57% y 60% de los estudiantes afirma que sus padres y apoderados estuvo al tanto de lo que hacían durante su tiempo libre⁴², en el último mes. En tanto, sólo entre un 45,4% (RM) y un 49,4% (VIII) señaló que sus padres y apoderados escucharon y se preocuparon por sus problemas.⁴³ En ambos casos, no se encontraron diferencias por sexo, curso, ni región.

Tabla 3.10.1 Percepción de atención y preocupación por parte de los padres o apoderados durante el último mes, según región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

	Región			
	I	V	R.M.	VIII
Porcentaje de alumnos cuyos padres o apoderados la mayoría del tiempo o siempre sabían qué estaban haciendo en su tiempo libre.				
%	60,2	57,3	56,7	59,4
I.C. 95%	57,3 – 63,2	53,9 – 60,8	52,9 – 60,6	54,2 – 64,7
Porcentaje de alumnos cuyos padres o apoderados la mayoría del tiempo o siempre escucharon y entendieron sus problemas y preocupaciones.				
%	47,9	48,2	45,4	49,4
I.C. 95%	45,2 – 50,5	45,6 – 50,8	42,3 – 48,4	46,4 – 52,4

Respecto a la percepción de la actitud de sus compañeros⁴⁴, entre un 42% y un 46% señaló que en el último mes éstos fueron amables y le ayudaron la mayor parte del tiempo. En las regiones I y VIII esta proporción fue significativamente superior en las niñas. No se encontraron diferencias según cursos ni entre las regiones.

Tabla 3.10.2 Percepción de la actitud por parte de sus compañeros de colegio durante el último mes, según región. Encuesta Mundial de Salud Escolar. Chile, 2004.

Región	I	V	R.M.	VIII
Porcentaje de alumnos que señalan que sus compañeros de colegio fueron amables y le ayudaron la mayoría del tiempo o siempre.				
%	46,0	46,0	42,0	45,7
I.C. 95%	41,5 – 50,5	41,5 – 50,6	37,6 – 46,3	41,8 – 49,7

⁴¹ **Preg.87.** ¿Durante el presente año escolar has participado o asistido a actividades de autocuidado, imagen personal, relaciones entre las personas o prevención del consumo de drogas?

⁴² **Preg. 85.** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o apoderados sabían realmente lo que estabas haciendo en tu tiempo libre?

⁴³ **Preg. 84.** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus padres o apoderados escucharon y comprendieron tus problemas y preocupaciones?

⁴⁴ **Preg.82.** Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tus compañeros de colegio fueron amables contigo y te ayudaron?

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La encuesta tuvo una alta aceptabilidad, tanto por parte de las escuelas, como de los alumnos, lo que puede reflejar la importancia que se está otorgando a los temas de salud en la comunidad educacional. Los resultados de esta encuesta nos confirman el panorama previo: la elevada y creciente prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en nuestros niños, principalmente en los ámbitos de: hábitos alimenticios, sedentarismo y tabaquismo, factores que tienen en común asociarse a un importante incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer; principales causas de mortalidad en nuestro país, y ser determinantes de salud dependientes de estilos de vida, por tanto, modificables.

Asimismo, son preocupantes los resultados obtenidos en las áreas de salud mental: elevados porcentajes de síntomas ansiosos y depresivos y un elevado consumo de alcohol. Destaca también, la percepción de los alumnos de una moderada red de apoyo social, reflejada en que sólo la mitad de los alumnos refieren tener padres cercanos e involucrados y compañeros amables y gentiles.

En relación a cada uno de los tópicos de la encuesta:

Conducta alimentaria: Llama la atención el bajo consumo de frutas y verduras reportado por los niños: menos del 20% consume diariamente frutas y alrededor del 30% come verduras, en tanto que la recomendación es de 4 a 5 porciones diarias entre ambas ⁴⁵(8). El consumo diario de leche es bajo. También destaca el elevado consumo diario de bebidas azucaradas y golosinas, que incluso, en el caso de las bebidas iguala o supera al de leche.

Actividad física: El sedentarismo, factor de riesgo de ENT de gran relevancia por su alta prevalencia y tendencia al aumento en el mundo, adopta similar comportamiento en nuestros jóvenes, lo que se refleja en la distribución de actividades realizadas el día anterior (alrededor del 30% realizó actividad física, en tanto que más del 50% dedicó al menos 1 hora a ver televisión) y que sólo el 80% de los alumnos practicaran actividad física al menos 1 vez en la semana.

Se estima que, en el mundo, menos de 1/3 de los jóvenes son lo suficientemente activos como para producir beneficios a su salud presente y futura; situación preocupante considerando que la realización de actividad física correcta y sistemáticamente, junto con la mantención de un peso adecuado, son las vías más efectivas para prevenir muchas ENT en la adultez. Pero además, la actividad física promueve un bienestar psicológico, reduce los síntomas de depresión y ansiedad y mejora el rendimiento académico (9,10).

Estado nutricional: La información que aporta esta encuesta no se basa en mediciones fisiológicas, por lo que existe incertidumbre en cuando a la confiabilidad de los resultados; existe sin embargo, evidencia de que los datos obtenidos del auto-reporte podrían aproximarse razonablemente al diagnóstico de bajo o sobre peso en estudiantes (11). Hecha esta consideración, resulta muy preocupante que, en términos generales, alrededor del 20% de los alumnos encuestados sean obesos o estén con sobrepeso, es decir, sobre el percentil 85 de índice de masa corporal (IMC). Este índice se correlaciona directamente con la proporción corporal de tejido graso y muestra asociación significativa y directa con el riesgo de obesidad,

⁴⁵ Campaña " 5 al día". Ministerio de Salud e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.

trastornos cardiovasculares (hipertensión, enfermedad isquémica) y de resistencia a la insulina en la vida adulta (12,13,14), que se ya observa a partir del percentil 85 (sobrepeso) (15,16). Es por esto que la OMS ha elaborado recomendaciones de vigilancia estricta a niños sobre percentil 95 o sobre 85 con alteraciones de presión arterial, colesterol, resistencia insulina o antecedentes familiares (15,16); sin embargo, la prevención secundaria es ya una respuesta tardía, pues la situación ideal sería evitar que ello ocurra.

Durante octubre de 2005 se realizó una segunda fase de la EMSE, en estudiantes de las regiones Metropolitana y VIII, incorporando la medición de peso y talla de los alumnos. Estos datos, sin duda más fidedignos que el autoreporte, nos acercarán a las prevalencias reales en este grupo de edad.

Salud mental: Si bien las preguntas del módulo de salud mental de la encuesta no son un screening de trastornos ansiosos o depresivos, pretenden mostrar la prevalencia de síntomas que pudiesen asociarse a ellos; los resultados obtenidos son preocupantes, sobre todo los porcentajes de estudiantes que refieren haber tenido ideas suicidas (aproximadamente 1 de cada 5 estudiantes y 1 de cada 4 en el caso de las niñas).

El desarrollo psicosocial y la salud mental de niños y jóvenes son temas que ha adquirido gran relevancia en las últimas 2 décadas, puesto que problemas de salud mental (presentes en 10-20% de los niños) conllevan problemas de desempeño académico y social, un mayor riesgo de abuso de sustancias, violencia y suicidio (9). La depresión en la adolescencia se reconoce actualmente como un importante y creciente problema de salud pública y social. En el mundo, anualmente 4 millones de adolescentes intentan suicidarse, con alrededor de 100.000 muertes (17). Es por eso que la OMS ha incluido la salud mental dentro de sus "Orientaciones Estratégicas para mejorar la salud del Niños y del Adolescente", donde se recomienda una serie de intervenciones, con un enfoque de salud pública, en áreas como educación, participación comunitaria, acceso a servicios de salud, promoción de estilos de vida saludables, entre otras (18).

Consumo de alcohol: En el mundo, el alcohol anualmente es responsable directo de 1,8 millones de muertes (3% del total). Además, de la morbilidad atribuible conocida, están los efectos inmediatos: intoxicación, adicción, relación con accidentes y violencia, entre otros, para los que los jóvenes son el grupo de mayor riesgo. La relación entre la edad de inicio del consumo de alcohol y su patrón de uso y abuso durante la adultez, hace del estudio del consumo de alcohol en niños y adolescentes un tema de especial interés (19).

La elevada prevalencia mensual de consumo de alcohol encontrada en esta encuesta, no es novedad, puesto que es sólo levemente inferior que la reportada en 2003 por alumnos de 8° básico a 4° medio (20) ⁴⁶. Destaca la considerable proporción que refiere haber presentado embriaguez y problemas, ya sea físicos o sociales, a causa de haber bebido alcohol. Esto, junto con el aumento en la cantidad de alcohol consumido (20) ⁴⁷ reflejan un patrón de consumo muy cercano al abuso de alcohol. Considerando, además, que el consumo de alcohol se relaciona a una mayor susceptibilidad al consumo de tabaco y otras drogas y a un comportamiento sexual de riesgo (21), es prioritario el desarrollo de programas de prevención, con un enfoque intersectorial.

⁴⁶ CONACE. Quinto estudio nacional de drogas en población escolar de Chile, realizado en una muestra de alumnos de 8° básico a 4° medio, representativa del nivel nacional, regional y de 86 ciudades. El 20% de los alumnos encuestados refirió consumo frecuente (5 o más veces en el mes) en el último mes.

⁴⁷ En el mismo estudio, el 13% reconoce que llega a tomar 5 p más tragos en una salida un sábado por la noche, específicamente 9% en 8° básico y 16% en 1° medio.

Consumo de tabaco: Las prevalencias obtenidas son coincidentes con los hallazgos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (EMTA) 2003 para las mismas regiones (22). Según la OMS, el tabaquismo anualmente mata a 4 millones de personas en el mundo (1 de 10 muertes en adultos) y se estima que esta cifra llegará a 10 millones para 2030. Por otra parte, las primeras experiencias con los productos de tabaco están ocurriendo durante la adolescencia o a finales de la niñez (en más del 70% de los casos), continuando con el hábito durante 20 o más años, es decir, una prolongada exposición a sus efectos dañinos (22). Es por eso que entre los objetivos sanitarios par la década 2000-2010 se encuentra la reducción del consumo de tabaco en escolares de octavo básico en 7 puntos porcentuales (de 27% a 20%). Será trascendental el seguimiento de la tendencia del consumo de tabaco en este grupo, a fin de evaluar el impacto de las políticas adoptadas recientemente para el control del tabaquismo (22,23).

Consumo de drogas ilícitas y psicofármacos: El consumo de drogas ilícitas fue incluido en una sola pregunta, sin discriminar en el tipo y considerando solo marihuana, cocaína y pasta base, encontrándose una prevalencia de vida entre 8-11% en las 4 regiones. Al contrastar estos resultados con los obtenidos por CONACE en 2003, que muestran una prevalencia de consumo anual de 13,7% en alumnos de 8° básico a 4° medio (20)⁴⁸, si bien ambos no son comparables, se podría suponer que el consumo de drogas ilícitas aumenta considerablemente durante la enseñanza media.

Factores protectores psicosociales: Las preguntas en este módulo están orientadas a medir el control y vínculo parental, así como la percepción de apoyo social en la escuela. Estos factores han sido definidos como claves en el desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Es preocupante que sólo la mitad de los estudiantes perciba a sus padres involucrados y conocedores de sus actividades, pues la falta de un adecuado control y regulación parental se asocia a problemas en la autorregulación, control de impulsos, susceptibilidad y la adquisición de comportamientos de riesgo en adolescentes. Asimismo, el vínculo e involucramiento de los padres se asocia a bajos niveles de depresión, abuso de alcohol, comportamiento sexual de riesgo y violencia (9). Sin ir más lejos, en nuestro país se ha evidenciado que padres involucrados, que comparten, conocen y supervisan las actividades que realizan sus hijos, inhiben significativamente el uso de drogas (20).

Por otras parte, la percepción de falta de apoyo social por parte de sus compañeros de curso se relaciona a una peor calidad de vida de los estudiantes, situación referida también por aproximadamente la mitad de los alumnos encuestados. Mejorar el nivel de apoyo percibido incrementaría su bienestar, satisfacción con la escuela y actividad física (9).

Comportamiento sexual: La prevalencia de vida de actividad sexual es elevada, considerando que se trata de niños menores de 15 años de edad. Llama la atención que el inicio de la actividad sexual antes de los 13 años en las regiones I y V fue significativamente superior a las otras 2 regiones y cercana a la prevalencia de vida; es decir, un porcentaje importante de los niños y niñas sexualmente activos iniciaron su actividad sexual antes de los 13 años. Esta materia sin duda es tema de un análisis en profundidad. Destaca que sólo el 70% de los alumnos indicara correctamente las medidas para prevenir el contagio del VIH, lo que implica que alrededor de 1/3 de estos jóvenes no sabe como prevenirlo. Esto es trascendental pues, a nivel mundial, se estima que 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven con el VIH y SIDA

⁴⁸ Consumo de cualquier droga: marihuana, cocaína, pasta base, con el mayor peso aportado por la marihuana.

(9) y una conducta sexual segura de los jóvenes es la única medida eficaz para la prevención de SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, así como del embarazo adolescente, con sus consecuencias sociales y de salud.

Dado que la mayoría de los factores de riesgo están relacionados a estilos de vida no saludables, y que algunos de ellos concentran la mayor repercusión sobre la morbimortalidad por ENT, los cambios de dichos estilos son los componentes básicos de las estrategias de prevención, cualquiera sea su nivel, a fin de lograr un impacto en el perfil epidemiológico futuro. De acuerdo al concepto de promoción de la salud, esto se consigue por la combinación de esfuerzos entre la educación y la creación de ambientes favorables (1).

Por otra parte, queda patente nuevamente que la promoción del desarrollo psicosocial y de la salud mental son esferas de acción prioritaria para la infancia y adolescencia, que no pueden desligarse del resto de las intervenciones del sector salud y, por sobre todo, de resorte intersectorial.

El desarrollo de un política de Estado en prevención de ENT y sus factores de riesgo, de carácter intersectorial y participativa, mediante el logro de estilos de vida y ambientes más saludables, ha sido un desafío gubernamental en materia de salud. A modo de ejemplo, el Plan Nacional de Promoción de la Salud⁴⁹, contempla como una de sus estrategias, el trabajo en Establecimientos de Educación Promotores de la Salud; esto con el objeto de estimular la participación y uso de recursos comunitarios para la promoción de la salud (5). Asimismo, en la formulación de los “Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010” (30) el Ministerio de Salud ha determinado prioridades sanitarias (enfermedades cardiovasculares y salud mental, entre otras) y condicionantes a intervenir, tales como alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales.

La aplicación de la Encuesta Mundial de Salud Escolar en nuestro país es una iniciativa que viene a complementar los importantes avances en lo que respecta a vigilancia de factores de riesgo de ENT⁵⁰, a partir de ser la primera encuesta poblacional sobre factores de riesgo de gran envergadura (alrededor de 8.000 niños encuestados) dirigida a la población infantil. Sus resultados, así como de eventuales replicas de esta, son un importante insumo para la formulación y evaluación de políticas públicas sanitarias.

⁴⁹ Elaborado por el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud-VIDA CHILE. Este último, organismo intersectorial creado en 1999 (D.S. 708 del 05-11-1999, MINSAL) en el marco de la política gubernamental de promoción de la salud..

⁵⁰ Encuesta de calidad de Vida 2000 y Encuesta Nacional de Salud 2003.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berríos X. La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria. Boletín Escuela de Medicina, P.Universidad Católica de Chile 1994; 23: 53-60
2. Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles. Rev med Chil 1999;127 (8).
3. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. La carga de Enfermedad en Chile. Informe Final. Disponible en: <http://epi.minsal.cl>
4. Ministerio de Salud. Establecimientos de Educación Promotores de la salud en Chile. Disponible en:
5. Organización Mundial de la Salud. Surveillance of noncommunicable disease risk factors. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs273/en/>
6. Organización Mundial de la Salud. Global school health initiative. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en/
7. Organización Mundial de la Salud. Global school-based student health survey. Disponible en: http://www.who.int/school_youth_health/assessment/gshs/en/index.html
8. Ministerio de Salud, INTA, OMS-OPS. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Material educativo en nutrición para profesionales de atención primaria de salud. Programa CARMEN, Chile 2002. Disponible en: <http://www.inta.cl/materialEducativo/index.asp>
9. Organización Mundial de la Salud. Global school-based student health survey. Core questionnaire module rationale. Disponible en : http://www.who.int/school_youth_health/media/en/gshs_modules_rationale.pdf
10. WHO, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Promoting Active Living In and Through Schools: Policy Statement and Guidelines for Action, 1998. (WHO/NMH/NPH/004)
11. Brenner ND, MacManus T, Galuska DA, Lowry R, Weschler H. Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. Journal of Adolescent Health (citado por: Global school-based student health survey 2004. Core questionnaire module rationale)
12. Organización Mundial de la Salud. Diet, physical activity and health. Fifty-fifth World Health Assembly, 2002.
13. Barja S, Arteaga A, Acosta A, Hodgson I. Resistencia insulínica y otras expresiones del syndrome metabólico en niños obesos chilenos. Rev Med Chile 2003; 131: 259-68
14. Burrows R, Gattas V, Leiva L, Barrera G, Burgeño M. Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. Rev med Chile 2001; 129: 1155-62.
15. Dietz WH.,Robinson TN. Use of body mass index (BMI) as measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr 1998;132; (2):191- 6.
16. Barlow S, Dietz W., Obesity evaluation and treatment: Expert Committee Recommendations. Pediatrics 1998;102 (3): e.p.29
17. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del niño y el adolescente. Disponible en:http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/mental_health_factsheet.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes.

19. Poikolainen K, Tulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5 year follow-up of 15-19 years-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism* 36 (1): 85-88, 2001.
20. Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Quinto Estudio Nacional de Consumo de Drogas en la Población Escolar de Chile, 2003. En: http://www.conacedrogas.cl/docs_obs/Quinto_estudio_escolares_mayo2004_informegral.pdf
21. Hibell B, Anderson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M. The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. Stockholm, Sweden: Council of Europe, 2000.
22. Burgos A, González C, Chiu M, Szot J. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes 2003. *Boletín de Vigilancia en Salud Pública El Vigía* 2005; 22 (9). Documento en prensa.
23. González C, Chiu M, Szot J. Tendencias en el consumo de tabaco en escolares chilenos: resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTA), Regiones Metropolitana y de Valparaíso, 2000 y 2003. *Boletín de Vigilancia en salud Pública El Vigía* 2004; 21 (8): 18-22.

6. ANEXOS

- Instrumento. Cuestionario aplicado en Chile.
- “Fact sheet” primera región
- “Fact sheet” quinta región
- “Fact sheet” región metropolitana
- “Fact sheet” octava región

Nota: Los fact sheet corresponden a informes rápidos, de 2 páginas, elaborados por los CDC de Atlanta. Incluyen los resultados más relevantes de la Encuesta, seleccionados por la Organización Mundial de la Salud, a fin de comparar entre los países. Estos se refieren exclusivamente al grupo de edad de 13 a 15 años.