

unicef 
para cada infancia

75

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2021

EN MI MENTE

Promover, proteger y cuidar
la salud mental de la infancia



Publicado por UNICEF desde 1980, el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los principales problemas que afectan a la infancia y promover soluciones que mejoren la vida de los niños, las niñas y los adolescentes.

Contacto:

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
División Global de Comunicación y Abogacía
Atención: Permisos
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos
Tel: +1 (212) 326-7434
Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

Para obtener los datos más recientes, visite <data.unicef.org>.

Cita sugerida: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, UNICEF, Nueva York, enero de 2022.

ISBN: 978-92-806-5293-2

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Enero de 2022

Foto de portada: Una niña y su madre en Belmopan, Belice, asisten a un examen médico que incluye asesoramiento como parte del programa *Care for Child Development*.

© UNICEF/UN0498225/Cus

AGRADECIMIENTOS

Equipo del informe

Brian Keeley, *Redactor Jefe*; Juliano Diniz de Oliveira, *Especialista en investigación y políticas*; Tara Dooley, *Redactora adjunta*; Natalie Rykiel, *Investigadora*; Dennis Gayanelo, *Asociado de programas*; John McIlwaine, *Redactor y editor de fotografías*; y Amanda Marlin, *Jefa de la unidad editorial de la Oficina de Perspectiva y Política Mundial*.

Salud, datos y análisis

Liliana Carvajal, Lauren Francis, Nicolas Gasquet, Jennifer Requejo.

Dirección sobre salud mental

Zeinab Hijazi, *Asesora técnica superior de salud mental*, Grupo de programas.

Editorial y producción

Samantha Wauchope, *Especialista en producción*; Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi, *Editor del árabe*; Maud Combier-Perben, *Editora del francés*; Carlos Perellon, *Editor del español*; Yasmine Hage and Baishalee Nayak, *Verificación de datos*; Upasana Young, *Asociada del programa*; Charlotte Kuo-Benitez (Green Ink), *Corrección*.

Medios de prensa y comunicaciones

Kurtis Albert Cooper, Helen Wylie, Tess Ingram.

Promoción

Benjamin Perks, Emma Ferguson.

Diseño

Blossom.it

Fotografía y reportaje

VII Photo Agency

El *Estado Mundial de la Infancia* ha sido elaborado por la Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales; Laurence Chandy, Director.

Documentos de investigación de referencia

Este informe se basa en documentos de referencia elaborados por:

Jura L. Augustinavicius y Wietse A. Tol; Peter Azzopardi, Nisaa Wulan y George Patton; Manasi Kumar y Shekhar Saxena; David McDaid y Sara Evans-Lacko; Lorraine Sherr y Lucie Cluver; y Aisha K. Yousafzai y Marilyn N. Ahun.

Christian Kieling, Claudia Buchweitz y Arthur Caye realizaron un estudio especial sobre los factores relacionados con los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia en todo el mundo.

Robert Blum, Shoshanna Fine y Michelle Martínez, de la Universidad Johns Hopkins, diseñaron la metodología y coordinaron los equipos de investigación en los países, capacitaron a los entrevistadores y analizaron los resultados de los debates de los grupos focales del *Estado Mundial de la Infancia* organizados para este informe. En 2022 se publicará un informe complementario especial que presenta los resultados detallados de estos grupos de debate. UNICEF agradece el apoyo de Wellcome para este proyecto.

Mark Jordans, Anna Barrett, Myrthe van den Broek y Anna Devereux realizaron un ejercicio para establecer prioridades en el seguimiento de la salud mental.

Angie Jackson-Morris, Ishu Kataria, Erica Kocher, Rachel Nugent y Rachel Stelmach, de RTI International, analizaron los datos para determinar el rendimiento de la inversión en intervenciones de salud mental en las escuelas.

Este informe es el resultado de la colaboración de muchas personas e instituciones. El equipo del informe agradece a todos los que han aportado de buen grado su tiempo, su experiencia y su energía, en particular:

Grupo consultivo superior

Theresa S. Betancourt, Dévora Kestel, Christian Kieling, Manasi Kumar, Bernadette J. Madrid, Vikram Patel, George Patton, Shekhar Saxena, Mark Tomlinson, Víctor Ugo, Alberto Vásquez, Miranda Wolpert y Hirokazu Yoshikawa.

Grupo asesor de la juventud

Renata Samuels, *Belice*; Dido Manolov, *Bulgaria*; Omnia El Omrani, *Egipto*; Mohammed Amin Zurak, *Ghana*; Anjali Singla, *India*; Margianta Surahman Juhanda Dinata, *Indonesia*; Ali Amirkafi, *República Islámica de Irán*; Josiah Tualamali'I, *Nueva Zelanda*; Grace Gatera, *Rwanda*.

Grupo Asesor Interno (UNICEF)

Liliana Carvajal, Jennifer Requejo, *División de Datos, Análisis, Planificación y Seguimiento*; Kurtis Albert Cooper, Emma Ferguson, Benjamin Perks, Helen Wylie, *División Global de Comunicación y Abogacía*; Laurence Chandy, Amanda Marlin, *Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales*; Rosangela Berman Bieler, Jumana Haj-Ahmad, Zeinab Hijazi, Joanna Lai, Marcy Levy, Ana Nieto, Sarah Thomsen, Ann Wilhoite, *Grupo de Programas*; David Anthony, Priscilla Idele, *Oficina de Investigación de UNICEF – Innocenti*.

Oficinas nacionales y regionales de UNICEF y Comités Nacionales

Bangladesh: Amiya Dhara Halder, Muhamed Khaliduzzaman, Abu Sadat Mohammad Sayem, Faria Selim, Nusrat Shabnam Turna; **España:** Sara Collantes Mateos, Cristina Junquera Abaitua; **Filipinas:** Malalay Ahmadzai, Emee Lei Albano-Valdehuesa, Mx Mario Balibago, Margaretha Francia, Jacques Gimeno, Vitto Milanese, Julia Rees, Maria Melizza Tan, Niko Manos Wieland; **Irlanda:** Aedín Donnelly, Vivienne Parry; **Kazajstán:** Tatiana Aderikhina, Aigul Kadirova, Veronika Vashchenko, Elvira Yausheva, Zhanar Zhumabekova, Saltanat Zhumanbayeva; **Kenya:** Andrew Brown, Rose Foley, Catherine Kimotho, Yoko Kobayashi, Daniel Oloo, Monika Sandvik-Nylund; **Líbano:** Roula Abi Saad, Blanche Baz, Johanna Eriksson Takyo, Raquel Fernandez, Stephanie Shanler; **México:** Adriana Arce Carmona, Lune Baravalle, Soraya Bermejo, Ana Cecilia Carvajal Calcaneo, Dora Giusti, Brenda Hernandez, Andres Ramirez; **Perú:** Alvaro Arroyo, Michelle Jimenez, Carolyn McCaffrey, Mariela Tavera, Alessandra Villanueva, Marilu Wiegold; **Reino Unido:** Ceri Gautama, Ed King, Claire O'Meara, Clare Quarrell; **Sierra Leona:** Moses Cowan, Katherine Faigao, Mohamed Juana, Amie Lompri Kamara, Diana Mbaindu

Koroma, Hailemariam Legesse, Harriet Christiana Mason, Tapuwa Loreen Mutseyekwa, Yuki Suehiro, Royston Wright; **Sri Lanka:** Thurairetnam Sarmili, Nadarajah Sutharman, Bismarck Swangin, Suzanne Wooster-Prematilaka.

División de Datos, Análisis, Planificación y Seguimiento

Vidhya Ganesh, *Directora*; Mark Hereward, *Director asociado*; Jan Beise, Fikrewold Bitew, Savvy Brar, Claudia Cappa, Samuel Chawker, Asseneth Cheboi, Enrique Delamónica, Mamadou Diallo, Ayca Donmez, Monica Giuffrida, Chika Hayashi, Jiayan He, Lucia Hug, Yves Jaques, Munkhbadar Jugder, Julia Krasevec, Richard Kumapley, Yang Liu, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Padraic Murphy, Colleen Murray, Mohamed Obaidy, Daniele Olivotti, Khin Wityee Oo, Lauren Pandolfelli, Yukun Pei, Nicole Petrowski, David Sharrow, Tom Slaymaker, Sameen Wajid, Xinhua Wang, Yixin Wang, Danzhen You, Yanhong Zhang.

División Global de Comunicación y Abogacía

Charlotte Petri Gornitzka, *Directora Ejecutiva Adjunta*; Paloma Escudero, *Directora*; Germain Ake, Marissa Buckanoff, Matias Delfino, Ignacio de los Reyes, Lely Djuhari, Nicole Foster, Jihye Kang, Deborah Toskovic Kavanagh, Carolina Lahoud Doumet, Mary Lynn Lalonde, Mila Linares, Supreet Mahanti, Laura Jane Murchie, Laetitia Pactat, Kavervir Sidhu, Brian Sokol, Helen Wiley, Ruthia Yi, Eric Zuehlke.

Oficina de Perspectivas y Políticas Mundiales

Fayaz King, *Director Ejecutivo Adjunto*; Stefan Bock, Jasmina Byrne, Marianna Da Cunha Pinto Amaral, Kathleen Amanda Edison, Dawit Ghebremichael, Nathalie Goossens, Moira Herbst, Tracy Phan, Camila Teixeira, Steven Vosloo.

Recaudación de Fondos en el Sector Privado y Alianzas

Carla Haddad Mardini, *Directora*; Silaja Birks, James Bonney, Hugo Charbit, Bernadette Gutmann, Elizabeth Wabuge.

Grupo de Programas

Omar Abdi, *Director Ejecutivo Adjunto*; Sanjay Wijesekera, *Director*; Henriette Ahrens, *Directora Adjunta*; Helen Belachew, Christopher Borje, Erinna Dia, Maya Elliott, Tanvi Jain, Aboubacar Kampo, Neven Knezevic, Patricia Landinez, Radhika Mitter, Vijaya Ratnam Raman, Sarah Thomson, Maribel E Ullmann, Damilola Walker, Ann Willhoite, Cornelius Williams, Erica Wong.

Oficina de Investigación de UNICEF – Innocenti

Gunilla Olsson, *Directora*; Floriza Gennari, Tessa Maria Griffiths, Alessandra Guedes, Josiah Kaplan, Céline Little, Frank Otchere, Gwyther Rees, Manasi Sharma, Ramya Subrahmanian, Daniel Kardefelt Winther.

Un agradecimiento especial a:

Ea Suzanne Akasha, Mary Jo Baca, Margaret M. Barry, Myron Belfer, BTS y BIGHIT MUSIC, Menelik Desta, Gaya J. Dowling, Ann F. Garland, Petra C. Gronholm, Jazwant Guzder, Laurence J. Kirmayer, Brandon A. Kohrt, Vibha Krishnamurthy, Crick Lund, Suniya S. Luthar, Ricky Martin, Alyssa Milano, Candice Odgers, Arlo Parks, Stefan Swartling Peterson, Kriti Sharma, Beck Smith, Graham Thornicroft, Michael Ungar, Atheendar S. Venkataramani, Willibald Zeck.

Recaudación de fondos y asociaciones con el sector privado:

Jorge Castro, Tarun Dua, Michelle Funk, Chiara Servili, Kate Strong, Mark Humphrey Van Ommeren, Marieke Van Regteren Altena.

Del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME): Alize Ferrari y Damian Santomauro.

Del Karolinska Institutet: Jill W. Ahs.

Las perspectivas que acompañan al informe se publicarán en la plataforma La Juventud Opina de UNICEF (voicesofyouth.org). Los ensayos representan las opiniones personales de los autores y no reflejan necesariamente la posición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2021

EN MI MENTE

Promover, proteger y cuidar
la salud mental de la infancia

ÍNDICE

PREFACIO	8
-----------------	----------

MENSAJES CLAVE	10
-----------------------	-----------

INTRODUCCIÓN - Un momento para ejercer liderazgo en materia de salud mental	15
--	-----------

Un problema olvidado	16
Llamamientos desatendidos	18
Un momento para el liderazgo	22
Un momento para la acción	22
Acerca de este informe	23
#Lovemyself: la campaña de BTS llega a su público	26

CAPÍTULO 1 - La salud mental	29
-------------------------------------	-----------

La salud mental: definición	30
Estimaciones de datos	35
Sección especial: el estigma	42
Los costos	44

CAPÍTULO 2 - Las bases	51
-------------------------------	-----------

El marco	53
El desarrollo del niño	56
El estrés y el trauma	60

CAPÍTULO 3 - Riesgo y protección **65**

Factores que ayudan y perjudican **66**

CAPÍTULO 4 - El mundo en general **85**

Pobreza **86**

Discriminación **89**

Crisis humanitarias **96**

La pandemia de COVID-19 y la salud mental **100**

Sección especial: Las tecnologías digitales y la salud mental **108**

Resiliencia **113**

Sección especial: El rostro del maltrato **116**

CAPÍTULO 5 - Qué se está haciendo **119**

Iniciativas de ámbito mundial y nacional **120**

Marcar la diferencia **124**

Datos e investigación **140**

CAPÍTULO 6 - Un marco de actuación **143**

Compromiso, comunicación y acción en favor de la salud mental **145**

TABLAS ESTADÍSTICAS **174**

PREFACIO

Los niños y niñas de todo el mundo llevan mucho tiempo sin acudir a las aulas, encerrados en su casa y sin poder disfrutar de la alegría cotidiana que supone jugar con sus amigos, todo ello como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Millones de familias se han visto abocadas a la pobreza, sin poder llegar a fin de mes. El trabajo infantil, los abusos y la violencia de género han ido en aumento.

Muchos niños están sumidos en la tristeza, el dolor o la ansiedad. Algunos se preguntan hacia dónde se dirige este mundo y cuál es su lugar en él.

De hecho, estos son tiempos muy difíciles para los niños y los jóvenes, y esta es la situación por la que atraviesa su mundo hoy en día, en 2021.

Pero incluso si no hubiera una pandemia, la angustia psicosocial y la mala salud mental afligen a un número excesivo de niños, incluidos los millones que cada año se ven obligados a abandonar sus hogares, marcados por conflictos y graves adversidades, y privados de acceso a la escolarización, la protección y el apoyo que necesitan.

De hecho, la pandemia de COVID-19 no ha hecho más que mostrar la punta del iceberg de los problemas de salud mental.

Es un iceberg que hemos estado pasando por alto durante demasiado tiempo y, a menos que actuemos, seguirá generando resultados desastrosos para los niños y las sociedades mucho después de que la pandemia haya terminado.

Cuando dejamos de lado la salud mental de los niños, socavamos su capacidad de aprender, trabajar, establecer relaciones significativas y hacer contribuciones al mundo. Cuando descuidamos la salud mental de los progenitores y los cuidadores, no les apoyamos para que nutran y cuiden a sus hijos de la mejor manera posible. Y cuando obviamos los problemas de salud mental en nuestras sociedades, ponemos coto a la conversación, reforzamos el estigma y

no permitimos que los niños y los cuidadores busquen la ayuda que necesitan.

Ante esta realidad, muy a menudo nos limitamos a guardar silencio, y no estamos dispuestos a aceptar toda la complejidad de lo que significa ser humano. O, como dice la defensora de los derechos humanos Lea Labaki, colaboradora de este proyecto: No reconocemos que “el malestar psicológico no es un comportamiento desviado que deba reprimirse y ocultarse, sino un aspecto normal de la experiencia humana”.

No debemos callar más.

Debemos escuchar a los jóvenes de todo el mundo, que cada vez alzan más la voz y exigen que se actúe.

Y debemos actuar.

Con esta edición del *Estado Mundial de la Infancia*, la primera que se centra en la salud mental, UNICEF señala nuestra determinación de escuchar y actuar.

En los últimos años, hemos trabajado para ayudar a salvaguardar la salud mental y el bienestar psicosocial de los niños, los adolescentes, los progenitores y los cuidadores en algunos de los entornos más difíciles del mundo. También hemos trabajado para hacer frente a las amplias repercusiones que tiene la pandemia sobre la salud mental. En 2020, llegamos a 47,2 millones de niños, adolescentes y cuidadores con apoyo psicosocial y de salud mental basado en la comunidad, incluyendo campañas de concienciación comunitaria específicas en 116 países, es decir, casi el doble de países que en 2019.

Este compromiso no hará más que aumentar en los próximos años, al igual que nuestros esfuerzos para garantizar la inversión en salud mental y hacer frente a las lacras relacionadas con el abandono, los abusos y los traumas infantiles que socavan la salud mental de un número excesivo de niños.

Porque sabemos que todos debemos hacer un mayor esfuerzo.

Ahora, con colaboradores clave como la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos, el mundo académico y muchos otros, todos debemos comprometernos para ejercer una labor de liderazgo e invertir en la mejora de la salud mental.

Todos debemos trabajar para ayudar a romper el silencio en torno a la salud mental, desafiar los estigmas, fomentar la alfabetización en materia de salud mental y garantizar que el mundo escuche las opiniones de los jóvenes, especialmente de aquellos que han vivido problemas relacionados con la salud mental.

Y todos debemos comprometernos a actuar en esferas esenciales, como por ejemplo prestar un mejor apoyo a los progenitores, garantizar que las escuelas sean lugares más acogedores y seguros, y –mediante la inversión y el desarrollo de la mano de obra– abordar las necesidades de salud mental de las familias en ámbitos como la protección social y la atención comunitaria.

Lo más importante es que todos debemos trabajar para mejorar la recopilación de datos, el seguimiento sistemático y la investigación, un reto clave para todos nosotros en el sistema de las Naciones Unidas. La imagen que tenemos de la salud mental de los niños es parcial y está muy sesgada hacia los países más ricos del mundo. Esto significa que sabemos muy poco de cómo los niños y jóvenes de la mayor parte del mundo conllevan sus experiencias relacionadas con la salud mental. También significa que sabemos muy poco sobre los puntos fuertes de las diversas comunidades y culturas, y el apoyo que pueden ofrecer a los niños y las familias.

El reto al que nos enfrentamos es inmenso. Es un reto que –a pesar de los mejores esfuerzos de muchos, especialmente de los jóvenes que han compartido sus

historias, ideas y pasión por el cambio– la comunidad mundial apenas ha comenzado a abordar. En lo que respecta a la salud mental, todos los países están en desarrollo.

Pero si el reto es grande, la recompensa de superarlo puede ser aún mayor: para cada niño y niña, para cada familia y para cada comunidad.

No podemos esperar más. No podemos defraudar a otra generación. El momento de actuar es ahora.



Henrietta H. Fore

Directora Ejecutiva de UNICEF



MENSAJES CLAVE

En todo el mundo, los trastornos mentales son una causa importante de sufrimiento que a menudo se pasa por alto y que interfiere en la salud y la educación de los niños y los jóvenes, así como en su capacidad para alcanzar su pleno potencial.

- Se calcula que más del 13% de los adolescentes de 10 a 19 años padecen un trastorno mental diagnosticado según la definición de la Organización Mundial de la Salud.
- Esto representa 86 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 80 millones de adolescentes de 10 a 14 años.
- 89 millones de adolescentes varones de 10 a 19 años y 77 millones de mujeres adolescentes de 10 a 19 años viven con un trastorno mental.
- Las tasas de prevalencia de los trastornos diagnosticados son más altas en las regiones de Oriente Medio y África del Norte, América del Norte y Europa Occidental.
- La ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos trastornos de salud mental diagnosticados; los demás incluyen el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de la conducta, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el autismo, la esquizofrenia y un grupo de trastornos de la personalidad.
- Los niños y los jóvenes también

manifiestan un malestar psicosocial que no alcanza el nivel de trastorno epidemiológico, pero que perturba su vida, su salud y sus perspectivas de futuro.

- Según una investigación llevada a cabo por Gallup para el próximo informe *Changing Childhood* de UNICEF, un promedio del 19% de los jóvenes de 15 a 24 años de 21 países declararon en el primer semestre de 2021 que a menudo se sienten deprimidos o tienen poco interés en realizar alguna actividad.

El coste de la inacción es elevado debido a sus repercusiones en términos de vidas humanas, y a los efectos que tiene sobre las familias, las comunidades y la economía.

- Se calcula que cada año mueren 45.800 adolescentes por suicidio, es decir, más de una persona cada 11 minutos.
- El suicidio es la quinta causa de muerte más frecuente entre los adolescentes de 10 a 19 años; en el caso de los adolescentes y las adolescentes de 15 a 19 años, es la cuarta causa de muerte más frecuente, después de las lesiones por accidentes de tráfico, la tuberculosis y la violencia interpersonal. Para las adolescentes de 15 a 19 años, es la tercera causa de muerte más común, y la cuarta para los varones de este grupo de edad.
- Un nuevo análisis realizado para

este informe indica que la pérdida anual de capital humano que se deriva de las afecciones de salud mental en niños de 0 a 19 años es de 387.200 millones de dólares (en dólares de paridad de poder adquisitivo). De esta cifra, 340.200 millones de dólares reflejan los trastornos que incluyen la ansiedad y la depresión, y 47.000 millones de dólares reflejan la pérdida debida al suicidio.

- De los 340.200 millones de dólares, los trastornos de ansiedad representan el 26,93%; los trastornos de conducta, el 22,63%; y la depresión, el 21,87%.

A pesar de la demanda generalizada para obtener respuestas que promuevan, protejan y cuiden la salud mental de los niños, la inversión sigue siendo insignificante.

- La investigación realizada por Gallup para el próximo informe de UNICEF titulado *Changing Childhood* indica que existe una firme demanda para que se tomen medidas. Una media del 83% de los jóvenes de entre 15 y 24 años de 21 países cree que es mejor abordar los problemas de salud mental compartiendo experiencias con otras personas y buscando apoyo, que hacerlo solo.
- A pesar de la demanda de apoyo, el gasto gubernamental medio en salud mental en todo el mundo

representa apenas el 2,1% del gasto gubernamental medio en salud en general.

- En algunos de los países más pobres del mundo, los gobiernos gastan menos de 1 dólar por persona en el tratamiento de enfermedades mentales.
- El número de psiquiatras especializados en el tratamiento de niños y adolescentes era inferior al 0,1 por 100.000 en todos los países, excepto en los de ingresos altos, donde la cifra era de 5,5 por 100.000.
- La inversión en la promoción y la protección de la salud mental – distinta de la atención destinada a los niños que afrontan trastornos más graves– es extremadamente baja.
- La falta de inversión significa que los trabajadores –incluidos los de base comunitaria– no están equipados para abordar los problemas de salud mental en múltiples sectores, como la atención primaria de salud, la educación y la protección social, entre otros.

La salud mental está estigmatizada en una gran medida y no se comprende adecuadamente: es, de hecho, un estado positivo de bienestar y una base que permite a los niños y jóvenes construir su futuro.

- A pesar de la creciente concienciación sobre las

repercusiones que genera el estado de la salud mental, el estigma sigue siendo una fuerza poderosa. El estigma –intencionado o no– impide que los niños y los jóvenes busquen tratamiento y limita sus oportunidades de crecer, aprender y prosperar.

- Al igual que la salud física, es preciso considerar la salud mental como algo positivo: subyace a la capacidad humana de pensar, sentir, aprender, trabajar, establecer relaciones significativas y realizar aportes a las comunidades y al mundo. Forma una parte intrínseca de la salud individual y es una base para lograr comunidades y naciones sanas.
- La salud mental existe en un continuo que puede incluir periodos de bienestar y periodos de angustia, la mayoría de los cuales nunca evolucionarán hacia un trastorno diagnosticable.
- La salud mental es un derecho básico y esencial para alcanzar los objetivos mundiales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los riesgos y los factores de protección influyen en la salud mental en los momentos decisivos del desarrollo.

- En los momentos decisivos del desarrollo del niño, los factores basados en la experiencia y el entorno pueden representar un riesgo para la salud mental

o contribuir a protegerla. Los enfoques de las políticas deben tener como objetivo minimizar los riesgos y maximizar los factores de protección.

- Los factores de riesgo y protección pueden organizarse en tres esferas de influencia: el mundo del niño se centra en el hogar y los entornos de la atención; el mundo en torno al niño implica la seguridad y los vínculos saludables en los centros preescolares, las escuelas y las comunidades; y el mundo en general incluye los determinantes sociales a gran escala, como la pobreza, los desastres, los conflictos y la discriminación.
- La salud mental está ligada a momentos decisivos del desarrollo del cerebro, que puede resultar afectado por factores como el estrés tóxico provocado por experiencias adversas en la infancia, como el maltrato físico y emocional, el abandono crónico y la violencia.
- Las investigaciones han demostrado que la exposición a por lo menos cuatro experiencias adversas en la infancia está firmemente asociada con la aceptación de riesgos en el ámbito sexual, los trastornos de salud mental y el abuso del alcohol; está aún más firmemente asociada con el uso problemático de drogas y la violencia interpersonal y la violencia contra uno mismo.

La crianza de los hijos es crucial para sentar unas bases sólidas de la salud mental de los niños, pero muchos progenitores necesitan más apoyo.

- La crianza es fundamental para la salud mental de los niños. Sin embargo, para desempeñar esta función fundamental, muchos cuidadores necesitan el apoyo de los programas de crianza, que pueden incluir información, orientación y apoyo financiero y psicosocial.
- Muchos cuidadores también necesitan apoyo para su propia salud mental.
- Antes de la concepción y en la primera infancia, los factores de riesgo para la salud mental del niño son el bajo peso al nacer, la desnutrición materna, la salud mental de la madre y la paternidad adolescente. A nivel mundial, el 15% de los niños nacen con bajo peso, mientras que alrededor del 15% de las niñas son madres antes de los 18 años.
- En la infancia, los factores de riesgo son la mala alimentación y la disciplina violenta. En todo el mundo, alrededor del 29% de los niños no tienen una diversidad alimentaria mínima.
- En los países menos desarrollados del mundo, el 83% de los niños son víctimas de la disciplina violenta por parte de sus cuidadores y el 22% practica alguna forma de trabajo infantil.

- En la adolescencia, la crianza y el apoyo de los padres sigue siendo uno de los mayores protectores de la salud mental.

Las escuelas y los entornos de aprendizaje pueden ofrecer oportunidades para apoyar la salud mental, pero también pueden exponer a los niños a determinados riesgos, como el acoso y la presión excesiva de los exámenes.

- Las escuelas pueden ser entornos saludables e inclusivos en los que los niños aprenden habilidades fundamentales para reforzar su bienestar, pero también son lugares en los que los niños sufren acoso, racismo, discriminación, presión de los compañeros y estrés por el rendimiento académico.
- A pesar de los vínculos entre las oportunidades de aprendizaje temprano y el desarrollo infantil, alrededor del 81% de los niños de los países menos desarrollados no participan en programas de aprendizaje en la primera infancia.
- Entre los niños de más edad, el hecho de no poder ir a la escuela o de abandonar los estudios antes de terminarlos está relacionado con el aislamiento social, lo que a su vez puede provocar trastornos de salud mental, como autolesiones, ideas suicidas, depresión, ansiedad y consumo de sustancias.
- Un análisis realizado por RTI para este informe indica que las intervenciones escolares que

abordan la ansiedad, la depresión y el suicidio proporcionan un retorno de la inversión de 21,5 dólares por cada dólar invertido en 80 años.

Los factores socioeconómicos y culturales del mundo en general, así como las crisis humanitarias y los acontecimientos como la pandemia de COVID-19, pueden perjudicar la salud mental.

- La relación entre la pobreza y la salud mental es de doble vía. La pobreza puede provocar problemas de salud mental, y los problemas de salud mental pueden provocar pobreza. En todo el mundo, casi el 20% de los niños menores de 5 años viven en la pobreza extrema.
- Las normas de género pueden afectar a la salud mental tanto de las niñas como de los niños. Las niñas pueden enfrentarse a estereotipos restrictivos relacionados con el trabajo, la educación y la familia, así como al riesgo que supone la violencia de la pareja; los niños pueden sufrir presiones para reprimir sus emociones y experimentar con el consumo de sustancias.
- Los niños están con demasiada frecuencia en primera línea en las crisis humanitarias: 415 millones en 2018, cada uno de ellos expuesto al estrés y al trauma. El impacto de estas crisis puede diferir de un niño a otro, ya que algunos muestran

resiliencia y otros padecen una angustia extrema y duradera.

- Hay múltiples informes sobre el abuso de los niños en las instituciones, una alta proporción de los cuales tienen discapacidades, incluidas las que se refieren al desarrollo o a la salud mental. También hay muchas pruebas que indican que a los niños y jóvenes con graves problemas de salud mental se les encadena, o que se utilizan métodos de coerción y de restricción en los servicios de salud mental.
- Existe una amplia preocupación por el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. Las investigaciones indican un cierto aumento del estrés y la ansiedad entre los niños y los adolescentes. La salud mental de los cuidadores, especialmente de las madres jóvenes, también es motivo de preocupación.

Las intervenciones en toda una serie de sistemas y sectores a través de la protección social –incluyendo las familias, las comunidades y las escuelas– pueden ayudar a promover y proteger la salud mental.

- Las evaluaciones de los programas de crianza indican que contribuyen a profundizar los vínculos entre el cuidador y el niño, a reducir las

prácticas severas de crianza y a mejorar el desarrollo cognitivo de los niños.

- En las escuelas, los enfoques de aprendizaje social y emocional, que incluyen intervenciones en toda la escuela e intervenciones específicas para los niños y jóvenes en riesgo, han demostrado su eficacia.
- Los programas de transferencia de efectivo pueden influir indirectamente en la salud mental de los niños y adolescentes al aumentar la participación escolar, la seguridad alimentaria y el acceso a la atención sanitaria y los servicios sociales.
- En contextos humanitarios, la aplicación cuidadosa de intervenciones breves y estructuradas que ofrezcan respuestas inmediatas a la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático puede reforzar la salud mental de los niños y los jóvenes.

El Estado Mundial de la Infancia 2021 concluye haciendo un llamamiento al compromiso, la comunicación y la acción para promover la buena salud mental de todos los niños, proteger a los niños vulnerables y cuidar a los que se enfrentan a los mayores desafíos.

COMPROMISO significa reforzar el liderazgo para fijar los objetivos claros de una amplia gama de asociados

y partes interesadas y garantizar la inversión en soluciones y personas en toda una serie de sectores.

COMUNICACIÓN significa romper el silencio que rodea a la salud mental, hacer frente a los estigmas, mejorar los conocimientos sobre salud mental y garantizar que los niños, los jóvenes y las personas que pasan por este tipo de experiencias puedan expresarse.

ACCIÓN significa trabajar para minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores de protección de la salud mental en los ámbitos clave de la vida de los niños, así como invertir y desarrollar la mano de obra para:

- Apoyar a las familias, los progenitores y los cuidadores
- Garantizar que las escuelas apoyen la salud mental
- Reforzar y equipar los sistemas y su personal para responder a problemas complejos
- Mejorar los datos, la investigación y las pruebas.



Introducción

UN MOMENTO PARA EJERCER LIDERAZGO EN MATERIA DE SALUD MENTAL

La pandemia de COVID-19 ha trastornado nuestro mundo, creando una crisis global sin precedentes en nuestras vidas. Ha suscitado una gran preocupación por la salud mental de los niños y sus familias, y ha ilustrado con crudeza cómo los acontecimientos del mundo en general pueden afectar al mundo que llevamos dentro. Pero la pandemia también ofrece una oportunidad para reconstruir mejor. Tenemos una oportunidad histórica de comprometernos, comunicarnos y actuar para promover, proteger y cuidar la salud mental de toda una generación

Miedo. Soledad. Tristeza.

Cuando la pandemia del coronavirus llegó al mundo en 2019, estas intensas emociones se apoderaron de la vida de muchos millones de niños, jóvenes y familias. Sobre todo al principio, los expertos temían que perduraran y que afectaran a la salud mental de toda una generación¹.

La realidad es que tardaremos años en evaluar la verdadera repercusión de la COVID-19 sobre nuestra salud mental.

Aunque el virus pierda fuerza, los efectos económicos y sociales de la pandemia perdurarán: afectarán a los padres y las madres que pensaron que ya habían dejado atrás sus peores experiencias y que, sin embargo, vuelven a tener dificultades para darles de comer a sus bebés; afectarán al niño que se quedó rezagado después de meses sin poder ir a la escuela; y también afectarán a la niña que tuvo

que abandonar sus estudios para trabajar en una granja o una fábrica. Esos efectos seguirán socavando las aspiraciones y los ingresos conseguidos a lo largo de toda la vida de una generación que se vio obligada a interrumpir su educación².

En efecto, existe el riesgo de que la repercusión de esta pandemia cause estragos en la felicidad y el bienestar de los niños, los adolescentes y los cuidadores durante los próximos años, y ponga en peligro las bases que sustentan la salud mental.

Si la pandemia nos ha enseñado algo es que nuestra salud mental es profundamente sensible al mundo que nos rodea. Lejos de ser simplemente lo que se le pasa a una persona por la cabeza, el estado de salud mental de cada niño y cada adolescente depende mucho de sus circunstancias vitales: las experiencias con sus progenitores y cuidadores, las relaciones que entablan con sus amigos y las

oportunidades que tienen para jugar, aprender y desarrollarse. Asimismo, la salud mental es un reflejo de cómo influyen en sus vidas la pobreza, el conflicto, la enfermedad y el acceso a las oportunidades que se les presentan.

Si la pandemia nos ha enseñado algo es que nuestra salud mental es profundamente sensible al mundo que nos rodea.

Si estas conexiones no estaban claras antes de la pandemia, no hay duda de que ahora lo están.

Esta es la realidad que vertebra el *Estado Mundial de la Infancia 2021*.

Un problema olvidado

De hecho, lo que hemos aprendido es que la salud mental es positiva y que es un recurso: es lo que le permite a una niña pequeña salir adelante con el amor y el apoyo de su familia y compartir los mejores y peores momentos de su vida cotidiana. Es la capacidad de un adolescente para conversar y reírse con sus amigos, ayudarlos cuando están desanimados y acudir a ellos cuando el que se encuentra mal es él. Es lo que inspira a una mujer joven a perseguir un propósito en la vida y le da la seguridad de proponerse retos y conseguirlos. Es la capacidad de una madre o un padre de proteger el bienestar y la salud emocional de su hijo a través del afecto y el apego.

Cada vez se reconoce más el vínculo que existe entre la salud mental

y física y el bienestar, así como la importancia de la salud mental a la hora de definir los resultados que se esperan conseguir en la vida. Además, ese vínculo está plasmado en la relación entre la salud mental y los factores que conforman la base de un mundo sano y próspero reconocida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. De hecho, en este acuerdo suscrito por las naciones del mundo se determinó que la promoción y la protección de la salud mental y el bienestar constituirían factores imprescindibles de la agenda mundial del desarrollo.

A pesar de todo, las inversiones de los gobiernos y las sociedades en la **promoción**, la **protección** y el **cuidado** de la salud mental de los niños, los jóvenes y sus cuidadores siguen siendo insuficientes.

En algunos de los países más pobres del mundo, los gobiernos destinan menos de dos céntimos al año por persona al **tratamiento** de la salud mental. Incluso en los países de ingresos medianos altos, el gasto anual es inferior a tres dólares por persona³. Todas estas cifras son demasiado exiguas para tratar las enfermedades de salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores, especialmente en el caso de quienes se enfrentan a problemas más graves de salud mental. Además, los datos revelan que no quedan prácticamente fondos para invertir en la promoción de la salud mental positiva de los niños y los cuidadores.

El costo económico que pagamos por este descuido es alto: alrededor de 340.200 millones de dólares



Conversar en Níger: La conexión con los amigos puede favorecer la salud mental.
© UNICEF/UN0439614/Dejongh

al año, según los cálculos que realizaron para este informe David McDaid y Sara Evans-Lacko, del Departamento de Políticas de Salud de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres. Se trata de una pérdida de 340.200 millones de dólares en potencial humano que podría destinarse a las economías de los países.

Sin embargo, el coste de la repercusión que esto tiene sobre las vidas humanas es incalculable.

Se percibe en las familias, las escuelas y las comunidades afectadas por el suicidio, que es la cuarta causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años⁴. Cada año, casi 46.000 niños y adolescentes de entre 10 y 19 años se quitan la vida, o lo que es lo mismo, uno cada 11 minutos⁵

Se percibe en los obstáculos diarios a los que se enfrenta alrededor del 13% de adolescentes que padece una enfermedad de salud mental. En el caso particular de los jóvenes

de 15 a 19 años, la repercusión se evidencia cuando aparecen los primeros problemas de salud mental, que contribuyen a la pérdida de años de vida y de vida sana⁶.

Se percibe también en las voces de los jóvenes que relatan sus experiencias de depresión, ansiedad y un gran malestar general, problemas que a veces no superan el umbral para considerarlos trastornos. En la elaboración del *Estado Mundial de la Infancia 2021*, UNICEF colaboró con investigadores del *Global Early Adolescent Study* de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins con el fin de escuchar algunas de estas voces (véase el Recuadro 1: *La opinión de los adolescentes*).

En un grupo de debate de jóvenes de entre 15 y 19 años de Jamaica, una niña dijo que creía que todo el mundo pasa por periodos de depresión leve que surgen de la necesidad de descubrir “quién eres como persona”. El problema, afirmó, es que la experiencia vital de cada

uno puede “estimular o alimentar” esos sentimientos.

“En mi opinión, todo comienza ahí”, aseguró. “Creo que cuando se vuelve más grave es cuando no hacemos caso a ese tipo de pensamientos o emociones”.

Una niña del mismo rango de edad de un grupo de debate de Egipto tenía claro que desatender la salud mental (o, en sus palabras, “estar psicológicamente cansado”) afecta al futuro de una persona joven.

“Es la sensación de no estar viviendo la vida y ser incapaz de hacer cualquier cosa”, afirmó. “Incluso si eres ambiciosa, no puedes conseguir tus ambiciones porque, psicológicamente, estás completamente derrotada”.

RECUADRO 1.**La opinión de los adolescentes**

Cuando hablamos de la salud mental, debemos escuchar las experiencias, las preocupaciones y las ideas de los niños y los adolescentes.

Por eso, UNICEF se sumó a los investigadores del estudio *Global Early Adolescent Study* de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins con el fin de organizar grupos de debate sobre la salud mental y el bienestar. La organización Wellcome Trust ofreció su ayuda para llevar a cabo el proyecto.

De febrero a junio de 2021, los aliados locales facilitaron grupos de debate para adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 en Bélgica, Chile, China, Egipto, Estados Unidos, Indonesia, Jamaica, Jordania, Kenya, Malawi, República Democrática del Congo, Suecia y Suiza. Los debates se mantuvieron siguiendo una guía elaborada por UNICEF, la Universidad Johns Hopkins y los aliados locales.

Los datos cualitativos que se extrajeron de estos debates se codificaron a través de un método inductivo de análisis temático y se

perfeccionaron mediante el proceso de análisis de datos. Los resultados están disponibles bajo demanda. Todos los lugares en los que se organizaron los grupos de debate obtuvieron la aprobación de la Junta de Examen Institucional.

El informe del *Estado Mundial de la Infancia 2021* incluye datos cualitativos extraídos de estos debates y citas de algunos adolescentes que participaron en los grupos. Próximamente se publicará un informe complementario más exhaustivo sobre los debates.

Una gran mayoría de las personas de cualquier edad provenientes de la mayor parte de los países (normalmente, en torno a cuatro de cada cinco personas) creen que nadie debería tener que sufrir los problemas de salud mental en soledad.

Llamamientos desatendidos

Los jóvenes defensores de la salud mental, entre ellos algunas personas que han proporcionado ayuda y asesoramiento para el presente informe, han sido valientes a la hora de exigir que se aborde la salud mental en distintos entornos del mundo. Algunos han relatado sus experiencias en relación con la salud mental y el bienestar, los obstáculos que han afrontado sus amigos y compañeros y la necesidad de que los niños y los adolescentes sean capaces de pedir ayuda.

Estos niños y estos jóvenes no están solos. Un estudio elaborado por Gallup para UNICEF revela que, en todo el mundo, una gran mayoría de las personas de cualquier edad provenientes de la mayor parte de los países (normalmente, en torno a cuatro de cada cinco personas) creen que nadie debería tener que sufrir los problemas de salud mental en soledad. En su opinión, la mejor solución es compartir las experiencias y buscar ayuda.



Buscando apoyo: Las generaciones más jóvenes y las adultas creen que lo mejor es buscar ayuda para los problemas de salud mental.
© UNICEF/UNI389214/Wilande

RECUADRO 2.

¿Preparado para pedir ayuda?

Los jóvenes creen de forma abrumadora que es mejor buscar ayuda de otras personas que intentar afrontar los problemas de salud mental por sí mismos, según una encuesta realizada por UNICEF y Gallup en 21 países en el primer semestre de 2021.

Un promedio del 83% de los jóvenes (de 15 a 24 años) estuvo de acuerdo en que era mejor afrontar los problemas de salud mental compartiendo experiencias con otros y buscando apoyo; por el contrario, solo el 15% consideraba que esos problemas eran personales y que uno mismo puede resolverlos mejor.

Entre los 21 países, la India fue la única excepción, ya que el 41% de los jóvenes apoyó la opción de compartir.

En general, las actitudes difieren relativamente poco entre las generaciones: en los 21 países, alrededor de cuatro de cada cinco personas mayores (de 40 años en adelante) también apoyaban la

Promedio de porcentajes de personas en 21 países que creen que compartir experiencias con otros y buscar apoyo es la mejor manera de abordar los problemas de salud mental:

	Jóvenes de 15 a 24 años	Adultos mayores (más de 40 años)
Compartir experiencias con otros y buscar apoyo es la mejor manera de abordar los problemas de salud mental	83	82
La salud mental es un asunto personal que la gente puede resolver mejor por sí misma	15	17

Fuente: *Changing Childhood* (de próxima publicación).

opción de compartir. Sin embargo, las diferencias eran más marcadas en algunos países: aunque la mayoría de los jóvenes y los mayores apoyaban la opción de compartir en Japón, Alemania y Ucrania, había una diferencia de al menos 14 puntos entre los dos grupos de edad. Esto plantea interesantes cuestiones sobre cómo pueden variar las

actitudes hacia la salud mental entre generaciones y cómo evolucionan con el tiempo en diferentes partes del mundo.

Los resultados completos del Proyecto Changing Childhood se publicarán en un informe de UNICEF en noviembre de 2021.

Nota: Como parte del Proyecto *Changing Childhood*, Gallup entrevistó por teléfono a más de 20.000 personas en 21 países entre febrero y junio de 2021 en dos poblaciones distintas: personas de 15 a 24 años y personas de 40 años o más. Los márgenes de error medios se calcularon en un 6,7% para el grupo de edad más joven y en un 6,4% para el grupo de edad más avanzada. Los detalles completos de la metodología y los métodos de investigación se incluirán en el próximo informe *Changing Childhood* de UNICEF.



Lazos estrechos: Un programa de prevención del suicidio en Kazajstán acercó a madre e hija.
© UNICEF/UN0474761/Babajanyan/VII Photo

RECUADRO 3.

Sentirse deprimido

Una media de uno de cada cinco jóvenes (19%) declaró sentirse a menudo deprimido o tener poco interés en realizar alguna actividad, según una encuesta realizada por UNICEF y Gallup en 21 países en el primer semestre de 2021. La proporción oscilaba entre casi uno de cada tres en Camerún y uno de cada diez en Etiopía y Japón.

En un momento de gran preocupación por la salud mental de los jóvenes durante la pandemia de COVID-19, los resultados ofrecen una interesante visión de los sentimientos de los propios jóvenes. Sin embargo, es importante señalar que estas cifras sólo representan las percepciones de los jóvenes, y no son un diagnóstico de depresión por parte de ningún profesional de la salud.

También se basan en una sola pregunta, no en las múltiples preguntas que se utilizan en las investigaciones dedicadas a la salud mental, por lo que no permiten hacer estimaciones satisfactorias sobre la prevalencia. Por último, no existen estimaciones comparables anteriores a la pandemia, lo que significa que no se puede considerar que reflejen los efectos de la pandemia en la salud mental de los jóvenes.

La falta de recopilación de datos y de seguimiento sistemático indica que el panorama de la situación y las necesidades de salud mental de los jóvenes en la mayoría de los países es extremadamente limitado. Como se señala en el capítulo 6 de este informe, esto dificulta enormemente la priorización de la atención a la salud mental y la elaboración de políticas.

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que dicen sentirse a menudo deprimidos o tener poco interés en realizar alguna actividad:

Camerún	32
Malí	31
Indonesia	29
Zimbabwe	27
Francia	24
Alemania	24
Estados Unidos	24
Brasil	22
Líbano	21
Reino Unido	20
Argentina	19
Kenya	19
Perú	16
Bangladesh	14
India	14
Marruecos	14
Nigeria	14
Ucrania	12
España	11
Etiopía	10
Japón	10
Promedio de 21 países	19

Nota: Como parte del Proyecto *Changing Childhood*, Gallup entrevistó por teléfono a más de 20.000 personas en 21 países entre febrero y junio de 2021 entre dos poblaciones distintas: personas de 15 a 24 años y personas de 40 años o más. El promedio de los márgenes de error se calculó en un 6,7% para el grupo de edad más joven y en un 6,4% para el grupo de edad más avanzada. Los detalles completos de la metodología y los métodos de investigación se incluirán en el próximo informe *Changing Childhood* de UNICEF.

Fuente: *Changing Childhood* (de próxima publicación).

Sin embargo, millones de personas de todo el mundo no tienen una persona con la que hablar o a la que pedir ayuda.

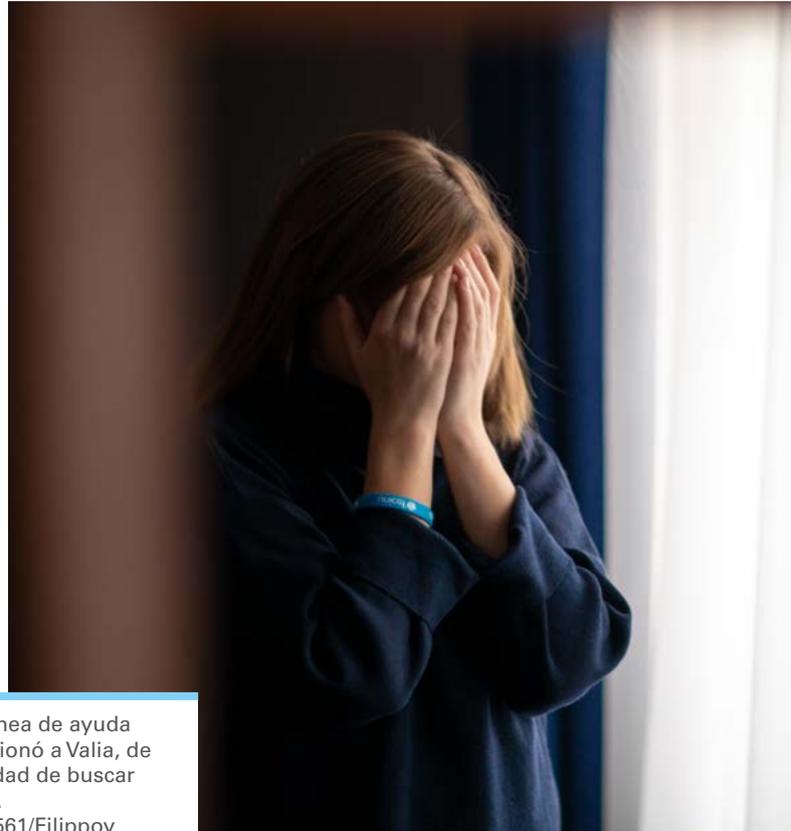
¿Cuál es la razón?

Son muchos los obstáculos que impiden promover, proteger y cuidar la salud mental de los niños y los adolescentes. Algunos de ellos son sistémicos; son obstáculos planteados por la falta de financiación, liderazgo y coordinación entre los sectores y los trabajadores capacitados.

Con demasiada frecuencia, nuestra capacidad para abordar la salud mental se ve limitada por nuestra incapacidad para hablar del tema. Los niños, los adolescentes y los cuidadores suelen tener dificultades cuando buscan la forma de hablar de sus sentimientos, en muchos casos por temor a los comentarios desagradables, las risas y el abuso que provocan el estigma y las interpretaciones erróneas relacionadas con la salud mental.

De la larga lista de interpretaciones erróneas, una de las más comunes es la incapacidad para entender que la salud mental, al igual que la física, es positiva. Alex George, médico y estrella de programas de telerrealidad en el Reino Unido, está muy familiarizado con el sufrimiento asociado a la salud mental, ya que su hermano se quitó la vida cuando tenía 19 años. En sus propias palabras, “cuando la gente describe la salud física, hace referencia al deporte y la alimentación saludable. Cuando definen la salud mental, hablan de la depresión, la ansiedad y la tristeza”.

“De hecho, la salud mental puede ser sinónimo de resiliencia”, declaró a un periódico británico en febrero de 2021; “puede ser felicidad; puede ser valentía”⁷.



Pedir ayuda: Una línea de ayuda en Ucrania proporcionó a Valia, de 15 años, la posibilidad de buscar protección y apoyo.
© UNICEF/UN0399561/Filippov

La incapacidad de reconocer la salud mental como algo positivo suele ser un reflejo de la influencia del pensamiento biomédico, que defiende que las enfermedades han de diagnosticarse y medicarse. Por el contrario, la salud mental debe entenderse como un continuo. En cualquier momento de nuestras vidas, todos podremos encontrarnos en un punto distinto de ese continuo. Pasaremos por momentos en los que nuestra salud mental será positiva y seremos capaces de disfrutar de la vida y afrontar tanto los días buenos como los malos, pero también podremos vivir periodos de grave angustia e, incluso, sufrir trastornos mentales incapacitantes y duraderos.

Por tanto, en un sentido real, **todos tenemos salud mental.**

Sin embargo, la salud mental a veces es un lujo o un problema que afecta a otros: no lo considero un

problema que me afecte a **mí** ni a **mi** comunidad. Ciertamente, la cultura y el contexto determinan la forma de vivir, comprender y abordar los trastornos mentales. Si bien es posible pasar por alto la existencia de distintas perspectivas y concepciones (como ocurre a menudo), estas deben tenerse en cuenta a la hora de ofrecer una respuesta a un problema de salud mental. Si esto fuera así, la respuesta podría ser mucho más beneficiosa y aceptable en distintos tipos de sociedades y aprovechar su fortaleza. No obstante, existen aspectos universales y comunes a la experiencia de la salud mental: tal y como pone de relieve la Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible de 2018, “el dolor emocional es tan importante para la experiencia humana como el dolor físico”⁸.

Un momento para el liderazgo

Una de las razones fundamentales que impiden a nuestras sociedades responder a las necesidades de salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores es la falta de **liderazgo y compromiso**. Es necesario que los dirigentes mundiales y nacionales y una amplia variedad de partes interesadas suscriban un compromiso (principalmente económico) que refleje la importancia de los factores sociales, entre otros, con miras a fijar una serie de metas en materia de salud mental. Esto tendría importantes implicaciones, ya que nos obligaría a centrar la atención en el objetivo claro y compartido de proteger a los niños y los adolescentes en los momentos más

decisivos de su desarrollo, con el fin de minimizar los factores de riesgo y maximizar los de protección.

Además de compromiso, se requiere **comunicación**: debemos poner fin a los estigmas, romper el silencio relacionado con la salud mental y velar por que se tenga en cuenta la opinión de los jóvenes, especialmente la de quienes han sufrido trastornos mentales. Si no se les escucha y no se promueve su participación y su compromiso, no será posible desarrollar iniciativas y programas relevantes en materia de salud mental.

Por último, necesitamos **acción**: debemos ofrecer más apoyo a los

progenitores para que puedan ayudar mejor a sus hijos; necesitamos escuelas en las que se atiendan las necesidades sociales y emocionales de los niños; debemos sacar a la salud mental del "silo" en el que se encuentra sumida en los sistemas de salud y abordar las necesidades de los niños, los adolescentes y los cuidadores en una variedad de contextos, entre ellos la crianza, la educación, la atención primaria de salud, la protección social y la respuesta humanitaria; y debemos mejorar los datos, las investigaciones y las pruebas con el fin de ampliar nuestro conocimiento sobre la prevalencia de las enfermedades de salud mental y mejorar las respuestas.

Un momento para la acción

La pandemia de COVID-19 ha dado un vuelco a nuestro mundo y ha creado una crisis mundial sin precedentes en nuestra historia. Ha planteado graves preocupaciones sobre la salud mental de los niños y las familias durante los confinamientos, y ha demostrado con suma claridad que lo que sucede en el resto del mundo puede afectar a nuestro mundo interior. Asimismo, ha puesto de relieve la fragilidad de los sistemas de apoyo a la salud mental en muchos países, y ha subrayado (una vez más) que estas adversidades afectan de manera desproporcionada a las comunidades más desfavorecidas.

Sin embargo, la pandemia también nos ofrece la oportunidad de reconstruir un mundo mejor. Tal y como expone el presente informe, conocemos el papel fundamental que desempeñan las madres, los padres y los cuidadores en la tarea de marcar el rumbo de la salud mental desde la primera infancia; somos conscientes de la necesidad de apego que sienten los niños y los adolescentes;

y sabemos que la pobreza, la discriminación y la marginación pueden tener un profundo impacto sobre la salud mental. Si bien queda un largo camino que recorrer para formular respuestas, ya conocemos la importancia de las intervenciones básicas, como acabar con los estigmas, apoyar a los progenitores, crear escuelas solidarias, trabajar en todos los sectores, instituir plantillas sólidas de trabajadores de salud mental y establecer políticas que promuevan las inversiones y que asienten una base robusta para la salud mental y el bienestar.

El presente nos brinda la oportunidad histórica de comprometernos, comunicarnos y actuar con el fin de promover, proteger y cuidar la salud mental de toda una generación. Podemos ayudar a la próxima generación a crear herramientas que les permitan cumplir sus sueños, desarrollar su potencial y contribuir de manera significativa al mundo que les rodea.

El presente nos brinda la oportunidad histórica de comprometernos, comunicarnos y actuar con el fin de promover, proteger y cuidar la salud mental de toda una generación. Podemos ayudar a la próxima generación a crear herramientas que les permitan cumplir sus sueños, desarrollar su potencial y contribuir al mundo.



Es hora de actuar: El mundo tiene una oportunidad histórica de apoyar los cimientos de la salud mental de los niños de todo el mundo.
© UNICEF/UN0231458/Nazer

Acercas de este informe

El *Estado Mundial de la Infancia 2021* analiza la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores. Aborda los factores de riesgo y de protección relativos a la salud mental y el bienestar en distintas etapas decisivas de la vida. Tiene el propósito de mejorar la comprensión de las necesidades específicas de los niños, los adolescentes y los cuidadores y examinar cuestiones relacionadas con la salud mental desde la perspectiva de los propios jóvenes. Por último, el objetivo del informe es resaltar un enfoque integral centrado en **promover** la buena salud mental para cada niño, **proteger** a los niños más vulnerables y **cuidar** a los que se enfrentan a los mayores obstáculos.

En el **capítulo 1** se define la salud mental positiva como un continuo y se describen los efectos perjudiciales del estigma. Además, se expone la prevalencia de las enfermedades de salud mental y se analiza su costo económico.

El **capítulo 2** presenta un marco para entender la salud mental y el

bienestar en el contexto de la vida de los niños, y se centra en el mundo de la infancia, el mundo en torno a la infancia y el mundo en general. Además, describe el papel del desarrollo de la infancia con vistas a entender los factores de riesgo y protección en relación con la salud mental y la creación de una base sólida.

En el **capítulo 3** se examinan algunos factores de riesgo y protección de la salud mental a lo largo del curso de una vida (desde antes de la concepción hasta la veintena), y se presta especial atención a la importancia de una crianza afectuosa, la nutrición, los entornos de aprendizaje y las relaciones entre compañeros.

El **capítulo 4** se centra en el mundo en general y analiza la repercusión de la pobreza, la discriminación, las crisis humanitarias y la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental. Además, describe nuestros avances en la comprensión del concepto de resiliencia.

En el **capítulo 5** se evalúa el estado actual de la respuesta a la salud mental de los niños y los jóvenes mediante el análisis de las respuestas que se ofrecen a nivel mundial y los programas que tratan la crianza, la educación, la protección social, los sistemas de atención primaria de salud y los entornos humanitarios. Asimismo, el capítulo aborda el problema particular del suicidio y la importancia de los datos y la investigación.

El **capítulo 6** propone una serie de recomendaciones que buscan **promover** la buena salud mental de cada niño, **proteger** a los niños vulnerables y **cuidar** a los que se enfrentan a los mayores obstáculos. Las recomendaciones se basan en tres principios: **comunicar**, **comprometerse** y **actuar**.

ESTUDIO DE CASO

Líbano

A prueba: se activa un programa nacional de salud mental

En 2020, un nuevo plan nacional de salud mental se puso a prueba en el Líbano.

El 4 de agosto, una fuerte explosión destruyó la zona del puerto de Beirut. En ese momento, Jad, de 9 años, estaba en casa con su madre*. Su padre estaba trabajando en el puerto y regresó a casa con una pérdida auditiva y una debilitante lesión de espalda.

Aunque Jad escapó de su hogar sin sufrir heridas físicas, la experiencia le provocó una grave ansiedad y un miedo incontrolable a que se produjeran más explosiones. Dejó de comer, se negaba a salir de su nuevo hogar y se volvió excesivamente introvertido.

*“Mi padre estaba herido; mi madre, preocupada; y mi hogar, destrozado”, dijo Jad.
“Yo no sabía cómo ayudar”.*

La ayuda que Jad necesitaba llegó en forma de una llamada a la puerta de su residencia temporal: se trataba de Himaya, una organización no

gubernamental para la protección de la infancia que visitó a las familias después de la explosión.

La labor de Himaya formaba parte de la activación de la respuesta de apoyo psicosocial tras el desastre de la explosión de Beirut, que se puso en marcha justo después del accidente. Este plan de respuesta se creó en el marco del Programa Nacional de Salud Mental, el primero de este tipo que se creaba en el Líbano con el fin de ofrecer atención de la salud mental y apoyo psicosocial en todo el país desde un enfoque comunitario.

El Ministerio de Salud Pública del Líbano fundó el Programa Nacional de Salud Mental en 2014 con la ayuda de algunos aliados, entre ellos UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) e International Medical Corps. El objetivo inicial era responder a las necesidades de salud mental que habían surgido con las crisis sirias y la llegada de refugiados al Líbano. Sin embargo, el programa también se centró en estandarizar los servicios de atención de la salud mental y

apoyo psicosocial en las plataformas comunitarias de todo el país.

“Este ámbito del bienestar lleva demasiado tiempo relegado a un segundo plano y se le considera un componente suplementario de otros aspectos de la atención de la salud”, sostuvo el Dr. Rabih El Chammy, psiquiatra y Jefe del Programa Nacional de Salud Mental. “El Programa Nacional de Salud Mental se centra en promover la sensibilización sobre la salud mental, reducir el estigma que la rodea e integrarla en una estrategia integral de la atención de la salud a nivel nacional”.

El Programa Nacional de Salud Mental supervisa a un Equipo de Tareas sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial, dirigido conjuntamente por la OMS y UNICEF, que coordina la labor de más de 60 organizaciones. Además, trabaja estrechamente con el Grupo de Trabajo sobre la Protección de la Infancia en Emergencias y el Comité de Apoyo Psicosocial, que colaboran con el equipo de tareas para proporcionar herramientas y



Explosión: La explosión del puerto de Beirut destruyó el hogar de Jad, de 9 años.
© UNICEF/UN0475286/UNICEF Lebanon

directrices estandarizadas con el fin de armonizar los programas de apoyo psicosocial dirigidos a los niños, los cuidadores y las comunidades.

Asimismo, el Programa Nacional de Salud Mental presta especial atención a los centros de salud primaria y ofrece capacitación en materia de salud mental a los enfermeros, trabajadores sociales y médicos generalistas de los hospitales, con miras a garantizar un nivel mínimo de conocimientos.

Al final, el Programa Nacional de Salud Mental marcó el inicio de una nueva era para la salud mental en el Líbano en la que se comenzó a dar más prioridad a las comunidades y el bienestar, en lugar de centrarse únicamente en ofrecer tratamiento médico en los hospitales.

“Debemos concederle más importancia a la salud mental y conseguir que, en lugar de ser un lujo de los ricos, se convierta en un servicio básico, aceptable y basado en

los derechos humanos, que esté disponible para todos los miembros de la comunidad y que se encuentre cerca de donde viven”, afirmó El Chammay.

La explosión del puerto no fue el único incidente de 2020 que puso a prueba el nuevo enfoque en materia de salud mental del programa. De hecho, la explosión agravó el clima de tensión que ya había en el Líbano como consecuencia de una economía al borde del colapso, el aumento de la pobreza y una creciente inestabilidad política y social. En 2020, el Líbano, al igual que el resto del mundo, se enfrentó a las consecuencias de la pandemia de COVID-19 para la salud mental.

En respuesta a la pandemia, el Gobierno del Líbano y los aliados en materia de salud mental trabajaron juntos en la creación de un plan comunitario diseñado con miras a promover la salud mental, ofrecer protección contra el estrés ocasionado por la situación y prestar servicios de atención de la salud mental para la población. El plan se

aplicó en numerosos sectores, como el de la protección de la infancia, la salud, la educación y la comunicación para el desarrollo. Entre otras iniciativas destacan las actividades de sensibilización a través de plataformas digitales y en línea, los teléfonos de asistencia emocional, las campañas nacionales de televisión y las sesiones interactivas por internet dirigidas a los adolescentes y la gente joven.

Para Jad, el nuevo enfoque en materia de salud mental en el Líbano les concedió a él y a su familia acceso inmediato a la atención de la salud mental, un servicio del que probablemente no podrían haberse beneficiado con anterioridad. Jad recibió visitas periódicas de María Sfeir, una psicóloga de Himaya.

Con el tiempo, Jad se ha atrevido a salir de casa a pesar de sus miedos recurrentes y ha hecho “valientes avances”, dijo Sfeir.

*El apellido de Jad no se ha desvelado con el fin de proteger su identidad. El joven fue entrevistado en Beirut el 9 de abril de 2021.

RECUADRO 4.

#BTSLoveMyself: Acabar con la violencia y mejorar la autoestima y el bienestar de niños y jóvenes

Desde que BTS se formó en 2013, la icónica banda de pop de la República de Corea se ha convertido en uno de los grupos musicales con más éxito de nuestro tiempo: ya ha acumulado cinco discos sencillos en el número 1 en menos de un año, con 38 millones de seguidores en Twitter y una devota base de admiradores mundial conocida como el ARMY.

En 2017, BTS y su sello discográfico, BIGHIT MUSIC, unieron fuerzas con UNICEF para aprovechar la influencia de la banda y contribuir a poner fin a la violencia, el abuso y el acoso escolar, y promover la autoestima y el bienestar entre los jóvenes de todo el mundo. En su papel de promotores de UNICEF, los integrantes de BTS se ha dirigido a los líderes mundiales en la reunión anual de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York; han publicado un vídeo musical exclusivo para apoyar la campaña de UNICEF dirigida a fomentar el amor y la bondad; y han instalado puestos en sus conciertos

en todo el mundo con información sobre la campaña.

La banda ha recaudado 3,6 millones de dólares en favor de la labor de UNICEF para poner fin a la violencia y ha llegado a millones de jóvenes con mensajes positivos de amor y cuidado personal. El hashtag #BTSLoveMyself ha generado casi 5 millones de tuits, según Twitter, y más de 50 millones de interacciones –como me gusta, retuits, respuestas y comentarios– en casi todos los países del mundo, según Talkwalker.

De BTS:

“Empezamos LOVE MYSELF como una forma de llegar a los jóvenes y ayudar a mejorar sus vidas y sus derechos. Durante el proceso, también nos esforzamos por “AMARNOS” a nosotros mismos, y crecimos como equipo y como individuos. Esperamos que muchas personas hayan sentido que el amor que reciben de los demás

puede convertirse en el poder que les permite amarse a sí mismos. Esperamos que el mensaje LOVE MYSELF pueda seguir sirviendo para vigorizar la vida de todos. Nos sentiremos honrados si los siete podemos continuar esta campaña para devolver el increíble amor que hemos recibido y dar a la gente la fuerza necesaria para poder AMARSE A SÍ MISMOS. Esperamos seguir haciendo lo que estamos haciendo y expresar lo que estamos expresando, para poder ayudar a la gente a encontrar la felicidad y el amor”

Durante la pandemia de COVID-19, las reflexiones personales de los miembros de la banda han ayudado a niños y jóvenes que se han sentido aislados, desconectados y frustrados. Como dijo Jauharra, de 23 años, de Filipinas (@paralumanssi_):

"Gracias a todos por este día. Hoy le han salvado la vida a alguien".

En marzo de 2021, BTS y BIGHIT MUSIC renovaron su compromiso con la campaña LOVE MYSELF, al comprometerse a donar más de un millón de dólares a UNICEF, con los ingresos de la venta de productos de LOVE MYSELF y con una parte de las ventas del álbum LOVE YOURSELF.



Voces positivas: La emblemática banda de pop BTS se dirige a los amantes de la música y a las Naciones Unidas.

© UNICEF/UN0238385/Garten, UN Photo



Cuidados cariñosos: Apoyar a los progenitores, como esta madre de la India, para que apoyen mejor a sus hijos es crucial para la salud mental.
© UNICEF/UN0377921/Panjwani



Capítulo 1

LA SALUD MENTAL

La salud mental es un derecho que hay que cuidar; es un estado positivo de bienestar y una inversión esencial en los niños y en el mundo. Sin embargo, la salud mental es con demasiada frecuencia una idea secundaria para los responsables de la toma de decisiones, los líderes y las familias, y muchas veces ni siquiera tienen en cuenta esta cuestión. Como resultado, muchos millones de niños y jóvenes batallan en silencio, frustrados por los estigmas y la incomprensión. Este silencio cuesta a las sociedades muchos millones de dólares al año. Para los niños y las familias, el coste es incalculable

A salvo: Vivir en la calle en Côte d'Ivoire expuso a Fidel, de 11 años, a la violencia y la explotación. Ahora está en un centro, donde, dice, "me siento seguro... protegido"

© UNICEF/UNI362880/Dejongh

La salud mental es el sustento que ayuda a los seres humanos a pensar, sentir, aprender, trabajar, entablar relaciones significativas y contribuir a las comunidades y al mundo. Es una parte intrínseca de la salud de cada persona y conforma una base sobre la que se construyen naciones y comunidades sanas.

La salud mental es un derecho que debe promoverse y protegerse.

En el mundo hay muchísimos niños y adolescentes que sufren problemas de salud mental, como la

depresión, la ansiedad y los trastornos de conducta y atención. Para los niños y los adolescentes que han vivido experiencias de este tipo, los problemas de salud mental forman parte de su vida. La atención y la oportunidad de vivir una vida sana son derechos básicos.

Sin embargo, muchos niños y adolescentes sufren en silencio, reprimidos por la incompreensión, el estigma y la falta de iniciativas más completas que promuevan y protejan la salud mental y atiendan a quienes más lo necesitan.

El costo de este silencio puede calcularse en la pérdida de días, meses, años y vidas. En el caso particular de los niños y la gente joven, puede calcularse en la pérdida de sueños.

Además de suponer una gran carga para los niños y la gente joven, las enfermedades de salud mental debilitan el potencial humano de las sociedades. Esto puede generar una pérdida de capital humano, que interfiere en la armonía y la prosperidad de las familias, las comunidades y las naciones.

La salud mental: definición

El término “salud” evoca una imagen protagonizada por el ejercicio físico, los alimentos nutritivos y el equilibrio entre la vida laboral, familiar y el ocio. Si la acompañamos del adjetivo “mental” (salud mental), la imagen se oscurece. En el fondo aparecen numerosas creencias erróneas y un vocabulario que incluye palabras como peligroso, loco, poseído o histérico. La salud mental se considera un problema que surge por pensar demasiado, y preocuparse por la salud mental se ha convertido en un lujo que tan solo se pueden permitir quienes cuentan con tiempo y recursos de sobra. En muchas partes del mundo, la salud mental se trata únicamente como un problema biológico o médico (*véase el Recuadro 12. Los medicamentos en la infancia*).

Sin embargo, la salud mental no es un trastorno, ni tan siquiera la ausencia de un trastorno. La salud mental es positiva: es un estado de salud.

Tanto es así que, en su acta fundacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la salud mental en su definición de salud: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente

la ausencia de afecciones o enfermedades”¹.

Al considerarse positiva, la salud mental se ha descrito como “un estado dinámico de equilibrio interno” que requiere la capacidad de aplicar destrezas sociales, emocionales y cognitivas básicas para poder desenvolverse con soltura en la vida y en el mundo². Otras definiciones vinculan la salud mental positiva con la capacidad de “disfrutar de la vida y hacer frente a los obstáculos que nos encontramos”³. En general, la mayoría de las definiciones mencionan las capacidades emocionales, cognitivas, funcionales, sociales, físicas y espirituales⁴.

La salud mental suele asociarse con el bienestar, un concepto amplio que puede abarcar la salud, la economía, la nutrición y la psicología⁵. En la publicación “Mundos de influencia: ¿Cuáles son los determinantes del bienestar infantil en los países ricos?;” la Oficina de Investigaciones de UNICEF- Innocenti precisaba tres categorías que forman parte del bienestar: un bienestar mental adecuado, una buena salud física y destrezas para la vida⁶. En el caso de los niños y la gente joven, la

salud mental y el bienestar están relacionados con los progenitores y los cuidadores, que participan activamente en la configuración de sus vidas.

En un marco elaborado recientemente y dirigido a los adolescentes en particular, se identificaban cinco dominios dentro del bienestar: una buena salud y una nutrición óptima; unos valores positivos indisolubles y la contribución a la sociedad; unos entornos seguros y propicios; aprendizaje, competencia, habilidades, educación y empleabilidad; voluntad y resiliencia⁷.

La salud mental no es un trastorno, ni tan siquiera la ausencia de un trastorno. La salud mental es positiva: es un estado de salud.

En muchos sentidos, estos marcos se unen para describir la salud mental positiva y el bienestar. Sin embargo, en un sentido general la salud mental y el bienestar pueden entenderse atendiendo a tres categorías⁸:

RECUADRO 5.

La salud mental: un derecho y un objetivo

La salud mental está intrínsecamente ligada a la salud: la de las personas, las comunidades, las naciones y las economías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció este vínculo en su constitución cuando definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En el acta fundacional también se declaraba que “el más alto nivel posible de salud” es un derecho fundamental e indispensable para la paz y la seguridad⁹.

Desde 1948, el año de entrada en vigor de la Constitución de la OMS, múltiples mecanismos internacionales han reconocido el derecho a la salud mental y han creado estructuras para protegerla¹⁰. En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció el derecho a la atención de la salud mental y subrayó los derechos básicos de las personas que padecen discapacidad psicosocial¹¹.

En el contexto de la infancia, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CRC) de 1989 estableció un marco para comprender la importancia de los servicios de salud mental dirigidos por los niños y los jóvenes¹². La CRC insta a los Estados Miembros a proteger los mayores intereses de los niños y la gente joven y aborda numerosos riesgos para la salud mental, como la discriminación, la violencia y la privación de libertad. En particular, la CRC recalca la responsabilidad de los Estados Miembros de garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo de los niños y los jóvenes a través del acceso

a los servicios de atención médica, entre otros. Asimismo, la Convención pide a los Estados Miembros que promuevan la recuperación física y psicológica y la reintegración social de los niños y los jóvenes que sean víctimas de cualquier forma de abandono, abuso, tratos o penas degradantes o conflictos armados. Por otro lado, subraya el derecho de los niños y los jóvenes con discapacidad a los servicios de atención de la salud mental y el disfrute de una vida sana.

Además, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) y su Protocolo Facultativo, aprobados en 2006, representaron un compromiso mundial con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad¹³. La CRPD recomienda apartarse del planteamiento basado en la perspectiva médica en relación con la discapacidad en general y las enfermedades de salud mental en particular¹⁴. Asimismo, subraya las distintas formas en que los factores sociales, políticos y económicos fomentan la situación desfavorecida de las personas que padecen algún tipo de discapacidad psicosocial.

Por otra parte, desde las Naciones Unidas se han dedicado esfuerzos específicos a abordar la discapacidad del desarrollo. En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas publicó una resolución en la que instaba a los gobiernos a proteger los derechos de los niños y las familias afectados por el trastorno del espectro autista, los trastornos del desarrollo y otros tipos de discapacidad¹⁵. Más tarde, en 2014, la Asamblea Mundial de la Salud pidió

más respuestas multisectoriales que defendieran las medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista¹⁶.

Cuando se aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocieron la salud mental como un bien público global y un derecho que los países tienen la obligación de proteger¹⁷.

En la resolución de los ODS (un plan de acción para fomentar la paz, la prosperidad y la sostenibilidad en el mundo) se defienden las políticas de promoción, prevención y tratamiento de la salud mental y el bienestar. Del mismo modo, se prevé “un mundo con acceso equitativo y universal a una educación de calidad en todos los niveles, a la atención médica y a la protección social, donde el bienestar físico, mental y social está asegurado”¹⁸.

Promover, proteger y cuidar la salud mental de los niños y los jóvenes son acciones fundamentales para alcanzar la mayoría de los 17 objetivos de desarrollo. Además del objetivo 3, que insta a los Estados Miembros a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”¹⁹, los ODS abordan muchos de los factores de riesgo que ponen en peligro la salud mental de los niños y los jóvenes. De hecho, los objetivos que buscan hacer frente a la pobreza, la desigualdad, la nutrición, la educación, la igualdad de género, la sostenibilidad de las comunidades y la justicia social también son esenciales para la salud mental de los niños y los jóvenes. Por consiguiente, abordar la salud mental ayudará a los Estados Miembros a conseguir esos objetivos²⁰.

- Bienestar emocional: optimismo, alegría, serenidad, paz, interés por la vida.
- Bienestar social: la capacidad de desenvolverse en el mundo combinada con un sentido propio del valor y la pertenencia.
- Bienestar activo: la capacidad de desarrollar habilidades y conocimientos que ayudan a una persona a tomar decisiones positivas y actuar ante las dificultades de la vida.

Un continuo

Hay muchas probabilidades de que los niños y la gente joven experimenten distintas gradaciones de salud mental positiva y bienestar a lo largo de su vida. Además, muchos se enfrentarán a distintas gradaciones de problemas de salud mental.

A veces, la salud mental positiva y los problemas de salud mental pueden coexistir. Por ejemplo, una persona que padece una enfermedad de salud mental diagnosticada puede conseguir una sensación de bienestar positivo (o de salud mental) a pesar de presentar síntomas de angustia o debilidad²¹. Lo contrario también es posible: una persona a la que no le han diagnosticado una enfermedad de salud mental puede pasar por distintos estados de salud mental a lo largo de su vida.

Por tanto, considerar los problemas de salud mental de manera aislada y confiar solo en las intervenciones médicas impide describir la diversa experiencia humana con la salud mental, y puede socavar los esfuerzos que buscan promover y proteger la salud mental al tiempo que se atiende a las personas que lo necesitan.

La salud mental positiva

Los investigadores han diseñado escalas con la finalidad de medir la salud mental positiva. Algunos de los indicadores que se miden incluyen la aceptación de uno mismo, el optimismo, la resiliencia, las relaciones

positivas con los progenitores o los compañeros, la sensación de tener un propósito y los sentimientos de crecimiento o logro²². Otras escalas que sirven para medir la salud mental positiva abordan la percepción que las personas tienen de sí mismas en su vida pública: por ejemplo, su sensación de aceptación social y su integración en una comunidad.

Cuando hablamos de salud mental positiva, resulta evidente que la ausencia de una enfermedad de salud mental no es sinónimo de salud mental²³. Los niños y los jóvenes que *no* padecen una enfermedad de salud mental pueden experimentar (y probablemente sea así) distintos grados de salud mental positiva a lo largo de su vida. Sobre la base de este modelo, los investigadores llegaron a la conclusión de que una mayoría de la población tendría una salud mental moderada, otra parte gozaría de una salud mental próspera y el resto tendría una salud mental languideciente. Además, otras personas podrían padecer una enfermedad de salud mental diagnosticable.

Las enfermedades de salud mental

Las enfermedades de salud mental pueden existir a lo largo de un continuo. Este continuo comprende gradaciones que incluyen malestar leve y temporal, problemas que se pueden controlar y que pueden o no volverse crónicos, así como enfermedades de salud mental graves y progresivas. En el curso de una vida, un niño podría encontrarse en cualquier fase de este continuo.

El continuo puede incluir las enfermedades de salud mental predominantes, como la ansiedad, la depresión, la psicosis y los trastornos ocasionados por la dependencia del alcohol o las drogas. Las estimaciones mundiales sobre la prevalencia de los trastornos mentales y la pérdida de vida y de vida sana se calculan tomando como referencia los datos sobre distintos tipos de trastornos, como la

depresión, la ansiedad, la bipolaridad, los trastornos de alimentación, el trastorno del espectro autista, de conducta, el consumo de sustancias, la discapacidad intelectual idiopática, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los grupos de trastornos de la personalidad²⁴.

Para los niños y los jóvenes en particular, entender la salud mental implica reconocer que el propio concepto se entrelaza con los valores familiares y de la sociedad, las expectativas sociales y las capacidades de desarrollo.

No obstante, cabe destacar que la mayoría de las enfermedades de salud mental se encuentran muy por debajo del umbral del diagnóstico²⁵. Por ejemplo, una persona joven puede hablar de “depresión” o “ansiedad” en una situación particular, pero es poco frecuente que estos síntomas se desarrollen tanto como para interferir en la vida cotidiana o precisar un diagnóstico y un tratamiento.

El contexto es fundamental

Para los niños y los jóvenes en particular, entender la salud mental implica reconocer que el propio concepto se entrelaza con los valores familiares y de la sociedad, las normas culturales, las expectativas sociales y las capacidades de desarrollo. Por ejemplo, las percepciones de lo que

se considera un comportamiento aceptable y un funcionamiento social adecuado varían y dependen de la situación, la edad y la cultura.

Además, las experiencias adversas y traumáticas se entienden de

manera distinta según el contexto cultural, lo cual afecta también a la forma de entender la salud mental²⁶. Del mismo modo, las expectativas de lo que produce felicidad, crecimiento personal y satisfacción cambian conforme

crecen los niños, y difieren en función del país, la comunidad y, a veces, la familia. Como resultado, las evaluaciones de salud mental deben tomar en consideración los contextos culturales, sociales, políticos y medioambientales.

RECUADRO 6.

Conceptos básicos

El informe del *Estado Mundial de la Infancia 2021* utiliza el término “enfermedad de salud mental” para describir un amplio rango de enfermedades cuyo grado de gravedad varía de leve y temporal hasta grave y de por vida. Muchos de estos conceptos pueden favorecer la estigmatización, por lo que es preferible evitar su uso y sustituirlos por denominaciones tales como “persona que ha vivido una experiencia”, “usuario de los servicios de salud mental” o “superviviente de psiquiatría”²⁷. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha utilizado el concepto “enfermedad de salud mental” en algunos materiales para referirse a “los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, el riesgo de suicidio y la discapacidad psicosocial, cognitiva e intelectual asociada”²⁸. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental se emplea una variedad de términos con significados más específicos. Algunos ejemplos son los siguientes:

Clasificaciones de los trastornos mentales: son las clasificaciones oficiales del trastorno mental publicadas en documentos como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, un manual de la American Psychiatric Association.

Trastorno mental: comprende una variedad de patologías y distintos síntomas²⁹. La OMS ha incluido los siguientes conceptos en su definición del trastorno mental: “ansiedad, depresión, esquizofrenia y dependencia del alcohol y las drogas”³⁰.

Salud mental: definida por la OMS como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”³¹. Para los niños, la definición de salud mental tiene

necesariamente en cuenta los marcadores de la edad y la trayectoria vital, y abarca también un sentido positivo de identidad, la habilidad de controlar los pensamientos y las emociones, la disposición para entablar relaciones y la capacidad de aprender y adquirir una educación.

Salud mental y apoyo psicosocial: un término compuesto acordado por el Comité Permanente entre Organismos con el fin de “describir cualquier tipo de ayuda local o exterior que busque proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar un trastorno mental”³².

Psicosocial: describe la influencia de los factores sociales sobre la mente y el comportamiento, así como la interrelación de la mente y la sociedad en el desarrollo humano³³.

Discapacidad psicosocial: hace referencia a “todas las personas que, independientemente de cómo se autodefinan o del diagnóstico que presenten, sufren discriminación y

se enfrentan a barreras sociales a causa de un diagnóstico de salud mental real o supuesto o un estrés subjetivo”³⁴. El concepto “trastorno mental y discapacidad psicosocial” se utiliza ampliamente en el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020³⁵. Los miembros de los mecanismos internacionales de derechos humanos y los organismos que representan a las personas con discapacidad recomiendan el uso del concepto “personas con discapacidad psicosocial”³⁶.

Bienestar: un concepto amplio relacionado con múltiples ámbitos, como la salud, la economía, la nutrición y la psicología³⁷. En general, abarca elementos emocionales, psicológicos y sociales.

Modelo biopsicosocial: un planteamiento holístico de la salud mental que toma en consideración determinantes biológicos, psicológicos y sociales.



El apoyo de una madre: En Honduras, Lourdes ayuda a José, de 14 años, a afrontar el efecto del acoso escolar, un factor de riesgo conocido para la salud mental.
© UNICEF/UN0231740/Zehbrauskas

Estimaciones de datos

Prácticamente en cada rincón del planeta, tanto en los países ricos como en los pobres, las enfermedades de salud mental (y la falta de respuestas adecuadas) siguen infligiendo un sufrimiento considerable a los niños y los jóvenes y representan la principal causa de muerte, enfermedad y discapacidad, especialmente entre los adolescentes de edad más avanzada.

Una de las formas de medir este costo humano es calcular

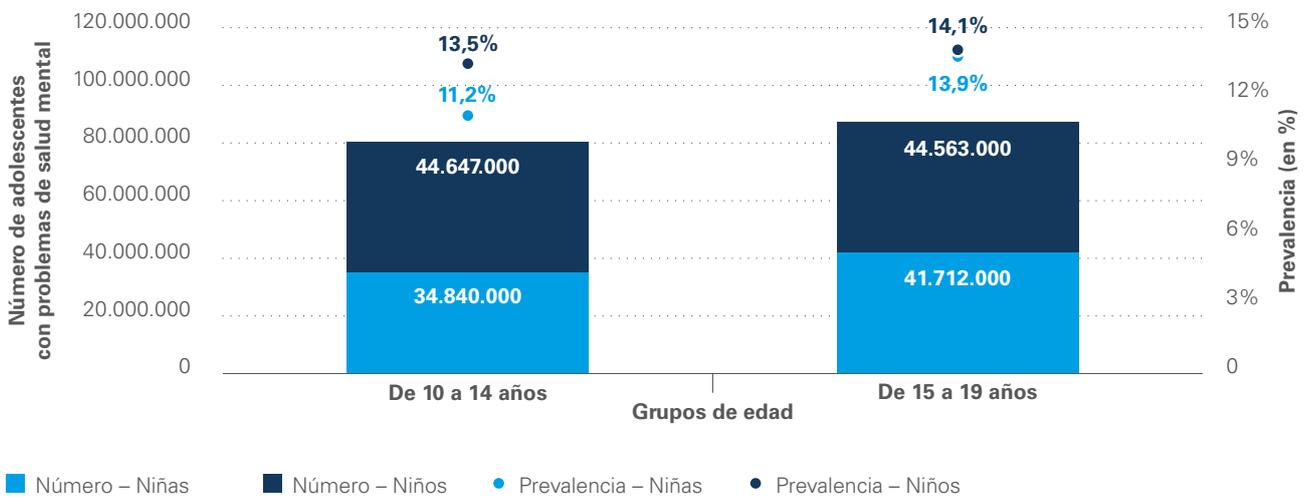
la prevalencia de los trastornos mentales.

En 2020 vivían en el mundo más de 1.200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años³⁸, y las estimaciones indican que más de un 13% padecían un trastorno mental³⁹. Esto significa que en torno a 86 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y 80 millones de entre 10 y 14 años viven con un trastorno mental, según la definición de la OMS (véase la Figura 1.1).

Además, los niños adolescentes son ligeramente más propensos que las niñas a sufrir trastornos mentales en ambos grupos de edad. Sin embargo, las niñas tienen más probabilidades de sufrir enfermedades de salud mental si atendemos a la definición de este concepto que alude al malestar psicológico, la falta de satisfacción en la vida o la sensación de prosperidad y felicidad, según un estudio realizado entre adolescentes de 73 países en 2021⁴⁰.



FIGURA 1.1. Estimación de la prevalencia y el número de adolescentes con trastornos mentales a nivel mundial, 2019



Nota: Las cifras se han redondeado hasta la cifra de 1.000 más cercana; los cálculos están basados en los siguientes trastornos: depresión, ansiedad, bipolaridad, alimentación, espectro autista, conducta, esquizofrenia, discapacidad intelectual idiopática, déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y un grupo de trastornos de la personalidad.
Fuente: Análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del *Estudio de la carga mundial de enfermedades* de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

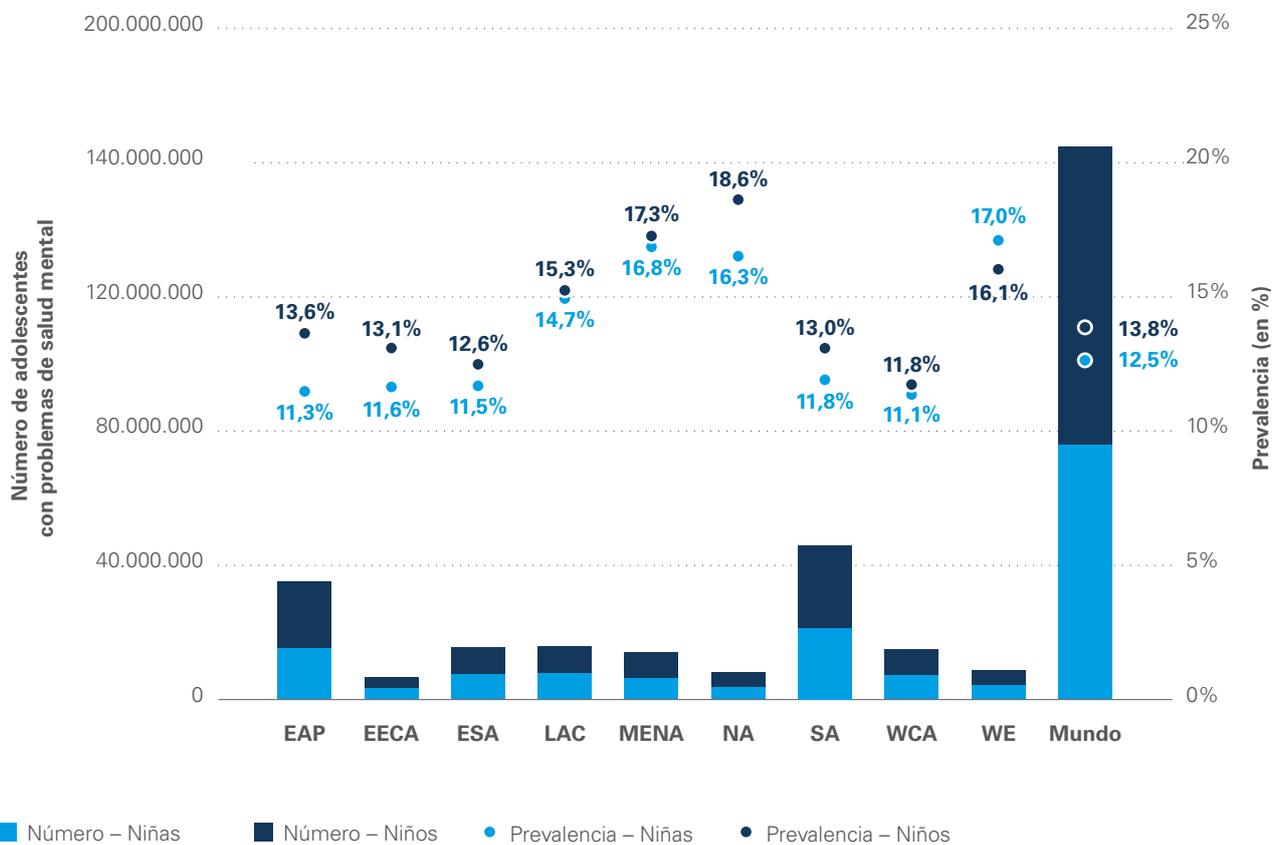
En el caso de los adolescentes de 10 a 19 años, las tasas de prevalencia y el número de trastornos mentales eran superiores entre los niños varones (13,8%) que entre las niñas del mismo grupo de edad (13,1%). En las

regiones de Asia Oriental y el Pacífico y Asia Meridional se registraron las cifras más altas de adolescentes con trastornos mentales. Por otro lado, las tasas de prevalencia más altas se registraron en las regiones de Oriente

Medio y Norte de África, América del Norte y Europa Occidental (véase Figura 1.2). Se observaron los mismos patrones en dos grupos de edad de adolescentes: de 10 a 14 años y de 15 a 19.



FIGURA 1.2. Estimaciones del número y porcentaje de prevalencia de niños y niñas adolescentes de 10 a 19 años con trastornos mentales a nivel mundial y por regiones de UNICEF, 2019



Nota: EAP, Asia Oriental y Pacífico; EECA, Europa Oriental y Asia Central; ESA, África Oriental y Meridional; LAC, América Latina y el Caribe; MENA, Oriente Medio y Norte de África; NA, América del Norte; SA, Asia Meridional; WCA, África Central y Occidental; WE, Europa Occidental.
Fuente: Análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del *Estudio de la carga mundial de enfermedades* de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

La ansiedad, la depresión y otros trastornos

Entre los adolescentes de 10 a 19 años, los trastornos de ansiedad y la depresión representan en torno a

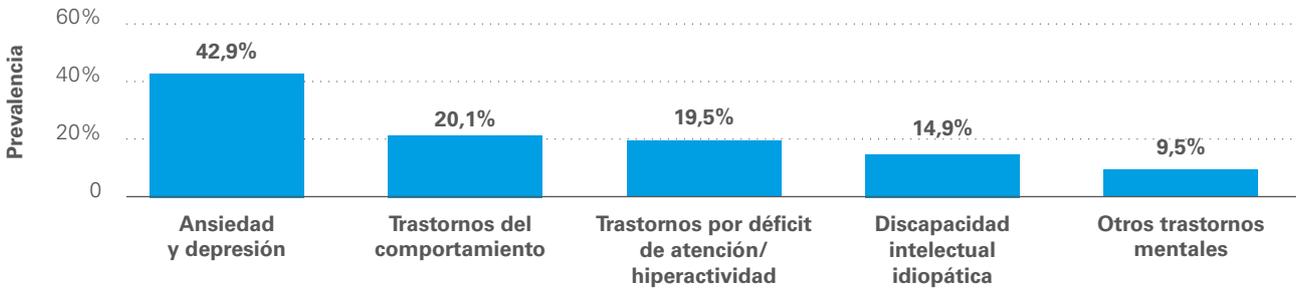
un 40% de los trastornos mentales incluidos en el *Estudio de la carga mundial de enfermedades* de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud⁴¹. Estas enfermedades incluyen los trastornos de ansiedad, los TDAH,

los trastornos de conducta, los trastornos depresivos, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, los trastornos de alimentación, el autismo, la esquizofrenia y un grupo de trastornos de la personalidad.

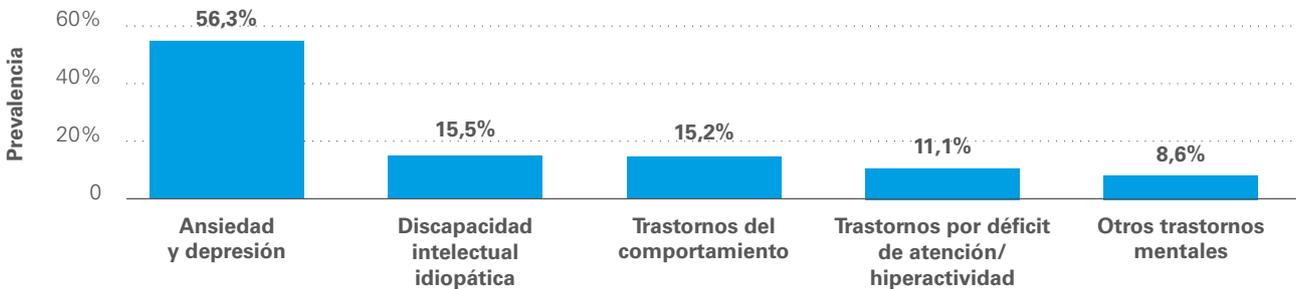


FIGURA 1.3. Entre las niñas y niños de 10 a 19 años con trastornos mentales, prevalencia de ansiedad, depresión y otros trastornos, 2019

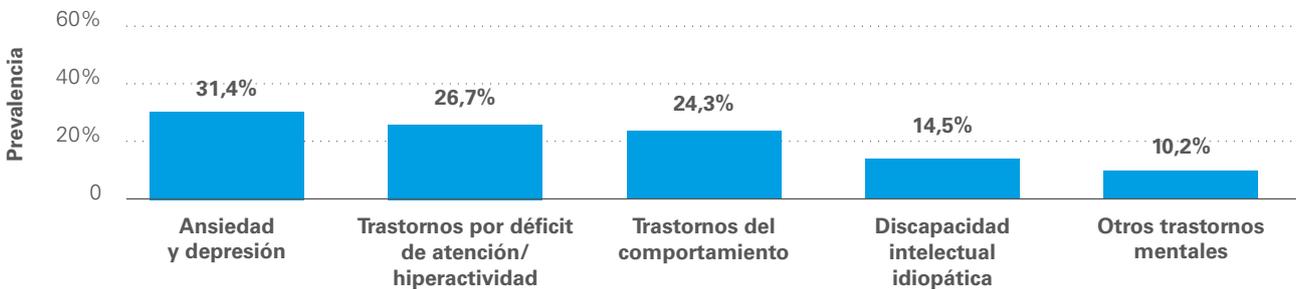
Niños y niñas adolescentes de 10 a 19 años



Niños y niñas adolescentes de 10 a 14 años



Niños y niñas adolescentes de 15 a 19 años



Nota: La suma de la prevalencia de los trastornos individuales supera el 100% debido a la comorbilidad entre los trastornos; depresión, la ansiedad, la bipolaridad, los trastornos de alimentación, los trastornos del espectro autista, los trastornos de conducta, esquizofrenia, la discapacidad intelectual idiopática, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y un grupo de trastornos de la personalidad.

Fuente: análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del *Estudio de la carga mundial de enfermedades* de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

El suicidio

A pesar de ser uno de los momentos de la vida en el que los jóvenes gozan de mejor salud, se estima que 45.800 adolescentes mueren cada año como consecuencia del suicidio, según las últimas estimaciones más recientes de la OMS disponibles para este informe. Esta cifra es de 1 suicidio por cada 11 minutos. El riesgo de que se produzca esta tragedia aumenta con la edad de los adolescentes (véase la Figura 1.4).

En todo el mundo, el suicidio es la quinta causa principal de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años⁴². Para los adolescentes de 15 a 19 años

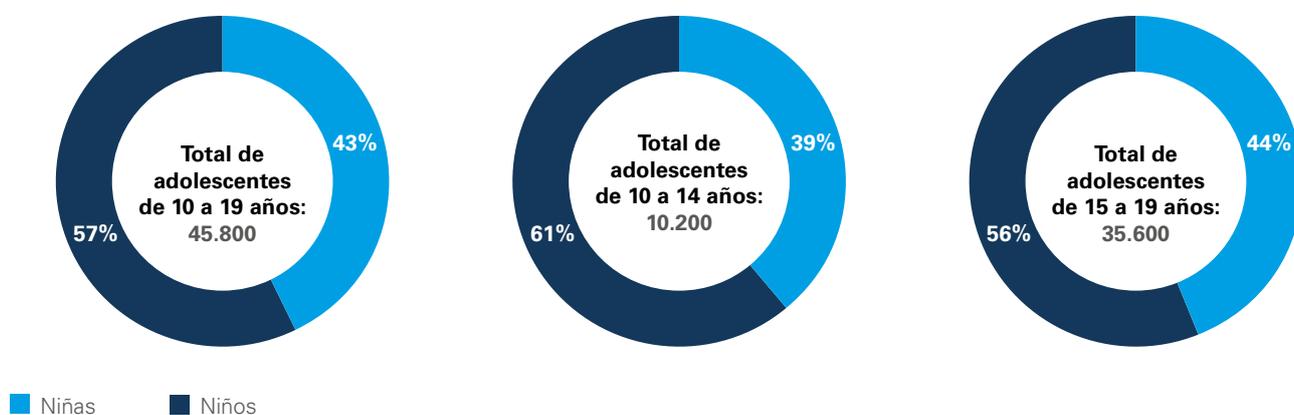
es la cuarta causa (véase la Figura 1.5); e incluso entre los más jóvenes, el suicidio sigue siendo una de las 10 principales causas de muerte. Entre los niños de 15 a 19 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte después de las lesiones por accidente de tráfico, la violencia interpersonal y la tuberculosis (véase la Figura 1.6). Entre las niñas de 15 a 19 años, el suicidio es la tercera causa principal de muerte después de la tuberculosis y las enfermedades relacionadas con la maternidad. Sin embargo, en total mueren menos niñas que niños a causa del suicidio (cinco niñas de cada 100.000 en comparación con seis niños por cada 100.000 al año).

En Europa Oriental y Asia Central, el suicidio es la primera causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años; en América del Norte, Europa Occidental, Asia Meridional y África Occidental y Central, es la segunda causa predominante; en América Latina y el Caribe, es la tercera causa más común de muerte (véase la Figura 1.5).

El suicidio es la quinta causa principal de muerte de los adolescentes de 10 a 19 años.



FIGURA 1.4. Estimaciones de suicidios como causa de muerte a nivel mundial por grupo de edad y sexo, 2019



Nota: Las cifras se han redondeado hasta la cifra de 1.000 más cercana; los intervalos de confianza para los adolescentes de 10 a 19 años son de 32.641 a 63.068; de 10 a 14 años son de 6.517 a 15.490; de 15 a 19 años son de 26.124 a 47.578.

Fuente: análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud*, 2019; las estimaciones mundiales se han calculado a partir de los datos de población de *Perspectivas de la Población Mundial*, 2019, de la División de Población de las Naciones Unidas.



FIGURA 1.5. Las cinco causas principales de muerte entre los niños y las niñas adolescentes de 15 a 19 años por región de UNICEF, 2019

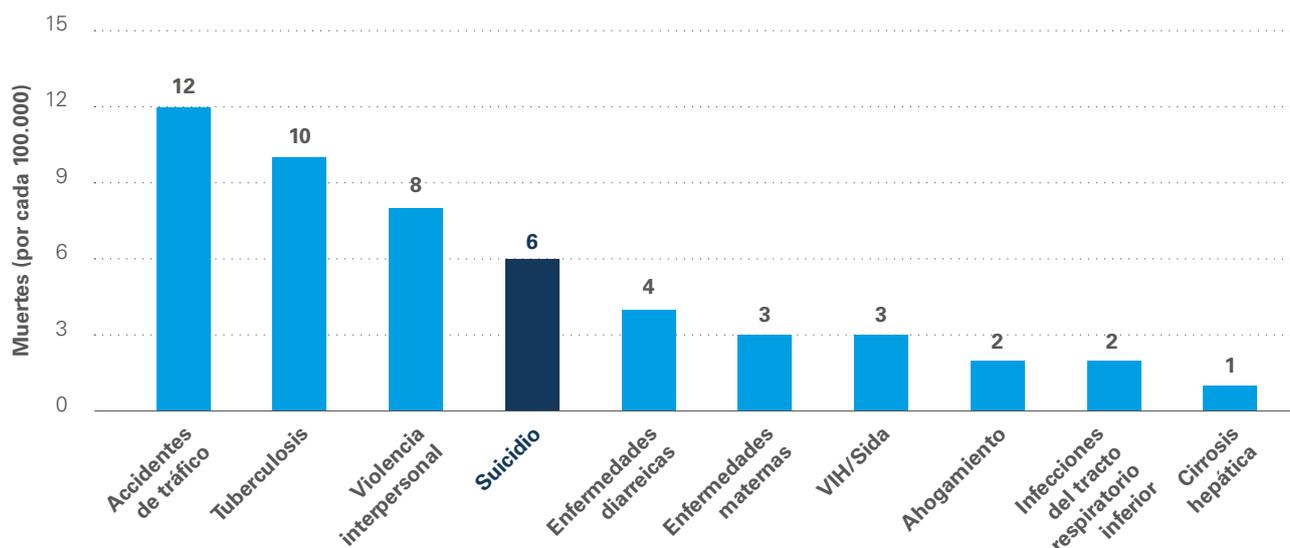
Región	Puesto	Causa
Mundo	1	Accidente de carretera
	2	Tuberculosis
	3	Violencia interpersonal
	4	Suicidio
	5	Enfermedades diarreicas
Europa Oriental y Asia Central	1	Suicidio
	2	Accidente de carretera
	3	Violencia interpersonal
	4	Ahogamiento
	5	Infecciones del tracto respiratorio inferior
América del Norte	1	Accidente de carretera
	2	Suicidio
	3	Violencia interpersonal
	4	Trastornos por consumo de drogas
	5	Ahogamiento
Europa Occidental	1	Accidente de carretera
	2	Suicidio
	3	Anomalías congénitas
	4	Trastornos por consumo de drogas
	5	Leucemia
Asia Oriental y el Pacífico	1	Accidente de carretera
	2	Tuberculosis
	3	Ahogamiento
	4	Suicidio
	5	Violencia interpersonal
África Oriental y Meridional	1	Accidente de carretera
	2	VIH/Sida
	3	Tuberculosis
	4	Violencia interpersonal
	5	Enfermedades maternas
América Latina y el Caribe	1	Violencia interpersonal
	2	Accidente de carretera
	3	Suicidio
	4	Ahogamiento
	5	Leucemia
Oriente Medio y Norte de África	1	Accidente de carretera
	2	Violencia colectiva e intervención judicial
	3	Violencia interpersonal
	4	Cardiopatía isquémica
	5	Suicidio
Asia Meridional	1	Tuberculosis
	2	Suicidio
	3	Enfermedades diarreicas
	4	Accidente de carretera
	5	Violencia interpersonal
África Occidental y Central	1	Tuberculosis
	2	Accidente de carretera
	3	Enfermedades maternas
	4	Violencia interpersonal
	5	VIH/Sida

Fuente: Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud 2019*. Las estimaciones mundiales y regionales se calcularon utilizando los datos de población de la División de Población de las Naciones Unidas que aparecen en la publicación *Perspectivas de la Población Mundial de 2019*.

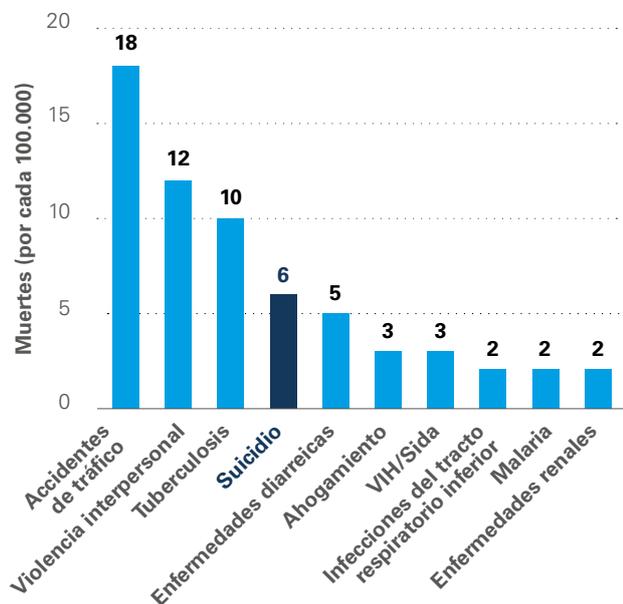


FIGURA 1.6. Las 10 causas principales de muerte entre los niños y las niñas adolescentes de 15 a 19 años, 2019

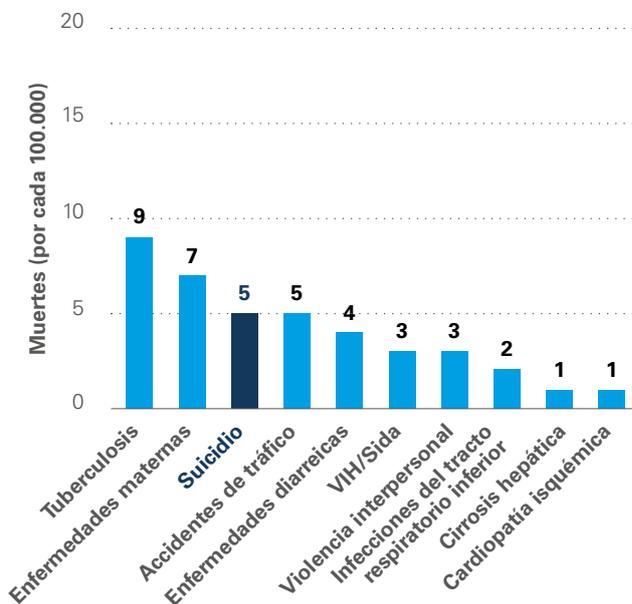
Niños y niñas adolescentes de 15 a 19 años



Niños adolescentes de 15 a 19 años



Niñas adolescentes de 15 a 19 años



Fuente: Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud*, 2019; las estimaciones mundiales se han calculado a partir de los datos de población de *Perspectivas de la Población Mundial*, 2019, de la División de Población de las Naciones Unidas.

RECUADRO 7.

Una advertencia sobre los datos

Existen numerosas razones por las que debemos tratar con cautela las estimaciones de los datos sobre la salud mental y, en particular, lo que decimos sobre el suicidio y la autolesión. Tradicionalmente, la mayor parte de los casos de suicidio no han sido registrados⁴³, por lo que la calidad y la disponibilidad de los datos que informan sobre este fenómeno se consideran insuficientes. Por ejemplo, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud relativas al suicidio demuestran que solo 80 Estados Miembros contaban con registros de datos vitales de buena calidad que pudieron utilizarse para calcular las tasas de suicidio⁴⁴.

Además, el suicidio puede ser un tema delicado. De hecho, la falta de registros podría atribuirse al estigma que rodea al suicidio en muchas culturas y familias. En algunos países, el comportamiento suicida es ilegal, lo cual puede contribuir a que no se denuncie o a que se clasifique erróneamente. Hacer constar el suicidio en los registros nacionales puede involucrar a las autoridades médicas y jurídicas y los procedimientos varían. Muchas veces, los suicidios se clasifican erróneamente como muertes por causa no determinada o desconocida o por accidente. En el caso particular de los niños y los adolescentes, es más probable que los suicidios se registren como indeterminados o accidentales, no solo porque la etapa del desarrollo en la que se encuentra la persona hace que se den por sentadas esas posibles causas, sino también para evitar el estigma social que sufrirían las familias del niño fallecido⁴⁵.

Evaluar los datos relativos a cualquier tipo de enfermedad de salud mental

puede ser una tarea compleja. En una gran parte del mundo no hay datos disponibles, o los que hay no se han recabado o analizado ni se utilizan para asignar recursos o elaborar políticas y programas efectivos⁴⁶. En las zonas y los países de ingresos medianos bajos, los datos sobre la salud mental de los niños y los adolescentes representan aproximadamente a un 2% de la población⁴⁷. Esto dificulta enormemente los cálculos sobre la carga mundial de enfermedades ocasionadas por trastornos mentales, ya que cerca de un 90% de los 1.200 millones de adolescentes del mundo viven en esos lugares.

En los países donde se recaban datos, existen distintos métodos y a menudo no es posible establecer comparaciones. Como resultado, la mayoría de los informes sobre la prevalencia de los trastornos mentales, sobre todo en los países de ingresos medianos bajos, son estimaciones basadas en modelos a partir de una pequeña cantidad de datos fidedignos.

Contar con datos corroborados sobre la prevalencia de las enfermedades de salud mental (y los factores de riesgo y protección) es esencial a la hora de diseñar y aplicar políticas y programas adecuados a fin de proteger a la infancia. Además, estos datos son imprescindibles para asignar los recursos con precisión y poder cuidar a los adolescentes que necesitan ayuda⁴⁸.

Sin embargo, no es posible generar datos de calidad si no se realizan inversiones⁴⁹. Aunque se estima que el costo mundial de hacer frente a las enfermedades de salud mental alcance los 6 billones de dólares para 2020, las inversiones destinadas a

la investigación siguen estancadas en torno a unos 3.700 millones de dólares al año, según los cálculos realizados entre 2015 y 2019: es decir, solamente 0,50 dólares por persona al año. Además, solo un 33% de esta cifra se destina a las investigaciones específicas sobre la salud mental y la gente joven.

Por último, nada más que un 2,4% de los fondos para la investigación se destinan a los países de ingresos medianos bajos, donde vive un 84% de la población mundial.

La mayoría de los informes sobre la prevalencia de los trastornos mentales, sobre todo en los países de ingresos medianos bajos, son estimaciones basadas en modelos a partir de una pequeña cantidad de datos fidedignos.

SECCIÓN ESPECIAL

El estigma

Aunque cada vez estamos más concienciados sobre el efecto de las enfermedades de salud mental sobre la vida de las personas y las comunidades, los estigmas relacionados con la salud mental siguen socavando los esfuerzos para promover la salud mental y proteger a los niños y los jóvenes vulnerables⁵⁰.

La discriminación que provoca el estigma, sea o no intencionada, frena a los niños y los jóvenes a la hora de buscar tratamiento y limita sus oportunidades de crecer, aprender y prosperar⁵¹. De hecho, los niños y los jóvenes que padecen enfermedades mentales aseguran que, cuando hablan sobre el tema, el rechazo, la incomprensión y la discriminación que perciben (fruto de los estigmas relacionados con la salud mental) pueden ser más perjudiciales que la propia enfermedad.

Durante las conversaciones de los grupos de debate organizados en colaboración con el estudio *Global Early Adolescent Study* de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y 13 organismos aliados de todo el mundo, los adolescentes que participaron confirmaron que el estigma sobre la salud mental puede reprimirlos cuando quieren buscar ayuda. Los jóvenes aseguraron que les preocupaba el juicio severo que podrían recibir de su familia, sus amigos, el personal de la escuela y sus comunidades si confesaban sus problemas de salud mental. La preocupación era especialmente profunda entre los niños, quienes manifestaron sentirse inhibidos a la

hora de compartir sus sentimientos sobre la salud mental debido a las normas de género masculinas.

El resultado de esos miedos es el silencio que rodea a los problemas de salud mental.

Como dijo una adolescente de Suecia en un debate dirigido a los jóvenes de 15 a 19 años: "A mucha gente le produce mucha ansiedad el tema del estrés y las enfermedades mentales. La verdad es que no quieres hablar de ello. La sociedad lo ha convertido en algo muy grave y, supuestamente, negativo".

En Kenya, un niño del mismo grupo de edad dijo: "Cuando uno sabe que tiene un problema pero no está dispuesto a compartirlo con otras personas, es cuando el problema lo puede devorar".

Por su parte, una niña que participó en el debate dirigido a jóvenes de 10 a 14 años en Egipto aseguró: "Hay gente que, cuando se entera de que una persona va al psicólogo, lo llama loco".

El estigma sobre la salud mental surge de una combinación de factores como la ignorancia, el prejuicio y la discriminación⁵². Tal y como describió Sir Graham Thornicroft, codirector de la recién establecida Comisión *Lancet* sobre el estigma y la discriminación, el estigma es un problema relacionado con el conocimiento, la actitud y el comportamiento.

La presión que ejerce el estigma sobre la salud mental comienza

cuando los niños son muy pequeños. A los seis años, los niños reconocen términos peyorativos cotidianos asociados a las enfermedades mentales, como *loco o histérico*⁵³. Cuando tienen 10 años, los niños ya están familiarizados con estereotipos culturales que denigran a las personas que padecen enfermedades de salud mental. Los estudios revelan que, si bien el conocimiento de las enfermedades de salud mental aumenta con la edad, no siempre va acompañado de la aceptación.

El género también influye en la forma en que los niños entienden la salud mental. Los estudios demuestran que los niños son más propensos a ser víctimas de los estigmas y a perpetuarlos que las niñas⁵⁴. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos de América entre adolescentes jóvenes de diferentes orígenes étnicos reveló que era más frecuente que los niños estigmatizaran y se distanciaran socialmente de una persona con una enfermedad mental que las niñas⁵⁵.

Sin embargo, los niños no aprenden por sí solos a estigmatizar las enfermedades de salud mental; muchos repiten comportamientos que observan en su entorno. Por ejemplo, un estudio transversal realizado entre 566 profesores de secundaria al sur de la India reveló que casi un 70% de ellos consideraban la depresión una debilidad, no una enfermedad, y que era impredecible pero no peligrosa⁵⁶.

Por último, el estigma se ha perpetuado en el propio ámbito



Silenciada: El estigma –intencionado o no– puede impedir que los niños pidan ayuda.
© UNICEF/UN0423115/Grigoryan

de la salud mental. De hecho, la historia de la psiquiatría muestra ejemplos de profesionales que trataban el comportamiento social o políticamente inaceptable como una patología y que enviaban a los pacientes a psiquiátricos y hospitales similares a cárceles contra su voluntad⁵⁷.

Riesgos individuales y estructurales

La influencia del estigma en la salud mental puede ser compleja. En términos generales, el estigma puede influir en las personas y las estructuras sociales⁵⁸. Dentro de cada categoría (personal o estructural), el estigma puede ser intencionado y no intencionado.

A nivel personal, interiorizar el estigma puede ser determinante para la autoestima, las acciones, las emociones y los mecanismos de superación de un niño. En el caso

particular de los adolescentes, el estigma también puede producir sentimientos de vergüenza, rechazo social y miedo a no encajar. Asimismo, puede repercutir en el sentido de la identidad y tener implicaciones en los resultados académicos y en la vida⁵⁹.

Uno de los efectos más dañinos del estigma es que puede interferir en la disposición de una persona para buscar ayuda⁶⁰. El estigma puede frenar a los niños y los jóvenes a la hora de manifestarles sus síntomas a las personas de más confianza. Tanto es así, que muchos jóvenes deciden lidiar solos con sus problemas de salud mental⁶¹.

El estigma puede ser bidireccional; puede instigar los problemas de salud mental y también puede agravarlos. Además, puede ir acompañado de otras presiones, como la discriminación por razón de género, raza, discapacidad, orientación sexual o historia personal y favorecer el empobrecimiento de la salud mental. Por ejemplo, los niños y los adolescentes asociados a grupos armados suelen enfrentarse al estigma cuando intentan regresar

a sus comunidades, lo cual empeora su frágil salud mental⁶². Por otro lado, el estigma y el estrés social crónico (como el acoso y la percepción de rechazo por parte de los padres) se atribuyen a la mayor prevalencia de enfermedades de salud mental entre los niños y los jóvenes homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, los que se cuestionan su sexualidad y otros (LGBTQ+)⁶³.

Asimismo, el estigma puede ser estructural en la medida en que influye sobre las leyes, políticas, actitudes y normas culturales y supone una violación de los derechos humanos⁶⁴. Algunos ejemplos son las leyes y políticas que limitan las libertades de las personas que padecen enfermedades de salud mental, así como la forma en que aparecen representadas en algunos medios, que perpetúa los estereotipos. Algunas consecuencias inintencionadas son la falta de asistencia al desarrollo para las intervenciones de salud mental, la escasez de investigaciones sobre este asunto y la insuficiente cobertura que los seguros ofrecen para el tratamiento.

Los costos

Aunque los costes humanos de no prestar atención a la salud mental pueden ser devastadores para las personas, las familias y las comunidades, los costes financieros de no abordar los problemas de salud mental –los costes derivados de la falta de acción– son igualmente destructivos.

Para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, David McDaid y Sara Evans-Lacko, del Departamento de Políticas de la Salud de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, calcularon el costo mundial de las enfermedades de salud mental entre los niños y los adolescentes de 0 a 19 años. La estimación se realizó sobre la base del valor del capital mental perdido (en otras palabras, los recursos cognitivos y económicos) que los niños y los jóvenes aportarían a las economías si no se lo impidieran sus problemas de salud mental.

McDaid y Evans-Lacko comenzaron con las estimaciones de la carga de la enfermedad atribuible a la salud mental expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Un AVAD representa un año perdido de vida sana a causa de una discapacidad o una muerte prematura⁶⁵. Después, los investigadores asignaron un valor monetario a cada año vivido sin discapacidad sobre la base de la contribución media de cada persona a la economía. Un AVAD, por tanto, es el equivalente al producto interno bruto (PIB) per cápita de un país expresado en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA). Esta formulación permite hacer comparaciones a escala mundial.

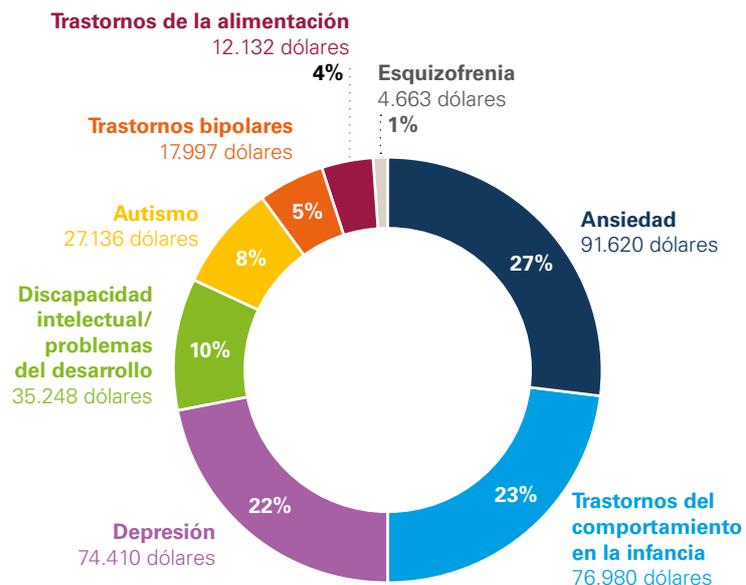
Con esta metodología, McDaid y Evans-Lacko estimaron que la pérdida anual en capital humano por las enfermedades de salud mental es de 340.200 millones de dólares



La atención de la salud mental es lo mismo que la atención de la salud. Yo, que sufro un trastorno de ansiedad generalizado y he estado hospitalizada para tratar este problema, soy testigo de que recibir una atención de la salud mental de calidad te puede cambiar la vida. Además, sé por mi propia experiencia lo perjudicial y peligroso que es el estigma en relación con la salud mental. Hay que ponerle fin. Ya es hora de que nos unamos y acabemos con este estigma para que cada persona, sin importar su riqueza, su género, su raza o el lugar donde vive, pueda sentirse segura a la hora de buscar ayuda y recibir la asistencia médica necesaria para su salud mental.

Alyssa Milano es una actriz, escritora, productora, presentadora y activista humanitaria estadounidense. Fue nombrada Embajadora de Buena Voluntad de UNICEF en 2003.

FIGURA 1.7. Costo de los trastornos mentales a partir del PIB per cápita por país, ajustado en términos de PPA en millones de dólares



Fuente: David McDaid y Sara Evans-Lacko, 'The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children', documento informativo para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mayo de 2021.

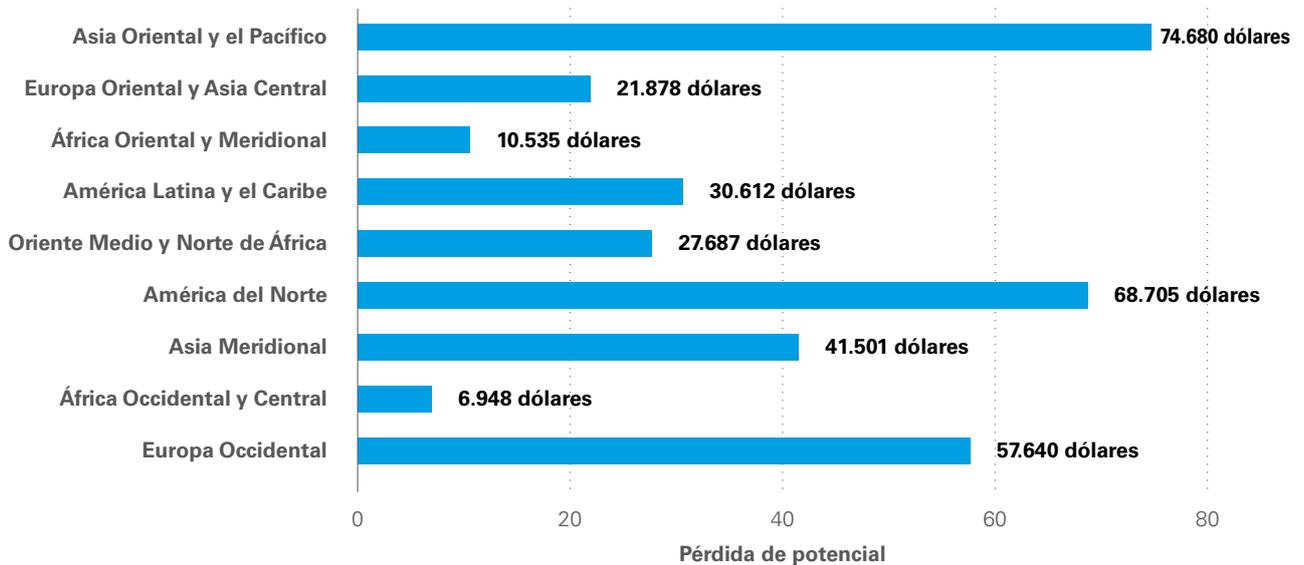
(en dólares PPA)⁶⁶. Algunas de las enfermedades que suponen la mayor parte de este costo son las siguientes (véase *Figura 1.7*):

- Trastornos de ansiedad: 26,93%
- Trastornos del comportamiento: 22,63%
- Depresión: 21,87%

Además, la pérdida que ocasiona la autolesión intencionada es de 47.000 millones de dólares. Con todo, la pérdida de capital humano asciende a un total de 387.200 millones de dólares (véase la *Figura 1.8*).



FIGURA 1.8. Pérdida de capital humano a causa de trastornos mentales por región de UNICEF a partir del valor de los AVAD en cada país, expresado en millones de dólares (PPA)⁶⁷



Fuente: David McDaid y Sara Evans-Lacko, 'The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children', documento informativo para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mayo de 2021.

Estos cálculos atribuyen un mayor costo económico a la salud mental debilitada en las economías más productivas. Sin embargo, es importante recordar que el nivel de carga *epidemiológica* de las enfermedades de salud mental de los niños y los adolescentes es desproporcionado en los países menos desarrollados. Se trata de una cuestión demográfica, ya que los niños y los jóvenes de los países pobres representan una porción más grande de la población que los de los países ricos⁶⁸.

Por tanto, McDaid y Evans-Lacko ofrecen un enfoque alternativo para estimar el costo mundial de las enfermedades de salud mental de los niños que otorga el mismo valor a la discapacidad en cualquier parte del mundo. Según esta fórmula, a un AVAD se le asigna un costo monetario de 16.951 dólares: el promedio de ingresos de una persona a nivel

mundial expresado en términos PPA. Si utilizamos este planteamiento, el costo mundial de la pérdida de capital humano es, aproximadamente, de 393.200 millones de dólares (en PPA), mientras que la pérdida producida por la autolesión asciende a 57.700 millones de dólares, lo que supone una pérdida total de potencial humano de 451.000 millones de dólares al año.

Por si esto fuera poco, se estima que el costo de las enfermedades de salud mental aumente, exceptuando la autolesión. Si la prevalencia actual se mantiene estable, el costo mundial de la pérdida de potencial humano (sobre la base del costo mundial de los AVAD) aumentará hasta los 420.000 millones de dólares antes de 2040.

Aunque resulten impactantes, es posible que estas estimaciones no reflejen la carga económica total de las enfermedades de salud mental.

Dado que los cálculos se realizan sobre la base de los años de vida perdidos debido a una discapacidad o la muerte, no representan con total exactitud la carga económica y fiscal que las enfermedades de salud mental de los niños y los adolescentes depositan sobre la salud, la educación o los sistemas de bienestar y de justicia penal, por ejemplo.

La presión que esto plantea es considerable. En el Brasil, por ejemplo, en un estudio realizado entre niños de seis a 14 años en São Paulo y Porto Alegre se estimó que los costos para los sectores de los servicios sociales y de salud y los progenitores eran 2,2 veces más altos en el caso de un niño con una enfermedad de salud mental que en el de un niño sano. Otro estudio en Gran Bretaña demostró que el costo total para los servicios públicos era 15 veces mayor en el caso de los niños y los jóvenes

con enfermedades de salud mental que de los niños sanos.

Por otro lado, el costo de la salud mental no solo causa estragos en las economías, sino también en las personas y en sus familias. Las enfermedades de salud mental que aparecen en la infancia también tienen implicaciones financieras para las personas afectadas, a menudo hasta la mitad de sus vidas.

En Suecia, por ejemplo, los reclutas militares de sexo masculino a los que se les diagnostican enfermedades de salud mental con 19 años registran niveles de desempleo más altos durante los 20 años siguientes. Asimismo, los resultados del *British National Child Development Study* revelaron que los ingresos de las personas de 50 años que habían padecido enfermedades de salud mental durante su infancia eran un 28% más bajos que los de las personas de la misma edad que no habían tenido tales enfermedades.

Sin embargo, los costos no son solo financieros. En Nueva Zelanda, por ejemplo, un estudio de cohortes realizado entre niños de siete años reveló que los niños que presentaban problemas de conducta más graves sufrían peores resultados en la vida 18 años después. Entre estos resultados adversos destacaban arrestos o condenas; más probabilidades de ser madres o padres adolescentes; más probabilidades de recibir asistencia social; mayor riesgo de permanecer desempleados durante más de 12 meses; así como mayor incidencia de suicidio.

En el Brasil, datos relativos a más de 5.000 niños de Pelotas demostraron que los niños que presentaban problemas de conducta a los 11 años tenían un 38% más de probabilidades de no estar empleados y no cursar estudios ni recibir capacitación a los 22 años⁶⁹. Además, el riesgo de que estos niños desarrollaran comportamientos delincuentes era un 92% mayor; el de

Promover, prevenir y cuidar la salud mental ofrece a las personas un rendimiento de la inversión que se traduce en la oportunidad de desarrollar su potencial y participar más en las comunidades, las escuelas, los lugares de trabajo y las familias.

adquirir hábitos peligrosos de consumo de alcohol era un 39% superior; y el de consumir sustancias ilegales dañinas resultó un 32% más alto.

Rendimiento de la inversión

Las investigaciones que abordan el costo de la inacción presentan pérdidas de capital humano a causa de las enfermedades de salud mental. Sin embargo, la puesta en marcha de medidas también genera beneficios financieros: es el caso de las iniciativas que buscan promover y proteger la salud mental de los niños y los jóvenes.

Según las estimaciones del movimiento *United for Global Mental Health*, la depresión y la ansiedad en todos los grupos de la población le cuestan al mundo 2,5 billones de dólares en pérdida de productividad económica, y se espera que la cifra siga aumentando⁷⁰. Las empresas que invierten en la salud mental de sus empleados registran una tasa de retención cuatro veces más alta y, de media, obtienen un rendimiento de 5 dólares por cada dólar invertido en el bienestar.



Lecciones para aprender: Las escuelas, como esta de Indonesia, pueden ayudar a fortalecer la salud mental.
© UNICEF/UN0473685/ljazah

Sin embargo, los beneficios no son solo financieros. Promover, prevenir y cuidar la salud mental ofrece a las personas un rendimiento de la inversión que se traduce en la oportunidad de desarrollar su potencial y participar más en las comunidades, las escuelas, los lugares de trabajo y las familias.

En el caso de los adolescentes de 10 a 19 años, las pruebas apuntan a que invertir en intervenciones escolares puede ser efectivo y rentable. Para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, los investigadores de RTI International examinaron las pruebas de los paquetes de intervención de alcance universal (es decir, los que estaban dirigidos a todos los estudiantes de la escuela), así como los paquetes que se ajustaban más a las necesidades de los estudiantes en riesgo. Los programas abordaban la prevención universal de la ansiedad y la depresión, la prevención universal del suicidio y la prevención específica de la depresión entre los adolescentes de alto riesgo. Para el análisis, se utilizó un modelo de Markov que incluía datos de 36 países que representaban el 80% de la carga mundial de trastornos mentales entre los adolescentes en 2017.

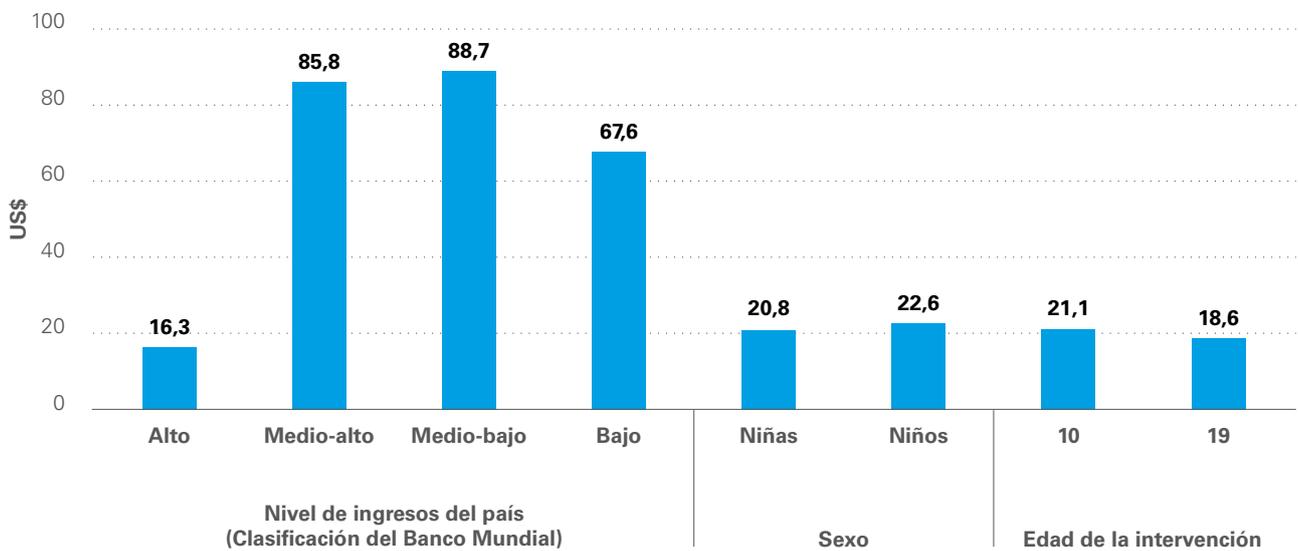
Los resultados de los análisis constataron que las intervenciones escolares en materia de ansiedad, depresión y suicidio generan un rendimiento de la inversión de 21,5 dólares por cada dólar invertido a lo largo de 80 años⁷¹. El mayor

rendimiento de la inversión se registró en los países de ingresos medianos bajos, que obtuvieron un rendimiento de 88,7 dólares por cada dólar invertido. Los países de ingresos medianos altos obtuvieron un rendimiento de 85,8 dólares; los

países de ingresos bajos, de 67,6 dólares; y los países de ingresos altos, de 16,3 dólares. No se observaron diferencias significativas entre los resultados clasificados según la edad o el sexo de los adolescentes (véase la Figura X).



FIGURA 1.9. Rendimiento de la inversión en las intervenciones escolares en materia de salud mental adolescente, en dólares



Fuente: RTI International, 'The Return on Investment for School-based Prevention of Mental Health Disorders', documento informativo para el Estado Mundial de la Infancia 2021, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mayo de 2021.

Aunque apenas hay estudios disponibles en los países de ingresos bajos, una reducida cantidad de evaluaciones sobre el rendimiento de la inversión apuntan a que las inversiones en la prevención de las enfermedades de salud mental, la autolesión y el suicidio podrían resultar ventajosas. Las nuevas investigaciones sobre los programas que reducen de manera efectiva la prevalencia de las enfermedades de salud mental pueden ofrecer modelos para calcular el rendimiento de la inversión de las iniciativas orientadas a proteger y promover la salud mental.

En un estudio de este tipo se investigó el rendimiento de la inversión de KiVA, un programa de investigación basado en pruebas

desarrollado en una universidad de Finlandia⁷². El objetivo del programa era prevenir el acoso, un riesgo conocido para las enfermedades de salud mental. KiVA se basa en un modelo de prevención, intervención y supervisión, y se centra en fortalecer la empatía y la autonomía de los estudiantes y fomentar comportamientos contrarios al acoso en las aulas. En Inglaterra, los maestros han impartido el programa a estudiantes de entre siete y 11 años.

Con la experiencia del éxito de KiVA y las estimaciones de los costos a largo plazo del acoso, los investigadores calcularon que la puesta en marcha del programa en el Reino Unido podría proporcionar un rendimiento a corto plazo de 1,58 dólares por cada

dólar invertido. El rendimiento de la inversión a largo plazo ascendió a 7,52 dólares por cada dólar invertido.

Si bien es necesario realizar más investigaciones, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, este tipo de modelos de investigación indican que invertir en iniciativas orientadas a promover y proteger la salud mental puede ser rentable desde el punto de vista financiero. Y lo que es más importante: las inversiones en iniciativas encaminadas a proteger y promover la salud mental pueden salvar a los niños y la gente joven del sufrimiento a corto plazo provocado por las enfermedades de salud mental, así como las consecuencias que estas tienen de por vida.

ESTUDIO DE CASO

Perú

Atención comunitaria de la salud mental

A sus 14 años, Andre* se considera una persona abierta y capaz de adaptarse a nuevas circunstancias. Sin embargo, hace aproximadamente dos años, su madre, Roxana, recibió una alarmante llamada de la escuela de Andre.

“Estaba debajo de un pupitre; lloraba y decía que no quería seguir viviendo”, explicó Roxana.

Roxana sabía que su hijo necesitaba ayuda, pero ella y Andre viven en la periferia del norte de Lima, donde comparten una pequeña habitación en casa de una tía. Los hospitales y las clínicas privadas estaban muy lejos o eran demasiado caros. Aun así, visitaron un centro de salud local donde les proporcionaron un seguro de salud pública y los derivaron al Centro de Salud Mental Comunitario de Carabaylo, situado a 10 minutos en autobús de su casa.

El Centro de Salud Mental Comunitario se encuentra dentro de un estadio municipal reconvertido y en él trabaja un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, un trabajador social y personal de farmacia. El centro ofrece servicios orientados a prevenir las

enfermedades de salud mental, así como atención específica dirigida a personas que sufren problemas de salud mental moderados o graves, entre ellas niños y adolescentes.

En el centro comunitario, los profesionales diagnosticaron a Andre ansiedad y depresión, atribuibles, en parte, a la separación de sus padres. Le recetaron un antidepresivo y lo derivaron a la terapia de una psicóloga, un psiquiatra y un trabajador social.

“Diseñamos un plan integral con la intención de ayudarlo a comprender y controlar sus sentimientos”, dijo la psicóloga Yesica Chambilla. “Además, le proporcionamos herramientas para que él mismo tratara de cambiar la situación”.

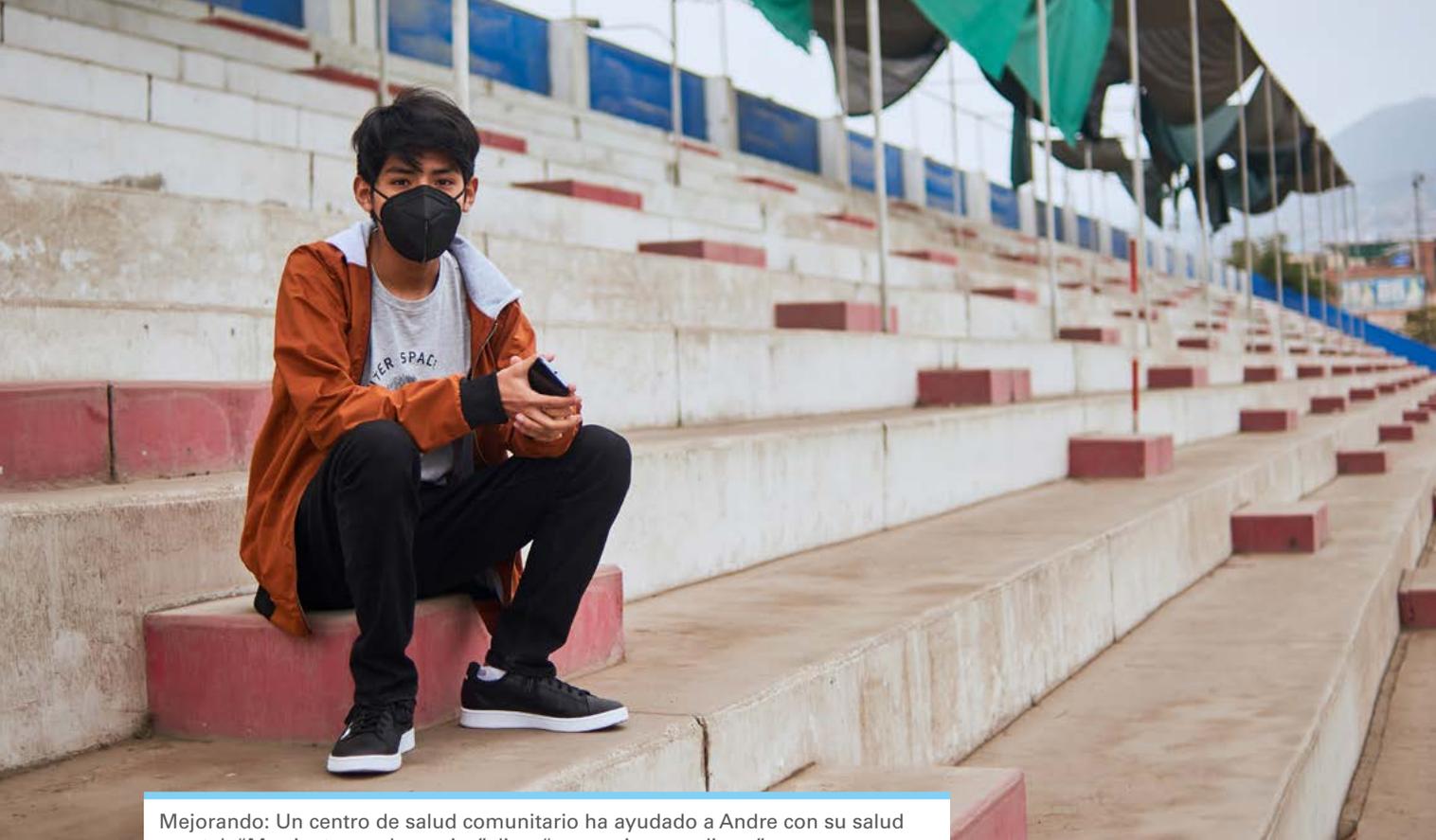
El centro de salud mental también ofreció orientación a Roxana, que desempeña un papel activo en los cuidados de su hijo.

El plan integral forma parte del modelo de atención comunitaria a la salud mental del Perú. El modelo se centra en ofrecer servicios en el primer nivel de la atención primaria de salud, cerca de donde vive la población y donde la

gente puede acceder a la red de apoyo de su comunidad.

Este modelo comunitario se estableció en respuesta a la brecha existente entre la necesidad y la disponibilidad de servicios de salud mental en el Perú. En 2013, el Ministerio de Salud del Perú reveló que una de cada cinco personas sufría problemas de salud mental, y que solo una de cada cinco de ellas recibía la atención que necesitaba. En ese momento, los servicios de atención de la salud mental disponibles en el Perú se concentraban en tres hospitales de Lima.

Movidos por la necesidad y con el respaldo de la promoción de la Oficina del Ombudsman (un organismo de supervisión que protege los derechos de las personas y controla la prestación de servicios públicos⁷³) el Gobierno del Perú instituyó una serie de reformas dirigidas a ampliar la atención comunitaria, entre ellas añadir la cobertura de la atención de la salud mental a los planes de seguros de salud y establecer un programa presupuestario de salud mental basado en resultados⁷⁴ que contribuyó a aumentar el gasto



Mejorando: Un centro de salud comunitario ha ayudado a Andre con su salud mental: “Me siento mucho mejor”, dice, “y no quiero rendirme”.
© UNICEF/UN0476518/Mandros

público. Finalmente, en 2019 se aprobó una nueva ley nacional en materia de salud mental en el Perú⁷⁵.

Como resultado de estas acciones, la red de centros de atención comunitaria a la salud mental del país aumentó de 22 en 2015 a 203 en 2021. Los centros se complementan con 30 unidades especializadas en los hospitales generales y 48 hogares de transición⁷⁶. La pandemia de COVID-19 puso a prueba todos estos avances.

Según una encuesta llevada a cabo en línea por el Ministerio de Salud y UNICEF en 2020, una tercera parte de los niños y los adolescentes del Perú tuvo dificultades socioemocionales durante la pandemia⁷⁷. El confinamiento nacional de 106 días (desde el 16 de marzo hasta el 30 de junio de 2020) dejó temporalmente sin trabajo a muchos adultos, entre ellos Roxana. Los niños y adolescentes, como Andre, estuvieron confinados en su hogar. La demanda de servicios de salud mental aumentó.

Como respuesta, el Ministerio de Salud, con ayuda de UNICEF, publicó directrices específicas sobre la atención de la salud de

los adolescentes en el contexto de la COVID-19 en 2020, así como directrices técnicas sobre la atención integral de la salud mental de los adolescentes en 2021⁷⁸. Con el respaldo de UNICEF y la CEDAPP, una organización no gubernamental que ofrece servicios psicosociales, el Ministerio de Salud del Perú creó una línea de asistencia gratuita sobre cuestiones de salud mental dirigida a los jóvenes y sus familias. Entre diciembre de 2020 y abril de 2021, la línea de asistencia permitió atender a 821 personas que estaban sufriendo ansiedad, depresión y problemas familiares, y un 48% de ellas eran adolescentes.

“Nos quedan por delante dos importantes desafíos”, afirmó el Dr. Yuri Cutipé, Director Ejecutivo de Salud Mental en el Ministerio de Salud. “El primero, seguir ampliando los servicios comunitarios por el país al tiempo que garantizamos el mismo nivel de calidad; el segundo, desarrollar programas específicos dirigidos a las poblaciones vulnerables como parte de un enfoque multisectorial”.

Para Andre, el confinamiento fue angustioso, pero le dio la oportunidad de hablar frecuentemente por teléfono con su psicóloga. Además, pasó más tiempo con su madre, a quien normalmente solo veía por la noche cuando ella regresaba a casa del trabajo, al otro lado de Lima.

“Pude recuperar el tiempo perdido con mi hijo”, afirmó Roxana.

Más de un año después de su primera visita al centro, Andre está dejando su medicación y ya está notando cambios positivos.

“Antes de venir, las cosas estaban muy mal”, aseguró Andre. “Estaba enfermo y no quería comer. Ahora me siento mucho mejor y no quiero rendirme”.

*Andre y Roxana son pseudónimos que se han utilizado para proteger su identidad. Los dos fueron entrevistados en Lima.



Capítulo 2

LAS BASES

La salud mental de los niños y los jóvenes se forja con las experiencias y el entorno. Se moldea en el mundo de los progenitores y los cuidadores, de las comunidades y las escuelas, y de la pobreza, los conflictos y las enfermedades. En momentos críticos del desarrollo infantil, estas experiencias y entornos pueden perjudicar la salud mental. Pero también es posible influir en ellos para promover una buena salud mental y protegerla

Esferas de influencia

La salud mental de los niños y los jóvenes está configurada por la interacción de los factores biológicos y la exposición a distintas experiencias y entornos en **tres esferas de influencia**:

El **MUNDO EN GENERAL** incluye determinantes sociales a gran escala, como la pobreza, los desastres, los conflictos, la discriminación, la migración y las pandemias

El **MUNDO EN TORNO A LA INFANCIA** incluye la seguridad y la protección (en persona y en internet), así como los vínculos saludables en las escuelas y las comunidades

El **MUNDO DE LA INFANCIA** es el mundo de las madres, los padres y los cuidadores, y se compone de aspectos tan importantes como una nutrición adecuada, un hogar seguro y unos cuidadores comprometidos

De una forma dinámica y cambiante, estas esferas de influencia contribuyen a determinar los resultados en materia de salud mental en cada etapa de la vida: desde el periodo perinatal, pasando por la infancia y la adolescencia hasta llegar a la edad adulta.

Las bases que sustentan la salud mental a lo largo de la vida se establecen en los primeros momentos de la existencia de un niño.

Desde antes de la concepción y hasta los primeros años de la vida adulta, una compleja interacción entre la

biología, la experiencia y el entorno configuran el desarrollo y la salud mental de los niños y la gente joven. A lo largo de la infancia y la adolescencia, esta compleja dinámica conforma la base psicológica, emocional, social, cognitiva y de comportamiento sobre la que los niños vertebran su salud

mental y su vida.

Por tanto, los momentos más importantes del desarrollo que transcurren durante la infancia y la adolescencia constituyen una etapa esencial para promover y proteger la salud mental.

El marco

Existen numerosos factores que determinan la salud mental de los niños y la gente joven. Del mismo modo, son muchos los marcos que explican cómo interactúan estos factores en el desarrollo de la salud mental.

El marco del Estado Mundial de la Infancia subraya la importancia de las influencias socioecológicas en la salud mental, así como la importancia decisiva de la experiencia y del entorno en la medida en que repercuten sobre los momentos críticos del desarrollo del niño: el comienzo, el periodo perinatal, la primera infancia, la infancia media y la adolescencia.

Las influencias socioecológicas

El marco que facilita la comprensión de la salud mental de los niños y los jóvenes en el *Estado Mundial de la Infancia 2021* se ha establecido sobre la base de marcos anteriores. En particular, se basa en la teoría del sistema ecológico de Urie Bronfenbrenner¹; en el marco detallado en *Innocenti Report Card 16: Mundos de influencia: ¿Cuáles son los determinantes del bienestar infantil en los países ricos?*²; y en el enfoque del ciclo vital elaborado por la OMS con respecto a los determinantes sociales de la salud mental³.

El marco del informe se divide en tres esferas de influencia: **el mundo de la infancia, el mundo en torno a la infancia y el mundo en general**.

Desde el comienzo de la vida y a lo largo de la adolescencia, los principales factores que influyen en la salud mental provienen del **mundo de la infancia**: el mundo de las madres, los padres y los cuidadores. Algunos de los aspectos más importantes del mundo de la infancia incluyen una nutrición adecuada, un hogar estable y seguro, unos cuidadores comprometidos y atentos y un entorno afectuoso y enriquecedor.

A medida que el mundo de la infancia se amplía, las esferas de influencia pasan al **mundo en torno a la infancia**. Además de los factores que influyen en la salud mental en el mundo interior del niño, el mundo que lo rodea debe incluir seguridad y protección (en persona y en internet), así como vínculos saludables en las escuelas y las comunidades.

La tercera esfera principal de influencia **el mundo en general**, tiene una importancia decisiva en la configuración de la salud mental. El mundo en general incluye determinantes sociales a gran escala (como la pobreza, los desastres,

los conflictos, la discriminación, la migración y las pandemias) que se inmiscuyen en la vida de los niños y los jóvenes. El mundo en general influye en la vida de las madres, los padres y los cuidadores y, a medida que los niños se hacen adolescentes y luego adultos, el mundo en general comienza a tener repercusiones directas sobre su salud mental y su futuro.

Los momentos más importantes del desarrollo que transcurren durante la infancia y la adolescencia constituyen una etapa esencial para promover y proteger la salud mental.

ESTUDIO DE CASO

Sierra Leona

Atender a un cuidador

Mbalu Turay supo enseguida que Kankay Suma estaba sufriendo un estrés considerable.

Su experiencia como orientadora, trabajadora comunitaria de la salud y mediadora del Grupo de Apoyo a las Madres de la comunidad le permitió advertir los síntomas nada más conocer a esta mujer embarazada y madre de tres hijos.

“En las reuniones del grupo de apoyo, con solo mirar a las madres puedo identificar inmediatamente a las que están pasando por un mal momento”, aseguró Mbalu.

Efectivamente, Kankay estaba “pasando por un mal momento”. Kankay vive fuera de la ciudad, en una zona rural del distrito de Kambia, en Sierra Leona, un país que registra

altas tasas de mortalidad materna y neonatal y que cuenta con un sistema de salud deteriorado y con escasez de personal.

A Kankay le suponía un gran esfuerzo caminar 30 minutos para recoger agua de un pozo de perforación, así como ir a buscar leña al bosque. Vivía aislada de sus vecinos y, además, estaba teniendo complicaciones en su embarazo.

Al poner en práctica las habilidades adquiridas en la formación del programa Atender al Cuidador (*Caring for the Caregiver*), Mbalu se ganó la confianza de Kankay y fue capaz de prestarle apoyo emocional. Además, la puso en contacto con la persona encargada de supervisar la salud en la comunidad, que la remitió a los servicios comunitarios y médicos básicos.

Durante las semanas posteriores a su primer encuentro, Mbalu visitaba a Kankay y a su familia a diario. Atendía a Kankay, escuchaba sus preocupaciones, le daba confianza y le ofrecía recomendaciones prácticas para controlar el estrés.

“En nuestra comunidad es habitual castigar a alguien cuando muestra síntomas de tristeza”, aseguró Mbalu. “Sin embargo, gracias al programa Atender al Cuidador, ahora [muchos de nosotros] somos conscientes de que es mejor ser amable y compasivo con las personas que están desanimadas”.

Atender al Cuidador es un programa de formación que capacita a los trabajadores que se encuentran en



Apoyo a la madre: Una trabajadora de salud comunitaria en Sierra Leona “envuelve con sus brazos” a una madre y su recién nacido.
© UNICEF/UN0475700/Duff/VII Photo

primera línea (como Mbalu y otros trabajadores de la salud comunitarios) y les proporciona los conocimientos y las habilidades necesarios para proteger el bienestar emocional de los cuidadores: las madres, los padres y otras personas que proporcionan cuidados básicos a los recién nacidos y a los niños.

La formación se basa en un concepto aparentemente sencillo: para proporcionar el mejor comienzo de vida, es fundamental atender a las personas que cuidan a los niños. Del mismo modo, es esencial centrarse en los cuidadores vulnerables, como las madres o los padres adolescentes. Uno de los principios básicos del programa es que la salud mental y el bienestar emocional de los cuidadores conforman la base que les permite educar y cuidar a sus hijos⁴. Con el tiempo, esa educación y esos

cuidados consolidan la salud mental que los niños tendrán a lo largo de su vida.

La formación de Atender al Cuidador ayuda a los trabajadores de primera línea a desarrollar destrezas interpersonales y habilidades para proporcionar orientación. Además, ofrece un conjunto de materiales y actividades que pueden utilizarse con el fin de fortalecer la seguridad y el bienestar emocional de los cuidadores, así como su capacidad para comunicarse con sus hijos y apoyarlos⁵. El programa capacita a los trabajadores de la salud profesionales y comunitarios en la tarea de ayudar a los cuidadores a desarrollar mecanismos de defensa para enfrentarse a los obstáculos y el estrés que pueden surgir en la vida cotidiana. Asimismo, los trabajadores reciben formación

para ayudar a los cuidadores a buscar apoyo y servicios en caso de necesidad.

Esas fueron las destrezas que Mbalu puso en práctica cuando conoció a Kankay. Cuando esta dio a luz a su hijo Mark, Mbalu siguió visitando a la familia y dando apoyo a la madre, el padre, el bebé y los hermanos.

“Mbalu me tomó entre sus brazos y me llevó a un hospital por primera vez en mi vida”, contó Kankay. “Ella me enseñó a cuidar de mí misma y de mi familia”.

“Estoy agradecida a Mbalu por todo lo que nos ha dado”, añadió Kankay. “Porque por una parte nos ha ayudado a seguir vivos, y por otra nos ha recordado que merecemos ser felices”.

El desarrollo del niño

Estas tres esferas de influencia proporcionan un marco que facilita la comprensión del contexto de la vida de los niños y los jóvenes y determinan su salud mental durante las primeras etapas de la vida. Sin embargo, en estos contextos, el desarrollo de la salud mental también está ligado a algunos momentos fundamentales del desarrollo de la infancia: los primeros años, el periodo perinatal, la primera infancia, la infancia y la adolescencia. En estas etapas decisivas, el cerebro de los niños y los adolescentes se desarrolla a través de la interacción dinámica de sus genes, sus experiencias y el entorno en el que viven⁶; en otras palabras, se desarrolla en respuesta a una combinación de determinantes biológicos y psicosociales.

Los primeros años

Esta interacción se inicia antes de la concepción y afecta a los procesos genéticos, biológicos y del desarrollo⁷. Por ejemplo, las pruebas indican que las células que participan en la reproducción pueden verse alteradas por un proceso epigenético influido por el malestar psicosocial, las sustancias tóxicas y la exposición a las drogas⁸. Estas células alteradas pueden influir en la forma en que los genes se expresan en la madre, y estas alteraciones pueden transmitirse al niño.

El proceso del desarrollo neuronal comienza en el útero, donde se forman los sistemas nerviosos.

Cuando termina el desarrollo fetal, las partes del cerebro que procesan información compleja están conectadas y el sistema celular básico está formado.

Después del nacimiento del bebé, el cerebro sigue desarrollándose a una velocidad considerable y crea más de un millón de conexiones neuronales por segundo⁹. En este momento, la

capacidad de cambio del cerebro se encuentra en su nivel más alto; es un periodo de mayor neuroplasticidad en el que las conexiones cerebrales se programan, reprograman y fortalecen constantemente. A medida que se desarrolla el cerebro del bebé, se van creando conexiones neuronales que forman estructuras y adquieren funciones cada vez más complejas y determinan los patrones de comportamiento, la capacidad para aprender y la salud mental.

Durante la etapa perinatal y el momento inmediatamente posterior al nacimiento, el neurodesarrollo (y la plasticidad cerebral) pueden sufrir alteraciones¹⁰. Las experiencias y los entornos positivos pueden promover el desarrollo cerebral, mientras que los negativos pueden convertirse en factores de riesgo¹¹.

Durante el periodo perinatal y la primera infancia, las experiencias y los entornos que influyen en el desarrollo cerebral están conectados principalmente con el mundo de la infancia, su hogar y sus cuidadores. Gran parte de los estudios sobre el desarrollo de la infancia y la salud mental se centran en las influencias maternas¹². Sin embargo, el hecho de que en muchas partes del mundo sean los padres los que asumen la mayoría de las responsabilidades relacionadas con los cuidados, las investigaciones han comenzado a analizar la influencia paterna y establecer vínculos con la salud mental de los niños y los jóvenes.

El primer decenio

Durante los primeros momentos del primer decenio de vida, la plasticidad cerebral es sólida y el neurodesarrollo es rápido. En la primera infancia, los niños adquieren las habilidades sensoriales, motoras, cognitivas, lingüísticas y socioemocionales que los ayudan a pensar, resolver

problemas, comunicarse, expresarse y percibir emociones, así como entablar relaciones. Desde que nacen hasta que cumplen más o menos tres años, los niños aprenden a mostrar afecto y manifestar alegría, descontento y malestar ante desconocidos. Responden al malestar de los demás, buscan atención y protestan cuando están frustrados. Por ejemplo, entre los cuatro y los ocho años, los niños empiezan a aprender a jugar con otros, a entablar amistades y a reconocer, expresar y controlar sus emociones.

A lo largo de los primeros 10 años, las madres, los padres y otros cuidadores siguen siendo la principal influencia. Sin embargo, a mitad de la infancia, el mundo se amplía. Los entornos de aprendizaje empiezan a ejercer influencia sobre el desarrollo de destrezas transferibles del niño, así como sobre su salud física y mental.

El segundo decenio

Si bien en el pasado era una fase a la que se prestaba poca atención y que no quedaba más remedio que pasar en la transición hacia la vida adulta, ahora se reconoce que la adolescencia es un periodo de profundas transformaciones biológicas, neuronales y sociales. Además, se considera cada vez más un momento fundamental en la medida en que permite dar rienda suelta al potencial humano y proteger la salud mental para el resto de la vida.

Durante la adolescencia se producen transiciones neurológicas dinámicas en las distintas regiones del cerebro que influyen en la cognición y la percepción social¹⁴. Las células nerviosas empiezan a transmitir información de manera más rápida y efectiva de una región a otra, lo cual favorece la creación de procesos mentales complejos. Al mismo tiempo, se producen cambios

estructurales en las partes del cerebro que afectan a la memoria, la capacidad socioemocional y las funciones ejecutivas, como el control de los impulsos y la flexibilidad cognitiva.

Estas transiciones neurológicas suelen continuar hasta que la persona entra en la veintena.

Además de los cambios neurológicos, la pubertad también es una etapa de la adolescencia en la que se produce una transición decisiva. Normalmente, la pubertad tiene lugar entre los 8 y los 12 años en el caso de las niñas y entre los 9 y los 14 para los niños¹⁵. Aunque limitadas, las pruebas apuntan a que la madurez sexual, los altibajos emocionales asociados a los procesos hormonales y los cambios en la composición y el aspecto corporal pueden tener una gran influencia sobre la salud mental de los adolescentes.

El inicio temprano de la pubertad conlleva riesgos específicos para la salud mental. Aunque en ocasiones se solapan, los riesgos a los que se enfrentan los niños se atribuyen a comportamientos externos y

antisociales¹⁶. En el caso de los niños y las niñas, la madurez física temprana se atribuye a la iniciación sexual precoz, la delincuencia y el consumo de sustancias. En el caso particular de las niñas, el inicio temprano de la pubertad se asocia con la ansiedad, la depresión y los trastornos de alimentación¹⁷.

Por otro lado, la pubertad coincide también con la aparición de las enfermedades de salud mental, si bien aún no está clara su relación¹⁸. No obstante, el momento vital en que comienza la pubertad podría ser un motivo.

En la adolescencia también cambian los roles sociales. A los 10 años, los niños suelen vivir con sus progenitores o cuidadores, casi todos van a la escuela y por lo general sus responsabilidades adultas son escasas o nulas. Cuando cumplen 19 años, algunos siguen estudiando o recibiendo formación, pero otros ya viven solos y tienen empleos formales o informales. Algunos tienen hijos. Para los 24 años, no es inusual que los jóvenes estén empleados, tengan parejas sentimentales o hayan sido padres.

Estas transiciones crean nuevas relaciones con la familia y la comunidad y aumentan la exposición directa a los determinantes sociales que pueden tener efectos sobre la salud mental, el aprendizaje y la adquisición de destrezas transferibles. En la adolescencia, los cuidadores siguen siendo el referente para la salud mental. Sin embargo, los progenitores ya no son los únicos que influyen sobre la salud mental, ya que los compañeros, las escuelas y la comunidad pasan a tener más importancia en la vida de los jóvenes¹⁹. Como resultado, algunos determinantes sociales como la pobreza, el conflicto, las normas de género, la tecnología y el trabajo ejercen una mayor influencia sobre la forma de aprender y trabajar de los jóvenes, así como sobre el lugar donde viven y sus relaciones con la familia, los amigos y la comunidad.

Aunque los determinantes sociales de la salud mental son importantes durante toda la vida, en la adolescencia pueden convertirse en un peligro directo y limitar las oportunidades de educación, formación y empleo.



Tiempo para el padre: En Timor-Leste, un padre desempeña su papel en la crucial tarea de cuidar a los niños.
© UNICEF/UNI222719/

RECUADRO 8.

Conectar los momentos decisivos

Los momentos decisivos del desarrollo no tienen lugar de manera aislada, sino que están conectados por aspectos importantes del desarrollo de la infancia, como los vínculos, las cascadas de desarrollo, la acumulación de riesgos y la integración biológica.

Los vínculos

El término *vínculo* hace referencia al principio psicobiológico que impulsa la relación afectiva con una madre, un padre o un cuidador capaces de transmitir seguridad y protección a un niño²⁰. Se considera que hay un vínculo cuando un niño se siente lo suficientemente seguro y protegido como para atreverse a explorar el mundo²¹.

Si el vínculo favorece una interacción positiva, atenta y afectuosa, el niño desarrolla un modelo sobre el que puede crear una conciencia de sí mismo, un sentimiento de identidad y una base para entablar otras relaciones²². La conexión que crea un vínculo sólido fomenta la capacidad del niño para adquirir habilidades como la curiosidad, el control de las emociones, la empatía y la reciprocidad en las relaciones²³.

A pesar de estar presentes durante todo el periodo de desarrollo del niño, los vínculos pueden cambiar con el tiempo. Entre los seis y los nueve meses, los niños terminan el vínculo con su cuidador principal²⁴. A mitad de la infancia, el vínculo con el cuidador no tiene que ser inmediato o físico. En este punto, el niño puede pasar más tiempo alejado de su cuidador aunque la relación siga siendo esencial, sobre todo en épocas de sufrimiento²⁵.

En la adolescencia vuelven a crearse vínculos entre compañeros. Sin

embargo, el vínculo de los niños con sus progenitores y sus cuidadores sigue siendo fundamental, si bien es posible que cambie en respuesta a la creciente necesidad de independencia y autonomía²⁶.

El vínculo entre el cuidador y el recién nacido puede ser especialmente difícil en el caso de las madres y los padres adolescentes. Los embarazos que tienen lugar en la adolescencia pueden influir negativamente en el desarrollo de las capacidades emocionales y cognitivas necesarias para fomentar un vínculo sano con el recién nacido²⁷. Además, las necesidades afectivas de los recién nacidos pueden entrar en conflicto con la cambiante necesidad de autonomía de los propios progenitores²⁸. La paternidad en la adolescencia suele ir acompañada de riesgos, como la pobreza y la falta de atención prenatal y asistencia social, lo que agrava la dificultad de establecer un vínculo seguro entre el progenitor y el niño.

Las cascadas de desarrollo

Desde el nacimiento hasta la adolescencia, las experiencias y los entornos positivos y negativos pueden tener un efecto de cascada sobre el desarrollo de un niño o una persona joven²⁹.

En las primeras etapas del desarrollo, las experiencias positivas (por ejemplo, recibir unos cuidados enriquecedores y mantener una alimentación óptima) inician una cascada de desarrollo positivo. Por el contrario, las experiencias negativas (como el abandono, el abuso y el estrés extremo persistente) pueden aumentar la exposición a otros riesgos.

La exposición a riesgos tales como el abandono y la violencia en la primera infancia pueden generar más adelante dificultades en la escuela, problemas entre compañeros y consumo indebido del alcohol³⁰. Una alta dosis de exposición a experiencias adversas puede tener consecuencias que perjudican el desarrollo cognitivo, la salud física y mental, los logros educativos y el éxito profesional.

La acumulación de riesgos

Las consecuencias de las experiencias y los entornos negativos y positivos también son acumulativas. Durante la primera infancia, las investigaciones revelan que cuantos más factores de riesgo afronta un niño y cuanto más tiempo pasa expuesto a ellos, más probabilidades tendrá de desarrollar problemas cognitivos, sociales y emocionales de adulto.

Un estudio sin precedentes realizado en 1979 constató que un niño que se enfrentaba a un solo factor de riesgo o a ninguno tenía un 2% de probabilidades de padecer una enfermedad de salud mental en etapas posteriores de la vida. La probabilidad de desarrollar enfermedades de salud mental aumentaba con cada exposición y llegaba hasta el 20% en el caso de un niño que había estado expuesto a cuatro riesgos en la primera infancia³¹.

Además de tender a acumularse, los factores de riesgo también se agrupan, lo cual indica que algunas experiencias adversas pueden señalar la presencia de otras. Por ejemplo, un niño que tiene dificultades en casa también puede tenerlas en la escuela³². La agrupación de riesgos es especialmente notable para los

niños que viven en la pobreza o que proceden de minorías étnicas o comunidades de inmigrantes³³.

La integración biológica

Los estudios también indican que la exposición a factores de riesgo durante los periodos iniciales del desarrollo rápido del cerebro puede alterar la expresión genética y la fisiología de un niño y provocar una integración biológica³⁴. Estas alteraciones pueden favorecer u obstaculizar la resiliencia y la vulnerabilidad cuando se sufren traumas³⁵. Las experiencias y los entornos negativos que alteran el desarrollo biológico o cerebral (como el abandono, el estrés, la violencia o la pobreza) pueden debilitar la resiliencia y aumentar la vulnerabilidad. Por el contrario, las experiencias positivas pueden fortalecer la resiliencia.

Un estudio revolucionario de 2001 practicado entre niños que habían vivido en orfanatos de Rumania durante más de ocho meses en su primer año de vida ilustraba que la adversidad puede provocar alteraciones químicas en los niños³⁶. El estudio demostraba que, seis años después de que los adoptaran, los niveles de cortisol (la hormona que se libera en respuesta al estrés) eran más altos entre los niños que habían vivido en orfanatos que entre otros niños.

Las carencias en los primeros años de vida: unos efectos a largo plazo

En las últimas décadas, muchos investigadores han analizado el desarrollo de los niños que han sufrido carencias extremas en orfanatos rumanos. Como parte de los estudios, se ha dado seguimiento

a niños que fueron adoptados por familias en el Reino Unido³⁷. Los resultados revelaron que las carencias sufridas durante la primera infancia tenían efectos graves y duraderos sobre la salud mental, ya que perduraban durante años a pesar de que los niños vivían en familias afectuosas y con recursos suficientes para atender sus necesidades.

Los estudios también han demostrado la estrecha relación entre el lapso de tiempo transcurrido en el orfanato y los síntomas de las enfermedades de salud mental (como la falta de atención y el exceso de actividad, los trastornos de espectro autista y la interacción social desinhibida, un tipo de trastorno afectivo) a los seis años de edad. Durante la adolescencia y al comienzo de la edad adulta, los niños que habían sufrido carencias durante periodos de tiempo prolongados tenían más probabilidades de desarrollar enfermedades de salud mental, como la ansiedad y la depresión. Del mismo modo, los niños que habían sufrido las mayores carencias tenían menos probabilidades de obtener buenos resultados en la escuela y el trabajo.

El estrés y el trauma

Desde el comienzo y durante los primeros 20 años de vida, el estrés y el trauma también son determinantes decisivos del desarrollo y la salud mental de los niños y la gente joven. El estrés y el trauma plantean riesgos para la salud mental sin importar el momento en el que se padecen. Sin embargo, si aparecen en los primeros años de vida, podrían activar respuestas y desencadenar consecuencias biológicas y mentales que pueden durar toda la vida.

El estrés tóxico

El estrés tóxico se manifiesta en distintos grados a lo largo de la vida del niño, desde que está en el útero hasta la adolescencia. En pequeñas dosis, el estrés es imprescindible para la salud mental y el desarrollo sano del cerebro, pero en dosis extremas es tóxico³⁸.

El Consejo Científico Nacional sobre el Desarrollo del Niño ha establecido un marco ampliamente ratificado que contempla tres niveles de estrés: positivo, tolerable y tóxico³⁹. El estrés positivo es moderado, breve y forma parte de la vida diaria. Se activa cuando un niño recibe una vacuna o conoce a un nuevo cuidador. El estrés tolerable es más intenso, aunque breve, por lo que da tiempo suficiente para que el cerebro se recupere.

En el plano biológico, el estrés aumenta el ritmo cardíaco y la presión arterial y provoca la liberación de hormonas, entre ellas el cortisol⁴⁰. Los efectos que el estrés positivo y el estrés tolerable producen sobre el cerebro remiten cuando un cuidador afectuoso presta atención al niño y le ofrece calma y consuelo. Este tipo de adultos pueden crear entornos seguros frente a las amenazas externas y ayudar a los niños a recuperarse de experiencias difíciles.

En contraste, los daños provocados por el estrés tóxico pueden durar toda la vida.

El estrés tóxico se caracteriza por la potencia, la frecuencia y la duración con la que se activan los sistemas de control del estrés de una persona. Durante la infancia, el estrés tóxico tiene lugar en ausencia de un adulto afectuoso que pueda proporcionar seguridad y consuelo⁴¹. En los momentos decisivos que preceden y suceden al nacimiento, el estrés tóxico puede interferir en el desarrollo del cerebro. Puede limitar las conexiones neuronales en las regiones del cerebro encargadas del razonamiento, el aprendizaje, la memoria, la formulación de decisiones, la regulación del comportamiento y el control de los impulsos. Asimismo, produce conexiones excesivas en las regiones encargadas de dar respuesta al miedo, la ansiedad y el control de los impulsos, lo cual puede desencadenar reacciones exageradas e impedir interpretar adecuadamente las amenazas⁴². El estrés tóxico también puede disminuir la liberación y la regulación del cortisol y, en consecuencia, deteriorar la memoria del cerebro y otras funciones relacionadas con el estado de ánimo.

Las investigaciones apuntan a que incluso antes de nacer, la exposición al estrés materno puede influir en la forma en que el niño responde al estrés.

Las experiencias adversas en la infancia

Las experiencias que pueden desencadenar estrés tóxico en la infancia incluyen el abuso físico y emocional, el abandono crónico y la violencia. Juntos, estos peligros

El estrés y el trauma plantean riesgos para la salud mental sin importar el momento en el que se padecen. Sin embargo, si aparecen en los primeros años de vida, podrían activar respuestas y desencadenar consecuencias biológicas y mentales que pueden durar toda la vida.

suelen denominarse *experiencias adversas en la infancia*.

En general, estas experiencias son persistentes, frecuentes e intensas "fuentes de estrés que los niños podrían sufrir en los primeros años de vida"⁴³. Normalmente, el concepto se utiliza para describir incidentes adversos en la primera infancia, pero el rango de edad puede abarcar desde los recién nacidos hasta los niños de 17 años.

Si bien la definición de este concepto ha cambiado con el tiempo⁴⁴, ahora hace referencia al abuso, el abandono y los hogares disfuncionales, donde puede haber presentes factores como la enfermedad mental de un cuidador, el abuso de sustancias o la violencia interpersonal⁴⁵. El concepto también puede referirse a las experiencias que tienen lugar más allá de los límites del

hogar y la familia, como la violencia en la comunidad, la inseguridad del vecindario, la ausencia de un hogar, el acoso, la discriminación por razón de raza o etnia y la inestabilidad de los ingresos⁴⁶.

La definición de la OMS refleja este planteamiento más amplio. Se refiere a las experiencias adversas en la infancia como “múltiples tipos de abuso; el abandono; la violencia entre los progenitores o los cuidadores; problemas graves en el hogar, como el abuso del alcohol y las drogas; y la violencia entre compañeros, comunitaria y colectiva”⁴⁷.

El estrés tóxico asociado a las experiencias adversas en la infancia puede alterar la salud mental y física, el desarrollo social y el rendimiento educativo⁴⁸. A lo largo de la vida, estas experiencias se relacionan con las tasas de enfermedades cardíacas, la diabetes, la obesidad, la depresión, el abuso de sustancias, el consumo de tabaco, el empeoramiento de los resultados académicos, el tiempo que se pasa sin trabajo y la muerte prematura.

Asimismo, las experiencias adversas en la infancia son trágicamente comunes y, a medida que aumentan, se agrava el daño que provocan.

En los Estados Unidos, por ejemplo, más de dos terceras partes de la población denuncian haber sufrido al menos una experiencia adversa en la infancia, mientras que una cuarta parte asegura haber tenido tres o más⁴⁹. En un meta estudio de investigación realizado en 17 países, entre ellos Canadá, China, los Estados Unidos, Letonia, Montenegro, Nueva Zelanda y el Reino Unido, la exposición a un mínimo de cuatro experiencias adversas en la infancia se asoció con la aceptación de riesgos sexuales, las enfermedades de salud mental y el abuso de sustancias, pero sobre todo con el consumo problemático



Trauma: El estrés tóxico derivado de las experiencias adversas durante la infancia se cobra un alto precio en la salud mental.
© UNICEF/UNI318250/Ryeng

de drogas y la violencia interpersonal y autoinfligida⁵⁰.

La exposición a la violencia de pareja en el hogar también puede plantear un peligro para la salud mental de los niños y los jóvenes. Por ejemplo, un estudio sobre la reacción de los niños a la violencia de pareja en Camboya, Malawi y Nigeria demostró que entre una cuarta y una tercera parte de los niños habían presenciado incidentes de violencia de pareja en sus hogares y que, para muchos de ellos, la experiencia había aumentado el riesgo de sufrir un trastorno mental⁵¹.

Los conflictos y la inseguridad social y política también pueden provocarles experiencias traumáticas a los niños y los jóvenes⁵². Algunos de estos traumas tienen su origen en la experiencia directa de la guerra o la violencia, mientras que otros riesgos para la salud mental se atribuyen a la destrucción de familias

y comunidades, por ejemplo, a causa de la pérdida de un ser querido o la interrupción de servicios como las escuelas y la atención médica.

Durante la adolescencia, a medida que cambian los roles en las familias y las sociedades, los jóvenes pueden enfrentarse a nuevos traumas, como el matrimonio infantil, la violencia interpersonal, la violencia por razón de género y la violencia de pareja.

ESTUDIO DE CASO

Kenya

Una llamada de auxilio: una línea abierta para proteger a los niños

En una cabina protegida, cuidadosamente separada de sus compañeros de trabajo, Barbra Sillingi escucha con atención antes de hablar serenamente por teléfono utilizando sus auriculares.

Trabaja como orientadora en las oficinas de Childline Kenya de Nairobi, un teléfono nacional de asistencia para niños desde el que se atienden casos relacionados con la salud mental y la violencia contra la infancia, y “escucharlos” es su misión y su pasión.

“Cuando un niño acude a ti y te cuenta algo, es imposible ignorarlo”, dijo Sillingi. “Tenemos que escucharlos y prestar atención a lo que dicen, porque ellos también tienen sentimientos y necesitan recibir cariño”.

Desde marzo de 2020, cuando se confirmó oficialmente el primer caso

de COVID-19, Sillingi ha tenido que hacer un esfuerzo doble, ya que el número de llamadas semanales se duplicó con creces. En mayo de 2020 Childline Kenya recibió más de 1.200 llamadas, en comparación con menos de 500 en mayo de 2019.

“El aumento de las llamadas podría atribuirse a que los niños pasaron mucho tiempo en casa durante la crisis de la COVID y no iban a la escuela”, afirmó Beatrice Muema, Directora de Operaciones del teléfono de asistencia Childline Kenya. “Por ese motivo, encontramos más casos de niños vulnerables al acoso sexual, el abandono y el abuso físico”.

Los niños de Kenya sufrieron una presión considerable a causa de la COVID-19. Muchos tuvieron dificultades a la hora de adaptarse

a las restricciones de movimiento que se impusieron para frenar las transmisiones del coronavirus. Como resultado, algunos niños se enfrentaron a más peligros, sobre todo mientras las escuelas estaban cerradas. Debido a las restricciones de la COVID, el cierre de las escuelas y el aumento de los riesgos muchos niños sintieron la necesidad de pedir ayuda a alguien que los escuchara de verdad.

“Los niños pasan por muchas situaciones de estrés y algunos padres no lo entienden”, aseguró Sillingi.

Durante la pandemia, Barbra Sillingi ha ofrecido terapia a cada una de las personas que la han llamado, y ha derivado algunos casos a las autoridades locales con el fin de solicitar una intervención.

“Me encanta lo que hago”, afirmó. “Es una de mis pasiones”.



Una línea abierta: La consejera Barbra Sillingi atiende las llamadas de los niños de Kenia.
© UNICEF/UN0489179/Orina

Childline Kenya se creó en 2006 con ayuda del Gobierno de Kenia, UNICEF y otros aliados. Este servicio de emergencia, que es gratuito y está disponible las 24 horas, permite a cualquier persona del país denunciar de manera anónima casos de abuso infantil u otras preocupaciones relacionadas con la protección de la infancia a través de una llamada gratuita al teléfono de asistencia 116 o mediante la página web childlinekenya.co.ke. Además, ofrece terapias individuales y pone a los niños en contacto con los servicios de asistencia de sus comunidades.

Childline Kenya también trabaja en colaboración con el Departamento de Servicios de la Infancia para intervenir cuando los niños están en peligro y, en la medida de lo posible, enviarlos con otros miembros de la familia.

UNICEF proporciona fondos a los orientadores, así como materiales y formación para los miembros del

personal. Durante la pandemia de COVID-19, con el fin de atender al aumento de la demanda, la organización proporcionó fondos destinados a incrementar en una tercera parte el número de orientadores.

“Durante el tiempo en que las restricciones de movimiento estuvieron vigentes y los niños no iban a la escuela, este era uno de los pocos canales por los que los niños y los adultos podían denunciar incidentes de abuso. Además, permitía a los niños expresarse”, explicó Bernard Njue Kiura, Especialista en Protección de la Infancia en UNICEF Kenya.

Por otro lado, UNICEF ha ayudado a Childline Kenya a instaurar el trabajo a distancia, que ha permitido a los orientadores atender las llamadas desde el entorno seguro de su hogar.

UNICEF también contribuyó a dar a conocer el servicio a través de una campaña de concienciación pública, *Spot it, Stop it* (“Detéctalo, deténlo”), que animaba a los niños que lo necesitaban a llamar al teléfono de asistencia gratuito 116.

“Desde que comenzó la COVID-19, la gente está más dispuesta a hablar sobre los problemas de salud mental aquí en Kenia: desde el gobierno y los proveedores de servicios hasta las comunidades y los niños”, aseguró Kiura. “La capacidad para hablar sobre el tema ha aumentado”.



Capítulo 3

RIESGO Y PROTECCIÓN

Debido a que muchos de los factores que conforman la salud mental –para bien y para mal– no son biológicos, es posible modificarlos. Para ello, es esencial identificar y comprender estos factores. En el caso de los niños, la atención que les prestan sus progenitores y cuidadores, y el apoyo que reciben estos últimos, es realmente importante. También lo son los entornos de aprendizaje seguros y atractivos, donde los niños pueden desarrollar competencias sociales y adquirir resiliencia. Y, a medida que los niños se convierten en adolescentes, las relaciones que tienen con sus compañeros pueden fijar las normas y actitudes que los van a acompañar durante el resto de sus vidas

Durante los momentos más importantes del desarrollo del niño, los factores relacionados con la experiencia y el entorno plantean riesgos potenciales para la salud mental. Si estos riesgos son extremos y aparecen en etapas tempranas, influyen de manera negativa en el neurodesarrollo, la salud mental, el bienestar, el aprendizaje y el futuro.

Estos riesgos pueden aparecer en el **mundo de la infancia**, en el **mundo en torno a la infancia** y en el **mundo en general**. Los factores, que no son biológicos sino que se basan en la experiencia y el entorno, pueden variar. Por tanto, determinar cuáles son los factores de riesgo más comunes puede ayudar a formular políticas y programas que promuevan y protejan la salud mental.

Factores que ayudan y perjudican

A pesar de que en los últimos años los investigadores han recabado una gran cantidad de información, los métodos sistemáticos que ayudan a identificar los riesgos comunes para la salud mental son limitados. Los datos escasean en todo el mundo, y la diversidad de experiencias culturales y las distintas formas de entender la salud mental pueden dificultar las tareas de identificación, recopilación y seguimiento de la información.

Sin embargo, resulta evidente que los factores de riesgo (también denominados marcadores de riesgo) no anticipan el empeoramiento de la salud mental. De hecho, no suele haber una relación de causalidad directa entre los factores de riesgo y las enfermedades de salud mental. Estos factores forman una cadena probabilística que puede aumentar la posibilidad de riesgo en función del tiempo de exposición (la dosis), el contexto y el momento en el que se produce¹.

Además, el efecto de los factores de riesgo y protección varía según el niño, sus circunstancias sociales y económicas y su entorno². Por ejemplo, una experiencia, un acontecimiento o un entorno que perjudica la salud mental de un niño puede no afectar de la misma forma a otro.

Por si esto fuera poco, algunos entornos pueden plantear distintos factores de riesgo y protección en función de las circunstancias. Por ejemplo, las escuelas pueden fortalecer la salud mental cuando proporcionan oportunidades de aprendizaje motivadoras y plataformas de servicios básicos de atención de la salud mental. Sin embargo, también pueden constituir un factor de riesgo, ya que son lugares donde los niños y los jóvenes se enfrentan a la violencia, el acoso y el estrés y pueden presenciar o sufrir abusos.

A pesar de las dificultades, hay factores importantes que ejercen una gran influencia sobre la salud mental a lo largo de la vida. Este capítulo del *Estado Mundial de la Infancia 2021* se centra en tres esferas que son especialmente relevantes en el **mundo de la infancia** y en el **mundo en torno a la infancia**: la crianza, los entornos de aprendizaje y las relaciones con los compañeros.

Además de analizar diferentes datos y estudios, en este capítulo se presenta también la visión de los adolescentes que abordaron el tema de la salud mental en los grupos de debate organizados por la Universidad Johns Hopkins.

Dado que muchos de los factores que contribuyen a la aparición de las enfermedades de salud mental son variables, es fundamental entender la distribución de los riesgos más comunes a fin de mejorar la formulación y la ejecución de intervenciones que promuevan y protejan la salud mental.

RECUADRO 9.

Un enfoque del ciclo vital orientado a evitar los riesgos de la salud mental

Dado que muchos de los factores que contribuyen a la aparición de las enfermedades de salud mental son variables, es fundamental entender la distribución de los riesgos más comunes a fin de mejorar la formulación y la ejecución de intervenciones que promuevan y protejan la salud mental. Desafortunadamente, interpretar la prevalencia de factores de riesgo entre la población mundial, regional y local puede ser una tarea compleja, ya que no hay información estandarizada en todos los contextos.

Con el propósito de subsanar esta brecha en la investigación, un equipo de expertos de la Universidad Federal Do Rio Grande do Sul, en el Brasil, examinaron los datos estandarizados de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares a fin de calcular la prevalencia de los factores que se atribuyen a los resultados de salud mental en los países donde se practicaron las encuestas³. El equipo seleccionó más de 50 posibles factores de los que se disponía de datos en un rango de entre 47 y 146 países, dependiendo del factor. De los indicadores aplicados en las tres encuestas, los investigadores enumeraron 23 factores correspondientes a distintas etapas de los primeros 20 años de vida: el periodo perinatal, la primera infancia, la infancia y la adolescencia. Inicialmente, la selección se basó en la existencia de revisiones sistemáticas o metanálisis

FIGURA 3.1: Factores a lo largo de la vida que afectan la salud mental

Periodo perinatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Madre menor de 18 años en el momento de dar a luz 2. Bajo peso al nacer
Primera infancia	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ausencia de una alimentación adecuada basada en un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos 4. Sin matricular en la escuela preescolar 5. Ausencia de accesorios de juego o de juguetes hechos en casa, manufacturados o encontrados en el hogar
Infancia	<ol style="list-style-type: none"> 6. Falta de asistencia a la escuela primaria 7. Disciplina violenta 8. Trabajo infantil 9. Orfandad
Adolescencia	<ol style="list-style-type: none"> 10. Falta de buenos amigos 11. Acoso 12. Falta de actividad física 13. Conducta sedentaria 14. Sobrepeso 15. Insuficiencia ponderal 16. Consumo excesivo de alcohol 17. Consumo de marihuana 18. Falta de asistencia a la escuela secundaria 19. Sin empleo y sin matricular en ningún tipo de educación o formación 20. Matrimonio infantil 21. Violencia sexual dentro de la pareja 22. Violencia física dentro de la pareja 23. Violencia psicológica dentro de la pareja

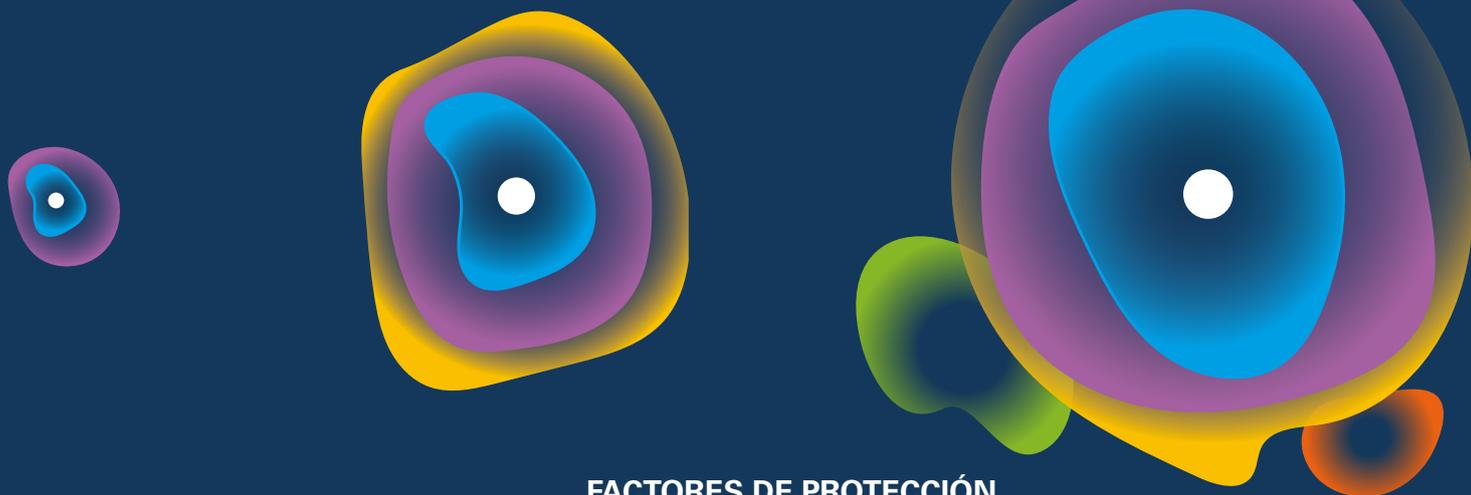
que describían la relación entre la exposición al factor y la subsiguiente aparición de alguno de los resultados de salud mental. Estos factores también se sometieron al análisis de expertos en la materia.

Si bien estos 23 factores no son causales ni conforman una lista

cerrada (y solo incluyen indicadores disponibles en las tres encuestas que se analizaron con objeto de extraer información), el estudio ofrece una perspectiva de los factores de riesgo más comunes y señala en qué dirección deben orientarse las medidas destinadas a promover y proteger la salud mental.

Factores de riesgo y protección

A lo largo de la vida aparecen factores de riesgo decisivos para la salud mental, al igual que factores de protección. Por si esto fuera poco, algunos factores pueden ayudar y plantear riesgos.



FACTORES DE PROTECCIÓN

los entornos escolares seguros, las madres y los padres, los cuidadores, la disciplina, la nutrición, el hogar y la comunidad

FACTORES DE RIESGO

los entornos escolares peligrosos, la violencia, la pobreza, las guerras, las enfermedades, la COVID-19

La crianza

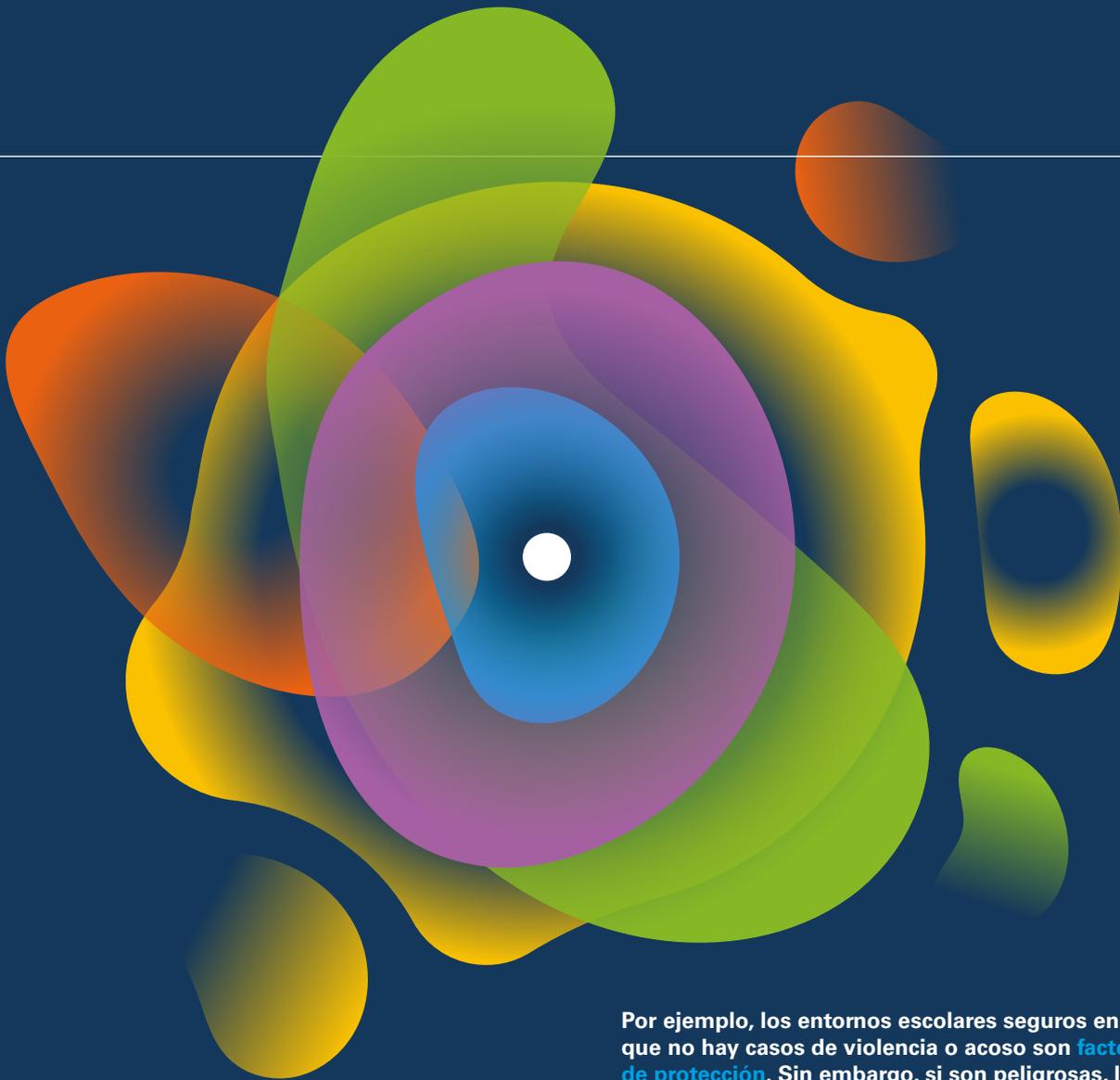
El papel de la crianza es fundamental para la salud mental de los niños, ya que en ella participan las madres, los padres y los cuidadores que pueden ofrecer nutrición, seguridad, estimulación y protección a los niños y los adolescentes.

La crianza comienza a ejercer su influencia antes de la concepción, con la salud mental, la nutrición y las circunstancias sociales y económicas de las madres, los padres y los cuidadores. En la primera infancia, los progenitores y los cuidadores son quienes más influyen en el **mundo de la infancia**: ellos tienen la capacidad de crear un mundo

que favorezca los vínculos y en el que estén presentes la nutrición, la protección, la estimulación activa y las oportunidades de aprendizaje temprano.

Durante la infancia, a pesar de que **el mundo en torno a la infancia** adquiere más importancia, las madres, los padres y otros cuidadores siguen ejerciendo una influencia determinante. Además de nutrición y protección, los componentes esenciales de una crianza comprometida incluyen también los juegos y el acceso a oportunidades de aprendizaje, como la escuela preescolar y la escuela primaria.

El papel de la crianza es fundamental para la salud mental de los niños, ya que en ella participan las madres, los padres y los cuidadores que pueden ofrecer nutrición, seguridad, estimulación y protección a los niños y los adolescentes.



Por ejemplo, los entornos escolares seguros en los que no hay casos de violencia o acoso son **factores de protección**. Sin embargo, si son peligrosas, las escuelas se consideran **factores de riesgo**.

En la adolescencia, el mundo de muchos niños se amplía y aparecen nuevos factores de riesgo y protección para la salud mental. Algunos de estos riesgos existen en **el mundo en general** y son la consecuencia de determinantes sociales a gran escala, como la pobreza, los conflictos y las pandemias (véase el Capítulo 4). Sin embargo, el mundo de la infancia y el mundo en torno a la infancia siguen siendo importantes factores de protección en la vida de los adolescentes. Además, si bien la adolescencia es un periodo en el que los jóvenes se alejan de sus hogares para buscar un propósito e integrarse en su comunidad, proporcionar una

crianza propicia y favorable sigue siendo uno de los mejores escudos contra las enfermedades de salud mental en esta etapa.

Los riesgos

Implicarse en la crianza de los hijos requiere esfuerzo. Si el entorno en el que se proporcionan cuidados a los niños es tóxico (por ejemplo, porque hay violencia de pareja), se pone en peligro la salud mental⁴. De hecho, la creación de una base sólida para proteger la salud mental a largo plazo requiere que las madres, los padres y los cuidadores tengan acceso a hogares seguros, alimentos nutritivos, oportunidades de aprendizaje, servicios integrales de

atención de la salud y la salud mental y el respaldo de políticas favorables a las familias⁵. Estas herramientas fundamentales proporcionan a los progenitores y a los cuidadores los recursos que necesitan para fortalecer su propia salud mental. Si cuentan con ellas, estarán en condiciones de proporcionar unos cuidados propicios y crear una base sólida para la salud mental de sus hijos.

Cuando las madres, los padres y los cuidadores no cuentan con las herramientas necesarias para proporcionar salud, nutrición y seguridad y crear entornos propicios, la salud mental se expone a un riesgo mayor.

RECUADRO 10.

Los grandes cambios empiezan poco a poco

Un mínimo de 16.130 millones de libras al año. Es un precio alarmante: casi 22.000 millones de dólares al año⁶.

En Inglaterra, ese es el costo de no invertir en la salud mental, el bienestar y el desarrollo saludable de los niños menores de cinco años. Es la cantidad necesaria para abordar problemas que podrían evitarse si se actúa en la primera infancia; problemas que surgen de los comportamientos antisociales, de las enfermedades de salud física y mental y de la delincuencia.

Es el costo de la pérdida de oportunidades para una nación y para sus niños.

Si lo situamos en contexto, 16.130 millones de libras es el importe que Inglaterra destina a las prestaciones por el cuidado de los hijos y la educación temprana multiplicado por cinco.

La Escuela de Economía de Londres fue la encargada de calcular esta cifra para *Big Changes Start Small*, un informe publicado en junio de 2021 por el Royal Foundation Centre for Early Childhood.

Aunque 16.130 libras es una cantidad elevada, el informe constata que se trata solo de una fracción de lo que perdemos cuando no invertimos en los jóvenes, sus familias y sus cuidadores. Por ejemplo, no incluye las pérdidas en términos de productividad e ingresos personales que tienen lugar cuando los niños no alcanzan su máximo nivel de desarrollo.

Además, según el informe de la Royal Foundation, casi una tercera parte de los niños de cinco años no alcanza un buen nivel de desarrollo. Cuando comienzan la escuela, los niños que viven en circunstancias desfavorecidas llevan 4,6 meses de retraso con respecto a sus compañeros.

La Royal Foundation propone seis recomendaciones principales para reducir estas pérdidas equivalentes a 16.130 millones de libras al año:

- Sensibilizar acerca de la repercusión de los primeros años de vida sobre las personas y las naciones
- Crear sociedades que velen por la salud mental y el bienestar de sus ciudadanos
- Establecer comunidades de apoyo
- Fortalecer las plantillas de trabajadores que ofrecen apoyo a las familias y los niños
- Recabar y utilizar más datos a fin de atender mejor a los niños, las familias y las comunidades
- Promover cambios a largo plazo que impulsen un apoyo integral y preventivo para la primera infancia

En el informe de la Royal Foundation se pone de relieve la estrecha relación entre esta labor esencial y sus efectos sobre la salud mental. En el prefacio, Catherine, Duquesa de Cambridge, sostiene que su interés por la primera infancia comenzó con los adultos. Cuando hablaba con personas que estaban reconstruyendo sus vidas tras haber sufrido experiencias difíciles que, en su mayoría, habían surgido como consecuencia de enfermedades de salud mental, a la

duquesa le impresionó la frecuencia con la que estas personas hablaban de la relación entre su salud mental y las experiencias vividas en la primera infancia.

Para ella, existe un claro vínculo entre los primeros años de la infancia y nuestro futuro. En ese sentido, el informe insta a centrarse no solo en las necesidades físicas de los niños, sino también en las emocionales y sociales.

Puede que sea difícil conseguirlo, añade, pero los grandes cambios comienzan poco a poco.

El comienzo

Antes de la concepción y durante el periodo perinatal aparecen muchos riesgos que pueden afectar a la salud mental. Algunos de los riesgos asociados con el papel de la crianza son el peso bajo al nacer, la malnutrición y la salud mental de la madre y la paternidad o la maternidad en la adolescencia.

En el mundo, un 15% de los niños presentan un peso bajo al nacer⁷, lo cual puede plantear el riesgo de desarrollar trastornos sociales, de atención y de conducta⁸. Los efectos de nacer con un peso bajo pueden extenderse a la edad adulta y estar relacionados con el aumento de los niveles de ansiedad, depresión y timidez y la reducción de las funciones sociales. Asimismo, existen múltiples riesgos para las madres adolescentes y sus hijos⁹. Alrededor de un 15% de las niñas se convierten en madres antes de cumplir 18 años.

Entender la razón por la que se producen estos factores y su relación con la salud mental es una responsabilidad crucial de los progenitores y los cuidadores¹⁰. El peso bajo al nacer, por ejemplo, puede tener distintas causas, pero también puede estar relacionado con el consumo de alcohol, nicotina y drogas por parte de la madre durante el embarazo. Los programas que ayudan a las mujeres embarazadas a dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol también han contribuido a disminuir los casos de peso bajo al nacer y otros riesgos para la salud mental¹¹.

Antes del embarazo y en el transcurso de este, la malnutrición de la madre también puede plantear riesgos para la salud mental del niño. En todo el mundo, un 9% de las mujeres tienen insuficiencia ponderal y un 30% padecen anemia¹². Durante el embarazo, la malnutrición (que abarca la subnutrición, la nutrición excesiva y la obesidad) puede dificultar la transferencia de nutrientes de la madre al feto a través de la

placenta¹³. Además, la malnutrición puede influir en la salud mental de la madre durante el embarazo y, por consiguiente, también en la salud mental del niño.

Las enfermedades de salud mental son un riesgo al que se exponen muchas madres durante el embarazo, y pueden tener efectos sobre la salud y el bienestar tanto de la madre como del niño. La mayoría de los estudios que asocian la salud mental materna con la infantil se centran en la depresión y la ansiedad, dos enfermedades que afectan a muchos millones de mujeres del mundo. Por ejemplo, en un estudio practicado en 2020 se concluyó que la depresión prenatal era común en todo el mundo, pero es un tema que no se ha investigado adecuadamente ni se ha tratado de manera integral¹⁴.

Entre los efectos físicos de la depresión prenatal materna cabe destacar el peso bajo al nacer, los partos prematuros y las complicaciones durante el embarazo. La depresión prenatal también se asocia con los problemas emocionales, de desarrollo y de apego de los niños¹⁵, cuyos efectos pueden durar a largo plazo¹⁶. Por ejemplo, los síntomas de depresión, ansiedad y estrés de la madre pueden ser un presagio de los problemas de salud mental que sufrirá su hijo desde la infancia hasta la adolescencia.

Las investigaciones sobre las enfermedades de salud mental suelen centrarse en las mujeres. Sin embargo, cada vez más pruebas demuestran la relación entre la salud mental del padre y la de sus hijos. Según un estudio de 2016, en torno al 8% de los padres sufren depresión en el periodo prenatal¹⁷. La depresión paterna se ha registrado tanto antes como después del nacimiento y suele atribuirse al estrés y a los problemas de salud. Si bien la interconexión entre el estado de ánimo de la madre y el padre sigue sin estar clara, cada vez más estudios revelan que la depresión del

padre puede tener una repercusión entre baja y moderada sobre los hijos, independientemente de su exposición a la depresión materna.

En el caso de los progenitores adolescentes, hay muchas desventajas que pueden influir a largo plazo en la salud mental de los hijos. En particular, la maternidad adolescente presenta riesgos para los recién nacidos, como el parto prematuro y el peso bajo al nacer, que a su vez pueden estar relacionados con las enfermedades de salud mental que aparecen años después¹⁸. Además, los embarazos adolescentes tienen implicaciones para la nutrición, la salud mental y el rendimiento académico y laboral de la madre¹⁹.

Por tanto, promover la salud y el bienestar y proteger a los adolescentes vulnerables (tanto si tienen hijos como si no) puede sentar las bases de la salud antes de concebir, así como del desarrollo

La creación de una base sólida para proteger la salud mental a largo plazo requiere que las madres, los padres y los cuidadores tengan acceso a hogares seguros, alimentos nutritivos, oportunidades de aprendizaje, servicios integrales de atención de la salud y la salud mental y el respaldo de políticas favorables a las familias.

saludable de la siguiente generación. Del mismo modo, el apoyo temprano a los padres y madres adolescentes puede favorecer el desarrollo sano del feto, el desarrollo en la primera infancia y, en última instancia, influir en el curso de la vida del niño.

El primer decenio

Aunque la crianza puede ayudar a sentar una base fundamental incluso antes del nacimiento, los primeros 10 años de vida ofrecen una gran oportunidad para desarrollar la salud mental del niño. Sin embargo, en este periodo siguen apareciendo riesgos graves relacionados con el papel de la crianza, como la ausencia de una nutrición completa y la falta de juguetes y oportunidades de jugar y aprender.

Estos riesgos no son inusuales. En el mundo, muchos niños no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales básicas en los primeros años del desarrollo porque no reciben alimentos de, por lo menos, cinco de los ocho grupos de alimentos esenciales. La alta prevalencia de niños de 6 a 23 meses que no reciben una alimentación lo suficientemente variada (un 29% a nivel mundial) indica el alcance potencial del problema que la falta de alimentación plantea para la salud mental²⁰.

En el caso de los recién nacidos, la inseguridad alimentaria se asocia con los trastornos mentales y cognitivos y con las dificultades para crear vínculos. Entre los tres y los cinco años aproximadamente, las carencias nutritivas pueden estar relacionadas con los casos de comportamiento agresivo, los estados de ánimo ansiosos y depresivos y los déficits de atención e hiperactividad²¹.

Además de la nutrición, los riesgos que aparecen en el primer decenio pueden deberse a la ausencia de libros y juguetes en la vida del niño, por ejemplo, objetos domésticos o de la calle, como palos y piedras. De nuevo, estos riesgos son frecuentes.

En los países menos desarrollados del mundo, un 50% de los niños menores de cinco años no tienen juguetes en casa y un 98% no tienen libros²².

Si se considera un marcador del desarrollo del niño, el juego o el juguete no constituye por sí solo el factor principal. Puede ser un indicador del grado de atención que el niño recibe en casa, la importancia de la interacción positiva con los progenitores y los cuidadores y el papel de los juegos como un elemento fundamental del aprendizaje temprano²³.

Otros riesgos para la salud mental que se atribuyen a la crianza son la disciplina violenta y el trabajo infantil, que también se dan con relativa frecuencia. En los países menos desarrollados del mundo, un 83% de los niños sufren las disciplinas violentas que les imponen sus cuidadores²⁴. Además, alrededor del 22% de los niños de los países menos desarrollados desempeñan algún tipo de trabajo infantil.

El segundo decenio

La relación con los progenitores y los cuidadores sigue siendo decisiva para el desarrollo y la salud mental durante la adolescencia. Algunos investigadores han constatado que vivir sin la figura de un cuidador comprometido es un factor de riesgo que se puede asociar con las enfermedades de salud mental que aparecen en la adolescencia. La falta de cuidados durante esta etapa de la vida puede deberse a distintas razones, como la muerte o la migración. Por ejemplo, un estudio realizado en China entre los hijos de progenitores que habían migrado de su hogar por motivos laborales reveló un aumento del riesgo de depresión y ansiedad, la propensión a los pensamientos suicidas, los trastornos de conducta y el consumo de sustancias entre los niños²⁵. Cuando los niños y los adolescentes se enfrentan a la muerte de un cuidador, incluso las intervenciones

breves que buscan ayudarlos a sobrellevar la pérdida pueden evitarles el sufrimiento traumático y reducir el riesgo de que desarrollen enfermedades de salud mental²⁶.

A lo largo de la adolescencia, recibir una crianza atenta y afectuosa sigue siendo uno de los mejores factores de protección de la salud mental. Un estudio practicado en los Estados Unidos indica que la atención materna durante la adolescencia contribuye a la disminución de las probabilidades de sufrir depresión y trastornos de alimentación y comportamiento, mientras que la atención paterna se atribuye a la menor prevalencia de la fobia social y el abuso del alcohol. Los progenitores que se comunican con sus hijos adolescentes y están al tanto de sus actividades también están protegiendo su salud mental.

Sin embargo, puede ser preciso cambiar la forma de criar a los hijos a medida que estos entran en la adolescencia. Los estilos de crianza autoritarios suelen generar problemas: por ejemplo, controlar lo que hacen los adolescentes puede provocar un aumento de la ansiedad social y el abuso del alcohol, pero también puede reducir los niveles de TDAH. Por el contrario, desvincularse de los padres o los cuidadores a una edad temprana, lo que se conoce como autonomía prematura, puede debilitar el bienestar y aumentar los riesgos para la salud y el comportamiento²⁷.

Aunque los estudios suelen centrarse en el estilo de crianza o la conexión interpersonal, los entornos familiares también ofrecen otras oportunidades para proteger la salud mental de los adolescentes. Concretamente, la actividad física, la alimentación y el consumo de sustancias suelen ser un reflejo de las expectativas y las prácticas de los progenitores. Por tanto, ayudar a los cuidadores a abordar estos riesgos en su propia vida podría promover hábitos más favorables para la salud mental de los adolescentes.

RECUADRO 11.

La nutrición, la actividad física y el peso corporal

La nutrición es una de las bases que sustentan la salud mental durante toda la vida, pero la malnutrición y la inseguridad alimentaria también pueden convertirse en riesgos. Si bien la nutrición puede comportar riesgos para la salud mental sobre todo en el periodo perinatal, sigue constituyendo un factor de riesgo y de protección hasta bien entrada la adolescencia.

La falta de una nutrición completa se asocia con algunos riesgos para la salud mental, como el peso bajo al nacer; por el contrario, la nutrición también puede ser un poderoso factor de protección. Por ejemplo, las intervenciones en materia de nutrición que proporcionan a las madres suplementos orales (como la vitamina A, el calcio o el zinc, además de educación sobre nutrición y medicamentos contra el paludismo) han contribuido a reducir el riesgo de que los bebés nazcan con un peso bajo²⁸.

Cuando nace un niño, la lactancia materna se convierte en un factor de protección decisivo que aporta beneficios físicos y psicológicos tanto a los bebés como a las madres. Está demostrado que iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida es beneficioso, ya que puede reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de las enfermedades infecciosas e incluso mejorar la inteligencia²⁹. La lactancia materna constituye un aspecto fundamental de una crianza enriquecedora y brinda a la madre y el bebé la oportunidad de crear un vínculo, lo cual puede transmitir al recién nacido una sensación de apego y bienestar³⁰.

A pesar de estos beneficios, la lactancia materna se inicia durante la

primera hora después del nacimiento solo en un 48% de los casos, y nada más que un 44% de los bebés menores de seis meses se alimentan exclusivamente de leche materna³¹.

En la adolescencia, la inseguridad alimentaria se asocia con problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión, los intentos de suicidio y el abuso de sustancias³². Algunos estudios también han relacionado la inseguridad alimentaria con enfermedades graves de salud mental en la edad adulta³³.

El problema de la malnutrición sigue siendo preocupante en todo el mundo. De todos los niños menores de cinco años, un 22% presentan retraso en el crecimiento o tienen una estatura demasiado baja para su edad; un 7% sufren emaciación moderada y grave (son demasiado delgados para su altura) y un 6% tienen sobrepeso moderado y grave³⁴. Del total de los niños de cinco a 19 años, un 11% son delgados y gravemente delgados y un 18% tienen sobrepeso y obesidad³⁵.

Durante la adolescencia, el sobrepeso y la obesidad pueden convertirse en riesgos específicos y estar relacionados con la ansiedad y la depresión. Además, la falta de actividad física pasa a ser un marcador de riesgo de las enfermedades de salud mental. Estos riesgos pueden hacerse más comunes a medida que aumenta la proporción de los niños y estudiantes que tienen sobrepeso y que no realizan suficiente ejercicio físico³⁶. De hecho, algunos datos disponibles indican que, entre los adolescentes de 11 a 17 años que van a la escuela, un 78% de los varones

y un 85% de las niñas no realizan suficiente ejercicio físico³⁷.

Los hábitos sedentarios y el tiempo que los jóvenes pasan delante de las pantallas también contribuyen a la falta de sueño, otro riesgo relacionado con la salud mental³⁸. Aunque se calcula que los adolescentes necesitan en torno a nueve horas de sueño cada noche, la realidad es que muchos de ellos duermen bastante menos³⁹. Este problema parece ser crónico en todo el mundo. El cansancio es el resultado más evidente de la falta de sueño, pero esta carencia también acarrea consecuencias que afectan a la salud física y el desarrollo sano del cerebro a largo plazo⁴⁰. En los últimos años, numerosas pruebas relacionan el sueño insuficiente y de baja calidad con la aparición de una variedad de problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad, la propensión al suicidio y la pérdida de juicio⁴¹. Un estudio practicado entre adolescentes de 14 a 18 años de los Estados Unidos reveló que, por cada hora de sueño perdida, las probabilidades de sentirse triste y sin esperanza aumentaban un 38%⁴².





Encontrar la amistad: Badiaa, de 15 años, hizo amigos en un centro de apoyo psicosocial en la República Árabe Siria.
© UNICEF/UN0410508/Chnkdji



Como a cualquier madre o padre, la pandemia me provocó ansiedad. Me preocupaba el bienestar de mis hijos y la salud de mi familia, y me preguntaba cómo íbamos a superar esta etapa. Afortunadamente, yo puedo proteger a mis hijos de la mayoría de mis preocupaciones, pero hay muchas familias que no. Muchísimos niños sufren al ver a sus padres angustiados por no saber cómo van a salir adelante cada día. Si queremos cuidar a los niños, tenemos que cuidar la salud mental de los padres. Cuando ayudamos a los progenitores y a los cuidadores, estamos ayudando a los niños y los jóvenes.

Ricky Martin es un cantante y compositor puertorriqueño. Ha obtenido numerosos premios Grammy y Latin Grammy; ha sido nominado a los premios Emmy como actor; es autor de algunos de los libros más vendidos del New York Times y es productor y activista humanitario. Fue nombrado Embajador de Buena Voluntad de UNICEF en 2003.



Desde antes de la concepción hasta la adolescencia, las medidas orientadas a promover la salud mental y proteger a los más vulnerables se centran en ofrecer atención a los cuidadores y fomentar la crianza comprometida.

La visión de los jóvenes

Los adolescentes que participaron en los grupos de debate dirigidos por la Johns Hopkins University coincidieron en la creencia de que la familia ejerce una gran influencia sobre su salud mental y su bienestar. En 13 países de todo el mundo, estos jóvenes pusieron en común una recopilación de riesgos a los que se enfrentan cada día: falta de apoyo o comprensión; peleas o conflictos en el seno de sus familias; dificultades para comunicarse con sus progenitores o cuidadores; falta de atención de los padres y experiencias de abandono.

En Jordania, por ejemplo, una niña del grupo de debate de jóvenes de 10 a 14 años aseguró: "Hay muchos padres y madres que no se preocupan por sus hijas. Les dicen: 'Ilegaste por error, no te queremos, no eres nuestra hija'. La niña termina por detestarse y lamenta haber llegado a este mundo".

En otros debates se plantearon algunos de los factores de riesgo menos comunes, como el control y la presión por parte de los padres, la inestabilidad económica, las creencias tradicionales sobre los roles de género, el valor de la educación y la salud mental.

Tal y como afirmó una niña del grupo de 10 a 14 años de Bélgica: "Te dicen lo que debes hacer y lo que tienes o no tienes que decir. Opinan sobre la ropa que debes llevar. Te obligan a ser abogada aunque tú realmente no quieras porque, qué sé yo, a lo mejor lo que quieres es trabajar en un salón de belleza".

En el grupo de debate de adolescentes de 15 a 19 años, una niña de Indonesia dijo: "Me dicen que soy su hija y que ellos son mis padres, y que debo comprender que, como hija, tengo que comportarme como cualquier niño debería, es decir, obedeciendo a sus padres".

En Kenya, un niño del grupo de debate de 15 a 19 años estableció un vínculo entre la pobreza, la presión familiar y la educación: "Algunos jóvenes piensan que si siguen asistiendo a la escuela estarán sobrecargando a sus padres. Tarde o temprano terminarán cometiendo delitos como el robo, o comenzarán a abusar de drogas para aliviar el estrés".

En algunos países surgieron riesgos comunes. Por ejemplo, en Bélgica, China y Suiza los adolescentes hablaron de la presión que sienten por parte de sus padres y cuidadores para obtener buenos resultados académicos. En Chile y Jamaica pusieron de manifiesto que las críticas familiares (sobre todo, las que reciben las niñas) son perjudiciales para la salud mental. En Kenya y Malawi, algunos participantes hablaron de los riesgos que la inestabilidad económica y el abuso verbal, físico y sexual comportan para la salud mental. En Egipto y Jordania, los participantes abordaron el abuso verbal y físico e hicieron hincapié en el control que las familias ejercen sobre ellos. En el caso de las niñas, este control también se extiende a los hermanos varones.

En otros países, los adolescentes conversaron sobre los riesgos que los estigmas pueden acarrear en sus sociedades y dentro de sus familias, que en ocasiones pueden llegar a poner en peligro su vida. Los estigmas relacionados con los comportamientos sexuales, los embarazos no planeados, el consumo de sustancias, el aspecto físico y la pobreza se consideraron riesgos específicos. Además, los estigmas relacionados con la violencia sexual se convirtieron en un tema central de conversación entre las niñas de los grupos de Egipto y Jordania, que aseguraron que haber sido víctimas de este tipo de violencia las había expuesto al rechazo de sus familiares y comunidades.

En Jordania, una niña del grupo de 10 a 14 años explicó: “La niña podría recibir una paliza a manos de algún familiar, les tendría miedo y tal vez se quitaría la vida para evitar un castigo al pensar que ha degradado a su familia.”

Los factores de protección

Desde antes de la concepción hasta la adolescencia, las medidas orientadas a promover la salud mental y proteger a los más vulnerables se centran en ofrecer atención a los cuidadores y fomentar la crianza comprometida.

El Marco para el cuidado afectivo constituye una de las herramientas más ampliamente reconocidas que contribuyen a fomentar una crianza comprometida en los primeros años de la vida del niño⁴³. En el marco, establecido por UNICEF, el Grupo Banco Mundial, la OMS, la Red de Acción de Desarrollo del Niño en la Primera Infancia y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, se diferencian cinco categorías fundamentales para el cuidado afectivo y el desarrollo saludable: una buena salud, una nutrición adecuada, unos cuidados receptivos, seguridad y protección y oportunidades para el aprendizaje temprano⁴⁴. En los últimos tiempos, la comprensión del marco se ha ampliado y ahora abarca el periodo comprendido desde la etapa previa a la concepción hasta la adolescencia⁴⁵. El nuevo marco se centra en promover la resiliencia y proteger el desarrollo saludable a lo largo de toda la vida, así como mitigar las consecuencias de los riesgos y fortalecer el capital humano.

Por otra parte, preparar a los padres y los cuidadores también requiere abordar directamente su salud mental. Por ejemplo, ofrecer apoyo a la salud mental en los servicios de atención prenatal puede limitar los trastornos mentales. Un examen de 13 ensayos demostró que las intervenciones psicosociales de los trabajadores de salud comunitarios en los países de

ingresos medianos bajos redujeron la incidencia de la depresión materna anterior al parto. Entre otros beneficios, estas intervenciones pueden mejorar la interacción con las madres y favorecer el crecimiento y el desarrollo cognitivo⁴⁶.

En particular, las intervenciones que combinan la nutrición y los cuidados interactivos han fortalecido el desarrollo cognitivo de los niños. En Jamaica, por ejemplo, como parte de un programa de nutrición, los trabajadores de salud comunitarios visitaban a los niños que presentaban retraso en el crecimiento y animaban a las madres y los cuidadores a interactuar y jugar con sus hijos. Esto tuvo un impacto significativo en el desarrollo cognitivo y repercutió en las oportunidades de empleo de los niños 20 años después de la intervención⁴⁷.

Por otro lado, es necesario prestar atención de manera consistente a los principales factores que determinan la salud mental en los primeros 10 años de vida de los niños, especialmente los que están en situación de riesgo. En este sentido, los cuidados enriquecedores siguen siendo fundamentales para la salud mental del niño.

En la adolescencia, la crianza comprometida sigue siendo un factor de protección imprescindible para la salud mental. En esta etapa de transición del periodo de desarrollo, la crianza positiva puede fortalecer la capacidad de resiliencia de los adolescentes ante las adversidades, así como tener efectos duraderos sobre su salud y su educación⁴⁸. En una diversidad de contextos culturales, mantener una relación afectuosa con los cuidadores puede generar resultados positivos para los niños, como mejores niveles de autoestima, menos estrés, una salud mental más fuerte y menos problemas psicológicos y de comportamiento⁴⁹.

Las pruebas apuntan a que los programas que proporcionan información y ayuda a los padres y los cuidadores de niños adolescentes pueden mejorar los resultados de los jóvenes. En particular, los programas más efectivos ayudan a los progenitores y los cuidadores a entender mejor el desarrollo precoz y tardío de los adolescentes, así como su desarrollo sexual. Además, mejoran la actitud de los padres frente a la crianza y les ofrecen oportunidades para adquirir nuevas destrezas y estrategias⁵⁰.

Un conjunto de directrices publicadas recientemente por UNICEF indica que los programas efectivos dirigidos a madres, padres y cuidadores comparten las siguientes características: aprovechan las fortalezas de los adolescentes; tienen perspectiva de género; incluyen la participación de los adolescentes; toman en cuenta las diferentes capacidades; y se basan en pruebas⁵¹. El contenido de los programas más eficaces se centra en los siguientes aspectos:

- Amabilidad, amor y afecto
- Desarrollo adolescente
- Comunicación respetuosa
- Disciplina positiva
- Entornos seguros
- Atención a las necesidades básicas
- La salud mental de los cuidadores, las madres y los padres

RECUADRO 12.**Los medicamentos en la infancia**

Los medicamentos psicotrópicos se utilizan cada vez con más frecuencia para tratar enfermedades como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión⁵². Los escasos datos disponibles cubren principalmente los países de altos ingresos, pero revelan un aumento notable del uso de la medicación.

Por ejemplo, en el periodo comprendido entre 2005 y 2012, se estima que los índices de prescripción de antidepresivos entre niños menores de 19 años aumentaron un 49,2% en Alemania; un 60,5% en Dinamarca; un 26,1% en los Estados Unidos; un 17,6% en los Países Bajos; y un 54,4% en el Reino Unido. Entre 2008 y 2016, el índice aumentó un 78,3% en Nueva Zelanda⁵³. Sin embargo, está demostrado que algunas de esas tendencias podrían estar revirtiendo⁵⁴.

En cierto modo, estos aumentos revelan que en muchos países hay más disponibilidad de servicios de salud mental y un mayor número de niños y jóvenes que los utilizan⁵⁵. No obstante, esto solo explica una parte de la realidad y no tiene en cuenta la variedad de debates que suscita el uso de este tipo de fármacos en la infancia.

Entre esos debates existe la preocupación de que estos medicamentos se están prescribiendo en exceso, aunque no en todas partes. En muchos lugares del mundo no cuentan con el personal cualificado y los tratamientos necesarios, por lo que los niños no reciben los medicamentos que podrían ayudarlos.

El Comité sobre los Derechos del Niño se encargó de abordar las preocupaciones en torno a la

medicación en 2015, cuando advirtió del uso excesivo de fármacos para tratar los TDAH "a pesar de que cada vez más pruebas alertan de los efectos nocivos de estos medicamentos"⁵⁶. El comité estableció un claro vínculo entre el uso excesivo de estos fármacos y el sobrediagnóstico⁵⁷.

El TDAH ha sido objeto de especial atención. Cada vez existen más pruebas del sobrediagnóstico del TDAH en los niños y los adolescentes en algunos países; por el contrario, el diagnóstico sigue siendo menos común en países donde la disponibilidad de herramientas de detección validadas y adaptadas desde el punto de vista cultural es limitada⁵⁸. Hay muchos factores que influyen en el sobrediagnóstico: un ejemplo son los profesionales médicos que anteponen los juicios subjetivos a los criterios de diagnóstico. Esto puede producir un aumento de las tasas de diagnóstico entre los niños varones en comparación con las niñas, así como entre los niños menores a la edad promedio de su clase o grupo de compañeros⁵⁹.

Por otra parte, hay una cuestión aún más alarmante: los enfoques excesivamente biomédicos de las intervenciones salud mental pueden resultar ineficaces para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud mental de muchos niños, como la pobreza, la desigualdad, la violencia y las experiencias adversas en la infancia⁶⁰. Además, es posible que tampoco reflejen la necesidad de adaptar los servicios de atención de la salud mental a la forma en que cada cultura entiende los trastornos mentales, el tratamiento y la recuperación.

Desde el punto de vista médico, también se critica lo que algunos consideran una proliferación excesiva de categorías diagnósticas que carecen de una base científica sólida⁶¹. Asimismo, preocupa que la dependencia excesiva de los medicamentos pueda distorsionar las ventajas de los enfoques ajenos a la medicina, como los que se centran en promover y proteger la salud mental en lugar de tratar enfermedades.

En muchos lugares del mundo no cuentan con el personal cualificado y los tratamientos necesarios, por lo que los niños no reciben los medicamentos que podrían ayudarlos.

Los medicamentos desempeñan un papel importante en el tratamiento de las enfermedades de salud mental, pero es necesario realizar más estudios con el fin de entender los efectos específicos de los fármacos sobre los niños y los adolescentes que se encuentran en un proceso de rápido desarrollo cognitivo, social y neuronal. Los efectos que los medicamentos tienen sobre los jóvenes pueden ser muy distintos a los que se observan en los adultos⁶². El uso de medicamentos también debe entenderse en el contexto de un enfoque biopsicosocial más amplio que permita abordar de manera integral la salud mental de cada niño atendiendo a sus necesidades específicas. Los niños, los adolescentes y sus familias deberían tener acceso a una variedad de intervenciones médicas y terapéuticas y recibir ayuda a la hora de tomar decisiones informadas que repercutan en el mayor interés del niño.

El aprendizaje

Las oportunidades de aprendizaje temprano conforman uno de los principios básicos del Marco para un cuidado afectivo⁶³, pero la importancia de la educación y los entornos de aprendizaje inclusivos sigue prevaleciendo después de la primera infancia y durante toda la adolescencia.

Los riesgos

En la primera infancia, no estar inscrito en la enseñanza preescolar puede plantear riesgos nocivos para los resultados de salud mental. Al considerarse un marcador de salud mental, la matriculación en este nivel de la enseñanza tiene relación con la importancia del aprendizaje temprano y la interacción positiva entre un niño y un cuidador. En la primera infancia, la interacción que tiene lugar al jugar, cantar, conversar y leer libros cumple una función neurológica, ya que estimula las conexiones neuronales en el cerebro en un momento decisivo

del desarrollo cerebral. Numerosos estudios han demostrado que la estimulación interactiva por parte de un adulto afectuoso puede favorecer el desarrollo social y emocional.

Pese al estrecho vínculo que une las oportunidades de aprendizaje temprano y el desarrollo del niño, alrededor de un 81% de los niños de los países menos desarrollados no reciben educación en la primera infancia⁶⁴.

Los riesgos se mantienen presentes en la adolescencia, a medida que los niños terminan la escuela y realizan la transición hacia los programas de formación y el mundo del trabajo.

En 2019, casi 200 millones de adolescentes y jóvenes en edad de asistir a la escuela secundaria no estaban matriculados⁶⁵. Según las cifras del Instituto de Estadística de la UNESCO, la tasa de niños en edad de asistir a la escuela primaria que no estaban matriculados se situaba en un 9% en el caso de las niñas y en un 7% en el caso de los niños varones. En el primer ciclo de la escuela secundaria, la tasa de niños y niñas sin escolarizar era de un 15%, mientras que en el segundo ciclo de la escuela secundaria se situaba en un 35% en el caso de los niños y las niñas⁶⁶.

Por otra parte, el 12% de los niños y el 22% de las niñas de 15 a 19 años no cursaban estudios, no estaban empleados ni recibían capacitación⁶⁷. En todo el mundo, las mujeres tenían el doble de probabilidades de no estar empleadas, no cursar estudios ni recibir capacitación que los hombres, una disparidad aún más acentuada en algunas regiones⁶⁸. Las mujeres empleadas tenían, por lo general, trabajos inestables o informales que no les garantizaban estabilidad económica. De los 429 millones de trabajadores jóvenes de todo el mundo, un 13% vivía en una situación de pobreza extrema (es decir, con

menos de 1,90 dólares al día) y un 17% vivía en una situación de pobreza moderada (con menos de 3,20 dólares al día)⁶⁹.

No ir a la escuela o abandonarla antes de terminar los estudios se relaciona con el aislamiento social, que, a su vez, puede desencadenar problemas de salud mental, como la autolesión, los pensamientos suicidas, la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias⁷⁰. El efecto también es bidireccional. Por ejemplo, algunos estudios revelan que los trastornos por consumo de sustancias y comportamiento perturbador pueden plantear un riesgo para las tasas de absentismo y abandono escolar⁷¹.

Los obstáculos para conseguir empleo y estabilidad económica entorpecen la transición histórica a la vida adulta y se asocian con el riesgo de sufrir problemas de salud mental⁷². Por ejemplo, un estudio de Ciudad de México publicado en 2012 constató que los jóvenes que no trabajaban ni recibían ningún tipo de educación o formación tenían más probabilidades de desarrollar enfermedades de salud mental. Del mismo modo, eran más propensos abusar de sustancias como el alcohol y las drogas y estaban más expuestos al riesgo de cometer suicidio⁷³.

Lamentablemente, algunos riesgos relacionados con el aprendizaje tienen que ver con el entorno. Este fue un tema del que se habló en los grupos de debate dirigidos por la Universidad Johns Hopkins. En algunas de las conversaciones, la violencia sexual y por razón de género se atribuía a la escuela.

Como dijo una niña del grupo de debate de jóvenes de 15 a 19 años en Egipto: "Los maestros acosan a las niñas incluso en la escuela primaria y en la escuela preparatoria. Las tocan de distintas formas y ellas son incapaces de decir nada, porque si lo hacen, las suspenden. Si se lo

cuentan a otras personas, les dirán: ‘te equivocas, ningún maestro sería capaz de hacer algo así’.”

Para otros niños, el entorno de la escuela ponía de relieve las desventajas generadas por la pobreza y favorecía el acoso. Un niño del grupo de adolescentes de Malawi explicó:

“Según las normas de la escuela, todo el mundo debería ir a clase bien vestido. Necesitas unos buenos zapatos, pero tu familia no te los puede comprar, así que te pones los ‘cros’’. Los compañeros te los quitan y comienzan a lanzárselos unos a otros diciendo: ‘¡Mirad estos zapatos!’ Y toda la clase se empieza a reír de ti. Para los jóvenes es muy doloroso; es horrible.”

Los factores de protección

A pesar de los riesgos que a veces plantean los entornos de aprendizaje, las escuelas pueden servir (y sirven) de plataforma a múltiples sectores de la salud y la salud mental en los países de todo el mundo. Además, se consideran un entorno importante para fomentar las habilidades emocionales y sociales y ofrecen la oportunidad de llegar a un número considerable de adolescentes que padecen trastornos mentales⁷⁴.

En la primera infancia, los programas preescolares y de atención a los niños han obtenido un éxito notable, ya que se ha demostrado que pueden mejorar las habilidades cognitivas y socioemocionales⁷⁵. La educación preescolar puede favorecer la colaboración con los padres, fomentar el desarrollo intelectual y socioemocional y crear comportamientos saludables⁷⁶. Muchos de estos beneficios duran hasta la edad adulta⁷⁷. Sin embargo, la calidad del programa es imprescindible para que los resultados sean positivos, por lo que las intervenciones que gozan de más éxito suelen incluir una atención individualizada, una variedad

de materiales lúdicos, la lectura interactiva y las clases organizadas.

En la adolescencia, los entornos seguros, previsibles y propicios pueden fortalecer la resiliencia⁷⁸. Las oportunidades de aprendizaje que proporcionan destrezas transferibles (también denominadas aptitudes interpersonales o socioemocionales) pueden ayudar a los jóvenes a llegar a ser aprendices adaptables y flexibles y ciudadanos preparados para desenvolverse ante las dificultades que se les puedan presentar a nivel personal, académico, social y económico⁷⁹.

Además de los beneficios de la educación para la salud mental, las escuelas proporcionan una plataforma esencial que permite promover y proteger la salud mental de los niños y los jóvenes y cuidar a quienes más lo necesitan. En países de distintos niveles de ingresos, las pruebas demuestran que las intervenciones escolares son beneficiosas para la salud mental⁸⁰. En los países de ingresos medianos bajos, las intervenciones escolares en materia de salud mental se han asociado con la mejora de la autoestima y el control de las emociones, la reducción de la ansiedad y la depresión y el aumento del nivel de bienestar general. Muchas intervenciones combinan la promoción de la salud mental con otras formas de ayuda, como la educación sobre la sexualidad y la condición física. Algunas de ellas se centran en desarrollar habilidades sociales y emocionales, capacidades para resolver problemas y mecanismos de defensa, mientras que otras se dirigen a determinadas poblaciones vulnerables, como los niños que padecen VIH/sida o que viven en medio de una guerra⁸¹.

En particular, los enfoques que abordan el aprendizaje social y emocional⁸² en la totalidad del sistema escolar han dotado a los estudiantes de los conocimientos, las actitudes y las

destrezas necesarias para comprender y controlar sus emociones, establecer objetivos y cumplirlos, mostrar empatía, mantener relaciones positivas y tomar decisiones responsables⁸³. En todo el mundo se ha demostrado que el aprendizaje social y emocional y los enfoques que abarcan la totalidad del sistema escolar mejoran el bienestar emocional, el funcionamiento social y el rendimiento académico de los estudiantes⁸⁴. Además, se asocian con la disminución del riesgo de sufrir depresión, ansiedad y estrés, y han resultado efectivos al limitar el consumo inadecuado de sustancias, los comportamientos antisociales y las prácticas sexuales y de salud peligrosas.

Dentro del enfoque que abarca el conjunto del sistema escolar, las intervenciones multidisciplinares han resultado especialmente efectivas⁸⁵. Un análisis de las iniciativas escolares de salud mental publicado en 2020 indicó que las intervenciones que se centraban en un único aspecto solo eran parcialmente efectivas⁸⁶. Sin embargo, el enfoque dividido en fases generó mejores resultados al diferenciar las siguientes iniciativas: intervenciones universales para el conjunto de la escuela orientadas a prevenir los trastornos emocionales y de comportamiento; intervenciones específicas dirigidas a un grupo reducido de estudiantes en situación de riesgo; así como intervenciones individuales específicas dirigidas a los estudiantes que sufrían trastornos emocionales y de comportamiento.

Pese a que las pruebas demuestran que las intervenciones sociales y emocionales funcionan, existen muchos obstáculos que impiden ofrecerlas de manera adecuada en las escuelas de todo el mundo. Para poder ponerlas en marcha es necesario comprender el contexto particular en el que se utiliza cada intervención y determinar cuáles son las preocupaciones de la escuela y en qué contexto cultural se encuentra.

ESTUDIO DE CASO

Irlanda

Mindout: aprendizaje social y emocional para el bienestar de los adolescentes

Como la mayoría de sus compañeros de clase de Gonzaga College, una escuela secundaria del condado de Dublín, Jude* quiere rendir bien en la escuela. Sin embargo, la presión puede ser abrumadora.

“Algunos de nosotros necesitamos tener una mejor perspectiva”, aseguró Jude, de 17 años. “He visto a compañeros tener ataques de pánico antes de los exámenes; sin duda, sentimos la presión”.

Y no solo se refiere a la presión académica. Con demasiada frecuencia, los adolescentes sufren a causa de la presión de sus compañeros, el estigma social y los estereotipos restrictivos, que pueden hacer estragos en la salud mental. De hecho, cuando en Irlanda se estaba elaborando la Estrategia Nacional para la Juventud en 2015, los jóvenes

determinaron que la salud mental era uno de los tres problemas más importantes⁸⁷.

Mindout, un programa universal de aprendizaje social y emocional basado en pruebas ofrece la oportunidad de abordar algunas de las cuestiones relacionadas con la salud mental y el bienestar que más preocupan a los jóvenes de Irlanda.

Como parte del Servicio Ejecutivo de Salud de Irlanda, *Mindout* está disponible para los jóvenes de entre 15 y 18 años en las escuelas y otros entornos⁸⁸. Además, el programa forma parte del plan de estudios en materia de Educación Social, Personal y para la Salud, un componente obligatorio de los planes de estudios de las escuelas.

Mindout se compone de 13 sesiones basadas en un manual estructurado para los maestros. La intervención



Bajo presión: "He visto a algunas personas sufrir ataques de pánico antes de los exámenes", dice Jude, de 17 años, estudiante en Dublín.

© UNICEF/UN0505797/UNICEF Ireland

utiliza estrategias de enseñanza interactivas con el fin de atraer la participación de los estudiantes y su objetivo es proporcionar a los participantes competencias sociales y emocionales básicas, como la autoconciencia, el autocontrol, la conciencia social, la gestión de las relaciones y la toma de decisiones responsables.

Los resultados de una evaluación llevada a cabo con *Mindout* en 32 escuelas desfavorecidas indicaron que, cuando el programa se ejecutaba satisfactoriamente, mejoraba las competencias sociales y emocionales de los participantes y reducía el estrés y la depresión.

En Gonzaga College, la escuela de Jude, Aryn Penn imparte Educación Social, Personal y para la Salud y recibió formación en *Mindout*. Tal y como ella misma aseguró, el programa la ayudó a desarrollar más

empatía a la hora de enfrentarse a los problemas que tenían sus estudiantes.

"Me hizo plantearme la experiencia de la escuela desde la perspectiva del bienestar y no de los resultados, que es en lo que solemos centrarnos", afirmó Penn.

En lo que respecta a los estudiantes, *Mindout* les mostró algunas competencias sencillas, como aprender a escuchar, reconocer formas de acceder a la ayuda y acercarse a los compañeros que necesitan apoyo.

"Ser testigo de los beneficios que el programa aportaba a los estudiantes me hizo reflexionar sobre mi propia experiencia como maestra y replantearme la forma de ayudar a los jóvenes en

estos momentos tan vulnerables de su vida, en lugar de centrarme solamente en las tareas escolares y los exámenes", afirmó Penn.

En el caso de Jude, el joven aseguró que *Mindout* lo ha ayudado a mejorar sus destrezas comunicativas, aprender a aceptarse a sí mismo y adquirir mecanismos de defensa.

"Creo que el curso aporta estrategias realmente útiles", afirmó. "Hay cosas que en el fondo sabes, pero esto te ayuda a prestarles atención. Te das cuenta de que, cuando sufres de estrés, debes poner en práctica estas estrategias".

* El nombre de la familia de Jude se mantiene en secreto para proteger su identidad. Fue entrevistado en Dublín.

Las relaciones entre compañeros

Las transiciones que viven los niños durante la adolescencia presentan nuevos riesgos y pueden aumentar la exposición a otros peligros ya existentes. En concreto, el papel de los compañeros adquiere mayor importancia en la vida de los adolescentes y acarrea factores de riesgo y de protección.

En la adolescencia, los compañeros comienzan a proporcionar un sentido de la identidad que trasciende la vida familiar. Los compañeros ayudan a los adolescentes a navegar por las redes sociales y a entender su papel en relación con sus comunidades. Durante los primeros años de la adolescencia, los niños se fijan en los patrones de comportamiento de sus compañeros y buscan su aprobación. Además, la inclusión en un grupo de compañeros les confiere un estatus en un momento de la vida en el que son vulnerables a la exclusión social. Con el tiempo, los adolescentes pueden empezar a adecuarse a las normas que se practican en su grupo de compañeros.

Los riesgos

Las relaciones entre compañeros tienen cada vez más importancia en la adolescencia, y esto plantea dos importantes factores de riesgo para la salud mental: el acoso y la falta de amistades⁸⁹.

El acoso (ya sea por internet o en persona) y la victimización a manos de compañeros son más habituales en la adolescencia y tienen efectos sobre la salud mental⁹⁰. Este tipo de relaciones tóxicas se asocian con el consumo del tabaco, el alcohol y las drogas, así como con el bajo rendimiento escolar, la soledad, la obesidad y el sobrepeso. Además, los resultados de, como mínimo, un metanálisis revelaron argumentos convincentes que respaldan la relación causal entre el acoso y la ansiedad, la depresión, los problemas de salud general y salud

mental, la autolesión sin intención de suicidio, los intentos de suicidio y los pensamientos suicidas⁹¹.

Los niños y los jóvenes que tienen discapacidad pueden enfrentarse a una “doble desventaja” en relación con el acoso, especialmente en entornos escolares⁹². Investigaciones basadas en datos longitudinales extraídos de los estudios *Millenium Cohort Study* y *Longitudinal Study of Young People in England* indicaron que los niños y los jóvenes que tienen discapacidad corren más riesgo de ser víctimas del acoso en los entornos de aprendizaje, y que el acoso tiene una relación más directa con la discapacidad que con otros factores que generan estigma. El aumento del riesgo de sufrir acoso puede agravar las consecuencias adversas que esta práctica tiene para la salud mental.

La visión de los jóvenes

El acoso, ya sea en su forma “tradicional” o el ciberacoso, fue una de las principales preocupaciones de los adolescentes que participaron en los grupos de debate dirigidos por la Universidad Johns Hopkins.

Por ejemplo, una niña de un grupo de debate de Indonesia explicó que se habían burlado de ella por ser “demasiado pequeña y delgada”.

“Los que me acosaban eran mis amigos”, aseguró. La experiencia la hirió y también debilitó sus amistades.

“Sufrir el dolor y la decepción me hizo sentir indiferencia hacia ellos”, afirmó.

Muchos participantes en los grupos de debate hablaron de la falta de confianza en las relaciones con los compañeros. Como resultado de esa falta de confianza, muchos evitaban acudir a sus amigos cuando tenían algún problema de salud mental. Una niña del grupo de debate de los jóvenes de 15 a 19 años dijo: “No me gusta confiarles secretos a mis amigos porque pueden contarlos, así

que me guardo mis sentimientos y eso me hace sufrir más”.

Los participantes también hablaron de la influencia negativa de los “malos” amigos y del poder de la presión de los compañeros con respecto al consumo del alcohol y las drogas y la participación en actividades sexuales y actos de violencia, acoso y robo. Un niño del grupo de debate de los adolescentes de más edad en Malawi dio el siguiente ejemplo: “Pongamos que los compañeros con los que estás conversando fuman marihuana y tú no. Al final vas a empezar a fumar para adaptarte al estilo de vida del grupo. Si no participas, no pertenecerás a ese grupo, así que te obligas y al final te das cuenta de que has iniciado un comportamiento perjudicial”.

Sin embargo, los adolescentes de los grupos de debate (tanto los varones como las niñas) también subrayaron la importancia de contar con amistades sólidas y hablaron de cómo el aislamiento social puede generar angustia. Muchos afirmaron que sus compañeros eran una poderosa fuente de protección para su salud mental, y algunos aseguraron que los compañeros eran su principal apoyo.

“Si no tienes una buena relación con tus padres, bueno, puede que recurras a tus amigos, o tal vez a tus hermanos, si tienen la misma edad, porque es posible que ellos [te] entiendan mejor”, dijo una niña de un grupo de adolescentes de más edad en Suecia.

El consumo de sustancias

El consumo de sustancias, en particular el alcohol y la marihuana, constituye uno de los factores de riesgo para la salud mental más comunes entre los adolescentes. Las cifras más recientes indican que un 36% de los niños varones y un 17% de las niñas de entre 15 y 19 años han consumido una bebida alcohólica como mínimo

en el último año⁹³. En parte, el riesgo se asocia con el efecto del consumo de sustancias sobre el cerebro en desarrollo de la persona adolescente. De hecho, el consumo de sustancias puede alterar los patrones de neurodesarrollo en un periodo en el que las regiones encargadas de la comprensión de las emociones, las recompensas, la planificación y las consecuencias están en pleno desarrollo.

Existen muchos factores que influyen en el consumo de sustancias por parte de los adolescentes. Los compañeros pueden ser el principal aliciente, pero también pueden ser un factor disuasorio. En última instancia, las normas familiares y comunitarias también desempeñan

un papel importante en el consumo de alcohol y marihuana entre los adolescentes.

Los factores de protección

Del mismo modo en que los compañeros pueden propiciar las relaciones tóxicas y el acoso, también pueden constituir factores positivos de protección de la salud mental.

Por ejemplo, los adolescentes tienen menos probabilidades de desarrollar comportamientos arriesgados (como consumir drogas, alcohol o tabaco) si sus compañeros los convencen de no hacerlo. Al mismo tiempo, si sus compañeros los animan, los adolescentes son más propensos a participar en actividades positivas, como el voluntariado⁹⁴.

En general, los adolescentes que tienen amistades cercanas presentan niveles más altos de felicidad⁹⁵, confían más en su propia valía y aseguran ser capaces de buscar ayuda en momentos difíciles⁹⁶. A medida que comienzan la enseñanza secundaria, mantener las amistades más sólidas ayuda a los adolescentes a adaptarse y puede contribuir a la disminución de los problemas de conducta y los obstáculos académicos⁹⁷.

RECUADRO 13.

La violencia y la salud mental

Trágicamente, se estima que cada año más de 1.000 millones de niños de 12 a 17 años se exponen cada año a la violencia interpersonal, que tiene consecuencias sobre su salud mental, como la depresión, la ansiedad, el suicidio y los problemas sociales y de comportamiento⁹⁸.

Es habitual que en el seno de una familia se den distintas formas de violencia al mismo tiempo. La exposición de los niños a disciplinas agresivas y a la violencia contra las madres aumenta las probabilidades de que, cuando llegan a la edad adulta, ellos mismos sean víctimas o perpetradores de violencia⁹⁹.

Por tanto, prevenir la exposición a la violencia en la infancia es imprescindible para proteger la salud mental. Si bien es más fácil decirlo

que hacerlo, las pruebas sugieren algunos puntos de entrada para realizar intervenciones.

Por ejemplo, identificar a las mujeres embarazadas que están en peligro de sufrir violencia a manos de su pareja, como las adolescentes embarazadas, o realizar un seguimiento para detectar casos de depresión posterior al parto son medidas que han permitido reconocer a las mujeres y los niños en situación de riesgo¹⁰⁰. Asimismo, ofrecer apoyo a los jóvenes que acaban de ser madres o padres atendiendo a las debidas consideraciones de género puede favorecer el desarrollo en la primera infancia y evitar la violencia contra las mujeres y los niños¹⁰¹.

Los servicios de salud también facilitan un punto de entrada básico

para identificar a los niños y los cuidadores que pueden ser víctimas o perpetradores de la violencia¹⁰². De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda encarecidamente a los proveedores de atención de la salud que tengan en cuenta el grado de la exposición a la violencia al evaluar la salud de un niño, especialmente cuando se trata de problemas que pueden tener su origen o estar agravados por algún tipo de maltrato. Si se interviene a tiempo, pueden proporcionarse los cuidados necesarios y derivar a los pacientes a los servicios de apoyo, de forma que se puedan evitar otros daños en el futuro.



Capítulo 4

EL MUNDO EN GENERAL

El mundo en general influye en la salud mental. La pobreza socava la salud física y mental y puede exponer a los niños a la violencia y el trauma; la discriminación puede exponer a los niños a situaciones de desventaja, prejuicios y exclusión social; y las crisis humanitarias y las pandemias –como la COVID-19– pueden provocar una angustia extrema y duradera. La resiliencia ayuda a los niños a afrontar mejor estas tensiones. Y, en contra de lo que mucha gente piensa, la resiliencia se puede cultivar.

Además del **mundo de la infancia** y del **mundo que rodea a la infancia**, el **mundo en general** constituye una influencia decisiva para la salud mental de los niños y los jóvenes, tanto para bien como para mal.

El mundo en general, con sus diversos tipos de sucesos y determinantes sociales, moldea la vida de los niños e influye en su salud mental. En cualquier momento pueden ocurrir sucesos catastróficos como desastres, conflictos y emergencias de salud a nivel mundial. Los determinantes sociales, como la

pobreza y la discriminación, también pueden influir en el desarrollo del niño y afectar directamente a los niños y los adolescentes, así como a las personas que los cuidan, a sus comunidades y a sus escuelas. El mundo en general no influye de la misma manera en la salud mental de todos los niños y jóvenes, pues los factores que determinan el riesgo y la protección pueden ser muy diferentes dependiendo del contexto cultural, las circunstancias y las experiencias personales. Por lo tanto, la protección y la promoción de la salud mental de los niños vulnerables, al igual que su

cuidado, exigen respuestas matizadas que tengan en cuenta la importancia del contexto y de la cultura.

En el presente capítulo se hace hincapié en los principales determinantes sociales de la salud mental: la pobreza y la discriminación. También se analiza el efecto que las crisis humanitarias –incluida la COVID-19– tienen sobre los niños y los jóvenes. Por último, se examina el tema de la resiliencia, que puede ser una importante vía para la promoción y la protección de la salud mental.

Pobreza

La pobreza es un determinante social de la salud mental que reviste suma importancia, pues moldea la vida de un gran número de niños y de sus cuidadores.

Según un informe de 2020, 356 millones de niños –es decir, el 17,5% de todos los niños del mundo– viven en situación de pobreza extrema, lo que implica vivir con menos de 1,90 dólares por día¹. Casi el 20% de los niños menores de 5 años de todo el mundo viven en estas condiciones².

La pobreza no se limita a la falta de dinero. De hecho, la pobreza es multidimensional, ya que comprende carencias en educación, salud, alimentación, agua y saneamiento³. En consecuencia, 644 millones de niños viven en situación de pobreza multidimensional⁴.

Efectos

La relación entre la pobreza y la salud mental es compleja y ha sido bien establecida⁵.

Como promedio, los niños de las familias pobres tienen una calidad de vida que deja mucho que desear frente a la de los niños de las familias

más pudientes, lo cual da como resultado problemas de salud física y mental, menos logros a nivel educativo y laboral, y prevalencia de comportamientos delincuenciales y de riesgo⁶. La pobreza también aumenta la probabilidad de que los niños y los jóvenes se expongan a riesgos como la violencia, el trauma, la exclusión social, las enfermedades y la inseguridad relacionada con el agua y los alimentos⁷.

Gran parte de las investigaciones sobre la pobreza y la salud mental se centra en las *correlaciones* y los *nexos causales*⁸. Sin embargo, la relación también puede ser de doble vía: la pobreza puede llevar a que se produzcan problemas de salud mental y los problemas de salud mental pueden llevar a la pobreza⁹. Por ejemplo, la pobreza puede ir en detrimento de la salud mental de los niños y los jóvenes al exponerlos a riesgos como la violencia, el trauma y altos niveles de estrés. Y a la inversa, como muestran las investigaciones, los niños y los jóvenes con problemas de salud mental pueden caer en la pobreza a causa de los altos costos de la atención de la salud, la menor productividad, el desempleo y la imposibilidad de participar en la comunidad y de acceder a tratamiento

debido al estigma que pesa sobre ellos¹⁰.

Un efecto en cadena

La pobreza también puede tener múltiples efectos que se agravan con la exposición continua y que se extienden a lo largo de la vida del niño o del joven.

En los primeros años de vida, una de las principales consecuencias de la pobreza sobre la salud mental de los niños son sus efectos en las personas que los cuidan¹¹. El estrés causado por la pobreza puede interferir en la capacidad de los cuidadores para ofrecer con regularidad una crianza positiva, un aspecto clave para el desarrollo cerebral y la salud mental.

Por ejemplo, algunas investigaciones han descubierto la relación que existe entre las tensiones diarias originadas en la pobreza y la depresión materna, lo que puede dificultar las interacciones entre la madre y el recién nacido¹². El estrés que produce la pobreza también se asocia con un estilo de crianza en el que predominan la negligencia y el castigo. Durante los primeros años de vida, este tipo de crianza puede producir ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento¹³. La pobreza –y la consiguiente angustia de los



Con apoyo: Las transferencias de efectivo se combinan con el apoyo psicosocial en una intervención de cuidados alternativos para una niña de la India.
© UNICEF/UN0378229/Panjwani

progenitores— también se relaciona con las experiencias adversas en la infancia, como el abuso infantil y el abuso sexual¹⁴.

El grado de exposición a la pobreza también es importante. En efecto, cuanto más tiempo vive un niño en situación de pobreza, mayores son los riesgos para su salud mental¹⁵. En el Estudio de Cohortes del Milenio del Reino Unido, por ejemplo, los investigadores comprobaron que los riesgos para la salud mental de los niños que habían vivido en medio de la pobreza a una edad temprana se intensificaban entre los 3 y los 11 años¹⁶. Además, sus madres informaron que habían sentido un mayor malestar psicológico, el cual aumentaba a medida que sus

hijos crecían. De igual manera, en un estudio realizado en Dinamarca se descubrió una relación entre la pobreza familiar recurrente en los primeros años de vida y problemas de comportamiento, trastornos psicosociales y estrés en la adolescencia temprana¹⁷.

Cuando se acumulan las tensiones asociadas con la pobreza y el niño no cuenta con la protección de un adulto afectuoso, su desarrollo cognitivo puede alterarse. Como resultado, los niños de las familias desfavorecidas corren el riesgo de sufrir alteraciones de la memoria, las funciones ejecutivas y la capacidad para aplazar la gratificación, lo que puede desembocar en el deterioro de su salud mental¹⁸.

La pobreza es un determinante social de la salud mental que reviste suma importancia, pues moldea la vida de un gran número de niños y de sus cuidadores.

Esperanzas y sueños

La pobreza también puede tener un profundo impacto psicológico en la capacidad de los niños y los adolescentes para buscar oportunidades y hacer realidad sus sueños¹⁹.

En grupos de discusión dirigidos por la Universidad Johns Hopkins, los adolescentes hablaron con elocuencia sobre las repercusiones de la pobreza en sus vidas y en su salud mental. Dijeron que la pobreza los había obligado a abandonar la escuela, los había inducido al crimen y a la prostitución, había aumentado su consumo de drogas y alcohol, y había propiciado el matrimonio infantil y el embarazo precoz. En el fondo, dijeron que la pobreza había contribuido al estrés, la tristeza, la desesperanza y el suicidio.

Las investigaciones han revelado que la visión del mundo que tienen los niños y los jóvenes se basa en experiencias en las que están presentes el estrés y la privación²⁰. Los niños que viven en situación de pobreza tienen una visión estrecha del mundo debido a la escasez de objetivos y de sueños y, en última instancia, a la pérdida de la esperanza²¹.

La pobreza, así como su mitigación, pueden redundar en las expectativas de los niños para sí mismos y en las aspiraciones de los progenitores para sus hijos. En Etiopía, *Young Lives*,

un estudio internacional sobre la pobreza y la infancia, demostró que las aspiraciones de los niños –compartidas por sus progenitores– se vinculaban con la pobreza²². De todos los niños que participaron en el estudio, el 84% de los que pertenecían a las familias con los niveles más altos de ingreso aspiraban a estudiar en la universidad, mientras que solamente el 67% de los que pertenecían a las familias con los niveles más bajos de ingreso compartían esta aspiración. El estudio también concluyó que las aspiraciones predecían de manera confiable el rendimiento escolar.

Vivir en medio de la pobreza también influye en la toma de decisiones a largo plazo. Según algunas investigaciones, las privaciones hacen que la atención de los jóvenes se enfoque en sus necesidades inmediatas, y esto conlleva que tomen decisiones miopes, impulsivas y carentes de riesgo.

El acceso a las oportunidades también tiene efectos en la salud mental y en el comportamiento de los niños y los jóvenes. Por ejemplo, entre los adolescentes de grupos minoritarios infrarrepresentados en los Estados Unidos, el consumo de alcohol y cigarrillos aumentó después de que se eliminara una política social que ofrecía a muchos de ellos una vía de acceso a la universidad²³. Y un programa en los Estados Unidos que ofrecía beneficios en materia de inmigración a personas hispanas indocumentadas entre los 19 y los 50 años se asoció con una disminución de la angustia psicológica²⁴.

La desigualdad de ingresos también tiene efectos psicológicos perjudiciales para la salud mental. La relación que se observa con más frecuencia es entre la desigualdad de ingresos y la depresión²⁵. Aunque los hallazgos de las investigaciones son dispares, esta relación puede explicarse por la ansiedad o los sentimientos de derrota y vergüenza

que se producen como resultado de las comparaciones entre los distintos grupos sociales. Según otra teoría, la desigualdad de ingresos socava la confianza interpersonal y las relaciones sociales, propiciando la soledad y el aislamiento. A pesar de que en la mayoría de los estudios sobre desigualdad de ingresos y salud mental han participado adultos, algunos se han centrado en los riesgos durante la adolescencia, una etapa crítica del desarrollo, cuando la confianza y la pertenencia a un grupo son aspectos esenciales de la propia identidad (véase el capítulo 2).

Respuesta

La compleja relación entre la pobreza y los trastornos mentales exige respuestas complejas y multisectoriales que protejan y promuevan la salud mental.

Por ejemplo, los programas de transferencias de efectivo han tenido resultados prometedores a la hora de mejorar los logros educativos, la utilización de los servicios de salud y la seguridad alimentaria, y de reducir el trabajo infantil²⁷. Así, un programa de transferencias incondicionales de efectivo que se llevó a cabo en Kenya redujo los síntomas de depresión entre jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. La reducción más significativa se observó en hombres de 20 a 24 años²⁸.

En Rwanda, el programa *Sugira Muryango* (Fortalecer a la familia) tuvo éxito gracias a un enfoque multisectorial que combinaba un programa de desarrollo en la primera infancia con un programa de protección social²⁹. Dos objetivos de *Sugira Muryango* eran prevenir la violencia en el hogar e incrementar la participación del padre en el juego y el cuidado de los hijos.

Como parte de la intervención, trabajadores comunitarios que habían recibido capacitación

visitaron hogares en situación de pobreza extrema, a fin de brindar orientación a los progenitores y a los cuidadores –hombres y mujeres– en prácticas de crianza cariñosas y sensibles, regulación emocional y solución de problemas³⁰. Como resultado mejoraron las prácticas de cuidado de los niños –en especial las interacciones entre los progenitores y sus hijos–, la atención a sus necesidades y la nutrición. También disminuyeron la violencia contra la pareja, el castigo como forma de disciplina y los casos de ansiedad y depresión entre los cuidadores.





Romper el molde en Tayikistán: Los estereotipos de género están vinculados a una mala salud mental.
© UNICEF/UN0433581/Fazylova

Discriminación

Como se ha reconocido ampliamente, la discriminación también supone riesgos para la salud mental. Esta relación es compleja y difícil de comprender debido a la interrelación de los distintos tipos de discriminación que sufren los niños y los jóvenes, ya que pueden basarse en el género, la raza, el nivel socioeconómico, la orientación sexual o la discapacidad.

Por ejemplo, cuando el género coincide con la raza, el origen étnico, el nivel socioeconómico o la identidad sexual, el estigma y la discriminación pueden empeorar³¹. O la discriminación racial puede variar dependiendo del género³². Aunque las conclusiones de las investigaciones son dispares y dependientes de cada contexto,

existen pruebas de que estos factores de riesgo suelen presentarse juntos, agravando los efectos sobre la salud mental y el bienestar³³. Reconocer la interrelación de las distintas clases de discriminación ayuda a poner de relieve los problemas que conllevan la discriminación y la salud mental³⁴.

Género

Aunque las diversas formas de discriminación a menudo se entrelazan, los investigadores también han analizado la influencia que cada una de ellas tiene sobre la salud mental. Por ejemplo, las desigualdades entre los géneros y las normas sociales nocivas basadas en el género pueden definir roles y responsabilidades que limitan las oportunidades y restringen el

comportamiento, las expectativas y la expresión personal, todo lo cual puede repercutir en la salud mental³⁵. En la mayoría de las sociedades, las desigualdades entre los géneros exponen a las niñas a una situación de desventaja³⁶. Sin embargo, las normas de género –creencias o expectativas hondamente arraigadas acerca del comportamiento o la expresión individual en la sociedad– pueden influir en la salud mental de todos³⁷. Las normas de género cambian entre sociedades, entre comunidades y, en ocasiones, entre familias. Pueden determinar el trato que se da a las personas, así como el poder, las oportunidades y los recursos de los que se puede o no disponer³⁸.

Pese a que las normas de género pueden empezar a afectar al

desarrollo del niño incluso antes de nacer, se hacen más restrictivas y se afianzan de manera más acentuada en la adolescencia y la edad adulta.

En el caso de las niñas, las normas de género pueden volverse más restrictivas durante la adolescencia, interfiriendo en su independencia, su movilidad y su educación. El matrimonio infantil, la violencia de género y las expectativas familiares y culturales tienen la capacidad de limitar considerablemente las oportunidades y la autodeterminación. En los últimos años de la adolescencia, los estereotipos restrictivos en torno al trabajo, la educación y la familia pueden dificultar el logro de las ambiciones y las posibilidades incipientes de las mujeres jóvenes. Además, la violencia contra las mujeres, incluida la violencia infligida por la pareja, puede perjudicar su salud física y mental.

Por ejemplo, el 5% de las niñas de todo el mundo están casadas a los 15 años y el 19%, a los 19 años³⁹. Según datos de 2018, el 16% de las niñas son víctimas de violencia infligida por su pareja⁴⁰.

Los niños varones también deben hacer frente a los roles derivados del género. Los conceptos nocivos sobre la masculinidad impiden con frecuencia que los niños expresen sus emociones o busquen ayuda. Además, estos conceptos son un motivo de presión para que asuman riesgos, prueben sustancias ilícitas y cometan actos de violencia.

Estos riesgos traspasan a menudo las esferas socioecológicas de influencia y aparecen en el mundo del niño, en el mundo que rodea al niño y en el mundo en general. Por ejemplo, el matrimonio infantil y la violencia interpersonal suelen ser resultado de los estereotipos de género y de las normas culturales –poderosos

determinantes sociales de la salud mental–, aunque también se relacionan con los comportamientos y las expectativas de las familias y las comunidades⁴¹.

Las diferencias entre los géneros en materia de salud mental también empiezan a manifestarse en la adolescencia y se hacen evidentes en el diagnóstico de los trastornos mentales. La internalización de trastornos como la ansiedad y la depresión se diagnostica más a menudo en las niñas, mientras que el abuso de sustancias y la participación en actos de violencia son más frecuentes en los niños⁴². Si bien las niñas y los niños casi siempre demuestran la angustia mental de formas distintas⁴³, el riesgo de sufrir de depresión antes de la pubertad es bajo, pero igual. A partir de los 12 años, las niñas tienen más probabilidades que los niños de recibir un diagnóstico de depresión⁴⁴.

Las diferencias de género respecto del malestar psicológico y la satisfacción vital –al igual que en los casos de depresión y de trastornos de ansiedad– no siempre son fáciles de descifrar. Un estudio de 2021 sobre la salud mental y el bienestar en la adolescencia mostró que, en países de todo el mundo, las niñas manifiestan menos satisfacción con la vida y más malestar psicológico que los niños. No obstante, la diferencia entre los niños y las niñas es mayor en los países de altos ingresos, como Finlandia y Suecia, que en algunos países de bajos ingresos. Los autores del informe señalan que esta diferencia podría deberse al estrés provocado por las nuevas expectativas de género, y por la frustración que sienten las niñas a causa de la discriminación y otra clase de dificultades al intentar desempeñarse con éxito en ámbitos en los que nunca habían incurrido⁴⁵.

"Las niñas pueden hablar con sus compañeras y con sus padres y expresar lo que sienten, pero los niños no comparten sus sentimientos con nadie", dijo un niño perteneciente al grupo de 15 a 19 años en Jamaica.



Sacudir el estigma: Christian, de 18 años, de Rwanda, habla sobre todas las habilidades que posee.
© UNICEF/UN0375722/Rudakubana

RECUADRO 14.

Lo que dicen los jóvenes

En los 13 países donde la Universidad Johns Hopkins dirigió reuniones con grupos de debate, los adolescentes hablaron sobre los efectos de las normas de género en su salud mental. Los niños y las niñas tenían diferentes preocupaciones.

Las niñas se refirieron en varias ocasiones al impacto de las normas restrictivas sobre su bienestar. Uno de los temas principales fue la influencia de la presión social sobre la imagen corporal. Estas normas restrictivas variaban en función del contexto.

En Egipto y Jordania, por ejemplo, las niñas hablaron sobre las familias que valoran más a los hijos que a las hijas y que confían más en los primeros. También hablaron sobre las limitaciones a la movilidad y a la libertad, y sobre los juicios que suelen seguir incluso a las interacciones más superficiales con niños. Así mismo, expresaron su preocupación por el matrimonio infantil y el embarazo precoz.

En Jordania, una niña del grupo de debate para jóvenes de 15 a 19 años dijo que se siente “deprimida porque mis amigas están en la escuela secundaria y yo estoy en otra cosa”. Para ella, la raíz del problema es la familia, pues “no nos dan libertad para hacer lo que queremos, y cuando deseamos algo siempre nos lo niegan. Nos dicen: ‘Eso no te conviene porque eres una niña’”.

En Malawi, una niña del grupo de debate para jóvenes de 15 a 19 años dijo que las familias a menudo esperan que las niñas realicen la mayoría de los quehaceres domésticos, lo que las obliga a dejar de estudiar. “Nos dicen: ‘Ya tenemos un hijo en la escuela, de modo que una hija que estudie no traerá ningún beneficio para el futuro’”; dijo. “Y hacen que las niñas se encarguen de todas las tareas del hogar, mientras que los niños no hacen nada”.

Sin embargo, según las normas sociales es más aceptable para las niñas que para los niños buscar

ayuda para los problemas de salud mental.

En todos los 13 países, los niños y las niñas examinaron las repercusiones de las normas de género nocivas relacionadas con la masculinidad. Dijeron que los niños se ven presionados para ser fuertes, para no mostrar sus emociones, y para ser invulnerables y capaces de solucionar sus problemas sin ayuda. Esta presión se asoció menos con problemas emocionales que con problemas del comportamiento, como violencia, agresión, consumo de sustancias y prácticas sexuales arriesgadas. Algunos niños también se refirieron a la presión que sufren para ayudar a mantener a sus familias y a la tentación de recurrir a la delincuencia, pues lo perciben como una obligación.

“Las niñas hablan con sus compañeras y con sus padres, y expresan lo que sienten, pero los niños no comparten sus sentimientos con nadie”, dijo un niño perteneciente al grupo de 15 a 19 años en Jamaica.

ESTUDIO DE CASO

Bangladesh

Empoderamiento e independencia: en busca de unos servicios de la salud mental adaptados a los adolescentes

A los 17 años, Alia* ya había sufrido una gran dosis de tristeza e inestabilidad en la vida.

A los nueve años, su madre murió y su padre se volvió a casar. Cuando tenía 16, su padre murió y Alia tuvo que hacerse cargo de su hermana pequeña.

Con la determinación de continuar sus estudios, Alia comenzó a trabajar como asistente del hogar. Además, recibió orientación e información en el centro local de servicios de salud adaptados a los adolescentes de Mirpur, en el vecindario de Dhaka.

Su sueño —que también era el sueño de su madre cuando agonizaba— era ser capaz de vivir una vida independiente.

“El programa de servicios de salud adaptados a los adolescentes me enseñó a expresarme, a abordar los problemas y a buscar ayuda”, explicó Alia. “Por muy grave que parezca una crisis, todo puede

resolverse con solidaridad y prestando la suficiente atención”.

La Dirección General de Planificación Familiar y UNICEF fundaron el programa de servicios de salud adaptados a los adolescentes con el apoyo de la Asociación de Bangladesh para la Prevención del Aborto Séptico.

Los servicios de salud adaptados a los adolescentes funcionan a escala en Bangladesh y reciben ayuda del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar del país, donde hay alrededor de 1.240 programas en marcha en distintos centros de salud. En Dhaka, UNICEF y la Asociación para la Prevención del Aborto Séptico ofrecen su apoyo a seis programas de servicios de salud adaptados a los adolescentes, mientras que otros reciben ayudas de organizaciones no gubernamentales en Dhaka y el resto del país.

El programa de servicios de salud adaptados a los adolescentes tiene un amplio alcance y abarca distintos ámbitos. Para los adolescentes de entre 10 y 19 años, el programa ofrece información sobre la salud

menstrual y reproductiva, así como sobre la pubertad. Asimismo, proporciona apoyo psicosocial y terapias individuales y de grupo y ofrece actividades lúdicas y culturales, además de formación profesional en materias como la informática y la fotografía.

Los programas de servicios de salud adaptados a los adolescentes llegan cada mes a un promedio de entre 2.000 y 3.000 adolescentes de diferentes distritos de Bangladesh.

“Ofrecemos protección a los adolescentes; este es un espacio seguro en el que pueden expresarse con facilidad”, aseguró Mahamudul Hassan, orientador de un centro de servicios de salud adaptados a los adolescentes de Dhaka. “Resolveremos todas tus dudas y las trataremos con total confidencialidad”.

Durante la pandemia de COVID-19, el programa se adaptó a las normas de



Por su cuenta: Alia, de 17 años, encontró apoyo para cumplir su sueño de llevar una vida independiente.
© UNICEF/UN0470727/Akhter VII Photo

distanciamiento social y las sesiones tuvieron lugar en azoteas, en el campo, en patios exteriores y por teléfono y vídeo.

“A causa del aislamiento prolongado y la interrupción de actividades sociales con los amigos y la comunidad, los adolescentes sufrieron depresión y fatiga”, explicó Mou Juliet, orientadora de los servicios de salud adaptados a los adolescentes. “Las terapias los ayudaron a afrontar la situación, interactuar mejor con sus familias y mantener la motivación en unos tiempos sumamente complicados”.

Los servicios de salud adaptados a los adolescentes también llegan a los progenitores y las comunidades con el fin de sensibilizarlos sobre la salud sexual y reproductiva y la salud mental de los adolescentes. Asimismo, contribuyen a poner fin al silencio y la desinformación en relación con estos temas.

“Cuando empezó a recibir la orientación del programa, mi hija adquirió las destrezas necesarias para afrontar los problemas que afectaban a su bienestar psicológico”, aseguró Minu Alam. Su hija, Sharmin Akhter Eti, de 19 años, es educadora entre pares en el centro de servicios de salud adaptados a los adolescentes de Azimpur, en Dhaka.

“Ahora puede consultar y aclarar muchas dudas y percepciones erróneas mías o de muchas otras personas como yo”.

De hecho, los educadores entre pares (de ambos sexos) desempeñan un papel fundamental en los programas, ya que se ponen en contacto con otros adolescentes en los centros y se comunican con sus familiares y comunidades. Para Mohammad Shohan, de 18 años, ser educador entre pares lo ha ayudado a ganarse la confianza de sus familiares, a quienes puede ayudar al proporcionarles información, directrices y apoyo.

“El programa de los servicios de salud adaptados a los adolescentes ha contribuido a eliminar los tabúes sociales que tenemos en relación con el desarrollo de los adolescentes”, afirmó Mohammad. “Esto me generó confianza y me dio seguridad para hablar de estos temas”.

Ahora que Alia ha completado los exámenes finales de la escuela secundaria, también está trabajando de manera voluntaria como educadora entre pares.

Además, ya ha logrado otro objetivo importante: ella y Shima, su hermana de 15 años, se han independizado y viven juntas.

* El apellido de Alia no se ha desvelado para proteger su identidad. Alia fue entrevistada en Dhaka en abril de 2021.

Raza

Los efectos del racismo sobre la salud mental de los niños y los jóvenes son profundos, arraigados y generalizados. El aumento del estrés, el estigma y la discriminación que los niños y los jóvenes padecen en la vida diaria podría explicar esta relación entre el racismo y la salud mental.

Por lo general, el racismo expone a los niños y a los jóvenes a situaciones de desventaja, a la discriminación, los prejuicios, los estereotipos, las microagresiones y la exclusión social basados en la raza o el origen étnico⁴⁶. El racismo desvaloriza a las personas, les resta posibilidades y puede convertirse en un medio poderoso para denegar recursos y oportunidades⁴⁷. Sin importar si se es víctima de forma directa o indirecta, el racismo menoscaba significativamente la salud mental y el bienestar de los niños⁴⁸.

**En conclusión:
a fin de proteger
la salud mental
de muchos niños
y jóvenes, es
fundamental
abordar el
racismo y las
raíces de la
discriminación.**

Las investigaciones indican que el racismo afecta a la salud mental de diversas formas; por ejemplo, interfiere en el rendimiento escolar de los niños y los adolescentes, altera el funcionamiento cognitivo, limita el acceso a la atención de la salud y socava la autoestima. Puede producir síntomas como

trastornos del sueño, depresión y ansiedad, además de sentimientos de soledad. También puede elevar las tasas de delincuencia y de consumo de sustancias ilícitas⁴⁹. Ser víctima de racismo puede provocar una reacción en cadena en las familias y las comunidades; por ejemplo, al transmitirse el trauma de los cuidadores a los niños⁵⁰. Y la discriminación racial suele agravar el estigma que pesa sobre las enfermedades mentales⁵¹.

Aunque el grado de exposición al racismo podría cambiar a lo largo de la vida, influye más en la salud mental de los niños durante períodos delicados del desarrollo⁵², y los niños más pequeños parecen ser particularmente vulnerables⁵³. El estrés crónico por la persistencia del racismo puede aumentar el riesgo de padecer trastornos de salud mental en el futuro⁵⁴.

El racismo puede influir en el diagnóstico de los trastornos mentales. En los Estados Unidos, por ejemplo, los niños de raza blanca tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, mientras que es más probable que los niños hispanos y los niños de raza negra sean diagnosticados con trastorno de comportamiento disruptivo, lo que exige tratamientos muy diferentes⁵⁵.

En conclusión: A fin de proteger la salud mental de muchos niños y jóvenes, es fundamental abordar el racismo y las raíces de la discriminación⁵⁶.

Discapacidad

Lejos de ser un grupo homogéneo, los niños y los jóvenes con discapacidad tienen una amplia gama de identidades interrelacionadas que se basan en la raza, la identidad de género, el idioma, la religión, el origen étnico

y el nivel socioeconómico, entre otros⁵⁷.

Con demasiada frecuencia, estos niños son objeto de discriminación motivada por estas identidades múltiples e interrelacionadas.

En el caso de los niños y los jóvenes con discapacidad psicossocial, la discriminación puede provenir de diversos ámbitos de influencia, como por ejemplo de sus pares y del mundo que los rodea. Estos niños y jóvenes suelen ser víctimas de prácticas generalizadas, como la marginación por parte de otros niños y jóvenes, la excesiva medicalización y la institucionalización. En las instituciones también existe el riesgo de que se produzcan casos de abuso y violencia.

Combatir estas formas de discriminación exige un modelo basado en los derechos humanos que reconozca la complejidad de las formas interrelacionadas de discriminación y permita abordar caso por caso las situaciones individuales, tomando en consideración el interés superior del niño y sus opiniones.

Lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer y más (LGBTQ+)

Los niños y los jóvenes con identidades de género y orientaciones sexuales diversas confrontan formas de discriminación significativas e interrelacionadas que dificultan su acceso a las oportunidades y los exponen a la violencia⁵⁸.

La consecuencia puede ser un mayor riesgo para su salud mental.

Por ejemplo, un informe de 2020 que se basó en el Estudio de Cohortes del Milenio del Reino Unido mostró que los niños y las niñas LGBTQ+ de 14 años tenían cinco veces más probabilidades de autolesionarse y

de presentar síntomas de depresión que sus pares heterosexuales⁵⁹. El acoso, la victimización, la inactividad física, la restricción alimentaria, la mala imagen corporal y el consumo de sustancias también eran más comunes. Además, estos niños y niñas de 14 años manifestaron menos satisfacción con sus vidas y una autoestima más baja, y dijeron que estaban menos conectados con las personas que los cuidaban.

Los riesgos no se limitan al Reino Unido. Un metaanálisis de la salud mental de jóvenes LGBTQ+ mostró altas tasas de intentos de suicidio, ansiedad y depresión⁶⁰. Los casos de depresión, en particular, se asociaban con el acoso, el rechazo familiar, los crímenes de odio⁶¹, la opresión interiorizada, las prácticas inadecuadas de afrontamiento, y el estrés por tener que ocultar la propia identidad y hacer frente a esa realidad⁶². Los jóvenes LGBTQ+, sobre todo los varones, están más expuestos a la victimización escolar, con el consiguiente impacto en el rendimiento académico, la salud y el desarrollo⁶³. Los jóvenes que se identifican como no binarios pueden presentar más problemas de salud mental, contar con menos apoyo social, y correr un mayor riesgo de abuso y victimización⁶⁴.

Grupos indígenas

Los grupos indígenas de todo el mundo también afrontan riesgos para su salud mental debido a la discriminación⁶⁵. Por ejemplo, el suicidio y la depresión entre los jóvenes maorí de Nueva Zelanda se han vinculado con experiencias de discriminación racial⁶⁶. Los niños aborígenes de Australia que han sufrido racismo en la escuela corren un mayor riesgo de presentar trastornos emocionales y de comportamiento⁶⁷. En Suecia, una encuesta a niños indígenas sami demostró que la sensación de bienestar disminuye con la edad⁶⁸.

De manera más amplia, en un examen sistemático de estudios realizados en 30 países y territorios, que se efectuó en 2018, se comprobó que muchas poblaciones indígenas adultas tenían altas tasas de suicidio, en comparación con las poblaciones no indígenas. Aunque las tasas de suicidio entre algunos grupos indígenas de Taiwán y Alaska eran hasta siete veces superiores a las de las poblaciones no indígenas, las mayores diferencias se observaron en el Brasil y el Canadá, donde las tasas eran 20 veces más altas entre los grupos indígenas que entre las poblaciones no indígenas⁶⁹.

Respuesta

Abordar los problemas de salud mental debidos a las formas interrelacionadas de discriminación exige ante todo comprender la complejidad de los problemas, para luego responder de una manera que contribuya a eliminar la discriminación.

Por ejemplo, combatir las normas de género puede ser una fuente de empoderamiento y compromiso para los adolescentes y los jóvenes, y una valiosa herramienta para favorecer la salud mental. Un examen de las iniciativas tendientes a reducir las desigualdades entre los géneros que se realizó en 2019 mostró un nexo entre los programas y el mejoramiento de la salud de niños y jóvenes hasta de 24 años. En dicho examen se encontró que 10 de los programas tenían la capacidad de modificar las normas de género⁷⁰. Estos 10 programas compartían cuatro factores: colaboración entre los distintos sectores, cooperación con varios tipos de interesados, aplicación diversificada y atención especial a la participación social y el empoderamiento.

Los problemas de salud mental también se pueden abordar reforzando el sentido de pertenencia

de los jóvenes a un grupo minoritario y su aprecio por ese grupo. Los estudios muestran que la resiliencia de los pueblos indígenas del Canadá aumenta cuando refuerzan su conexión con la lengua, la cultura y las leyendas tradicionales, y cuando llevan a cabo labores de activismo en pro de las cuestiones indígenas⁷¹.

En el caso de los niños y los jóvenes con discapacidad psicossocial, los esfuerzos orientados a mejorar su autoestima y a superar el autoestigma también han ayudado a combatir la discriminación. Además del optimismo de los cuidadores y de la confianza en las capacidades de los niños, esos esfuerzos también han servido para protegerlos contra el autoestigma⁷².

Los sistemas de atención de la salud mental también deben tener en cuenta la interrelación de los distintos tipos de discriminación y su impacto en las personas⁷³. Por ejemplo, las directrices más recientes sobre la prestación de una atención de la salud mental antirracista instan a los profesionales a ser más conscientes de la discriminación, las microagresiones, la caracterización racial y sus posibles consecuencias en la salud mental; a hacer evaluaciones culturalmente complejas de las necesidades individuales; a prescribir medicamentos solo como último recurso; y a establecer un método de tratamiento individualizado y apropiado desde el punto de vista cultural para abordar los problemas que atañen al racismo.

Crisis humanitarias

En 2021, cerca de 235 millones de personas de todo el mundo requirieron asistencia humanitaria en respuesta a las guerras, los desastres, el desplazamiento y las enfermedades⁷⁴. Los niños estuvieron casi siempre en primera línea –415 millones de niños en 2018– y todos, sin excepción, se vieron expuestos al estrés y a los traumas⁷⁵.

Las repercusiones de las crisis humanitarias en la salud mental de los niños y los jóvenes implican una compleja combinación de riesgos, cuyos efectos pueden diferir de un niño a otro. Por ejemplo, mientras que la reacción de algunos niños no afecta de forma grave a su funcionamiento ni a su salud mental a pesar de sufrir una considerable exposición a la violencia⁷⁶, otros pueden padecer una angustia extrema y duradera.

Circunstancias complejas

Cuando los niños y las familias se ven sumidos en una crisis humanitaria, llevan consigo tanto experiencias de cariño y protección como de inseguridad y trauma. Por esta razón, centrarse en un solo evento traumático –como la guerra, el desplazamiento o cualquier otro desastre– encubre toda la gama de experiencias que moldean su salud mental.

Por ejemplo, la pobreza es una circunstancia común a los niños y los jóvenes durante las crisis humanitarias. En el caso de algunos niños, la pobreza ha marcado la mayor parte de sus vidas; en el caso de otros, el desplazamiento y las crisis han sumido a sus familias en una vida de privaciones.

Una crisis puede provocar que el estudio se interrumpa, que las familias se desintegren y que los niños queden huérfanos o separados

de sus cuidadores principales. Estos cambios representan nuevas fuentes de estrés e intensifican el que ya existe, debido entre otras razones a la violencia familiar y a las penurias económicas. En los sitios que se han establecido para hacer frente a las crisis humanitarias, como los campamentos de refugiados y los reasentamientos en los barrios, la alteración de las rutinas agrega estrés y dificultades a unas circunstancias ya de por sí complicadas.

La edad y la etapa del desarrollo pueden influir en las reacciones de los niños y los jóvenes en las épocas de estrés. Por ejemplo, en un examen sistemático en el que participaron niños de 0 a 6 años que estuvieron expuestos a la guerra se encontraron síntomas de estrés postraumático, depresión, trastornos del sueño, ausencia o alteración del juego, y síntomas psicósomáticos como dolor de estómago. Entre los adolescentes prevalecían el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la agresión, la ansiedad y los trastornos del sueño⁷⁷.

Las características específicas de las experiencias de los niños y los adolescentes durante las crisis pueden tener diferentes consecuencias⁷⁸. Perder a un ser querido, sufrir una lesión, presenciar un hecho traumático o sufrir directamente un trauma pueden tener resultados distintos. Además, esas experiencias se pueden acumular, lo que agrava su impacto sobre la salud mental⁷⁹. El resultado es un efecto de dosis: cuanto mayor es la exposición, tanto mayor es el riesgo para la salud mental. De hecho, la exposición crónica a los conflictos se ha asociado con trastornos mentales y psicosociales de mayor gravedad⁸⁰.

Además de lo anterior, los síntomas de los niños que tienen una

Las repercusiones de las crisis humanitarias en la salud mental de los niños y los jóvenes implican una compleja combinación de riesgos, cuyos efectos pueden diferir de un niño a otro.

historia de trastornos mentales y psicosociales se suelen intensificar cuando están expuestos a situaciones de crisis o a contextos frágiles. En particular, la exposición a los desastres se ha relacionado con la agudización de los trastornos de ansiedad y la adquisición de fobias, trastorno de pánico, ansiedad de separación y ansiedad generalizada.

Los efectos directos de los conflictos pueden deteriorar el bienestar y la salud mental de los niños y los jóvenes. Sin embargo, los conflictos también causan efectos indirectos; por ejemplo, el colapso de los sistemas y los servicios como la atención de la salud, la educación, el agua y el saneamiento⁸¹. Muchos de estos efectos persisten durante generaciones, con implicaciones a largo plazo para la salud mental. Por lo tanto, como parte de los esfuerzos por reconstruir mejor luego de los conflictos y las crisis, es fundamental prestar especial atención a las intervenciones en materia de salud mental.



En movimiento: Niños refugiados y migrantes en un refugio temporal en Grecia.
© UNICEF/UNI375433/Canaj/Magnum Photos

RECUADRO 15.

La salud mental y los niños migrantes

Para un joven de 18 años de Etiopía, los recuerdos de su viaje migratorio siguen siendo dolorosos⁸².

“Nunca olvidaré lo que viví durante mi viaje”, dijo. “Las palabras no alcanzan a explicar la tristeza y la soledad que sentí”.

A nivel mundial, cerca de 41 millones de migrantes son menores de 20 años⁸³. Estas personas migran por diversas razones: algunos lo hacen en busca de oportunidades; otros, para reunirse con sus familiares; y otros, para escapar de la violencia y la persecución. Independientemente de sus motivos para abandonar sus hogares, esa experiencia tiene profundas repercusiones en su bienestar y su salud mental.

En el Cuerno de África, donde fue entrevistado este joven de 18 años en 2019, la mayoría de los niños y los jóvenes que migran permanecen en la región⁸⁴. Sus experiencias son complejas, con consecuencias tanto positivas como negativas sobre su bienestar, como se demuestra en el informe *Reimagining Migration*

Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa, que fue publicado en 2021 por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF.

El informe se basó en encuestas a niños y jóvenes migrantes de 14 a 24 años ubicados en campamentos para desplazados internos, campamentos de refugiados, y zonas urbanas y fronterizas, y mostró que esta experiencia puede provocar altos niveles de estrés, ansiedad y trauma en etapas críticas del desarrollo.

Además de los desafíos propios del viaje, los niños y los jóvenes migrantes informaron que habían vivido frecuentes situaciones de extrema tensión tanto en sus comunidades de origen como en las comunidades de destino; por ejemplo, problemas legales y materiales, y exclusión social y financiera.

Los niños y los jóvenes migrantes entrevistados en el estudio dijeron que habían sufrido altos niveles de ansiedad, sentimientos de aislamiento y temor a la explotación y el abuso.

Hablaron sobre la desintegración de las redes de apoyo comunitarias y familiares durante el viaje, la interrupción de sus estudios, la permanente sensación de tener muy poca autonomía, y la falta de opciones profesionales viables para el futuro. También señalaron que el estigma, la marginación y la negligencia de los que habían sido objeto no solo los habían impulsado a tomar la decisión de abandonar sus hogares, sino que estos problemas habían persistido, dificultando su integración en las comunidades de acogida donde se establecieron.

No obstante, los relatos de los niños y los jóvenes también patentizan su resiliencia, su capacidad de adaptación a la incertidumbre y la intención de conseguir sus metas que los impulsó a perseguir el sueño de alcanzar un futuro mejor a través de la migración.

ESTUDIO DE CASO

México

Encontrarle sentido a la tristeza: proteger la salud mental de los niños migrantes no acompañados

Cuando llegó al refugio, lo primero que sintió María fue tristeza*. Ese no era el lugar adonde ella quería ir, y el camino que la condujo hasta allí estuvo lleno de desgracias.

En noviembre de 2020, el Huracán Eta arrasó su Honduras natal y acabó con la vida de sus padres. Ya huérfana, María, de 16 años, decidió irse de su país en busca de otros familiares en los Estados Unidos.

Las esperanzas de María se paralizaron cuando las autoridades de inmigración la detuvieron cerca de la frontera entre Guatemala y México. Desde ahí la llevaron hasta el Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados, un refugio provisional para las niñas migrantes no acompañadas.

El refugio, que cuenta con 29 camas y se encuentra en Tapachula, recibe

financiación del Gobierno de México, funciona con ayuda de UNICEF y está gestionado por la municipalidad local. Ofrece alimentos básicos, seguridad y cama, y proporciona apoyo psicosocial mientras los funcionarios del refugio evalúan si es posible reunir a las niñas con otros miembros de su familia. Durante su estancia, que oficialmente puede durar un máximo de 45 días, las niñas están obligadas a permanecer en el refugio.

“Las investigaciones demuestran que los niños sufren estrés cuando no pueden salir de un mismo espacio, cuando están encerrados”, aseguró Adriana Arce, Directora de Oficina sobre el Terreno de UNICEF en Tapachula. “También han sufrido angustia durante el desplazamiento al migrar

de un país a otro. Estas situaciones generan estrés y ansiedad y pueden acarrear problemas de salud mental”.

Además de las dificultades a las que se enfrentan por el camino, muchas de las niñas que llegan al refugio huían de otros peligros en su lugar de origen, tal y como explica Montserrat García Lozano, directora del refugio. Algunas habían sido víctimas del abuso, la violencia de las bandas y la trata de personas. Al igual que María, algunas niñas habían migrado solas al verse obligadas a abandonar sus hogares a causa de los desastres naturales y los efectos del cambio climático. Muchas llegan al refugio tras haber vivido experiencias que, si no reciben la ayuda y la atención de una persona adulta, pueden producir estrés tóxico, lo cual supone un riesgo considerable para su desarrollo y su salud mental.



Fabricando máscaras: Materiales para una actividad de apoyo psicosocial en un refugio para niñas migrantes no acompañadas en México.
© UNICEF/UN0436866/Guerrero VII Photo

UNICEF presta asistencia al Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados con el fin de fortalecer su programa, que proporciona cuidados integrales y una atención centrada en la infancia. Asimismo, su intervención también consiste en fomentar la resiliencia, desarrollar habilidades para desenvolverse en la vida y llevar a cabo actividades psicosociales a través del ocio y los deportes.

“Sus derechos, su resiliencia, su autoestima y el poder de controlar sus vidas viajan con ellas”, aseguró Ana Cecilia Carvajal, que supervisa el apoyo psicosocial que prestan los aliados de UNICEF sobre el terreno. “Queremos darles apoyo y recordarles lo que valen, así como ayudarlas a pensar de manera positiva”.

El refugio temporal tiene dos plantas y cuenta con un jardín y un pequeño espacio exterior para comer. Los dormitorios y la clase están en la planta de arriba. En la primera planta se encuentran las oficinas del personal y una habitación para los bebés. En marzo de 2021, cuando María estaba allí, en el refugio vivían otras 18 niñas y cuatro bebés. Sentada en la clase, por cuyas ventanas entraba con fuerza la luz del sol, María contó su historia y compartió su experiencia en el Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados. Cuando habla, muestra seguridad y mira directamente a los ojos de los adultos y de sus compañeras.

Durante su estancia, la prioridad de María ha sido asistir a clase, y ha logrado controlar su estrés y regular sus emociones, tal y como ella misma cuenta. Además, ha aprendido a

valorar sus derechos. Aunque ha sufrido mucha tristeza, su fe la ayuda a mantener la esperanza y a mirar hacia el futuro, explicó la joven.

“A veces puedes aprender mucho, incluso cuando no sabes por qué Dios te llevó hasta ese lugar”, afirmó.

*María es un pseudónimo que se ha utilizado para protegerla. La joven fue entrevistada en marzo de 2021 en el Albergue Temporal para Niñas, Niños y Adolescentes Migrantes Separados o No Acompañados.



Ayuda extra: En Ecuador, el profesor Luis Carlos Anchico ayuda a Brithany, de 11 años, a seguir sus clases durante el encierro.
© UNICEF/UN0490148/Kingman

La pandemia de COVID-19 y la salud mental

Es posible que los niños se hayan librado en gran medida de los peores efectos físicos de la COVID-19; no obstante, la pandemia ha trastocado sus vidas y ha generado verdadera preocupación por su salud mental y su bienestar.

Los confinamientos han afectado directamente al menos a uno de cada siete niños en todo el mundo⁸⁵. Más de 1.600 millones de niños han perdido oportunidades de aprendizaje y al menos 463 millones no han podido acceder al aprendizaje a distancia⁸⁶. En julio de 2021 –más de 18 meses después del comienzo de la crisis–, UNICEF estimó que dos de cada cinco niños en África Oriental y Meridional estaban desescolarizados a causa de la pandemia⁸⁷. El cierre de las escuelas ha significado para los niños la pérdida de la reconfortante rutina escolar, los deportes, la recreación, los amigos y las oportunidades de desarrollo social y emocional.

“Estudiar sin poder salir de tu hogar no es lo mismo que estudiar en la escuela”, dijo en Suiza una niña que participó en las reuniones de grupos de debate organizadas por la Universidad Johns Hopkins entre jóvenes de 15 a 19 años. “Incluso si te dices a ti misma que vas a estudiar, te hace falta la parte social, que es muy importante para nosotros, y te das cuenta de que tu ánimo cambia mucho”.

Su experiencia fue igual a la de un niño en los Estados Unidos que dijo: “No siento que esto [la enseñanza en línea] me esté beneficiando. Incluso tomar la decisión de hacer el trabajo escolar me cuesta mucho esfuerzo”.

A pesar de que algunos niños y adolescentes han podido depender de sus familias para compensar en parte la pérdida de aprendizaje, el cierre escolar ha aumentado de manera significativa la presión sobre los cuidadores, afectando su salud mental y su bienestar.

La pandemia ha agravado más la situación de los niños que requieren ayuda para determinados problemas de salud mental. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, mientras que los servicios de salud mental para los niños y los adolescentes se interrumpieron en más de dos tercios de los 130 países estudiados, los servicios escolares de salud mental se interrumpieron casi en cuatro de cada cinco países⁸⁸.

Y luego están las repercusiones a largo plazo. Tras varios años de avances, la pandemia elevó notablemente el número de niños que viven en situación de pobreza monetaria⁸⁹. Según estimaciones de UNICEF y Save the Children, el número de niños que viven por debajo del umbral de pobreza de sus países ascendió a 142 millones en 2020; es decir, dos de cada cinco niños a nivel mundial son pobres⁹⁰.

Es probable que la incertidumbre económica y la pérdida de aprendizaje



A pesar de que algunos niños y adolescentes han podido depender de sus familias para compensar en parte la pérdida de aprendizaje, el cierre escolar ha aumentado de manera significativa la presión sobre los cuidadores, afectando su salud mental y su bienestar.

se traduzcan en un incremento de los matrimonios precoces; de hecho, se prevé que hasta 10 millones de niñas más corren el riesgo de convertirse en esposas niñas durante el próximo decenio⁹¹. La malnutrición también se ha agravado, y hay advertencias de que 9,3 millones de niños más podrían sufrir de emaciación a finales de 2022⁹². Así mismo, se calcula que al menos 1,5 millones de niños habrán perdido a sus progenitores o a los abuelos con los que viven, quedando todavía más expuestos al abuso y a la institucionalización⁹³.

Además, la pandemia ha generado preocupaciones en torno a la salud mental de algunos grupos vulnerables en los países con una historia de conflictos y desplazamiento forzado.

Según un estudio longitudinal que se llevó a cabo en Colombia, al principio de la pandemia se produjo un deterioro importante de la salud mental materna entre las personas desplazadas internas, una consecuencia de los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés derivado de la crianza de los hijos⁹⁴. Entrevistas realizadas por Visión Mundial y War Child Holanda en seis países afectados por conflictos mostraron que el 57% de los niños sentían la necesidad de recibir ayuda psicosocial y de salud mental a causa de la pandemia y los confinamientos⁹⁵. Esta cifra llegaba al 70% entre los niños refugiados y desplazados.

Preocupaciones en materia de salud mental

Estos riesgos tardarán muchos años en manifestarse en lo que respecta a la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores. Evaluar la magnitud del impacto será sumamente difícil.

Esto también es cierto cuando se trata de la cuestión a más corto plazo de los efectos directos de la pandemia en la salud mental, lo que ha generado

muchísima especulación, cobertura mediática y estudios académicos⁹⁶. Pero como se señala repetidas veces en el presente informe, la recopilación de datos y el seguimiento periódico de la salud mental de los niños y los adolescentes distan mucho de lo que se necesita. Por lo tanto, es extremadamente difícil comparar los efectos de la pandemia en la salud mental de los niños y los adolescentes antes y después de su inicio. También se ha observado que los estudios tienden a basarse en lo que comunican los mismos niños y sus progenitores, y no en evaluaciones diagnósticas realizadas por profesionales cualificados.

Es indispensable reconocer francamente estas dificultades.

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿qué dicen los estudios sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de los niños y los adolescentes? El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF llevó a cabo un rápido examen de una serie de documentos que procedían en su mayoría de un número reducido de países – especialmente de China, Estados Unidos e Italia– y que se centraban sobre todo en los adolescentes. Se prevé que el informe, titulado *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, se publicará en 2021.

En términos generales, el examen indica que la pandemia contribuyó a aumentar los casos de depresión, aunque la mayoría de los estudios mostraron que los síntomas eran entre leves y moderados. La irritabilidad, el enojo y la ansiedad también se incrementaron entre los niños. Por ejemplo, en un estudio de principios de 2020, más de un tercio de los adolescentes de China –muchos más de los que se podría esperar en este grupo de edad– dijeron que habían sufrido episodios de ansiedad⁹⁷.

Los participantes en los grupos de debate se hicieron eco de estos sentimientos de ansiedad y depresión.

“Me entristece pensar en todas las personas que han fallecido por la enfermedad, y cuando me entero de que el número de muertes está aumentando, me siento estresado”, dijo un niño que participó en el grupo de debate para adolescentes de 10 a 14 años en la República Democrática del Congo. En Egipto, una niña en el mismo grupo de edad dijo: “Sentimos temor por nuestros familiares y nuestros amigos. No solo tengo miedo por mí, sino también por todos los que me rodean”.

Los efectos no fueron iguales en todos los niños.

Los niños y los adolescentes que afrontaron los mayores riesgos para su salud mental pertenecían a familias desfavorecidas, habían tenido enfermedades mentales con anterioridad o habían vivido experiencias adversas en la infancia. La respuesta de los niños y las niñas también era diferente. Mientras que las niñas tendían más a presentar problemas de comportamiento y síntomas de depresión y ansiedad, los niños eran más propensos a consumir drogas⁹⁸.

En Malawi, un niño del grupo de debate de la Universidad Johns Hopkins para adolescentes de 16 a 19 años dijo que “los jóvenes se han dedicado a tomar cerveza por los frecuentes cambios de fecha para reabrir las escuelas”. Una niña en el grupo de adolescentes más jóvenes dijo que “muchas quedaron embarazadas y... muchos abandonaron la escuela”.

Un hecho menos reconocido, pero digno de resaltar, es que la pandemia podría haber mejorado la satisfacción con la vida de algunos niños y familias, liberándolos de la presión de la escuela o permitiéndoles pasar

más tiempo juntos. Cerca de una quinta parte de los estudiantes que participaron en un estudio efectuado en China informaron que se sentían más satisfechos con la vida durante el cierre escolar⁹⁹. En Italia, alrededor de la mitad de los progenitores refirieron que las relaciones con sus hijos habían cambiado positivamente¹⁰⁰.

En efecto, la familia –especialmente las prácticas parentales positivas y la posibilidad de hablar con los progenitores y otros miembros de la familia– fue un factor de protección clave para muchos niños, pues fortaleció su resiliencia y les proporcionó el apoyo que tanto necesitaban. Otros factores importantes fueron la actividad física, la conexión emocional con los amigos, la continuación de las rutinas diarias y, para algunos jóvenes, la participación cívica (véase el Recuadro 16. *¿El Efecto COVID?*)¹⁰¹.

La importancia de la resiliencia

Al igual que el informe *Life in Lockdown*, varios estudios han analizado investigaciones de todo el mundo. Uno de los que más difusión han tenido es un metaestudio publicado en la revista médica *JAMA Pediatrics* en agosto de 2021, que reunió las conclusiones de 29 investigaciones realizadas alrededor del mundo en las que participaron 80.000 niños y adolescentes menores de 18 años¹⁰². De acuerdo con el estudio, las tasas de depresión y ansiedad generalizadas y clínicamente significativas se duplicaron en el transcurso de la pandemia, puesto que uno de cada cuatro jóvenes presentó depresión y uno de cada cinco, ansiedad. El metaestudio reveló tasas más altas de ansiedad y depresión entre las niñas y las mujeres jóvenes, y de depresión (pero no de ansiedad) entre los niños mayores. Este último hallazgo podría deberse, entre otros factores, al aislamiento social en un grupo de

edad que depende enormemente de la socialización con los pares.

Otros estudios se han centrado en la salud mental de la población general, aunque han aportado algunos puntos de vista pertinentes para la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores, como un examen de estudios de alta calidad del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental de la Comisión *Lancet* COVID-19, que se publicará próximamente. Este estudio plantea importantes preocupaciones sobre la salud mental de los cuidadores, y señala que las mujeres jóvenes –incluidas las que tienen entre 18 y 24 años– y las madres con niños menores de 5 años parecen haber sufrido el peor deterioro en materia de salud mental.

Sin embargo, hay motivos de optimismo. El estudio concluye que, aunque la angustia psicológica se intensificó en los primeros meses de la pandemia, a mediados de 2020 había bajado a niveles preandémicos. “Nos sorprendió lo bien que muchas personas superaron los desafíos psicológicos de la pandemia”, escribieron los autores del estudio. “Las personas son más resilientes de lo que ellas mismas creen”¹⁰³.

RECUADRO 16.**¿El efecto COVID?**

Hasta ahora, los estudios indican que la pandemia ha afectado a la salud mental de los niños y los adolescentes más que todo en los siguientes aspectos:

Estrés y ansiedad: Ambos han aumentado, lo que refleja temor a la infección, incertidumbre ante los confinamientos y el cierre escolar, y dificultad para adaptarse a la nueva normalidad. No se encontraron pruebas contundentes de que se hubieran incrementado los casos de estrés postraumático.

Depresión y comportamiento suicida: Se registraron aumentos moderados de tristeza y síntomas depresivos, sobre todo entre los adolescentes mayores. Las pruebas de que se dispone hasta este momento no indican que las tasas de suicidio hayan aumentado.

Problemas de comportamiento: El confinamiento contribuyó a incrementar la ira, la negatividad, la irritabilidad y la falta de atención, especialmente entre los niños con autismo y con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los progenitores también informaron que los niños más pequeños se habían apegado más a ellos y que los adolescentes habían presentado más comportamientos disruptivos.

Consumo de alcohol y drogas: Algunos estudios indican que los adolescentes, en particular los niños y los jóvenes varones, bebieron más y abusaron de otras sustancias como mecanismo de afrontamiento ante la pandemia y otras cuestiones de salud mental.

Cambios en el estilo de vida: Durante los confinamientos y el

cierre de las escuelas, los niños y los adolescentes presentaron trastornos del sueño, hicieron menos ejercicio y pasaron más tiempo frente a una pantalla, todo lo cual se asocia en alguna medida con una peor calidad de vida y un mayor malestar psicológico.

Salud mental positiva: Existen pruebas de que algunos niños se sintieron más satisfechos con la vida durante los confinamientos por la pandemia, gracias a que compartieron más tiempo de calidad con sus familias y descansaron de la escuela y los exámenes.

Adaptado de *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19* del Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia, que se publicará en 2021.

Centro de protección de la infancia: Ramjan, de 12 años, encontró refugio en las calles de Bangladesh durante la COVID-19.
© UNICEF/UN0392114/Satu



ENSAYO FOTOGRÁFICO

China

Mantenerse ocupado en tiempos difíciles

Como parte de los esfuerzos para contener la propagación del virus de la COVID-19, en febrero de 2020 las escuelas de China pidieron a los adolescentes que permanecieran en sus hogares.

Se acabó la asistencia a la escuela, al igual que los eventos sociales, y se pospuso el comienzo del semestre de primavera. A Xiaoyu, que estaba en undécimo grado cuando se declaró el cierre escolar, tener que posponer el estudio no le pareció mal... al principio.

“Cuando me enteré de que habían pospuesto el semestre de primavera, me sentí feliz porque eso quería decir que las vacaciones se prolongarían”, dijo Xiaoyu en ese entonces. “Pero ahora lo único que quiero es volver a la escuela”.

Xiaoyu se mantuvo ocupada en línea repasando sus clases, participando en sesiones de preguntas y respuestas con sus maestros, jugando con sus

amigos y escuchando noticias sobre la pandemia. También dedicó tiempo a enviar mensajes de texto a sus compañeros.

“Extraño a mis amigos”, dijo. “A veces hablamos sobre la COVID-19 y nos preguntamos cuándo podremos volver a la escuela. Quedarse en casa durante tanto tiempo es muy aburrido”.

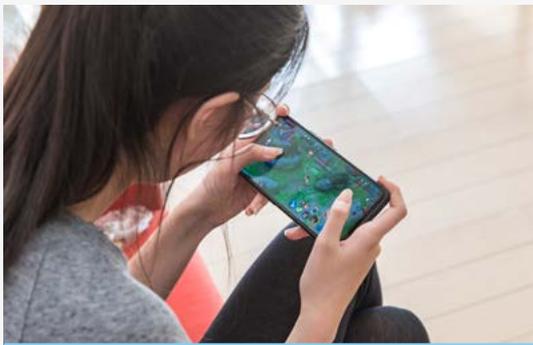
Se procuró que los adolescentes permanecieran activos a pesar del confinamiento. Por ejemplo, UNICEF y la Liga de la Juventud Comunista de China –que tiene alrededor de 81 millones de miembros– ofrecieron consejos para hacer frente al estrés y la ansiedad durante la pandemia, a través de los canales digitales oficiales. Con apoyo de UNICEF y los aliados de los medios de comunicación se puso en marcha una campaña por vídeo con el objeto de promover el ejercicio durante el confinamiento.

El aburrimiento no fue el único problema que tuvieron algunos adolescentes en China. Una encuesta nacional en línea que se realizó en febrero de 2020 con apoyo de UNICEF mostró que el 85% de los encuestados estaban preocupados por el virus y sus efectos en sus familias y comunidades. Cerca del 21% de los encuestados dijeron que temían morir y el 22%, que se sentían solos.

En mayo de 2020, cuando China se estaba abriendo de nuevo, una encuesta de seguimiento comprobó que había disminuido el número de adolescentes que manifestaban temor y ansiedad. No obstante, el 11% de los encuestados dijeron que necesitaban servicios de asesoramiento en salud mental. En vista de que la pandemia continúa en China y en todo el mundo, esta necesidad es un recordatorio de la importancia de proteger la salud mental de los adolescentes en tiempos difíciles.



Aunque el confinamiento es aburrido, Xiaoyu se empeña en que su permanencia en su hogar sea productiva. No obstante, el confinamiento ha generado sentimientos de temor y ansiedad en otros adolescentes.
All photos ©UNICEF/China/2020/Ma Yuyuan



Durante un descanso entre clases, Xiaoyu juega con una amiga un videojuego.



Xiaoyu toma clases en línea mientras su madre, en el fondo de la imagen, trabaja a distancia.



Xiaoyu responde a las iniciativas para promover el ejercicio haciendo abdominales en su hogar.

ESTUDIO DE CASO

Filipinas

Jóvenes héroes: construir un mundo mejor a golpe de clic

Daniel Delfín pensaba que solo los superhéroes podían cambiar el mundo. Él, un tímido y serio estudiante de ingeniería de 21 años de Cebú, se veía como un espectador de la vida y pasaba el tiempo estudiando, socializando y cuidando a su mascota, un conejo

“No creo en el compromiso y la participación de los jóvenes”, solía decir.

Después, la pandemia de COVID-19 interrumpió su cómoda rutina.

Obligado a quedarse en casa por la imposición de la cuarentena en su comunidad, Daniel recurrió a las redes sociales, pero la mayoría de los contenidos le provocaban indignación. Le molestaba el aluvión de publicaciones furiosas en las que sus amigos criticaban al gobierno y lanzaban insultos e improperios.

Una noche, cuando ya no podía

aguantar más la negatividad, decidió desactivar su cuenta de redes sociales. Sin embargo, antes de darle al botón de desactivar, un llamamiento de voluntarios de la iniciativa *Young House Heroes* atrajo su atención. Lo primero que pensó fue: “¿estoy haciendo un buen servicio por mi país?” Antes de que le diera tiempo de responder a su propia pregunta, Daniel ya se había apuntado como voluntario.

“Era la primera vez que participaba en un programa de voluntariado de este tipo”, afirmó.

Dirigido por el Consejo de Bienestar del Niño, UNICEF Filipinas y la Red para el Desarrollo Positivo de la Juventud, la iniciativa *Young House Heroes* ofreció un espacio a los jóvenes para que expresaran sus preocupaciones durante la pandemia de COVID-19. La iniciativa aborda las cuestiones que más afectan a los jóvenes en relación con la COVID-19,



Superpoderes: Daniel, de 19 años, utilizó sus habilidades para ayudar a otros en Filipinas durante el bloqueo.
© UNICEF/UN0507843/Bael

como la falta de participación y compromiso y los problemas de salud mental. Además, el programa ofrece a los adolescentes información sobre la salud sexual y reproductiva y aborda el tema de la protección de la infancia. Un componente esencial del programa es el foro de discusión sobre bienestar dirigido por los propios jóvenes.

Daniel es uno de los 241 jóvenes voluntarios (denominados héroes) a los que el programa capacita para realizar llamadas en las que se evalúa la salud mental de los pacientes y se les deriva a los proveedores de servicios. En su trabajo como voluntario, Daniel se pone en contacto con desconocidos para preguntarles cómo están afrontando la pandemia y les ofrece apoyo emocional, escucha sus historias e interactúa con ellos. Desde que se unió a la iniciativa, Daniel ha ayudado a 55 jóvenes. Aunque él ha tenido una importante repercusión sobre sus vidas, estas

personas también le han dado a Daniel esperanzas para el futuro.

“Al principio me daba mucho miedo, pero he llegado a amar el proyecto porque me da la oportunidad de ayudar a otros jóvenes como yo”, afirmó. “Además, me siento más seguro después de haber aprobado exámenes y evaluaciones difíciles”.

Por su arduo trabajo, su dedicación, su compasión y su cálida personalidad, Daniel ha sido reconocido como uno de los mejores voluntarios de la iniciativa. Ahora se ha comprometido a ampliar aún más su labor: se ha convertido en mediador de Young House Heroes y se encarga de crear contenido en las redes sociales con el fin de darle promoción al programa.

Daniel sigue animando a la gente joven a actuar, a dedicarse a lo que

aman, a perseguir sus sueños y a ayudar a sus comunidades.

“La iniciativa Young House Heroes me inspiró para ser una mejor versión de mí mismo y me ayudó a superar mis propias expectativas”, aseguró Daniel.

“Ahora creo que la gente joven puede contribuir a mejorar las Filipinas si actuamos de inmediato”, añadió. “Considero que los jóvenes podemos ayudarnos unos a otros y también a nuestras comunidades a superar esta crisis”.

SECCIÓN ESPECIAL

Las tecnologías digitales y la salud mental

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto, como nunca antes, hasta qué punto están entrelazadas las tecnologías digitales en la vida de muchos niños. Los teléfonos inteligentes, las tabletas y las computadoras portátiles han proporcionado a los niños y a los jóvenes una conexión vital con sus escuelas, amigos y familiares durante las largas semanas de confinamiento, así como el esparcimiento que tanto necesitan.

A raíz del cierre de las escuelas en todo el mundo, más del 90% de los ministerios de Educación pusieron en práctica la enseñanza a distancia. Para muchas familias, carecer de acceso a los medios digitales nunca había sido un problema; sin embargo, no poder acceder a la televisión ni a las herramientas digitales significó que uno de cada tres niños en edad de asistir a la escuela no pudo beneficiarse de esta modalidad de aprendizaje. En su inmensa mayoría, estos niños pertenecían a las familias más pobres¹⁰⁴.

Además, se ha comprobado que existen diferencias de género con respecto a los conocimientos digitales; de hecho, en algunos países las niñas están rezagadas frente a los niños en habilidades y conocimientos sobre la tecnología de la información y las comunicaciones¹⁰⁵.

La pandemia ha puesto de relieve la función positiva que pueden cumplir las tecnologías digitales en la vida de los niños, y la inmensa pérdida que supone para los sectores educativo

y económico el hecho de que 2.200 millones de niños y jóvenes menores de 25 años, según se ha estimado, carecen de acceso o tienen un acceso muy limitado a Internet¹⁰⁶. A pesar de los aspectos positivos de la tecnología, muchos padres y madres, maestros e incluso niños y jóvenes se muestran preocupados por el impacto de las tecnologías digitales en las mentes jóvenes.

¿Se justifican estas preocupaciones? Dos cuestiones clave, las redes sociales y el tiempo frente a una pantalla, pueden ayudar a esclarecer algunos de los temas más amplios de esta investigación.

Aunque se suele pensar que las redes sociales son una causa importante de la ansiedad y la depresión entre los niños y los jóvenes, las investigaciones muestran un panorama mucho más matizado. En realidad, un gran número de investigaciones han comprobado que existe una relación muy pequeña –que puede ser positiva o negativa– entre el uso de las redes sociales y problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el deterioro del bienestar psicológico¹⁰⁷. Esa ínfima relación no ha permitido distinguir entre la causa y el efecto; en otras palabras, ¿son las redes sociales las que llevan a que los jóvenes se depriman? o ¿son los jóvenes que se sienten deprimidos quienes tienen más probabilidades de utilizar las redes sociales?¹⁰⁸. Además, muchos jóvenes que se sienten solos y aislados, o deprimidos y ansiosos, recurren a las redes sociales y al mundo en línea para encontrar

apoyo y amigos, o comunidades que les ayuden a satisfacer sus necesidades¹⁰⁹.

En lo concerniente al tiempo que los niños y los jóvenes pasan frente a una pantalla, las pruebas sobre una relación significativa con problemas de salud mental son escasas. Por ejemplo, en un importante examen de estudios que se realizó en el Reino Unido se encontró una relación “moderadamente alta” entre mayores tasas de tiempo frente a una pantalla (por ejemplo, viendo televisión) y “mayores síntomas de depresión”, pero no se hallaron pruebas de ansiedad ni de problemas de comportamiento, o las que se encontraron eran poco sólidas¹¹⁰.

No obstante, muchos investigadores consideran que en una época en que las tecnologías digitales se han arraigado tanto en la vida de muchos jóvenes –en su forma de comunicarse, aprender, socializar, jugar y, en algunos casos, ganar dinero –, centrarse casi exclusivamente en el tiempo que pasan frente a una pantalla distrae la atención de asuntos de mayor importancia. Cada vez resulta más difícil diferenciar las experiencias fuera de línea de las experiencias en línea¹¹¹, y a medida que aumente la conectividad digital en los próximos años en todo el mundo, este fenómeno probablemente se intensificará. Con ese telón de fondo, las tecnologías digitales deben entenderse en el contexto más amplio de la vida y la situación general de los niños.



Mundo digital: Los amigos de Viet Nam pasan tiempo juntos y con sus teléfonos.
© UNICEF/UNI358808/Duong

Respecto del tiempo que los niños pasan frente a una pantalla, es más provechoso que los progenitores presten atención a lo que sus hijos *hacen* cuando están frente a la pantalla que al tiempo que le dedican, y que piensen si ese tiempo interfiere con otras actividades importantes para ellos. Según Sonia Livingstone, de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres, “el número de horas que los niños pasan con sus pantallas no es tan importante como saber si esa actividad les quita demasiado tiempo para dormir, jugar, conversar y estar físicamente activos”¹¹².

Como se señala en *El Estado Mundial de la Infancia 2017: Niños en un mundo digital*, también es crucial examinar el contexto general de la vida del niño, pues debido a que sus mundos en línea y fuera de línea están inextricablemente unidos hoy en día, la vulnerabilidad en uno de

estos mundos usualmente implica vulnerabilidad en el otro¹¹³. O como resumió acertadamente Nathaniel Popper en el diario *The New York Times*: “El teléfono es apenas un espejo que revela los problemas que el niño tendría incluso sin el otro”¹¹⁴.

Lo que dicen los jóvenes

Los adolescentes tienen mucho que decir sobre la tecnología digital y la salud mental. En las reuniones con grupos de debate dirigidos por la Universidad Johns Hopkins, los participantes explicaron en qué medida la tecnología digital ha sido beneficiosa, pero también nociva para su bienestar.

Como dijo un niño que participó en el grupo de debate para adolescentes de 15 a 19 años en Suiza: “Veo esto como un instrumento, como un cuchillo; todo depende de lo que haces con él”.

Un dato interesante es que hubo grandes diferencias geográficas en el número de veces que los debates se centraron en la tecnología digital: en los contextos de bajos ingresos, este tema se trató con mucha menos frecuencia que en los contextos de medianos y altos ingresos.

Una preocupación común entre los numerosos participantes que analizaron el tema de la tecnología digital fueron las repercusiones de las redes sociales en la autoestima; en efecto, muchos dijeron que se comparan constantemente con las imágenes “perfectas” que se publican en línea. Otra preocupación que expusieron fue la incapacidad para controlar la cantidad de tiempo que pasan en las redes sociales o jugando en línea, y varios adolescentes se refirieron a la necesidad imperiosa de buscar aprobación cuando están conectados a Internet.



Aprendizaje digital: Alain, de 14 años, se conecta a Internet en un centro de refugiados de Rwanda. Las tecnologías digitales están cada vez más entrelazadas con la vida de los niños.

© UNICEF/UNI245119/Kanobana

Muchos adolescentes que participaron en los grupos de debate hablaron sobre la violencia cibernética y las consecuencias perjudiciales de recibir comentarios hirientes en línea. Como dijo una niña en el grupo de debate para jóvenes de 15 a 19 años en China: “Muy pocas personas te dan ánimo... Pero una sola palabra de un hostigador por Internet puede herirte.”

Los participantes en los grupos de debate se refirieron, así mismo, a los beneficios de la tecnología digital para su salud mental. Adolescentes de todo el mundo dijeron que el acceso a Internet les permite conocer ideas innovadoras y distintas clases de amigos; es decir, les ayuda a dejar su “burbuja”.

Por otra parte, numerosos adolescentes manifestaron que compartir sus sentimientos de forma anónima era una excelente estrategia para afrontar los problemas, sobre todo en los lugares donde se suele estigmatizar a la gente. Las niñas tenían más probabilidades de utilizar esta estrategia que los niños, que suelen hacer frente al malestar emocional jugando en línea.

Refiriéndose al hecho de compartir los sentimientos en línea, una niña en el grupo de debate para jóvenes de 15 a 19 años en Jordania dijo: “Cuando no confías en nadie, encuentras a alguien.”

La tecnología digital y su relación con la salud mental

La tecnología digital se está convirtiendo en una parte importante de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial. Puede ser un medio para educar y difundir información, realizar exámenes y diagnósticos, y apoyar el tratamiento y la atención. También puede ser una herramienta para capacitar y supervisar a los profesionales de la salud mental¹¹⁵. Además, puede resultar útil para seguir las tendencias del comportamiento humano y, por lo tanto, para ayudar a formular

intervenciones apropiadas. La tecnología digital representa, así mismo, un apoyo para el personal de los servicios de salud mental a nivel mundial, y contribuye a la equidad al llevar estos servicios a los lugares donde son escasos¹¹⁶.

Las intervenciones digitales en múltiples formatos –como por ejemplo sitios web, juegos, aplicaciones, robótica, realidad virtual y mensajería móvil– se utilizan para brindar asistencia a quienes sufren de trastornos psicosociales y mentales. De acuerdo con un examen sistemático de las intervenciones digitales, es más probable que los jóvenes obtengan resultados positivos cuando el servicio es conveniente, autodirigido y anónimo, cuando los textos son mínimos y cuando tienen la oportunidad de entrar en contacto con sus pares¹¹⁷.

De las intervenciones digitales que están en uso, una de las más prometedoras es EMPOWER, una plataforma de capacitación digital que dirige el Laboratorio Mundial de Salud Mental de Harvard¹¹⁸. El objetivo del programa es crear una fuerza de trabajo global en salud mental y llevar servicios de alta calidad y basados en datos fiables a muchas partes del mundo que los necesitan, pero carecen de ellos.

EMPOWER utiliza tecnología digital para capacitar y orientar en tiempo real a los trabajadores comunitarios de la salud, como las enfermeras, los trabajadores sociales y las parteras. También se vale de plataformas digitales para hacer seguimiento a distancia del impacto de las intervenciones de salud mental.

EMPOWER se puso a prueba en la India junto con una organización ya establecida que presta asistencia a personas con problemas de salud mental, y en 2021 se avanzó en la puesta en marcha del programa en los Estados Unidos. EMPOWER también está preparando materiales sobre la crianza de los hijos, una iniciativa de

suma importancia que contribuirá a sentar las bases de la salud mental de los niños y los jóvenes.

Además de fomentar la capacidad, la tecnología digital se está utilizando para ofrecer tratamiento. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual computarizada puede ser moderadamente eficaz para tratar la depresión y la ansiedad en niños y jóvenes de 10 a 24 años, especialmente cuando se combina con un componente presencial para facilitar la adherencia al tratamiento¹¹⁹.

Un enfoque innovador relacionado con la terapia cognitivo-conductual computarizada son los pensamientos inteligentes, positivos, activos y realistas de SPARX, un videojuego desarrollado en Nueva Zelanda para los jóvenes con síntomas de depresión¹²⁰. La finalidad del juego es devolver el equilibrio cuando priman los pensamientos sombríos, negativos y automáticos. Los jugadores siguen a un avatar a través de un mundo de fantasía y realizan tareas que incorporan habilidades de la terapia cognitivo-conductual computarizada, como la relajación, la regulación emocional y la reestructuración mental de los pensamientos y las suposiciones¹²¹. Un estudio de 2017 que se realizó antes de los exámenes finales de la escuela secundaria y que puso a prueba una versión del programa determinó que SPARX había reducido los síntomas depresivos a corto plazo. Sin embargo, 18 meses después del estudio se comprobó que el efecto no había sido duradero¹²². El videojuego SPARX está financiado por el ministerio de Salud de Nueva Zelanda y se encuentra disponible gratuitamente a lo largo y ancho de este país.

El videojuego SPARX se incluyó en un estudio realizado en 2020, con el propósito de determinar si por medio de las aplicaciones para los teléfonos móviles era posible abordar efectivamente los síntomas depresivos de los estudiantes¹²³.

RECUADRO 17.

El cambio climático y la salud mental

Los jóvenes están a la vanguardia de los llamados dirigidos a tomar medidas urgentes en favor de la acción climática. Greta Thunberg, la joven activista sueca que describe su propio síndrome de Asperger como un súper poder, ha dicho: “Merecemos un futuro seguro. Y exigimos un futuro seguro. ¿Es esto demasiado pedir?”¹²⁴

El cambio climático y, en un sentido más amplio, la degradación del medio ambiente, afectarán profundamente al futuro de los jóvenes. Pero también suscitan preocupación las posibles repercusiones en su salud mental y en su bienestar emocional.

La preocupación por la influencia del cambio climático en la salud mental se debe, por una parte, a que

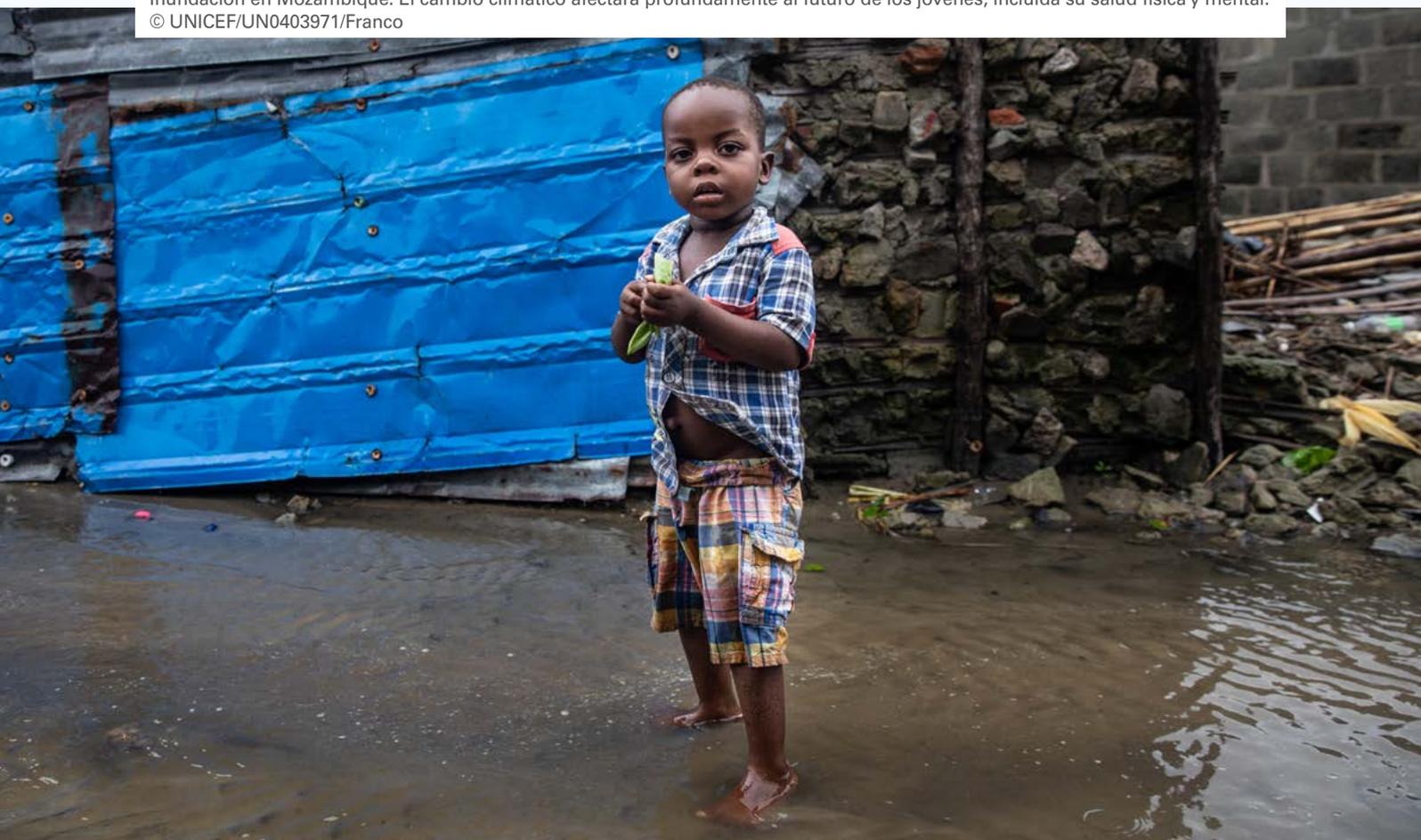
existen numerosas pruebas de que los jóvenes se sienten angustiados ante la perspectiva de vivir en un mundo donde la temperatura está aumentando y el clima es imprevisible¹²⁵. Pero, por otra parte, las amenazas a la salud mental y al bienestar también se derivan de las consecuencias del cambio climático, especialmente los fenómenos meteorológicos extremos –como las inundaciones y las olas de calor–, la creciente inseguridad alimentaria, la inseguridad con respecto al agua y los conflictos. Básicamente, estos peligros exponen a los jóvenes a situaciones que provocan altos niveles de estrés y que menoscaban de forma indirecta su salud física y el bienestar de la comunidad.

Existen otros vínculos entre las

condiciones medioambientales y la salud mental. Por ejemplo, cada vez hay más pruebas de que la contaminación del aire afecta al cerebro en desarrollo de los niños, y de que la exposición en la infancia y la adolescencia a sustancias contaminantes, como los óxidos de nitrógeno –que se suelen encontrar en las calles de los centros urbanos–, se relaciona con trastornos mentales en los últimos años de la adolescencia¹²⁶.

La vida urbana también tiene otros efectos adversos en la salud mental, pues, como se sabe, el acceso a los espacios verdes beneficia la salud mental de los niños y reduce el estrés, sobre todo entre los niños pertenecientes a familias de bajos ingresos¹²⁷.

Inundación en Mozambique: El cambio climático afectará profundamente al futuro de los jóvenes, incluida su salud física y mental.
© UNICEF/UN0403971/Franco



Resiliencia

A partir de la Segunda Guerra Mundial los investigadores han examinado el impacto de las catástrofes en la capacidad de adaptación y recuperación de los seres humanos¹²⁸ y se han preguntado: ¿Por qué algunos niños logran sortear con éxito terribles dificultades mientras que otros no lo logran? y ¿De qué depende que un niño o un joven sea resiliente frente a la adversidad?

La respuesta a estos interrogantes ha evolucionado notablemente en los últimos años y tiene serias implicaciones para la protección y la promoción de la salud mental de los niños y los jóvenes.

Mientras que los investigadores –y los profesionales de la salud mental– se centraban con anterioridad en las características individuales, actualmente consideran que la resiliencia del niño o del joven depende de una compleja combinación de sistemas¹²⁹. Las teorías sobre este proceso varían y los métodos destinados a fomentar la resiliencia siguen en marcha. Sin embargo, las pruebas indican que la resiliencia es fundamental para la salud mental; no es el fin, sino el medio para promover la salud mental¹³⁰.

Definición

En el pasado, las investigaciones sobre la resiliencia se centraban en el individuo; es decir, superar la adversidad era una responsabilidad personal¹³¹. La definición de la resiliencia favorecía el individualismo y la capacidad de recuperación.

En los últimos años, una nueva fase investigativa ha procurado explicar la resiliencia como un proceso que emana de la intersección de múltiples y complejos sistemas que

varían en función del contexto¹³². Algunos de estos sistemas forman parte del mundo del niño y se asocian con las relaciones familiares o con funciones biológicas como la regulación neurobiológica del estrés y el sistema inmunológico¹³³. Otros sistemas pertenecen al mundo que rodea al niño, como los recursos escolares y comunitarios; y otros más corresponden al mundo en general, como por ejemplo los determinantes mundiales en materia social, política y económica¹³⁴.

Pero, en última instancia, las definiciones de la resiliencia han pasado de un enfoque centrado en las características individuales a uno basado en el análisis de los efectos de la cultura, el contexto y los recursos.

En un estudio intercultural sobre la resiliencia que se publicó en 2007, Michael Ungar y sus colegas entrevistaron a 89 jóvenes en 14 lugares de 11 países. El análisis de las entrevistas mostró que la relación entre el estado de la salud mental y la resiliencia depende de factores individuales, relacionales, comunitarios, culturales y contextuales. Los autores concluyeron que la resiliencia exige la capacidad de afrontar y superar siete factores causantes de tensión¹³⁵:

1. Acceso a recursos materiales y satisfacción de las necesidades básicas: Finanzas, educación, atención de la salud, empleo, alimentación, vestido y refugio.
2. Relaciones: Interacciones saludables con los pares, los familiares y los adultos de la comunidad.
3. Identidad: Intención personal y colectiva de alcanzar metas, autoevaluación de las fortalezas

y las debilidades, aspiraciones, creencias –incluidas las de carácter religioso– y valores.

4. Poder y control: Cuidado de uno mismo y de los demás, y capacidad para generar cambios en el propio entorno social y físico.
5. Diferencias culturales: Respeto por las prácticas, los valores y las creencias locales, mundiales y culturales.
6. Justicia social: Búsqueda de la igualdad social y de una función significativa en la comunidad.
7. Solidaridad: Equilibrio entre los intereses personales y la responsabilidad hacia un bien mayor.

Los datos demostraron que aunque los factores de tensión eran mundiales, las personas los afrontaban de diferentes maneras dependiendo del contexto y la cultura¹³⁶. Ninguna forma de afrontarlos era más efectiva que las demás.

En un estudio que se llevó a cabo en 2008, Ungar argumentó que la resiliencia se manifiesta cuando el individuo está expuesto a la adversidad y la definió de este modo:

“La capacidad de la persona para aprovechar los recursos psicológicos, sociales, culturales y físicos que mantienen su bienestar, y su capacidad tanto individual como colectiva para utilizar esos recursos de una manera culturalmente apropiada”¹³⁷.

Factores de protección y promoción

Entender la resiliencia con base en los hallazgos más recientes exige una comprensión actualizada de los factores que protegen a los niños y a los jóvenes contra los riesgos para su salud mental. Así mismo, requiere un conocimiento multidimensional de los procesos y los factores de protección y promoción que aumentan la resiliencia¹³⁸.

Se ha constatado que fortalecer la resiliencia y la salud mental requiere la combinación de numerosos factores¹³⁹. Por ejemplo, en un examen de estudios que se realizaron con jóvenes indígenas en Alaska, Canadá, Groenlandia y Noruega se descubrió que participar en actividades sociales y comunitarias –sobre todo en actividades que promovían la conexión con sus culturas– era beneficioso para la salud mental¹⁴⁰. Al mejorar la autoestima y la autoconfianza, estas actividades tenían un efecto protector de la salud mental.

Estos factores pueden ayudar incluso a los niños cuyas vidas han estado marcadas por las adversidades y los traumas a ser más resilientes. Un estudio efectuado en Haití con niños de la calle reveló que, a pesar de las adversidades, eran capaces de desarrollar estrategias para adquirir resiliencia¹⁴¹. Una de ellas consistió en averiguar cómo podrían acceder al limitado apoyo social que ofrecían algunas organizaciones no gubernamentales y otras instituciones, lo que quizás reforzó su sentido de la autonomía e hizo renacer su esperanza. Además, formaron con otros niños de la calle una red social que, al convertirse en una comunidad, los dotó de una identidad que fortaleció su capacidad de recuperación.

En el Pakistán, un estudio sobre la juventud de la comunidad kalasha –una minoría religiosa, étnica y lingüística– destacó la importancia de las prácticas culturales como fuente de resiliencia ante las presiones, entre ellas los cambios sociales a nivel de la comunidad¹⁴².

Cultivar la resiliencia

Lamentablemente, las investigaciones demuestran que no existen fórmulas mágicas para cultivar la resiliencia, ni una intervención única para todos los casos. La resiliencia se adquiere con el tiempo y a lo largo de la vida. No obstante, conviene tener en cuenta algunos aspectos cruciales que se exponen a continuación.

Responder a las necesidades de los progenitores y los cuidadores, y apoyar su bienestar

Aunque existen numerosas iniciativas tendientes a promover las buenas prácticas de crianza, es vital apoyar a los padres y a las madres, responder a sus necesidades y velar por su bienestar¹⁴³. Como dice la experta en resiliencia Suniya S. Luthar: “Si queremos que un niño funcione bien, debemos cuidar a la persona que cuida al niño”¹⁴⁴.

Apoyar a las escuelas como entornos protectores e inclusivos para el aprendizaje y el desarrollo de los niños

Las escuelas constituyen una base firme para los niños. Cuando son seguras, estimulantes y propicias para el desarrollo, se convierten en entornos de aprendizaje que ofrecen a los niños y a los jóvenes la oportunidad de adquirir resiliencia. Al igual que con los progenitores, si deseamos que las escuelas cumplan una función valiosa desde el punto de vista psicosocial, es imprescindible atender a los educadores que atienden a los niños.

Adoptar un enfoque multisistémico y multidisciplinario hacia la prestación equitativa de servicios que refuercen la resiliencia

Fomentar la resiliencia en los niños y los jóvenes requiere intervenciones que brinden oportunidades educativas, recreativas, sociales y de empleo; que aborden la marginación social, la discriminación racial y la pobreza; y que minimicen los riesgos y maximicen los factores de protección en los entornos cotidianos.

Comprender las intervenciones y adaptarlas a los múltiples y diversos contextos

El conocimiento que tienen los países de bajos y medianos ingresos sobre la manera como se genera la resiliencia va a la zaga del de los países de altos ingresos. Las intervenciones y las evaluaciones de impacto son indispensables en estos contextos, pues permiten reconocer las características de los distintos entornos culturales, que incluyen valores y conceptos sobre la salud mental, las necesidades y los recursos.



Musicoterapia: La música forma parte del apoyo psicosocial que se presta en un campamento de refugiados en Jordania.
© UNICEF/UN0206286/Herwig

SECCIÓN ESPECIAL

El rostro del maltrato

Una niña fue encadenada por sus familiares, que le administran medicamentos por la fuerza; un niño huyó de un orfanato pero lo fuerzan a regresar, lo atan a un somier que no tiene colchón y le inyectan medicamentos; en un tribunal de menores esposan a un joven y lo hacen sentir como un “perro encadenado”¹⁴⁵.

Estos son solo algunos de los muchos rostros del maltrato al que son sometidos los niños y los jóvenes. Aunque hay pocos datos sobre su alcance, las pruebas indican que los malos tratos están muy extendidos y que se producen en los sistemas de justicia penal, los servicios de salud mental, los centros de salud, los hogares, las organizaciones religiosas y los orfanatos, entre otros entornos. Tanto en los países ricos como en los pobres se detiene a los niños y a los jóvenes, se les priva de sus derechos humanos y se les trata de una manera que, en no pocas ocasiones, deteriora su salud mental o agrava problemas mentales existentes.

En estos contextos, la angustia mental puede interpretarse como una consecuencia de los trastornos mentales; sin embargo, suele ser resultado de los malos tratos¹⁴⁶. Por ejemplo, el maltrato y la negligencia de los cuidadores pueden impedir que los niños internados en instituciones establezcan la conexión emocional y el apego que se derivan de la seguridad afectiva. Esta situación puede llevar a los niños a presentar comportamientos autoagresivos como golpearse la cabeza, lo que a su vez puede motivar a las personas encargadas de su cuidado a utilizar

diversas medidas restrictivas¹⁴⁷. En los centros de detención de menores, los métodos de inmovilización y reclusión pueden traumatizar aún más a los niños y a los jóvenes que ya son vulnerables¹⁴⁸, lo que puede atribuirse erróneamente a una enfermedad mental¹⁴⁹. En cualquier entorno, las medidas restrictivas tienen la capacidad de agravar los trastornos psicológicos existentes y de exponer a los niños a un mayor riesgo de suicidio, de contraer enfermedades mentales, de autolesionarse y de sufrir retrasos en su desarrollo¹⁵⁰.

Cuidado institucional

Las instituciones suelen definirse de una manera imprecisa; no obstante, muchas se caracterizan por la separación de un progenitor o un cuidador, la negligencia estructural y la ausencia de un entorno estimulante y propicio para el desarrollo de los niños, todo lo cual suscita serias preocupaciones por la salud mental de los niños confiados a su cuidado¹⁵¹. Aunque las estimaciones varían ampliamente, es probable que al menos 2,7 millones de niños —e incluso hasta 5,4 millones— vivan actualmente en distintas modalidades de atención institucional. En todo el mundo hay pruebas de que una alta proporción de estos niños tienen discapacidades, por ejemplo, del desarrollo y de la salud mental¹⁵².

Existen numerosas denuncias sobre los abusos que sufren los niños confiados al cuidado de instituciones.

En Serbia, un relator especial de las Naciones Unidas informó sobre “la falta de supervisión y de normas aplicables en relación con el uso de medidas de restricción física”¹⁵³. En un orfanato de Ucrania, Disability Rights International, una organización no gubernamental, entrevistó a un niño que dijo: “Después de que me escapé y me trajeron de regreso, me desvistieron, me colocaron en una cama de metal sin colchón, me ataron a esa cama y me pusieron inyecciones de drogas psicotrópicas”¹⁵⁴. En Guatemala, esta organización no gubernamental informó que en una institución privada “ataban a sillas a todos los niños con discapacidad, sin importar su grado de movilidad o la discapacidad que tenían”. En otra institución, cuatro adolescentes estaban tumbados en colchonetas con las manos atadas en la espalda¹⁵⁵.

El panorama también es preocupante en el caso de los niños y los jóvenes privados de la libertad a causa de su situación migratoria, como parte de los procedimientos de la justicia penal, o debido a problemas familiares o de salud¹⁵⁶. La privación de la libertad también puede producir trastornos mentales o agravar los que ya existen¹⁵⁷.

Centrarse en las instituciones es solo una parte de la historia, ya que también hay abundantes pruebas de maltrato en los hogares, los campamentos de oración y las instituciones religiosas. En Indonesia, por ejemplo, se estima que alrededor del 14% de las personas con problemas graves de salud mental han sido encadenadas¹⁵⁸. Con frecuencia se deja a estas personas

sin un alojamiento adecuado, sin agua y sin alimentos, además de que no se tienen en cuenta sus necesidades en materia de higiene y seguridad¹⁵⁹.

En los países con pocas opciones para la atención de los niños con las enfermedades mentales más graves, las familias recurren a menudo a instituciones religiosas que reflejan sus creencias y las supersticiones locales. Como se ha visto, los malos tratos no son inusuales. En campamentos de oración en Ghana, Juan Méndez, ex Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura, vio a niños y a adultos con discapacidad mental y neurológica encadenados al piso, a paredes o a árboles, y obligados a ayunar durante períodos prolongados supuestamente para disuadirlos de escapar o de comportarse agresivamente¹⁶⁰.

Las causas de este maltrato son complejas y no solo evidencian las atroces repercusiones del estigma, sino también la dura realidad de las familias que, en la mayoría de los países, no pueden acceder a los servicios de salud mental.

Servicios de salud mental

Existen verdaderos motivos de preocupación por el trato que reciben los niños y los jóvenes incluso en los países que cuentan con servicios formales de salud mental. En efecto, hay abundantes pruebas del uso continuo de medidas coercitivas y restrictivas

en los servicios de atención de la salud mental¹⁶¹. En estos servicios se recurre con frecuencia a una excesiva medicalización para los problemas de salud mental y a un método descendente con respecto al tratamiento, que no toma en consideración la responsabilidad de las personas en su propia recuperación. En esos servicios de salud mental se perpetúa muy a menudo el estereotipo de que quienes sufren de enfermedades mentales son peligrosos. Pero como han señalado los defensores de los derechos humanos Dainius Pūras y Julia Hannah: "Las personas con discapacidad psicosocial tienen más probabilidades de ser víctimas de la violencia que responsables de ella".

Lo que se puede hacer

El trato que se da en todo el mundo a los niños y los jóvenes que padecen enfermedades mentales requiere un profundo cambio cultural. Estos niños y jóvenes no deben ser tratados solo como pacientes sino como personas con derechos; personas que, de acuerdo con sus capacidades en evolución, pueden desempeñar un papel activo en su propio cuidado tomando decisiones directamente o con apoyo. Es de suma importancia que se dicten leyes basadas en los derechos de las personas con enfermedades mentales. Del mismo modo, son esenciales la comunicación, la promoción y la colaboración con los dirigentes comunitarios, incluidos los curanderos religiosos¹⁶².

Lamentablemente, hasta la fecha pocos países han establecido marcos para el cumplimiento de estos objetivos y de los objetivos enunciados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁶³.

El cambio es posible

En numerosos países se está avanzando en la lucha contra la discriminación y la vulneración de los derechos fundamentales que se registran frecuentemente en los entornos de salud mental. Hoy en día existen buenas prácticas en centros comunitarios de salud mental, en servicios de respuesta a las crisis, en hospitales y en otros entornos del mundo entero.

Por ejemplo, los Centros de Atención Psicosocial de Brasilândia, un barrio de São Paulo, Brasil, son centros comunitarios de salud mental que reemplazan a los hospitales psiquiátricos. Con un enfoque basado en los principios de libertad y desinstitucionalización, llevan a cabo intervenciones en casos de crisis y ofrecen constante atención y apoyo a quienes sufren de trastornos mentales. Algunos están adaptados a las necesidades de los niños y los adolescentes.

Lamentablemente, el éxito no siempre ha sido duradero. Las intervenciones basadas en la comunidad exigen modificar significativamente las actitudes y las prácticas. En los lugares del mundo que cuentan con pocos recursos, lograr estos cambios no será fácil.



Capítulo 5

QUÉ SE ESTÁ HACIENDO

La buena noticia es que se están tomando medidas basadas en pruebas para promover y proteger la salud mental y la atención a los niños y jóvenes más necesitados. Ya hay iniciativas incipientes destinadas a recopilar datos e investigaciones para que esta labor sea cada vez más eficaz y eficiente. La mala noticia es que queda muchísimo por hacer.

En todo el mundo, los niños y los jóvenes se enfrentan a riesgos que ponen en peligro su salud mental. En algunos casos estos riesgos se encuentran en **el mundo de la infancia** en los hogares, las relaciones, las escuelas y las comunidades—; otras veces, en cambio, los riesgos más graves provienen **del mundo en su conjunto**, de determinantes sociales como la pobreza, los conflictos y los desastres.

Aunque es preciso hacer mucho más, se están llevando a cabo iniciativas muy importantes para cambiar la situación de la salud mental de los niños y los jóvenes. Algunas iniciativas exitosas, centradas en los riesgos que provienen **del mundo de la infancia**, consisten en asistir a los padres y los cuidadores en la tarea de proveer unos cimientos de apoyo para los niños y los adolescentes. Otras intervenciones surgen del **mundo en torno a la infancia**, como, por ejemplo, las intervenciones de ámbito escolar.

Sin embargo, también **el mundo en su conjunto** influye en la salud mental de los niños y los jóvenes.



Cuidar como pareja: Los cuidados cariñosos de este padre en la República Dominicana apoyarán la salud mental de su hijo.
© UNICEF/UN0505385/Cury

Para encarar este tipo de cuestiones se requiere realizar cambios importantes en los sectores

sociales y resolver problemas como la pobreza, la discriminación, la exclusión y los conflictos.

Iniciativas de ámbito mundial y nacional

Durante la última década, defensores de la salud mental de todo el mundo se han unido para promover iniciativas que contribuyen a crear conciencia y que abordan el problema de la salud mental de los niños y los jóvenes. Algunas de estas iniciativas fueron obra de investigadores y especialistas, otras provenían de organizaciones internacionales, y otras, por último, las dirigían las comunidades, las familias y los jóvenes¹.

Iniciativas de ámbito mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado importantes aportaciones en las últimas décadas, entre las que cabe destacar el “Plan de acción integral de salud mental de la OMS”. Este plan, establecido en 2013, presenta cuatro objetivos —con sus respectivas metas e indicadores— que sirven para orientar a los países, a saber: liderazgo y gobernanza eficaces; prestación completa e integrada de servicios en las comunidades; estrategias

de aplicación para la promoción y la prevención; fortalecimiento de los sistemas informáticos, las pruebas y la investigación². En 2019, el “Plan de acción integral de salud mental” se amplió hasta 2030 al objeto de alinearlos con el calendario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible³.

Además, la OMS ha publicado una guía sobre intervenciones para prevenir y tratar los principales trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, como la depresión, el suicidio y los trastornos

En algunos de los países más pobres del mundo, los gobiernos gastan menos de 1 dólar por persona en el tratamiento de la salud mental.

determinantes sociales de la salud mental, como la violencia, la discriminación, la pobreza y la exclusión⁵.

La salud mental de los adolescentes también ha generado actuaciones a nivel mundial.

En 2016, la OMS publicó la guía *“Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!)”*: *Orientación para la aplicación en los países*, con el propósito de ofrecer a los gobiernos nacionales un enfoque para abordar de manera específica los riesgos que afectan a la salud de los adolescentes, en especial los riesgos para su salud mental⁶. Y en 2020, la OMS publicó la primera guía de la iniciativa *“Ayudar a los adolescentes a prosperar”*, cuyo fin es ofrecer materiales programáticos que apoyen la salud mental de los adolescentes⁷. En 2021, UNICEF y la OMS añadieron un *“Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar”*, que ofrece orientación sobre el tratamiento de la salud mental en los sectores de salud, servicios sociales, educación y justicia⁸. También se publicó un cómic para los profesores que trabajan con adolescentes de entre 10 y 14 años⁹.

Fuera del sector de la sanidad se trabaja para dar solución a los riesgos que afectan a la salud mental.

Por ejemplo, UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial pusieron en marcha el marco de *“Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia”* (véase el capítulo 2) con la finalidad de tratar los problemas que afectan al desarrollo en la primera infancia¹⁰. Este marco ha servido también como guía en la promoción de iniciativas de salud mental para los progenitores, los cuidadores y los niños. Además, UNICEF ha brindado orientación sobre crianza a los progenitores con hijos adolescentes y ha organizado iniciativas de apoyo a los cuidadores.

Iniciativas nacionales

A pesar de los numerosos y esperanzadores esfuerzos que se realizan a nivel mundial, las respuestas de los países a los problemas de salud mental que aquejan a los niños y los jóvenes siguen siendo desiguales y poco equitativas. En los países ricos, los niños y los jóvenes tienen más probabilidades de beneficiarse de intervenciones para tratar los problemas de salud mental que en los países pobres, donde viven las poblaciones más extensas de niños y jóvenes. Incluso en los países donde existen políticas y programas, su aplicación puede ser irregular, y los programas –cuando los hay– siguen siendo poco equitativos, tienen un alcance limitado, carecen de base empírica y se aplican de manera ineficaz. Existen importantes deficiencias no sólo en lo que concierne a políticas y programas, sino también en cuanto a los datos y la investigación que se precisan para formular respuestas integrales y eficaces.

Un análisis practicado para UNICEF sobre los datos obtenidos del proyecto de la OMS *“Salud mental en el desarrollo”* (MIND por sus siglas en inglés) –una base de datos digital sobre recursos nacionales e internacionales– mostraba que la mayoría de los países carecen de políticas referidas en particular a la salud mental de

de la conducta⁴. El propósito del *“Programa de acción para superar las brechas en salud mental”* es aumentar los recursos financieros y humanos que se destinan a la salud mental y ofrecer orientación sobre las intervenciones que permiten llegar a más personas. Las intervenciones que este programa propone se pueden adaptar a contextos nacionales y locales, especialmente en países de ingresos medianos y bajos.

La OMS ha centrado también sus esfuerzos en abordar los principales determinantes sociales de la salud mental, así como en combatir las violaciones de derechos humanos relacionadas con los servicios de salud mental. En 2021, la OMS publicó una serie de materiales de orientación para los países sobre la prestación en el ámbito comunitario de unos servicios de salud mental centrados en las personas, que aborden las cuestiones de derechos humanos y los principales

los niños y los adolescentes; en el mejor de los casos cuentan con unas directrices genéricas. Por otra parte, la información contenida en la base de datos no permite determinar con claridad qué programas de tratamiento, prevención y promoción se han aplicado realmente y cuáles responden con éxito a las necesidades de los niños y los jóvenes.

Según el *Atlas de Salud Mental* de la OMS para 2020, el 68% de los Estados Miembros de la OMS declararon tener en funcionamiento a nivel nacional al menos dos programas multisectoriales de promoción y prevención en materia de salud mental¹¹. De los 420 programas de prevención y promoción declarados por 148 países, un 18% consistían en informar sobre la salud mental o en reducir la estigmatización, el 17% eran programas de ámbito escolar, y el 15% eran programas relacionados con el suicidio. Otras categorías eran, por ejemplo, el desarrollo en la primera infancia, la salud mental materna o del progenitor, la salud mental relacionada con el trabajo y la salud mental y el apoyo psicosocial como parte de la preparación para casos de desastre y de la reducción del riesgo de desastres.

También se constataron deficiencias en la recopilación de datos. Únicamente el 31% de los Estados Miembros compilaban los datos sobre salud mental procedentes del sector público, y solo el 40% compilaban datos sobre salud mental como parte de sus estadísticas sobre la salud en general.

El Atlas de Salud Mental de 2020 no se centraba de manera específica en los niños y los adolescentes, pero cuando lo hacía, el panorama general que revelaba era sombrío. El atlas mostraba que sólo el 53% de los 90 países que habían respondido a las preguntas planteadas por la OMS disponían de un plan o una estrategia con relación a la salud mental de los niños o los

adolescentes. En los países que habían respondido, el promedio de centros de hospitalización para niños y adolescentes era inferior a 0,5 por cada 100.000 habitantes y había menos de 2 centros ambulatorios por cada 100.000 habitantes. Además, el número de psiquiatras especializados en el tratamiento de niños y adolescentes era inferior a 0,1 por cada 100.000 habitantes en todos los países a excepción de los países de ingresos altos, donde la proporción era de 5,5 especialistas por cada 100.000 habitantes.

Inversión

También hay enormes diferencias entre las necesidades en materia de salud mental y la financiación que se destina a este sector.

Aunque la falta de respuesta por parte de muchos países de ingresos bajos ha dificultado la recopilación de datos recientes, la OMS indica que en algunos de los países más pobres del mundo, los gobiernos gastan menos de 1 dólar por persona en el tratamiento de la salud mental. En los países de renta media-alta, este gasto es de aproximadamente 3 dólares por persona.

Según el Atlas de Salud Mental de 2020, el promedio mundial del gasto público dedicado a salud mental representaba el 2,1% del promedio de gasto público en salud general (cifra basada en datos correspondientes a 2018). A pesar de que pocos países de ingresos bajos y medianos bajos aportaron los datos solicitados, la variación que se observaba era enorme: en los países de ingresos bajos, el promedio del gasto público en salud mental per cápita era de 0,08 dólares; en los países de ingresos medianos bajos, de 0,37 dólares; en los países de ingresos medianos altos, de 3,29 dólares; y en los países de ingresos altos, de 52,73 dólares.

El atlas de 2020 indicaba que sobre todo en los países pobres, las personas y las familias tenían

que asumir la carga financiera de la atención a la salud mental. En el 85% de los países del mundo, las personas están totalmente aseguradas o pagan al menos el 20% del coste de los servicios de salud mental. No obstante, los pagos del bolsillo del usuario eran más elevados en África, donde el 41% de las personas costean la mayor parte o la totalidad de los servicios de salud mental de su bolsillo. En cambio en Europa, donde casi todas las personas (el 98%) estaban aseguradas por todos los costes, los gastos del bolsillo del usuario llegaban al 20%.

En los países de ingresos medios-bajos y medios-altos, más del 70% del gasto público dedicado a salud mental se destinaba a hospitales psiquiátricos, en comparación con menos del 40% en los países de países de ingresos altos.

También es escasa la asistencia internacional para el desarrollo que se destina a la salud mental. El importe destinado a la salud mental desde 2006 hasta 2016 fue muy inferior al 1% de la asistencia para el desarrollo que se destinó a la salud en general¹². Y aún más escasa es la asistencia para el desarrollo que se destina a los niños y los adolescentes en los países en desarrollo. En efecto, un estudio practicado en 2018 revelaba que entre 2007 y 2015 se habían destinado 190,3 millones de dólares de asistencia para el desarrollo a la salud mental de los niños y los adolescentes, cifra que representa aproximadamente el 0,1% de la asistencia destinada a la salud general¹³. Si bien los porcentajes fluctuaban a lo largo de ese período, la asistencia destinada a la salud mental de los niños y los adolescentes en 2007 constituía el 10% de toda la asistencia dedicada a la salud mental, aunque aumentó a un 14% en 2015. Además, la mayor parte de la asistencia internacional para el desarrollo se centraba en llegar a los niños y adolescentes de contextos humanitarios.

RECUADRO 18.

Obstáculos

Tal como muestra el estudio realizado para UNICEF, los convenios internacionales, las agendas de desarrollo y las diversas intervenciones no han llegado a establecer un enfoque integral para la promoción, la protección y el tratamiento de la salud mental de los niños y los jóvenes a nivel mundial. Importantes obstáculos han frenado en parte este progreso. Estos son cinco de los más graves y destructivos:

El estigma: El estigma que se asocia con los trastornos mentales es una de las trabas más comunes a la promoción y la protección de la salud mental y al tratamiento de las enfermedades. El estigma, y la discriminación que lo acompaña, impiden a los niños, los jóvenes y los cuidadores buscar tratamiento y participar de lleno en sus familias, sus escuelas y sus comunidades; les impide vivir la vida plenamente. El estigma, intencionado o no, fomenta ideas erróneas sobre la salud mental y supone un obstáculo a la investigación, a la financiación y al compromiso para abordar las necesidades de salud mental de los niños y los jóvenes. Además, entorpece los esfuerzos que buscan comprender a fondo el mundo emocional y psicosocial del niño y el adolescente. En algunos casos, el estigma puede ocasionar graves violaciones de los derechos de los niños y los jóvenes con discapacidades psicosociales.

La falta de coordinación entre los sectores: Todo planteamiento de los trastornos de salud mental que busque el remedio en un único sector entraña dificultades importantes. Para abordar las complejas necesidades que se

presentan a lo largo de todo el ciclo de salud mental y en el transcurso de la vida, se precisa la coordinación entre diversos sectores como la salud, la educación, el desarrollo de la primera infancia, la protección de la infancia y la protección social.

Recursos financieros inadecuados:

La atención de las necesidades de salud mental recibe sólo una pequeña parte del gasto público y de la ayuda internacional para el desarrollo. Esta situación debe cambiar. La mayoría de los niños y los jóvenes sufrirán en algún momento de su vida un problema de salud mental que precise servicios de promoción y protección; algunos padecerán trastornos que requieran tratamiento.

Recursos humanos inadecuados:

Los recursos humanos que se dedican a la salud mental son, en su mayor parte, inadecuados. Si es que existen, se destinan mayoritariamente a tratar los trastornos mentales, y en consecuencia los servicios de promoción y protección se desatienden. Es fundamental que haya más especialistas en salud mental; pero a la vez es preciso aumentar los conocimientos generales sobre la salud mental en diversos ámbitos profesionales, con el fin de ofrecer servicios de promoción y protección, tan importantes.

Violaciones de los derechos

humanos: Los niños y jóvenes que utilizan los servicios de salud mental son demasiado a menudo objeto de discriminación, prejuicios, abusos, exclusión social y marginación. En algunos casos, los niños son objeto de internamiento ilegal o arbitrario y

de una medicalización excesiva, sin ningún respeto de su autonomía, su voluntad y sus preferencias¹⁴. Para poder instaurar el tipo de servicios de salud mental que reclama el Consejo de Derechos Humanos –unos servicios comunitarios centrados en las personas, que no deriven en una medicalización excesiva ni en un tratamiento inadecuado– es fundamental superar las actitudes y las prácticas que marginan la salud mental y discriminan a las personas con discapacidades psicosociales.

Marcar la diferencia

Pese a las importantes deficiencias, se han puesto en marcha y ensayado políticas y programas con base empírica para promover, proteger y tratar la salud mental de los niños y los jóvenes más vulnerables. Muchas de estas iniciativas se integran en las respuestas establecidas de crianza, educación, protección social, atención a la salud y asistencia humanitaria; y muchas de ellas pueden que trasciendan los límites habituales y abarquen múltiples sectores.

Crianza de los hijos

Los cuidadores configuran el mundo del niño a lo largo de las dos primeras décadas de la vida; le aportan una fuente de apego saludable y actúan como un amortiguador frente a los traumas que pueden provocar estrés tóxico¹⁵. Pero para desempeñar este papel fundamental, muchos cuidadores necesitan el apoyo que brindan los programas de crianza.

Siguiendo las recomendaciones del “Marco para el cuidado cariñoso y sensible”, muchos programas de crianza instruyen a los cuidadores sobre cómo ofrecer una nutrición completa al niño, mantener con él una relación receptiva y compartir actividades interactivas de estimulación y aprendizaje en el hogar. Pero gradualmente los programas han comenzado a centrarse en brindar a los cuidadores la ayuda que necesitan para atender a los niños y los adolescentes.

Los análisis realizados indican que estos programas de crianza ayudan a profundizar los vínculos entre el cuidador y el niño, combaten las prácticas de crianza severas y mejoran el desarrollo cognitivo del niño¹⁶. Por ejemplo, uno de los análisis mostraba que el 88% de las intervenciones aplicadas en países de ingresos medianos bajos habían producido resultados positivos, sobre todo en lo

relativo al comportamiento parental, al funcionamiento de la familia y a la salud mental de los niños y los jóvenes¹⁷. Además, los programas de crianza han contado con la participación activa de trabajadores no especializados y de profesionales capacitados procedentes de esferas complementarias, lo que ha sido fundamental para su ampliación en entornos de bajos ingresos¹⁸.

Crianza para una salud de por vida

Aunque muchos de los programas de crianza que se apoyan en una base empírica más amplia provienen de países de ingresos altos, también en los países de ingresos medianos bajos se están aplicando iniciativas dignas de mención¹⁹. Por ejemplo, el programa *Parenting for Lifelong Health* o (PLH, por sus siglas en inglés) (Crianza para una salud de por vida) propone un conjunto de programas de crianza con base empírica, rentables y de ámbito doméstico que se pueden impartir por medio de trabajadores locales no especializados²⁰.

El programa PLH se puso en marcha oficialmente en 2013, fruto de la colaboración entre diversos aliados, como la OMS y UNICEF. Este programa incluye cuatro módulos de interacciones adaptadas para las distintas edades y basadas en la práctica, que versan sobre aspectos del desarrollo infantil como el apego, el desarrollo cognitivo, la gestión del comportamiento, el aprendizaje social y la resolución de problemas²¹.

La eficacia del programa PLH se ensayó con cuatro grupos de edad, y se registraron resultados satisfactorios en el nivel de atención del niño, en su desarrollo socioemocional y en la sensibilidad del cuidador²². Estas intervenciones también han dado origen a una reducción en los problemas de conducta y las prácticas severas

de crianza; y algunas incluso han contribuido a un descenso en la incidencia de trastornos mentales entre los cuidadores.

En lo que se refiere a los adolescentes, aunque estas intervenciones no han hecho que mejoren sus resultados en materia de salud mental, sí han logrado disminuir la violencia en el ámbito familiar, la incidencia de la depresión entre los cuidadores y el consumo de drogas y alcohol. También han propiciado mejoras en la economía familiar²³.

El programa PLH se inició en Sudáfrica, pero hay en curso planes de ampliación con los que se pretende llegar a más de 500.000 familias para finales de 2022; en ellos participan más de 25 países de ingresos medianos bajos de África Subsahariana, Europa Oriental, Asia Meridional y Suroriental y el Caribe²⁴.

Cuidado para el desarrollo infantil

El programa “Cuidado para el desarrollo infantil” (CCD, por sus siglas en inglés), una importantísima intervención sobre el desarrollo en la primera infancia, ha marcado la pauta para otros programas de crianza con base empírica. El CCD se puso en marcha en la década de 1990 con el fin de promover el aprendizaje temprano y el cuidado receptivo, dos pilares básicos del marco para el cuidado cariñoso y sensible²⁵.

En general, las intervenciones de CCD están integradas en los servicios de educación, salud y protección social y se imparten en el hogar o en clínicas comunitarias, casi siempre por trabajadores de la salud capacitados del ámbito local²⁶. Estas intervenciones enseñan a los cuidadores a emplear artículos domésticos o juguetes caseros para estimular las habilidades motoras, sociales, cognitivas y lingüísticas de los niños, de modo



Asesor de pares: En Bangladesh, Sharmin, de 18 años, a la izquierda, comparte con su madre, Minu Alam, los conocimientos de los Servicios de Salud Amigos de los Adolescentes.
© UNICEF/UN0471566/Akhter VII Photo

que aprenden a aprovechar el esparcimiento para fortalecer sus habilidades parentales²⁷.

Este programa se ha adaptado y aplicado en al menos 23 países. Las evaluaciones realizadas revelaron mejoras en las prácticas de crianza, así como en la interacción entre los cuidadores y los niños. El programa CCD ha dado lugar, asimismo, a una mejora en el desarrollo cognitivo, lingüístico y motor de los niños²⁸. Un ensayo aleatorio practicado en Pakistán mostraba que los niños participantes en el programa CCD presentaban mejores habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y socioemocionales –incluso hasta cuatro años después de aplicarse la intervención– que los restantes niños evaluados²⁹.

Gradualmente, los programas han comenzado a centrarse en brindar a los cuidadores la ayuda que necesitan para atender a los niños y los adolescentes.

Educación

Los niños crecen y su entorno se va expandiendo al mundo que les rodea. A medida que esto ocurre, la escuela, los profesores y los compañeros devienen las principales fuentes de aprendizaje y socialización, que influyen por ende en su conducta y en su desarrollo moral y emocional.

Las escuelas pueden ser –y lo son con frecuencia– entornos saludables e inclusivos donde los niños aprenden destrezas fundamentales que favorecen su bienestar y los preparan para el futuro³⁰. Pero las escuelas también son lugares donde los

niños viven el acoso, el racismo, la discriminación y la presión de grupo, y donde sufren estrés por causa del rendimiento académico. Así pues, los entornos de aprendizaje constituyen plataformas fundamentales para aplicar intervenciones rentables y aceptables culturalmente, que pueden fomentar la inclusión y promover y proteger la salud mental³¹. Además, las intervenciones escolares permiten llegar a los niños y jóvenes más necesitados de atención, aquellos que de otro modo quizás no tengan acceso a los servicios de salud mental³².

En las últimas décadas se han impuesto como eje de numerosas iniciativas los marcos de aprendizaje social y emocional (SEL, por sus siglas en inglés), que ofrecen un enfoque eficaz para promover y proteger la salud mental^(33,34). Los enfoques sistémicos de SEL comprenden intervenciones que responden a las necesidades evolutivas y culturales de los niños, los jóvenes, las familias y las comunidades³⁵. Ejecutadas correctamente, estas iniciativas de SEL universales pueden dotar a los niños y los jóvenes de competencias esenciales cognitivas, conductuales y emocionales que les ayudan a prosperar en los estudios, a gestionar las dificultades de la vida y a mantener una interacción positiva con los demás³⁶.

Las evaluaciones practicadas en torno a los programas de SEL han revelado resultados académicos, sociales y conductuales positivos³⁷. Los enfoques de SEL, que incluyen intervenciones dirigidas a la escuela en su conjunto combinadas con intervenciones específicas para los niños y jóvenes en situación de riesgo, han demostrado ser especialmente eficaces³⁸. Por ejemplo, un programa dirigido al conjunto de la escuela podría incluir iniciativas como clubes de chicas, espacios verdes o alianzas de género u orientación sexual, que se combinan con intervenciones destinadas específicamente a tratar riesgos para la salud mental

como el tabaquismo, el acoso y el embarazo en la adolescencia³⁹. No obstante, los estudios revelan que, con independencia de cuál sea el planteamiento, para que resulte exitoso se necesitan recursos, una aplicación de calidad y el apoyo de los profesores, las familias, las escuelas y las comunidades⁴⁰.

SEHER

El programa SEHER (Fortalecer la base de pruebas sobre las intervenciones para promover la salud de los adolescentes) aplicado en Bihar, India, es un ejemplo de programa de componentes múltiples para promover la salud mental en el conjunto de la escuela, ensayado y aplicado a gran escala. Este programa comprende actividades dirigidas a todos los alumnos, y a la vez ofrece asesoramiento individualizado a los estudiantes que lo necesitan. Se aplica conjuntamente con un programa de formación práctica para la vida que está integrado en los planes de estudio⁴¹.

Las evaluaciones practicadas mostraron que el éxito del programa se debía a que había generado una atmósfera escolar positiva, basada en las relaciones sólidas y enriquecedoras entre profesores y alumnos, que fomentaba el sentido de pertenencia entre los estudiantes⁴². El resultado fue un descenso en los índices de depresión y en los casos de acoso escolar y violencia. Es interesante mencionar que cuando la intervención la impartía un consejero, el programa SEHER lograba mejorar la actitud de los estudiantes acerca de cuestiones como la igualdad entre los géneros, la depresión, el acoso y la violencia, y en cambio, el efecto era escaso cuando la intervención la impartían los profesores⁴³.

Acción positiva

Al igual que SEHER, el programa "Acción positiva" se considera un modelo de intervención de salud mental para toda la escuela, basada

en una investigación sólida⁴⁴. Esta iniciativa, que lleva en funcionamiento desde 1977 y se ha aplicado en más de 16.000 escuelas –principalmente de Estados Unidos–, ha demostrado ser una intervención eficaz y rentable⁴⁵.

El programa "Acción positiva", inspirado en la psicología positiva, anima a los niños y adolescentes a cultivar pensamientos positivos que deriven en comportamientos positivos y generen sentimientos de autoestima. Las intervenciones están adaptadas para los distintos grupos de edad de los niños, comenzando por los 5 años hasta los 18⁴⁶.

Los entornos de aprendizaje constituyen plataformas fundamentales para aplicar intervenciones rentables y aceptables culturalmente, que pueden fomentar la inclusión y promover y proteger la salud mental.

En las evaluaciones practicadas en torno a los programas de "Acción positiva" se constataban mejoras en el comportamiento y en el rendimiento académico de los alumnos⁴⁷. Por ejemplo, un estudio referido a 1.170 estudiantes de entre 8 y 14 años de edad de 14 escuelas de bajos ingresos de Chicago mostraba pequeños –aunque significativos– descensos en la incidencia de conductas perturbadoras y en los casos de violencia, acoso escolar, depresión y ansiedad a lo largo de

un periodo de seis años. El estudio indicaba también que los estudiantes se sentían más satisfechos con la vida, que su rendimiento académico había mejorado y que el consumo de sustancias había disminuido⁴⁸. Asimismo, los estudios mostraban que cuanto más acceso tenían los estudiantes a los programas de Acción Positiva, mejores eran los resultados obtenidos⁴⁹.

Protección social

Para tratar las repercusiones del mundo en su conjunto sobre la salud mental es necesario abordar algunos de los determinantes sociales que afectan a la vida de los niños y los jóvenes. Las intervenciones de protección social, aunque no se centran necesariamente en la salud mental, han provisto cauces importantísimos para tratar los factores de riesgo asociados con la pobreza⁵⁰.

En general, el propósito de las intervenciones de protección social es prevenir la pobreza en la infancia, proteger a los niños de sus efectos y promover oportunidades económicas que puedan contrarrestar los desequilibrios de poder que perpetúan la pobreza y la vulnerabilidad⁵¹. A menudo estas intervenciones se integran en los sectores de la salud y la educación, e incluyen mecanismos tales como las transferencias de efectivo, los créditos fiscales, los seguros sociales, los servicios sociales y las ayudas al empleo.

Los programas de transferencias de efectivo, en particular, pueden influir indirectamente en la salud mental de los niños y los adolescentes al aumentar la participación en la escuela, la seguridad alimentaria y el acceso a la atención sanitaria y a los servicios sociales. Las transferencias de efectivo han dado lugar también a una reducción de riesgos habituales para la salud mental como la mala salud física y la violencia en la

pareja⁵². Y en el caso de los niños más pequeños, las transferencias de efectivo han tenido un efecto positivo en su desarrollo cognitivo y conductual⁵³.

También pueden darse repercusiones directas. Por ejemplo, una investigación reciente demostró que los programas de transferencias monetarias condicionadas habían logrado reducir la tasa de suicidio en Indonesia en un 18%, y entre un 3,4% y un 7,9% en el Brasil; el efecto era especialmente notable entre las mujeres⁵⁴. En Malawi, las transferencias monetarias no condicionadas se asociaban con una disminución del 15% en la incidencia de síntomas de depresión entre los jóvenes de 15 a 22 años; estos resultados también eran más acusados entre las mujeres⁵⁵.

Ujana Salama

Los programas de protección social se aplican cada vez más en combinación con los servicios sociales⁵⁶. En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, la iniciativa Ujana Salama (Juventud Segura) combinaba un programa de transferencias de efectivo para adolescentes de entre 14 a 19 años con servicios de subsidio, salud, formación presencial y capacitación. La evaluación practicada reveló que este programa había dado lugar a una reducción en los síntomas de depresión. Al cabo de un año, los adolescentes de ambos sexos presentaban una salud mental y una autoestima más positivas y mostraban tener conocimientos más precisos sobre la salud sexual y reproductiva y el VIH. Las evaluaciones del programa apuntaban asimismo a una disminución de los casos de violencia sexual y a un aumento de la asistencia a la escuela entre las niñas⁵⁷.

“Puentes” y “Puentes y más”

En Uganda, la aplicación de una serie de intervenciones económicas que incluían también formación práctica sobre finanzas dio lugar a mejoras en

la salud física y mental, la estabilidad financiera y la seguridad alimentaria de jóvenes adolescentes que habían quedado huérfanos a consecuencia del VIH/SIDA⁵⁸.

Estos programas, conocidos como “Puentes” y “Puentes y más”, consistían en ofrecer incentivos de ahorro que podían emplearse para recibir formación, acceder a talleres de alfabetización financiera o participar en iniciativas de adiestramiento entre pares. Los programas iban dirigidos a adolescentes de quinto o sexto y tenían una duración de aproximadamente dos años.

Un estudio practicado acerca de 1.383 adolescentes participantes en los programas indicaba –según la autovaloración de los propios jóvenes– que “Puentes” y “Puentes y más” habían contribuido a mejorar su salud mental. Inmediatamente después de la intervención se constató que ambos programas habían hecho disminuir los síntomas de depresión y desesperanza. Los adolescentes participantes en “Puentes y más” – que ofrecía incentivos de ahorro más elevados– parecían ser capaces de mantener un estado de ánimo positivo durante más tiempo.

Las intervenciones de protección social, aunque no se centran necesariamente en la salud mental, han provisto cauces importantísimos para tratar los factores de riesgo asociados con la pobreza.

ESTUDIO DE CASO

España

El viaje a la salud mental: un enfoque para la atención de la salud mental de los jóvenes migrantes que tiene en cuenta el factor cultural

Según el Dr. Francisco Collazos, los migrantes y los jóvenes y niños migrantes no acompañados con los que trabaja como psiquiatra necesitan mucho más que un diagnóstico, y facilitarles una respuesta psiquiátrica no es suficiente para promover y proteger su salud mental.

“Nuestro compromiso nos obliga a buscar alternativas equitativas que tengan en cuenta la diversidad cultural y se adapten a las necesidades particulares de cada grupo de la población al que atendemos”, afirmó Collazos, psiquiatra y fundador del Programa de Salud Mental Transcultural para Niños Migrantes No Acompañados y Jóvenes Migrantes del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona. “El compromiso con la competencia cultural debe ser el principio que nos guíe”.

La competencia cultural es el principio que rige el Programa de Salud Mental Transcultural, dirigido a los niños y la gente joven. Algunos de ellos se encuentran en el sistema español de protección de la infancia, mientras que otros viven en la calle. Las circunstancias y las experiencias vitales de muchos de ellos son complicadas y difíciles.

Tal y como cuenta el Dr. Collazos, muchos niños y jóvenes ya tenían dificultades antes de emprender sus viajes migratorios, como la marginación en el país de origen y la violencia en el hogar, ya fuera violencia física, abuso o abandono. Otros también habían sido víctimas de la violencia y otras adversidades durante el viaje.

Al llegar a su destino, su condición de migrantes en España les produce ansiedad y frustración. Algunos sufren a causa de la presión de las expectativas de sus familias y la

dificultad para encontrar empleo y enviar dinero a su país de origen. Otros luchan contra el abuso de sustancias.

Además, los niños y los jóvenes migrantes suelen enfrentarse a la exclusión social y a la difícil tarea de adaptarse a una cultura y un idioma nuevos.

Fundado en 2001 en el Hospital Vall d’Hebron, el Programa de Salud Mental Transcultural abarca esta compleja interrelación de riesgos para la salud mental de los niños y los jóvenes migrantes con el propósito de ofrecer una respuesta efectiva. El programa cuenta con la participación de profesionales de organizaciones no gubernamentales (ONG) y capacita a los agentes comunitarios y los profesionales de la salud mental a través de un curso específicamente diseñado que aborda la atención multidisciplinar y la evaluación desde una perspectiva cultural.



Transcultural: “Cada persona es única y debe ser tratada como tal”, dice el Dr. Francisco Collazos, a la izquierda.
© UNICEF/UN0489155/Erasmus Fenoy

Un ejemplo es la alianza actual con Superacciò, una ONG que atiende a los jóvenes migrantes que viven en las calles de Barcelona. En particular, su proyecto SPAAI utiliza una perspectiva multidisciplinar a la hora de abordar los obstáculos a los que se enfrentan los niños refugiados y migrantes a través de intervenciones que incluyen la educación, los deportes, la integración social y el apoyo a la salud mental. Un componente central de las intervenciones en materia de salud mental es la creencia de que la procedencia cultural de una persona joven forma una parte integral de su salud mental.

Con ayuda de UNICEF Comité Español y las autoridades locales y regionales, el objetivo es ampliar el Programa de Salud Mental Transcultural del Hospital Vall d’Hebron e integrarlo en el sistema de protección de la infancia de Cataluña.

“La cultura se considera un factor de riesgo, pero también de protección”, afirmó Abdallah Denial Kandil, un agente de salud comunitario que trabaja con Collazos en el Programa de Salud Mental Transcultural. “Antes de este programa, solo había servicios de interpretación. El enfoque transcultural abarca más factores; es un modelo de integración que permite trabajar y conseguir fantásticos resultados”.

Para Collazos, el éxito del programa se refleja en muchos de los jóvenes con los que ha trabajado a lo largo de los años. Concretamente, recuerda a un joven inmigrante marroquí que tuvo problemas con el abuso de sustancias, se quedó sin hogar y sufrió varios encuentros desagradables con la policía y las

autoridades de inmigración antes de dar con Superacciò.

El joven sigue trabajando activamente con Superacciò como voluntario al tiempo que intenta encontrar un trabajo y responder a las peticiones de su madre, que vive en Marruecos y necesita su apoyo económico.

Collazos también se ha encontrado con algunas sorpresas: “Los niños y los jóvenes migrantes me aceptan a pesar del estigma que rodea a la salud mental y los psiquiatras”, sostuvo. “Siento que me convierto en una parte fundamental de su balanza”.

Atención primaria de la salud

El acceso a la información, la prevención y la atención en materia de salud mental sigue estando fuera del alcance de demasiados niños y jóvenes. La escasez de servicios y profesionales de salud mental hace que los niños y los jóvenes se vean privados de la ayuda que necesitan. Y en ocasiones, cuando hay este tipo de servicios, su falta de calidad y los estigmas asociados con la atención de la salud mental les disuaden de utilizarlos⁵⁹.

Para aumentar el acceso de los niños y los jóvenes a los servicios de salud mental es necesario acudir a los lugares donde ellos se encuentran, como, por ejemplo, los hogares y las escuelas. Los proveedores de servicios de atención primaria, sobre todo en las comunidades, también pueden constituir una plataforma muy importante para la promoción y la protección de la salud mental, así como para atender a los niños y los jóvenes en situación de riesgo.

El importante papel que desempeña la atención primaria en la salud mental se reconocía en el "Plan de acción sobre salud mental" de la OMS, que recomienda integrar la atención y el tratamiento de la salud mental en la atención primaria, como un modo de abandonar las actitudes que vinculan la salud mental con los enfoques médicos y especializados⁶⁰. Otros esfuerzos de este tipo son el "Programa para mejorar la atención de salud mental" (PRIME, por sus siglas en inglés) y los Mental Health's Scale-Up Hubs (Centros para la ampliación de intervenciones) del Instituto Nacional de Salud Mental⁶¹. Ambas iniciativas siguen un planteamiento consistente en examinar el contexto comunitario, en contratar en el seno de la comunidad a trabajadores de la salud con capacitación especial y en establecer unos servicios que respondan a las necesidades particulares de la comunidad. Por desgracia, con

demasiada frecuencia los esfuerzos que se destinan a integrar la salud mental en los entornos de atención primaria no tienen en cuenta las necesidades específicas de los niños y los jóvenes.

El programa "Pensar en salud"

El programa "Pensar en salud", dirigido a las madres, comenzó a aplicarse en Pakistán en 2007 con el fin de abordar el problema de la depresión perinatal⁶².

Este programa integra la salud mental en una plataforma de salud primaria. Inicialmente los servicios los impartían un cuerpo de trabajadoras de atención primaria de la salud establecido en la comunidad, conocido como las "trabajadoras de la salud"; pero actualmente los imparten también miembros de la comunidad capacitados⁶³.

Este programa se basa en la terapia cognitivo-conductual, e incluye sesiones de cuatro semanas para las mujeres en su último mes de gestación, tres sesiones en el mes posterior al parto, y una sesión mensual durante los nueve meses sucesivos⁶⁴.

Las primeras evaluaciones del programa "Pensar en salud" mostraron que había originado una reducción del 50% en la incidencia de la depresión. Además, las madres participantes en el programa declaraban que a consecuencia del programa se implicaban más en la estimulación de su hijo y usaban más la contracepción. En cuanto a los bebés incluidos en el estudio, presentaban menos probabilidades de sufrir episodios de diarrea y más probabilidades de haber recibido las vacunas habituales⁶⁵. Un estudio de seguimiento practicado siete años después la aplicación del programa mostraba un descenso de un 17% en los casos de depresión entre las madres participantes. También se constató que estas madres invertían más tiempo y dinero en sus hijos⁶⁶.

Para aumentar el acceso de los niños y los jóvenes a los servicios de salud mental es necesario acudir a los lugares donde ellos se encuentran.

A raíz de este éxito, el programa Pensar en salud se integró en el Programa Nacional sobre enfermedades no transmisibles y salud mental de Pakistán, se incluyó en el programa de asistencia sanitaria universal del país, y figuró en el Plan del Presidente para promover la salud mental de los pakistaníes. También fue incluido en la guía de intervención





Apoyo a la crianza de los hijos: Una madre recibe asesoramiento en un control sanitario rutinario en El Salvador.

© UNICEF/UN0499578/Segovia Prado

del “Programa de acción para superar las brechas en salud mental” de la OMS, y se ha aplicado en otros países como Bangladesh, Bolivia, India, Nigeria, Perú y Viet Nam^(67,68). Se están llevando a cabo proyectos piloto en China y Kenya (este último funciona por medio de una aplicación móvil)⁶⁹.

Headspace

Headspace es uno de los programas más veteranos para los jóvenes. Esta iniciativa, que opera en Australia, consiste en un sistema de centros de atención primaria que prestan servicio a los jóvenes de entre 12 y 25 años⁷⁰.

Headspace integra la atención de la salud mental con intervenciones que ofrecen también apoyo educativo y abordan la salud física y sexual y el consumo de alcohol y drogas⁷¹. Este programa incluye asimismo servicios

en línea, telefónicos y de mensajería de texto. Además, Headspace provee a los centros de enseñanza primaria y secundaria herramientas que ayudan a los profesores y progenitores a cuidar de los alumnos que padecen problemas de salud mental. Algunos de los centros ofrecen servicios de salud mental especializados para atender a los jóvenes que padecen afecciones complejas, como la psicosis.

Un componente fundamental de Headspace es la participación de los adolescentes y los jóvenes, que además de tomar parte en las decisiones sobre la atención que se les dispensa, actúan como asesores a la hora de planificar el desarrollo, la estrategia y las operaciones de este programa. Además, Headspace llega a las comunidades que tradicionalmente son menos propensas a hacer uso

de los servicios de salud mental, como los jóvenes de las comunidades aborígenes e isleñas del Estrecho de Torres y de las comunidades LGBTQ+.

Desde la puesta en marcha de Headspace por la Fundación Nacional de Salud Mental de los Jóvenes de Australia, este programa ha pasado de tener solo 10 centros a convertirse en una red nacional de 110 establecimientos. Las evaluaciones practicadas revelaron resultados positivos en la salud mental de los adolescentes y los jóvenes; aunque también hay algunas dificultades, como las largas listas de espera para acceder a los servicios y la escasez de personal⁷². Asimismo, puede que algunos de los servicios destinados a dar respuestas holísticas se resientan debido a las modalidades de financiación.

ESTUDIO DE CASO

Sri Lanka

Mediadores: una respuesta comunitaria a la salud mental después del conflicto

Cuando Sugarna Kanagratnam llegó a Tellipalai en su scooter, los niños de la pequeña ciudad del norte de Sri Lanka la saludaron con abrazos.

Confiaban en ella y disfrutaban del arte, el teatro y las historias que les llevaba, unas actividades pensadas para ayudarlos a abrirse y enfrentarse a sus miedos y ansiedades.

“La historia de este lugar es complicada, pero me ha gustado trabajar con los niños de aquí”, afirmó Kanagratnam, orientadora de salud mental.

Kanagratnam trabaja con Shanthiham, una organización de salud mental y apoyo psicosocial que centra su labor en las zonas del norte y el este de Sri Lanka que han pasado por un conflicto. Hace más de 10 años y durante casi tres décadas, la zona fue el epicentro de un conflicto armado que infligió muertes, heridas y desplazamientos prolongados

en campamentos a los niños y las familias.

Después del conflicto, las familias y los niños han tenido dificultades para comenzar un nuevo estilo de vida. Los desplazamientos, el regreso y la readaptación han causado estragos en algunas estructuras familiares y comunitarias, y muchos niños y jóvenes están en riesgo de sufrir violencia y abandono.

Además de todos estos obstáculos, cuando intentan crear un nuevo hogar y una nueva vida, muchas familias que estuvieron desplazadas deben enfrentarse al estigma que rodea a las personas que han vivido en campamentos.

La labor de Kanagratnam en Tellipalai forma parte de la iniciativa comunitaria en materia de salud mental y apoyo psicosocial de Shanthiham en la región de Jaffna, al norte de Sri Lanka, que estuvo activa desde 2017 hasta 2019.

Como parte de la iniciativa, Kanagratnam y otros orientadores evaluaron las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial en las ciudades y los pueblos, hablaron con los dirigentes locales sobre la importancia de la salud mental, establecieron mecanismos de remisión y ofrecieron programas de difusión comunitaria sobre distintos temas, como la crianza y el liderazgo juvenil. Hasta la fecha, el programa ha atendido a más de 8.000 beneficiarios y ha dirigido 180 casos de orientación. Además, la organización ayudó a crear grupos centrales para el bienestar de la infancia, formados por miembros de la comunidad que utilizaban sus contactos locales a fin de identificar a los niños y los adolescentes que necesitaban servicios de atención a la salud mental y apoyo psicosocial.

Un componente central de todas estas actividades fueron los mediadores, voluntarios de entre



Atención comunitaria: Sugarna Kanagratnam, en el centro, habla con niños y padres sobre la salud mental en el norte de Sri Lanka.

© UNICEF/UN0505807/UNICEF Sri Lanka

19 y 26 años que identificaban las necesidades y los problemas de sus vecindarios y prestaban apoyo. Los dirigentes locales elegían a los voluntarios y estos recibían formación y experiencia de campo. Una vez estaban preparados, los voluntarios llevaban a cabo las siguientes acciones:

- Atendían a las personas que necesitaban orientación y organizaban reuniones de grupo para conversar sobre temas importantes.
- Utilizaban su experiencia en la comunidad para identificar a las personas y las familias que necesitaban atención a la salud mental y apoyo psicosocial y los derivaban a los proveedores de servicios profesionales.
- Se ponían en contacto con los niños y los jóvenes que no iban a la escuela o que estaban en peligro de abandonarla y los animaban a continuar sus estudios.

Este enfoque comunitario a la hora de abordar la salud mental y el apoyo psicosocial permitió a los orientadores, los mediadores y los miembros de los grupos que son centrales para el bienestar de la infancia ganarse la confianza de la comunidad. Al involucrar a los miembros de la comunidad, era posible ampliar el acceso a los servicios en una ciudad o un pueblo y plantear sus preocupaciones a las autoridades locales.

En particular, los mediadores crearon un sentimiento de pertenencia en las comunidades, lo cual facilitó que el programa se desarrollara teniendo en cuenta las necesidades y el contexto de cada pueblo. Además, ayudaron a acabar con el estigma social asociado al hecho de buscar apoyo psicosocial.

Después de que el programa llegara a su fin, los mediadores han seguido siendo fuentes de confianza e influencia en sus comunidades. En

general, el programa de salud mental y apoyo psicosocial ha trazado un puente entre el final de un conflicto y un futuro lleno de esperanza.

Como miembro del grupo central para el bienestar de la infancia, Baheerathi Jegatheeswaran, antigua dirigente del pueblo de Palai Veemankaamam, asegura que pretende seguir llevando a cabo iniciativas que busquen mejorar la salud mental y el bienestar de los miembros de su comunidad.

“Aprendí la utilidad de contar con un grupo central en el pueblo y entendí cómo esto ayudaba a la comunidad”, afirmó. “Me llevaré esta experiencia allá donde vaya y trataré de crear más grupos centrales”.

Contextos humanitarios

Debido a los numerosos factores complejos que surgen en las crisis humanitarias, se requiere una comprensión profunda del contexto y una respuesta estratificada para aplicar intervenciones eficaces. Pese a la complejidad de las situaciones de crisis, los investigadores son cada vez más capaces de establecer enfoques basados en las pruebas y de evaluar su eficacia. Algunas de las intervenciones con base empírica que resultan eficaces son los servicios de apoyo psicosocial focalizado en entornos humanitarios, los programas de ámbito familiar y comunitario, y los planteamientos centrados en la educación o la formación.

Los servicios de salud mental forman una parte muy importante de las respuestas humanitarias, pero cada vez está más claro que deben ser también elementos centrales en la recuperación después de una crisis y en los esfuerzos de reducción del riesgo de desastres.

Estas respuestas, además, van más allá de la crisis inmediata, ya que buscan fomentar la salud mental de los niños y jóvenes a lo largo de toda su vida y construir unos sistemas que puedan seguir dando respuesta a las necesidades.

Intervenciones específicas: Hacer avanzar a los adolescentes

Cuando se aplican cuidadosamente, las intervenciones breves y estructuradas que ofrecen una respuesta inmediata a la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático han logrado fortalecer la salud mental de los niños y los jóvenes⁷³. Un ejemplo de ello es la iniciativa “Hacer avanzar a los adolescentes”, que formaba parte de una respuesta humanitaria al conflicto que afectó a la región de Oriente Medio, encabezada conjuntamente por UNICEF, Mercy Corps, Save the Children y Visión Mundial⁷⁴. Esta iniciativa se puso en marcha en 2014, como parte del programa “Que no se pierda una generación”, aplicado en dicha región⁷⁵.

En Jordania, el programa “Hacer avanzar a los adolescentes” ofrecía actividades estructuradas de grupo para los adolescentes de entre 12 y 18 años tanto de las comunidades de refugiados sirios como de las comunidades de acogida jordanas. Las actividades de grupo se basaban en un planteamiento de atención psicosocial que hacía hincapié en la interacción social y fomentaba la participación. Las actividades, impartidas por facilitadores adultos, consistían, por ejemplo, en clases de gimnasia, arte y formación de habilidades⁷⁶.

Entre los métodos de evaluación del programa figuraban, por ejemplo, la autoevaluación de las condiciones de salud mental y las mediciones biológicas de las concentraciones de cortisol, un marcador físico del estrés⁷⁷. Los resultados mostraban que el programa lograba aliviar el estrés, la inseguridad y la angustia, sobre todo en los adolescentes que habían sufrido las situaciones más traumáticas.

En Jordania se siguen realizando actividades que cuentan con el respaldo de UNICEF para potenciar la salud mental de los adolescentes. Estas actividades, basadas en un enfoque de asistencia psicosocial que

pone el acento en las interacciones sociales, han ayudado a los adolescentes a adquirir aptitudes transmisibles, como la capacidad de trabajar en equipo, de tomar decisiones y de abordar las situaciones de estrés y responder con resiliencia.

Apoyo social y comunitario: Youth Readiness Intervention

Otras intervenciones se han centrado en apoyar la reinserción después de la crisis. Por ejemplo, en el caso de un grupo de ex niños soldados de Sierra Leona, los efectos del trauma persistían hasta 15 años después del fin de las hostilidades. Y casi la mitad de los ex niños soldados que fueron objeto de un estudio a largo plazo seguían sintiendo un nivel de ansiedad y depresión superior al umbral por encima del cual estos trastornos podían interferir con su capacidad plena para funcionar en el mundo⁷⁸. Alrededor de un 28% de los niños del grupo sufrían trastorno de estrés postraumático en un grado superior a dicho umbral.

Los ex niños soldados que disfrutaban de fuertes lazos familiares y comunitarios eran los que salían mejor parados; además, no eran objeto de tanta estigmatización por haber sido niños soldados. Los más perjudicados eran los jóvenes que como niños soldados habían vivido las experiencias traumáticas más violentas y que no se habían reinsertado en grupos familiares o de compañeros. Estos jóvenes presentaban un mayor riesgo de padecer ansiedad, depresión y estrés postraumático, y eran más propensos a intentar suicidarse y a tener problemas con la policía.

Educación y formación

El estudio a largo plazo sobre los niños soldados de Sierra Leona indicaba que la participación en iniciativas de educación y formación contribuye a proteger la salud mental de manera perdurable⁷⁹. Pero participar en oportunidades de aprendizaje puede resultar difícil, debido a que los

trastornos de salud mental derivados del trauma pueden complicar la interacción con los compañeros, los profesores y los supervisores⁸⁰. En respuesta a estos problemas, los investigadores que colaboraban en el estudio de Sierra Leona idearon una intervención con base empírica para abordar los trastornos de salud mental que dificultan el éxito y el funcionamiento normal en la vida. Este programa, conocido como Youth Readiness Intervention (Intervención para la preparación de los jóvenes), combinaba elementos de terapia conductual cognitiva, *mindfulness* y terapia de grupo interpersonal para mejorar las relaciones interpersonales, facilitar el control de las emociones y aliviar los sentimientos de angustia entre los jóvenes. Después de 10 o 12 sesiones de la intervención, los jóvenes podían acceder a una experiencia de formación subvencionada, impartida en una escuela alternativa para jóvenes empobrecidos.

Una evaluación practicada en torno a la Youth Readiness Intervention mostró que los jóvenes que participaban en esta iniciativa tenían seis veces más probabilidades de perseverar en la escuela que los estudiantes ajenos a la intervención. En efecto, el programa había mejorado la dedicación, la asistencia y el comportamiento.

El siguiente paso consistirá en incorporar la Youth Readiness Initiative en un programa de formación empresarial para jóvenes que opera en Sierra Leona, tras lo cual se practicará un estudio con el fin de determinar si produce éxitos similares⁸¹. Los resultados preliminares indican mejoras en cuanto a la ansiedad y la depresión y en la rentabilidad en el mercado laboral, que con el tiempo pueden traducirse en una mayor autonomía económica para los jóvenes afectados por la guerra.

“Reconstruir mejor”

Los servicios de salud mental forman una parte muy importante de las



Necesidades de emergencia: El apoyo psicosocial es una parte fundamental de las respuestas humanitarias.
© UNICEF/UN0518510/Haro

respuestas humanitarias. Pero cada vez está más claro que deben ser también elementos centrales en la recuperación después de una crisis y en los esfuerzos de reducción del riesgo de desastres⁸².

La OMS ha abogado por la necesidad de construir sistemas de atención de la salud mental más sólidos después de situaciones de emergencia como los conflictos y los desastres⁸³. Cuando la respuesta a las emergencias incluye la atención a la salud mental de las poblaciones afectadas, surge la oportunidad de emprender esfuerzos que pueden continuar durante años. La respuesta a las situaciones de emergencia puede ser también la ocasión idónea para reivindicar unos

mejores recursos en materia de salud mental, en un momento en que los líderes locales y mundiales están prestando atención.

Por otra parte, existe una creciente demanda para que los servicios de salud mental se integren en los esfuerzos de reducción del riesgo de desastres; y las investigaciones indican que es necesario hacer mucho más para lograr la integración eficaz⁸⁴. Vincular la salud mental con la reducción del riesgo de desastres puede dar lugar a unas comunidades –y unas respuestas humanitarias– más resilientes, mejor preparadas y más capaces de dar solución a las necesidades de salud mental.



He perdido amigos a causa de una enfermedad mental y he visto cómo se ahogaban en un pozo de oscuridad. También he visto a amigos florecer y navegar hacia la luz con ayuda profesional y un sistema de apoyo cariñoso y atento. Una mente sumida en la vergüenza no puede crecer y por eso creo que es esencial deconstruir el estigma, hacer accesible el apoyo a la salud mental y crear estructuras de apoyo a las personas, en particular a los grupos vulnerables y marginados. La homosexualidad, en particular, no debe significar culpa, no debe significar el otro. Debemos vigilarnos unos a otros, defendernos mutuamente y desterrar la vergüenza de nuestro vocabulario.

Arlo Parks es una cantante, compositora y poeta londinense ganadora de los premios BRIT y Mercury. En su mundo, las palabras son tan útiles como las fotografías. Sus exquisitas y expresivas viñetas salpican las poéticas letras de sus canciones suaves y reflexivas de pop indie. Se inspira en una mezcla ecléctica de artistas, desde Radiohead a Portishead, pasando por Sufjan Stevens y Solange.

RECUADRO 19.

Prevenir el suicidio

El suicidio destruye vidas, y el trauma que ocasiona puede extenderse mucho más allá de la propia familia de la víctima, y afectar a los amigos, a los compañeros de clase y a las comunidades. Esta onda expansiva puede, a su vez, derivar en la pérdida de otras vidas de jóvenes: el contagio de suicidios y comportamientos suicidas es mucho más frecuente entre los jóvenes que entre los adultos⁸⁵. En el pasado, estas oleadas de suicidio solían darse en entornos como las escuelas, las universidades y los centros de detención. Pero hoy día existe la preocupación creciente de que tratar y debatir sobre el suicidio en las redes sociales pueda contribuir a la propagación entre unas víctimas relacionadas únicamente por medio de sus conexiones digitales.

Con frecuencia el suicidio está ligado a las conductas autolesivas, que pueden consistir, por ejemplo, en que la persona se inflija daño intencionadamente ingiriendo dosis excesivas de paracetamol o veneno, cortándose, o precipitándose desde un edificio alto. A menudo puede ser difícil determinar el significado de estos actos: ¿Era la intención deliberada del joven acabar con su propia vida, o solo pretendía huir momentáneamente de una emoción o una situación abrumadora?⁸⁶

Algunos jóvenes corren más riesgo que otros. Aunque las tasas de suicidio suelen ser más elevadas entre los niños y jóvenes varones

(véase el capítulo 1), entre los adolescentes jóvenes, las mujeres son mucho más propensas que los varones a las conductas autolesivas, que son un factor de riesgo del suicidio⁸⁷. De modo similar, los adolescentes que se definen como LGBTQ+ son un grupo de especial riesgo: según datos procedentes de Estados Unidos, por ejemplo, la proporción de muertes por suicidio en personas LGBTQ+ era de tres veces más entre jóvenes de 12 a 14 años que entre jóvenes de 25 a 29 años⁸⁸. Y un estudio sobre estudiantes de Estados Unidos que se practicó en 2016 mostraba que los jóvenes de entre 14 y 18 años homosexuales – gays o lesbianas– o bisexuales tenían casi tres veces más probabilidades de haber contemplado seriamente el suicidio⁸⁹. Pese a la creciente aceptación social de las diversas orientaciones sexuales en gran parte del mundo, existen pruebas de que los jóvenes LGBTQ+ de hoy día tienen más probabilidades de haber intentado suicidarse que los jóvenes LGBTQ+ de generaciones anteriores⁹⁰.

El hecho de que el riesgo de suicidio sea mayor entre los jóvenes, unido a la realidad de que muchos suicidios son prevenibles, subraya la importancia que tiene la prevención del suicidio. Aunque no existe una solución única y el riesgo no se puede eliminar, sino solo reducir, hay pruebas inequívocas procedentes

de todo el mundo de que es posible hacer mucho para salvar las vidas de los jóvenes.

Una primera medida importante sería la formulación de una estrategia nacional de prevención del suicidio. En 2018 eran 40 los países que disponían de este tipo de estrategias, que suelen consistir en la aplicación de intervenciones específicas en una serie de sectores, como la salud, la educación, la protección social y la legislación⁹¹. Algunos planteamientos que se pueden emplear son la investigación y la recopilación de datos con el fin de determinar la magnitud del problema, de comprender mejor los factores de riesgo y protección y de localizar a los grupos de alto riesgo; la imposición de restricciones en torno a los medios de suicidio; la emisión de directrices para los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre el suicidio; el fomento de las habilidades sociales y emocionales de los adolescentes; la lucha contra la estigmatización; y la capacitación especial dirigida a los trabajadores de la salud, los docentes, los cuerpos de policía y otros colectivos⁹².

Las investigaciones indican que este tipo de estrategias ayudan a reducir las tasas de suicidio y que pueden tener especial repercusión entre los grupos de menos edad⁹³. La guía de aplicación para la prevención del suicidio “Vivir la vida”, publicada por la OMS en junio de 2021, ofrece

a los países estrategias, ejemplos y recursos para poner en marcha programas con base empírica que aborden el suicidio⁹⁴.

Limitar el acceso a métodos letales es una medida importante en todas las estrategias de prevención del suicidio, pero especialmente cuando se trata de los jóvenes, que pueden ser más propensos a actuar de manera impulsiva⁹⁵. Es un error muy extendido pensar que la persona que quiere quitarse la vida hallará el modo de hacerlo, pase lo que pase. Esta idea nace de una mala comprensión de los estados mentales por los que puede atravesar un joven desde que comienza a pensar en el suicidio –la fase de ideación– hasta que lo planifica y a continuación lo comete. La crisis suicida que le induce a actuar tal vez se deba a unos sentimientos de dolor o desesperanza abrumadores; pero estos sentimientos pueden remitir, al menos por un tiempo. Si logramos evitar que un joven se quite la vida durante ese momento de crisis, es muy probable que no vuelva a intentarlo⁹⁶.

Las redes sociales y los medios de comunicación tradicionales pueden desempeñar una función muy importante en la vida de los adolescentes durante esas crisis; una función que en ocasiones es de protección, pero otras veces puede ser perjudicial⁹⁷. En consecuencia, es fundamental proveer recursos locales en línea y aplicar protocolos

de vigilancia de los contenidos web para eliminar los materiales nocivos⁹⁸. Un ejemplo de este tipo de iniciativa es StigmaWatch, un programa instaurado en Australia que promueve la difusión responsable de información sobre la salud mental y el suicidio⁹⁹. Respecto a la imposición de restricciones en torno a los medios de suicidio, es evidente que esto solo es factible hasta cierto punto, sobre todo en países donde el ahorcamiento o la precipitación desde una altura son métodos habituales de suicidio¹⁰⁰. Así todo, hay mucho que podemos hacer. Por ejemplo, en Australia, Canadá y Nueva Zelandia, la limitación del acceso a las armas de fuego contribuyó a reducir las tasas de suicidio; mientras que en Sri Lanka, las restricciones a la venta de pesticidas altamente tóxicos se vincularon con el drástico descenso de los casos de suicidio registrado en torno a comienzos de este siglo¹⁰¹.

También las escuelas deben ser parte de la respuesta. Los planteamientos que implican a la escuela en su totalidad pueden ayudar a que los estudiantes lleguen a ver como algo normal el pedir ayuda. Además, puede ser útil capacitar a un grupo de “guardianes”, integrado por adultos y jóvenes que sepan detectar las señales de alerta – como los cambios de humor y de comportamiento y las actitudes de desesperanza y retraimiento– y que puedan ofrecer orientación sobre cómo buscar ayuda¹⁰². Las escuelas

pueden cumplir también una función importante contribuyendo al fomento de habilidades socioemocionales, como la resolución de problemas y la gestión del estrés¹⁰³. El diseño del programa es importante: por ejemplo, en Europa, el programa Youth Aware of Mental Health (YAM, por sus siglas en inglés) (Juventud consciente de la salud mental) resulta muy eficaz a la hora de reducir las tasas de ideación e intento de suicidio, según afirman los estudios realizados¹⁰⁴.

Aún se sabe demasiado poco sobre lo que lleva a los jóvenes a quitarse la vida o a autolesionarse. Numerosos obstáculos dificultan la investigación en este sentido; entre ellos, por ejemplo, que la terminología es vaga e incoherente, que no existen unas medidas estandarizadas y de uso generalizado, y que muchos de los casos no se denuncian, con la consiguiente clasificación errónea de las muertes por suicidio; esto último es muy frecuente en los casos de suicidio de personas jóvenes, tal vez porque los funcionarios y el personal médico buscan proteger a la familia que ha perdido a un hijo por suicidio^{105,106}. También es necesario hacer mucho más para localizar a los niños que corren más riesgo, para comprender los factores particulares que distinguen a los jóvenes que solo piensan en el suicidio, sin llevarlo a la práctica, de aquellos que de hecho intentan quitarse la vida, y para mejorar la eficacia de las estrategias de prevención¹⁰⁷.

ESTUDIO DE CASO

Kazajstán

Alcanzar nuevas metas: un enfoque proactivo para prevenir el suicidio

Dina* tiene muchas aficiones en casa. La joven de 14 años planta árboles, cuida el jardín y baila vídeos de K-pop en la sala de estar.

En la escuela todo es más difícil, y la interacción con sus compañeros le resulta estresante.

“No son como yo”, dijo Dina. “No compartimos los mismos intereses”.

Sin embargo, Dina lleva un tiempo tratando el estrés y la ansiedad con la ayuda de Bakhytkul Seitkhanova, una psicóloga especializada en educación.

“[Seitkhanova] me ha enseñado a expresar abiertamente lo que pienso”, afirmó Dina. “Ahora siento que no debería rendirme nunca”.

A Dina le asignaron la ayuda de Seitkhanova en 2020, después de una evaluación realizada como parte del Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio, una

importante iniciativa que promueve la prevención del suicidio y la concienciación sobre la salud mental de los adolescentes en las escuelas y los centros de salud de Kazajstán.

“Era extremadamente reservada”, asegura Seitkhanova, que trabaja en la escuela de Dina. “En su familia había problemas. Estuve trabajando con ella una vez a la semana durante dos meses. Ahora sigo trabajando con ella dos veces al mes”.

El Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio se fundó en 2015 como respuesta a una grave preocupación en materia de salud pública: el suicidio entre la gente joven. Desde entonces, el programa ha brindado resultados significativos¹⁰⁸.

Una evaluación que se llevó a cabo como parte del programa entre 2015 y 2017 en Kyzylorda, donde Dina vive y va a la escuela, reveló un descenso del 36,1% en los pensamientos suicidas

entre los jóvenes; un 80,6% en la ansiedad; un 56,1% en la depresión; y un 65% en los niveles de estrés.

Además de proporcionar ayuda fundamental a los estudiantes, el Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio también ha sensibilizado al personal de las escuelas acerca de la importancia de la salud mental. A Zhaniya Bissenova, una psicóloga especializada en educación con más de 15 años de experiencia, el programa le ha cambiado la forma de ver su trabajo en la escuela 204 de Kazaly, una ciudad de la región de Kyzylorda.

“Me di cuenta de que los niños que necesitan ayuda mandan señales”, aseguró Bissenova.

“Me siento más segura en mi profesión”, añadió. “No tengo miedo; actúo con más determinación”.

El Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la



Transmitiendo señales: La psicóloga educativa Zhaniya Bissenova, a la derecha, está atenta a las señales de suicidio de sus alumnos en Kazajstán.

© UNICEF/UN0474199/Babajanyan/VII Photo

Prevención del Suicidio se desarrolló en colaboración con distintos aliados, entre ellos UNICEF, con la intención de que se convirtiera en una intervención para las escuelas y los profesionales de la salud pública. El objetivo del programa es identificar a los adolescentes que están en riesgo de sufrir problemas de salud mental, como el suicidio, y proporcionarles apoyo psicosocial.

Por otro lado, el programa se centró en reducir el estigma asociado a la salud mental, que puede disuadir a los jóvenes a la hora de buscar ayuda. Una de las principales formas de abordar el estigma en el programa fue contactar con los progenitores.

En la región de Kyzylorda, por ejemplo, los estudiantes solo podían participar en las evaluaciones de la salud mental con el consentimiento de la madre, el padre o un cuidador. Con este fin, el Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio también se centró en ayudar a las escuelas y a los trabajadores de la salud a ponerse en contacto con los progenitores para

proporcionarles información. Como resultado, el número de madres y padres que se negaban a autorizar las evaluaciones de la salud mental disminuyó hasta llegar a un 5% entre 2015 y 2016, y en 2017 se situó en un 1%. En lo que se consideró un síntoma de apoyo firme por parte de las esferas más altas del gobierno, el primer ministro de Kazajstán incluyó el Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio en el Plan de Acción Nacional para 2015-2020, y en 2015 el programa comenzó a ponerse en marcha en la región de Kyzylorda con la ayuda de diversos aliados, entre los que cabe destacar el Centro Nacional para la Salud Mental del país; los ministerios de salud, educación y ciencia y asuntos internos (policía); así como los departamentos regionales de salud y educación. En 2016, el programa se ejecutó en la región de Mangistau.

En general, Kazajstán va por el buen camino para conseguir que la salud mental (especialmente la de los niños y la gente joven) se convierta en una

de las principales preocupaciones del país. El Gobierno de Kazajstán ha acogido el Programa para la Promoción de la Salud Mental de los Adolescentes y la Prevención del Suicidio como una parte central de los servicios de salud mental de los adolescentes y ha aumentado un 25% los fondos que se destinan a estos servicios.

Sin embargo, el éxito de estos esfuerzos se medirá en última instancia con las mejoras que se produzcan en la vida de los niños y los jóvenes.

Dina, por su parte, lo está consiguiendo.

“Por muchas dificultades que haya, debes seguir adelante”, afirmó Dina. “Y si superas las dificultades, esto te ayudará a ampliar tus horizontes”.

* El apellido de Dina no se ha desvelado a petición de la joven con el fin de proteger su identidad. Fue entrevistada en mayo de 2021 mientras paseaba entre moreras en una calle principal de Kyzylorda, Kazajstán.



Aprendiendo en el encierro: Mila, de 11 años, de Panamá, lee durante la cuarentena.
© UNICEF/UNI322367/Schverdfinger

Datos e investigación

Pese a los enfoques prometedores, se necesitan datos precisos e investigaciones sólidas para poder dar una respuesta eficaz a los problemas de salud mental que afectan a los niños y los jóvenes. La mayoría de los países no disponen de datos; no los recopilan, ni los analizan, ni los utilizan para formular políticas y programas eficaces o para asignar recursos. En efecto, la carencia de datos e investigaciones a nivel nacional puede enmascarar los problemas de salud mental de los niños y los jóvenes, lo cual hace difícil promover los servicios y responder de manera eficaz¹¹⁰.

La carencia de datos e investigación afecta en especial a los países de ingresos medianos bajos, donde vive el 90% de los 1,2 millones de adolescentes del mundo¹¹⁰. Los datos sobre la salud mental de los adolescentes de que disponen estos países abarcan en torno al 2% de la población¹¹¹. Y en los países donde se recopilan datos, los métodos empleados difieren, lo que a menudo hace que los datos no se puedan comparar. En consecuencia, la mayoría de los datos sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y los factores de riesgo conexos son cálculos modelizados, sobre todo en los países de ingresos medianos bajos.

La carencia de datos e investigaciones a nivel nacional puede enmascarar los problemas de salud mental de los niños y los jóvenes, lo cual hace difícil promover los servicios y responder de manera eficaz.

Las estimaciones modelizadas permiten echar un vistazo a la prevalencia y la carga de los trastornos de salud mental en la vida de los niños y los jóvenes. Permiten contabilizar los trastornos de salud mental de los niños y los jóvenes en lugares donde de otro modo quizás pasaran desapercibidos. Sin embargo, las estimaciones modelizadas no logran ofrecer más que una visión general de la situación. Las deficiencias y las omisiones en los datos modelizados pueden aumentar considerablemente cuando se emplean a gran escala.

Parte del problema acerca de los datos y la investigación es la falta de financiación. En 2019, la inversión en investigación sobre la salud mental fue de alrededor de 50 céntimos por persona al año. En una población de 7.700 millones de habitantes, y habida cuenta de las marcadas desigualdades existentes, esta cifra significa que solo el 2,4% de esa financiación se invierte en los países de ingresos medianos bajos¹¹². Y sólo el 33% del total invertido en investigación sobre la salud mental se destina a los adolescentes.

Mejoras

En todo el mundo se están realizando esfuerzos orientados a comprender mejor la situación y a dar respuestas con base empírica más eficaces. Pero existen algunas dificultades.

Para la recopilación de los datos se requieren unas definiciones de los trastornos de salud mental que puedan aplicarse en los distintos entornos y contextos culturales. Porque, en efecto, el contexto puede determinar cómo se manifiestan los trastornos de salud mental y cómo se interpretan los síntomas. Además, es fundamental recabar información sobre experiencias que, aunque no necesariamente se ajustan a las definiciones de los

trastornos diagnosticables, pueden ser indicativas de desórdenes de ansiedad o depresión.

No obstante, en los últimos años las organizaciones de investigación y desarrollo han dedicado buena parte de sus esfuerzos a encarar estas dificultades y a mejorar la recopilación y la gestión de datos sobre la salud mental. Por ejemplo, UNICEF, la OMS y otros socios prominentes se han embarcado en el proyecto Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population level (MMAP, por sus siglas en inglés) (Medición de la salud mental del adolescente a nivel de la población), un sólido planteamiento metodológico para la recopilación y el tratamiento de datos sobre la salud mental de los adolescentes en países de ingresos medianos bajos¹¹³.

Una vez finalizado, el MMAP ofrecerá un conjunto de herramientas, adaptadas culturalmente, para recabar y validar datos sobre los síntomas de ansiedad, depresión y deterioro funcional, sobre los pensamientos y comportamientos suicidas, y sobre el apoyo psicosocial. El MMAP provee también una herramienta que permite a los investigadores detectar con rapidez los trastornos de salud mental y autorizar a los trabajadores comunitarios no especializados para que remitan a los adolescentes a los servicios de asistencia que precisan.

Otro esfuerzo de colaboración es el Common Measures in Mental Health Science Governance Board (CMB, por sus siglas en inglés) (Consejo de gobernanza científica de medidas comunes en materia de salud mental). Fundado en 2019 por el Instituto Nacional de Salud Mental y el Wellcome Trust, el CMB ha preparado una lista básica de cuestionarios de investigación con el fin de mejorar la recopilación de datos y la investigación sobre la salud mental¹¹⁴. UNICEF, en colaboración

con asociados académicos e institucionales tales como la OMS, está empleando el MMAP para adaptar y evaluar estas medidas comunes a fin de que se puedan aplicar en los países de ingresos medianos bajos¹¹⁵.

También se están realizando esfuerzos de investigación para determinar los vínculos decisivos que conectan la salud mental con algunos de los determinantes sociales que amenazan a los niños y los jóvenes. Un buen ejemplo de esto es el proyecto del centro de atención y evaluación de la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres conocido como CHANCES-6. Se trata de un programa de investigación a gran escala cuyo propósito es analizar la relación que existe entre la pobreza, la salud mental y las oportunidades vitales de los jóvenes provenientes de entornos económicamente deprimidos¹¹⁶. Este programa se aplicó entre 2018 y 2021 en el Brasil, Colombia, Liberia, Malawi, México y Sudáfrica. Los métodos empleados se centraban en examinar la repercusión que tienen los programas de transferencias de efectivo sobre la salud mental, y la repercusión que tienen los programas de salud mental sobre la pobreza.

La Oficina de Investigaciones de UNICEF - Innocenti ha iniciado actividades de investigación que permitirán detectar las lagunas en las pruebas empíricas y que analizarán y sintetizarán de manera sistemática las pruebas existentes sobre la salud mental de los niños y los jóvenes en los países de ingresos medianos bajos¹¹⁷. También se llevarán a cabo esfuerzos para aclarar los conceptos fundamentales, las definiciones y los métodos de medición relacionados con la salud mental de los niños, como un primer paso hacia la creación de unos indicadores de salud mental que se puedan medir y monitorear.



Capítulo 6

UN MARCO DE ACTUACIÓN

Puede que no tengamos todas las respuestas, pero ya sabemos lo suficiente para ponernos a trabajar. A fin de promover y proteger la salud mental de todos los niños y atender a todos aquellos que confrontan los mayores desafíos, necesitamos contar con un compromiso respaldado por la inversión; una comunicación que rompa el silencio y elimine los estigmas y los obstáculos que se oponen al cambio; y una acción que minimice los factores de riesgo y maximice los factores de protección en ámbitos esenciales de la vida de los niños y los adolescentes, especialmente la familia y la escuela.

Marco para la acción

Con el fin de promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, necesitamos...



Comprometernos



Reforzar el liderazgo y las asociaciones y aumentar las inversiones



Comunicarnos



Hacer frente al estigma, iniciar conversaciones y movilizar a la gente joven



Actuar



Minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores de protección de la salud mental tomando medidas como las siguientes:



Apoyar a las familias, madres y padres y cuidadores



Garantizar que las escuelas apoyen la salud mental



Reforzar los sistemas y su personal



Mejorar los datos y la investigación

En este informe se han expuesto los retos en materia de salud mental que afrontan los niños y los adolescentes y sus familias. Ha demostrado que estos retos ocurren a una escala mundial: desde el pueblo más pobre hasta la ciudad más rica, los niños y sus familias sufren dolor y angustia. En una edad y una etapa de la vida en la que los niños y los jóvenes deberían estar sentando unas bases sólidas para su salud mental a lo largo de toda la vida, se enfrentan, en cambio, a retos y experiencias que sólo pueden socavar esas bases. El coste para todos nosotros es incalculable.

No tiene por qué ser así. Y no debería ser así.

Nuestras prioridades son –o deberían ser– claras. Puede que no tengamos todas las respuestas, pero sabemos lo suficiente como para poder actuar ahora y **promover** una buena salud mental para todos los niños, **proteger** a los niños vulnerables y **atender** a los niños que confrontan los mayores desafíos.

Este informe presenta un marco para ayudar a la comunidad internacional, a los gobiernos, a las escuelas y a

otras partes interesadas a seguir precisamente esta vía, basándose en tres principios fundamentales: El **compromiso** de los líderes, respaldado por la inversión; la comunicación para acabar con el estigma e iniciar conversaciones sobre la salud mental; y la acción para reforzar la capacidad de la sanidad, la educación, la protección social y otros sectores, con el fin de apoyar mejor a las familias, las escuelas y las comunidades, y para mejorar en gran medida los datos y la investigación.

Compromiso, comunicación y acción en favor de la salud mental

► **COMPROMETERSE** significa reforzar el liderazgo para lograr que una serie de asociados y partes interesadas se centren en objetivos claros y garantizar que se invierte en soluciones y personas procedentes diversos sectores.

Reforzar el liderazgo y las asociaciones mundiales. Apoyar la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores es un reto mundial y también una oportunidad mundial: Sentar unas bases sólidas para la salud mental en la infancia ofrece la posibilidad de obtener beneficios a lo largo de toda la vida y de prevenir la aparición de enfermedades mentales. Por ello, la salud mental exige una respuesta mundial. Sobre la base de los esfuerzos existentes, se necesita un liderazgo mundial más sólido para alinear a las partes interesadas en torno a objetivos claros y establecer prioridades; para desarrollar modelos de financiación que puedan ayudar a cerrar la brecha en la inversión; para establecer asociaciones destinadas a compartir conocimientos y experiencias –a nivel mundial, regional y nacional– sobre la prestación de servicios, la

creación de capacidad, la recopilación de datos y pruebas, y la prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en situaciones de crisis y emergencia; y, fundamentalmente, para supervisar y evaluar los progresos.

Invertir en el apoyo a la salud mental. Lamentablemente, la salud mental no recibe suficiente financiación: Muchos gobiernos sólo gastan unos cuantos céntimos per cápita directamente en el sector de salud mental, y las asignaciones de la ayuda internacional al desarrollo son escasas. La mayor parte del gasto se destina a servicios psiquiátricos, lo que significa que no se gasta casi nada en la prevención o en la promoción de la salud mental.

En los últimos años se ha prestado mucha atención y se ha destacado la importancia de establecer objetivos específicos para la salud mental en los presupuestos de salud, generalmente de por lo menos el 5% en los países de ingresos bajos y medios, y de por lo menos el 10% en los países de ingresos altos¹. La asignación media actual en los países es sólo del 2%².

También se ha apoyado el aumento de la financiación mundial de los servicios hasta 1.000 millones de dólares para 2023³. Esta financiación complementaria es esencial si queremos aumentar el acceso a una atención de la salud mental de calidad.

Pero es necesario invertir en todos los sectores, no sólo en el de la salud, para apoyar un enfoque sólido que considere prioritario el desarrollo profesional de la fuerza de trabajo en los sistemas de salud, educación y protección social. Es necesario establecer objetivos claros y determinar fuentes de financiación e inversión nuevas e innovadoras para alcanzar esos objetivos. Esto no sólo se debe realizar a nivel nacional: la financiación de los organismos internacionales y de los donantes debe centrarse en las necesidades de la salud mental no sólo financiando los sistemas y servicios de salud, sino también otros ámbitos como la educación y la protección social, en los que es posible realizar importantes avances en la promoción y protección de la salud mental.



Señales contundentes: La comunicación y las conversaciones son esenciales para romper el estigma en torno a la salud mental.
© UNICEF/UN0419392/Dejongh

Un principio rector de todas las inversiones –mundiales, regionales y nacionales– es que deben ajustarse a enfoques basados en los derechos que tengan en cuenta las necesidades de las personas con experiencias de este tipo en sus vidas y cumplan con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

► **COMUNICAR** significa hacer frente al estigma en torno a la salud mental, iniciar conversaciones y mejorar los conocimientos sobre salud mental. Significa amplificar la conversación a escala mundial sobre la salud mental para sensibilizar y movilizar a todas las partes interesadas a fin de que actúen y faciliten el aprendizaje. También significa garantizar que los niños, los jóvenes y las personas con experiencias de este tipo en sus vidas formen parte de la conversación, que puedan expresar su opinión y participar de forma significativa en la elaboración de las respuestas centradas en la salud mental.

Acabar con el silencio y el estigma.

Las ideas erróneas sobre la salud mental alimentan el estigma y la discriminación e impiden que los niños y jóvenes busquen apoyo y participen plenamente en el ámbito de sus familias, escuelas y comunidades. Un mensaje sencillo es el siguiente: no sólo está bien hablar de la salud mental, sino que es esencial. Los gobiernos y otras partes interesadas, incluidos los medios de comunicación, deben trabajar para acabar con el estigma en torno a la salud mental y promover un mensaje de inclusión: todos estamos inmersos en el continuo de la salud mental, y vivir con una enfermedad mental o una discapacidad psicosocial no tiene por qué ser un obstáculo para llevar una vida feliz y saludable, siempre que se disponga del apoyo y las oportunidades adecuadas. Combatir el estigma también significa promover la alfabetización en materia de salud mental: apoyar a los niños, adolescentes y cuidadores para que comprendan cuál es la mejor manera de promover una salud mental

positiva, reconocer los signos de angustia en ellos mismos y en los demás, y buscar ayuda cuando más la necesitan.

Garantizar que los jóvenes puedan expresar su opinión.

Los jóvenes están alzando poco a poco su voz y compartiendo sus preocupaciones sobre su salud mental y su bienestar. Se necesita un apoyo continuo para proporcionar a todos los jóvenes, especialmente a los que tienen experiencias relacionadas con la salud mental, los medios para una participación activa y significativa. Esto es posible hacerlo, por ejemplo, invirtiendo en grupos juveniles de la comunidad, en la creación conjunta de iniciativas entre iguales y en programas de formación. Garantizar que los niños y los jóvenes expresen sus opiniones puede contribuir a que los servicios de salud mental –así como los esfuerzos de promoción y protección de la salud mental– reflejen mejor las necesidades y preocupaciones variables y cambiantes de los niños, los jóvenes y los cuidadores a lo largo de su vida.

RECUADRO 20.

Seguimiento de la salud mental

En los países de ingresos bajos y medios, y especialmente en lo que respecta a la salud mental de los niños y los adolescentes, se echa en falta un seguimiento sistemático de la salud mental y de la prestación de servicios de salud mental⁴. Como resultado, hay una verdadera falta de información de alta calidad para medir la necesidad y la prestación de atención y servicios de salud mental⁵. Esta cuestión dificulta la priorización de la atención a la salud mental y la elaboración de políticas a todos los niveles. También está socavando los esfuerzos para aumentar la inversión y la financiación de los servicios de salud mental.

Los gobiernos, los donantes, las organizaciones no gubernamentales y los organismos multilaterales necesitan establecer un conjunto consensuado de indicadores básicos para realizar un seguimiento sistemático de la salud mental en todos los sectores. Sin embargo, aunque esta necesidad es fácil de describir, determinar cuáles deben ser estos indicadores es más complicado. Por ejemplo, ¿cómo podría ser ese conjunto? ¿Qué indicadores son esenciales para el seguimiento sistemático y cuáles no? ¿Cómo se puede establecer el mejor equilibrio entre los indicadores que son importantes (es decir, los que realmente deben recopilarse en los próximos diez años y que probablemente darán forma a las políticas y la práctica) y los que son factibles (es decir, los que se puede esperar razonablemente que los países de ingresos bajos y medios podrían empezar a supervisar en los próximos diez años)? ¿Pueden los indicadores que responden a la necesidad de un seguimiento mundial responder también a las

necesidades que se perciben a nivel regional, nacional y local?

Desarrollar un conjunto de indicadores de este tipo es un reto que requiere amplias consultas e investigaciones. Un primer paso en este proceso lo dio un equipo de investigadores dirigido por Mark Jordans, Director de Investigación y Desarrollo de War Child, que tuvo en cuenta las opiniones de casi 50 expertos mundiales relevantes como parte de un rápido ejercicio de priorización para generar y resaltar una lista de posibles indicadores básicos (que implicó dos rondas de puntuación sobre criterios predeterminados, un ejercicio que dio lugar a la elaboración de puntuaciones medias de prioridad para cada uno de los 38 indicadores generados).

Los indicadores mejor valorados eran diversos y multisectoriales, lo que refleja la necesidad de abordar los retos de la salud mental en un sentido amplio. En general, se agruparon en torno a tres ámbitos. En primer lugar, los relacionados con la *disponibilidad de servicios de salud mental*, que van desde las camas en los hospitales hasta los servicios de prevención, promoción y tratamiento en las escuelas y los servicios de atención de la salud. En segundo lugar, los relacionados con la *frecuencia y la omnipresencia de los problemas de salud mental*, incluidas las tasas de prevalencia de los trastornos, especialmente el suicidio. En tercer lugar, los relacionados con la *cobertura*, como por ejemplo el grado en que los niños y adolescentes reciben servicios en la escuela, a través de la atención primaria de salud o a través de la asistencia social y las derivaciones

relacionadas con los servicios de protección de la infancia.

Los expertos también priorizaron las categorías para el desglose de datos. Las categorías mejor clasificadas reflejaron una mezcla de prioridades entre grupos sociodemográficos (por ejemplo, género, edad, residentes rurales/urbanos) y grupos específicos de niños y adolescentes que necesitan estar claramente representados en la recopilación de datos para resaltar vulnerabilidades particulares. Entre los más destacados se encuentran los niños y adolescentes detenidos o encarcelados, los refugiados y los desplazados internos, los que viven con discapacidades y los niños y adolescentes sin hogar.

Este ejercicio de priorización contribuye a desarrollar un marco para ayudar a llenar el vacío de datos en torno a la salud mental de niños y adolescentes y en todos los sectores pertinentes. Cabe destacar un par de limitaciones: en primer lugar, se basó en gran medida en un ejercicio anterior de priorización que no se centró específicamente en la salud mental de los niños y los adolescentes⁶ y, en segundo lugar, es posible que la diversidad de expertos que participaron en las consultas no represente suficientemente a todos los sectores implicados en la atención de la salud mental de los niños y los adolescentes. No obstante, se espera que el ejercicio sirva de base para el trabajo de una serie de asociados y partes interesadas clave, como la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y muchos otros, mientras trabajamos juntos para desarrollar y priorizar indicadores relevantes en los próximos años.

► **ACTUAR** significa trabajar para minimizar los factores de riesgo y maximizar los factores de protección de la salud mental en ámbitos clave de la vida de los niños y adolescentes, especialmente la familia y la escuela. En términos más generales, también significa invertir y capacitar a los trabajadores de algunos sectores y sistemas esenciales, incluidos los servicios de salud mental y protección social, y poner en marcha una operación sólida de recopilación de datos e investigación.

Apoyar a las familias, padres y madres, y cuidadores. La familia es fundamental en la vida del niño. Los padres, las madres y los cuidadores son las primeras figuras a las que los niños se apegan, y desempeñan un papel vital en la configuración del entorno familiar y el desarrollo socioemocional del niño. Apoyar a los padres y cuidadores es esencial para construir el bienestar de los niños y adolescentes y para reducir y prevenir la violencia contra los niños. Las relaciones estables en el hogar pueden ayudar a proteger a los niños contra el estrés tóxico y promover la resiliencia y el bienestar general.

- **Promover el cuidado receptivo y los vínculos afectivos.** Es necesario ampliar los programas de crianza, centrándose en el aprendizaje social y emocional para ayudar a las familias y a los niños a establecer vínculos positivos y crear un entorno familiar positivo en el que los niños puedan prosperar. Los servicios de atención que responden a las necesidades de las familias deben estar presentes a nivel comunitario, ampliando el acceso y la aceptabilidad. También es importante diseñar un apoyo específico para las familias y los niños que corren un riesgo especial, como los que se enfrentan a la violencia y al estrés tóxico en el hogar.

- **Ayudar a los padres y madres a apoyar la salud y el bienestar de sus hijos.** La salud mental y el bienestar no se refieren a la ausencia de trastornos; son estados positivos que permiten a los niños desenvolverse con eficacia en la vida. Los padres y cuidadores necesitan apoyo para comprometerse con sus hijos a lo largo de la vida del niño y el adolescente a fin de fomentar su desarrollo social, emocional, físico y cognitivo. Los programas de formación y asesoramiento deben compartir conocimientos sobre salud, nutrición y desarrollo infantil, y estimular el aprendizaje en el hogar. El apoyo a los padres debe incluir también políticas favorables a la familia, como el permiso parental remunerado; el apoyo a la lactancia materna; y la disponibilidad y accesibilidad de guarderías de alta calidad y de prestaciones por hijos.
- **Cuidar la salud mental de los cuidadores.** Muchos progenitores se esfuerzan por hacer frente a múltiples factores de estrés, lo que puede tener graves consecuencias para su propia salud y bienestar y, a su vez, para la de sus hijos. Los programas de salud mental deben dar prioridad a los cuidadores, proporcionándoles apoyo para gestionar el estrés crónico y los conflictos, y para mejorar las estrategias de respuesta.
- **Capacitar a los progenitores para que respondan a los problemas de salud mental de los niños.** La formación de los padres puede mejorar el desarrollo, el comportamiento y los resultados familiares de los niños y adolescentes con problemas de salud mental. Hay que invertir en la ampliación de los enfoques centrados en la familia, incluidos los diseñados para que los apliquen personas que no son

especialistas. Estos enfoques pueden desempeñar un papel fundamental en la mejora de la comunicación, el compromiso, las aptitudes para la vida cotidiana y las estrategias de respuesta de los cuidadores.

Garantizar que las escuelas apoyen la salud mental. Las escuelas desempeñan un papel único y vital en la vida de los niños y adolescentes. La violencia y el acoso –tanto por parte de los maestros como de otros alumnos–, así como una presión excesiva para alcanzar el éxito, pueden minar la salud mental de los niños; en cambio, un entorno escolar cálido y unas relaciones positivas entre los alumnos, y entre éstos y los maestros, pueden reforzarla.

- **Invertir en un enfoque integral de la salud mental en la escuela.** Un enfoque holístico significa que no hay que centrarse sólo en el plan de estudios, sino considerar también todas las formas en que las escuelas influyen en el desarrollo y el bienestar de los niños. Este enfoque debe tratar de fomentar un clima escolar positivo y cálido que haga que los niños se sientan seguros y conectados, y que les permita expresar sus opiniones, apoyar a otros estudiantes y buscar ayuda cuando la necesiten. Debe ofrecer capacitación periódica sobre salud mental y bienestar psicosocial a los maestros y el resto del personal, así como a los niños, adolescentes y sus familias. Debe adaptar su enfoque para reflejar las necesidades y capacidades en constante evolución de todos los niños y adolescentes, y las necesidades especiales de los niños de grupos desfavorecidos y de diferentes entornos socioculturales.
- **Reforzar los conocimientos y las competencias socioemocionales de los maestros.** Los maestros

son fundamentales para garantizar que los niños y adolescentes aprendan y prosperen en la escuela. Los maestros y el resto del personal escolar necesitan apoyo para desarrollar su capacidad de modo que puedan, a su vez, ayudar a los niños y adolescentes a aprender sobre salud mental y desarrollar hábitos saludables, y para que puedan reconocer a los estudiantes que necesitan apoyo adicional. Para los maestros, estas habilidades son imprescindibles no sólo para su propio bienestar personal, sino también para mejorar el aprendizaje de los alumnos. La docencia puede ser una profesión extremadamente estresante, especialmente en contextos de bajos recursos, crisis y conflictos. El estrés de los maestros no sólo tiene consecuencias negativas para ellos mismos, sino que también supone un menor rendimiento de los alumnos y un mayor coste de la educación.

- **Prevenir el suicidio.** Las escuelas deben ser un aliado crucial en la prevención del suicidio, una de las principales causas de muerte entre los adolescentes. La formación especializada de maestros y compañeros (así como de padres, consejeros escolares y trabajadores sociales y de la salud) puede contribuir a identificar a los niños en riesgo a fin de ofrecerles apoyo. Pero la tarea no puede dejarse sólo en manos de las escuelas. Los programas nacionales de prevención del suicidio pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a los esfuerzos para, por ejemplo, restringir el acceso a los instrumentos que facilitan el suicidio, fomentar que los medios de comunicación ofrezcan una información responsable e identificar y eliminar los contenidos perjudiciales en las redes sociales.

Reforzar y equipar los sistemas y su personal para responder a problemas complejos. El enfoque de los programas y servicios de salud mental debe ampliarse para aprovechar las oportunidades de promover, proteger y atender la salud mental no sólo en los servicios de salud, sino en ámbitos como la protección social y la atención comunitaria. Sin embargo, para que esto ocurra de forma eficaz y sostenible, es necesario reforzar al personal centrado en el niño y la familia, así como los sistemas pertinentes, tanto para prestar servicios en todos los sistemas y entornos como para garantizar que se respeten las necesidades y los derechos humanos de todos los niños.

- **Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de protección social y atención comunitaria.** Para llegar a los niños y jóvenes sin acceso, es preciso prestar los servicios no solo a través de los sistemas de salud, sino de una amplia gama de sectores y plataformas de prestación, como la educación, la protección social y la atención comunitaria.

Los niños y jóvenes que sufren desventajas y riesgos debido a los diferentes contextos familiares, la violencia, la negligencia y el abuso necesitan una atención especializada y programas accesibles y adaptados a sus necesidades. Las intervenciones basadas en la comunidad son especialmente adecuadas para identificar y apoyar a los niños en riesgo que requieren atención especializada. Estas intervenciones incluyen la protección de la infancia y la gestión de casos de violencia de género: servicios que conciencien sobre las necesidades y los recursos relacionados con la salud mental y que promuevan la inclusión y la participación de los niños y las familias vulnerables en la vida de la comunidad.

Para las mujeres y las niñas, incluidas las que son supervivientes de la violencia de género, los proveedores de servicios, como las organizaciones locales de mujeres, son una fuente crucial de apoyo psicosocial. Los servicios de salud mental se pueden integrar también en la atención comunitaria, y es preciso hacer hincapié en el reparto de tareas, especialmente en los entornos de bajos ingresos.

Para que estos esfuerzos den resultados, los trabajadores comunitarios necesitan recibir formación, apoyo y supervisión continuos para aumentar sus conocimientos y aptitudes. Las intervenciones comunitarias también deben ofrecer oportunidades colectivas de curación tras las crisis.

- **Proporcionar intervenciones de prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en entornos humanitarios y frágiles.** Los niños y los adolescentes forman parte de los grupos más vulnerables en los contextos humanitarios. Las respuestas en esos entornos deben ser específicas para cada contexto y estar estructuradas a varios niveles. Las intervenciones de prestación de apoyo psicosocial y de salud mental deben ampliarse para proporcionar a los niños los medios y recursos necesarios para hacer frente a la ansiedad y a las formas graves de angustia. Debe ofrecerse atención especializada a las poblaciones más vulnerables, centrándose sobre todo en las madres jóvenes, las víctimas de la violencia de género y los niños asociados a grupos armados. También es necesario ofrecer apoyo a la integración de los niños en la vida cotidiana después de un episodio de angustia grave o de una experiencia traumática.

- **Respetar los derechos de la infancia en los servicios de salud mental.** Many Muchos niños sufren violaciones de los derechos humanos en los servicios de salud mental, cuando tienen que hacer frente a prácticas coercitivas como la institucionalización, el tratamiento forzado y la contención, que pueden tener un impacto negativo duradero. Los derechos de la infancia deben ser respetados en el diseño y la prestación de los servicios de salud mental, y los usuarios de los servicios deben ser tratados no como pacientes sino como individuos con derechos. La atención debe estar centrada en la persona, estar libre de coerción, estar orientada a la recuperación y estar basada en el respeto a los derechos humanos. Es necesario establecer compromisos claros para proporcionar servicios libres de coerción y que respeten la toma de decisiones con apoyo, que deben estar respaldados **por estrategias a largo plazo para, por ejemplo, proporcionar servicios adecuados de respuesta a la crisis basados en la comunidad y una capacitación amplia del personal.**
- **Abordar las desigualdades de género en los programas de salud mental.** Los programas de salud mental deben tratar activamente de corregir las desigualdades de género evaluando y atendiendo las necesidades de las mujeres, las niñas, los niños, los hombres y las personas no binarias mediante la recopilación de datos, una consulta y participación amplias, y el seguimiento. Deben eliminarse los obstáculos basados en el género para acceder a la atención de salud mental. Es necesario invertir en la lucha contra la violencia de género, los estereotipos de género y la discriminación de mujeres y niñas. Deben ampliarse los

programas centrados en el apoyo psicosocial de las adolescentes, especialmente el de las madres adolescentes.

Mejorar los datos, la investigación y las pruebas.

Desafortunadamente, los datos sobre la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores son escasos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayoría de los adolescentes del mundo. La falta de datos y pruebas lleva a que los niños con problemas de salud mental sean invisibles, y además se ha convertido en un gran obstáculo para la elaboración y la planificación de políticas. La falta de investigación y la inadecuada inversión en investigación sobre la ejecución también menoscaban los avances en materia de salud mental.

- **Reforzar la investigación.** La investigación sobre la salud mental se realiza mayoritariamente en los países de ingresos altos y se centra en los adultos, no en los adolescentes, a pesar de que la adolescencia es el período en que más ocurren la mayoría de las enfermedades mentales⁷. Es necesario realizar una mayor inversión en la investigación sobre niños y adolescentes, que debe ser aplicable transculturalmente, adaptable a las realidades locales y capaz de captar diversas experiencias y realidades. La investigación cualitativa puede ayudar a colmar las lagunas más graves en la generación de pruebas y proporcionar un relato sólido del bienestar de los niños y los adolescentes.
- **Supervisar sistemáticamente la salud mental.** En la mayoría de los países, pero sobre todo en los países de ingresos bajos y medios, hay una grave carencia de seguimiento sistemático de las cuestiones relacionadas con la salud mental. Se necesita un esfuerzo decidido para desarrollar

un conjunto consensuado de indicadores básicos en torno a la salud mental de los niños, los adolescentes y los cuidadores, que abarque la prevalencia de los trastornos mentales, la prestación de atención de salud mental y el alcance de los esfuerzos para promover la salud mental y proteger a los niños y adolescentes en riesgo (*véase el recuadro 20. Seguimiento de la salud mental*).

- **Apoyar la investigación y la ciencia de la ejecución.** La falta de comprensión de las condiciones que hay sobre el terreno dificultan con frecuencia el éxito de la ejecución de las políticas e intervenciones de salud, especialmente en el ámbito de las enfermedades no transmisibles. Por ello, es necesario aumentar la inversión en la ciencia de la ejecución, que investiga cómo una serie de factores pueden impedir o acelerar la ejecución de las políticas y las intervenciones. Los conocimientos generados por este tipo de investigación son cruciales para transformar las ideas en medidas concretas.

Puede que no tengamos todas las respuestas, pero ya sabemos lo suficiente como para poder actuar ahora y promover una buena salud mental para todos los niños, proteger a los niños vulnerables y atender a los que confrontan los mayores desafíos.

Notas

Introducción

1. Akin, Lara, Jamil Zaki y Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 de julio de 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, consultado el 13 de agosto de 2021.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina Regional para Europa y Asia Central, *All Children Returning to School and Learning: Considerations for monitoring access and learning participation during and beyond the COVID-19 pandemic*, UNICEF Europa y Asia Central, Ginebra, 2020; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Brasil, *Cenário da exclusão escolar no Brasil: Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação*, UNICEF Brasil, Brasilia, abril 2021; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, Nueva York, 2021; Organización Internacional del Trabajo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *COVID-19 and Child Labour: A time of crisis, a time to act*, OIT y UNICEF, Nueva York, 2020; Azevedo, Joao Pedro, et al., 'Learning Losses due to COVID19 Could Add Up to \$10 Trillion', Banco Mundial Blogs, 10 de septiembre de 2020, <<https://blogs.worldbank.org/education/learning-losses-due-covid19-could-add-10-trillion>>, consultado el 13 de agosto de 2021.
3. Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Atlas 2017*, OMS, Ginebra, 2018, p. 26.
4. Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud*, 2020.
5. *Ibid.*; 525.600 minutos en un año.
6. Análisis de a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud*, 2019? Nota: un AVAD representa la pérdida de un año de vida sana a causa de una discapacidad o una muerte prematura.
7. Cocozza, Paula, 'Love Island's Dr Alex George: "If my brother had asked for help, would he still be alive?"', *The Guardian*, 18 de febrero de 2021, <www.theguardian.com/society/2021/feb/18/love-islands-dr-alex-george-if-my-brother-had-asked-for-help-would-he-still-be-alive>, consultado el 13 de agosto de 2021.
8. Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *Lancet*, vol. 392, n.º 10157, 27 de octubre de 2018, pp. 1553–1598.

Capítulo 1

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
2. Galderisi, Silvana, et al., 'Toward a New Definition of Mental Health', *World Psychiatry*, vol. 14, n.º 2, junio de 2015, pp. 231–233.
3. Orpana, Heather, et al., 'Monitoring Positive Mental Health and Its Determinants in Canada: The development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework', *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 36, n.º 1, enero de 2016, pp. 1–10.
4. Barry, Margaret M., 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, evidence and practice', *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11, n.º 3, de agosto de 2009, pp. 4–17; p. 6.
5. Lippman, Laura H., Kristin Anderson Moore y Hugh McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being: A conceptual framework, measures and methodological issues', Documento de trabajo de Innocenti 2009-2021, Oficina de Investigaciones de UNICEF-Innocenti, Florencia, 2009.
6. UNICEF Innocenti, "Mundos de influencia: ¿Cuáles son los determinantes del bienestar infantil en los países ricos?", *Innocenti Report Card 16*, Oficina de Investigaciones de UNICEF-Innocenti, Florencia, 2020, p. 9.
7. Ross, David A., et al., 'Adolescent Well-Being: A definition and conceptual framework', *Journal of Adolescent Health*, vol. 67, n.º 4, 1 de octubre de 2020, pp. 472-476.
8. Keyes, Corey L. M., 'Mental Health as a Complete State: How the salutogenic perspective completes the picture', cap. 11 de *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach*, editado por Georg F. Bauer y Oliver Hämming, Springer Science and Business Media, Dordrecht, 2014, pp. 179-192; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Mental Health and Psychosocial Technical Note*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2019, p. 4.
9. Organización Mundial de la Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 22 de julio de 1946.
10. Organización Mundial de la Salud, 'Milestones for Health Over 70 Years', OMS, Ginebra, <www.euro.who.int/en/about-us/organization/who-at-70/milestones-for-health-over-70-years>, consultado el 30 de julio de 2021.

11. Asamblea General de las Naciones Unidas, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, A/RES/46/119, Naciones Unidas, Nueva York, 17 de diciembre de 1991.
12. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño, A/RES/71/177, 20 de noviembre de 1989, incluidos los artículos 2, 3, 6, 23, 24, 37 y 39.
13. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/RES/61/106, 13 de diciembre de 2006; Naciones Unidas, Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Naciones Unidas, Nueva York, 2006.
14. Puras, Dainius, y Piers Gooding, 'Mental Health and Human Rights in the 21st Century', *World Psychiatry*, vol. 18, n.º 1, 2019, pp. 42-43.
15. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Addressing Socio-Economic Needs of Individuals, Families and Societies Affected by Autism Spectrum Disorders (ASD), Developmental Disorders (DD) and Associated Disabilities', A/RES/67/82, 12 de diciembre de 2012.
16. Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, Comprehensive and Coordinated Efforts for the Management of Autism Spectrum Disorders: A report by the Secretariat, EB 133/4, OMS, Ginebra, 8 de abril de 2013.
17. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 'Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development', A/RES/70/1, 25 de septiembre de 2015, pp. 3, 16.
18. *Ibid.*, p. 3.
19. *Ibid.*, p. 16.
20. Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
21. Organización Mundial de la Salud, *Social Determinants of Mental Health*, OMS, Ginebra, 2014, p. 12.
22. Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'.
23. Barry, 'Addressing the Determinants of Positive Mental Health'; Keyes, Corey L.M., 'Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, n.º 3, 2005, pp. 539-548.
24. Organización Mundial de la Salud, *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000-2019*, OMS, Ginebra, diciembre de 2020, p. 25.
25. OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
26. Gureje, Oye, y Dan J. Stein, 'Classification of Mental Disorders: The importance of inclusive decision-making', *International Review of Psychiatry*, vol. 24, n.º 6, 2012, pp. 606-612; Kohrt, Brandon A., et al., 'Cultural Concepts of Distress and Psychiatric Disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology', *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, n.º 2, 1 de abril de 2014, pp. 365-406.
27. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Good Health and Well-being: Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals*, ACNUDH, Ginebra, 2020, p. 35.
28. Organización Mundial de la Salud, *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal health coverage for mental health*, OMS, Ginebra, 2019, p. 2.
29. Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, OMS, Ginebra, 2013, p. 38.
30. OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 13.
31. OMS, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, p. 6.
32. Comité Permanente entre Organismos, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, Comité Permanente entre Organismos, Ginebra, 2007, pp. 1-2.
33. Loughry, Maryanne, y Carola Eyber, *Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A review of the concepts and related literature*, Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos y the National Academies Press, Washington, D.C., 2003, p. 1.
34. OCHA, *Good Health and Well-Being*, p. 35.
35. OMS, *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
36. Vásquez, Alberto, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health', documento de debate para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Nueva York, agosto de 2020.
37. Lippman, Moore y McIntosh, 'Positive Indicators of Child Well-Being'; UNICEF Innocenti, "Mundos de influencia".
38. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, 'World Population Prospects 2019', DAES, Nueva York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consultado el 31 de mayo de 2021.
39. Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME), 'Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, n.º 10258, 17 de octubre de 2020, pp. 1129-1306.
40. Campbell, Olympia L. K., David Bann y Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, n.º 100742, marzo de 2021.
41. Análisis de UNICEF a partir de las estimaciones del Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, 'Global Burden of Disease Study 2019'.
42. Análisis de UNICEF a partir de los cálculos de la OMS, *Estimaciones Mundiales de la Salud*, 2020.
43. Hawton, Keith, Kate E. A. Saunders y Rory C O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents', *Lancet*, vol. 379, 23 de junio de 2012, pp. 2373-2382.
44. Organización Mundial de la Salud, 'Suicide', OMS, Ginebra, <www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consultado el 30 de julio de 2021.

45. Kõlves, Kairi y Diego de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents', *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 2017, pp. 155-164.
46. Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, n.º 4, 2017, pp. 395-402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, noviembre de 2020.
47. Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents'.
48. Carvajal-Velez, Liliana, et al., 'Increasing Data and Understanding of Adolescent Mental Health Worldwide: UNICEF's measurement of mental health among adolescents at the population level initiative', *Journal of Adolescent Health*, prueba corregida, 2021, pp. 1-3.
49. Hayes, Joseph, et al., 'You Can't Manage What You Can't Measure: Why adolescent mental health monitoring matters', *Journal of Adolescent Health*, prueba corregida, 2021, pp. 1-2.
50. Corrigan, Patrick, et al., 'Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A meta-analysis of outcome studies', *Psychiatric Services*, vol. 63, n.º 10, octubre de 2012, pp. 963-937.
51. Thornicroft, Graham, et al., 'Stigma: Ignorance, Prejudice or Discrimination?', *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, 2007, pp. 192-193.
52. Ibid.
53. Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469-294.
54. Ibid.
55. DuPont-Reyes, Melissa J., et al., 'Adolescent Views of Mental Illness Stigma: An intersectional lens', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 90, n.º 2, 2020, pp. 201-211.
56. Venkataraman, Surendran, Rajkumar Patil y Sivaprakash Balasundaram, 'Stigma Toward Mental Illness Among Higher Secondary School Teachers in Puducherry, South India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, n.º 4, 2019, pp. 1401-1407.
57. Van Voren, Robert, 'Political Abuse of Psychiatry: An historical overview', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, n.º 1, enero de 2010, pp. 33-35.
58. Corrigan, Patrick W., Fred E. Markowitz y Amy C. Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination', *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, n.º 3, 2004, pp. 481-491.
59. Hinshaw, Stephen P., 'The Stigmatization of Mental Illness in Children and Parents: Developmental issues, family concerns, and research needs', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n.º 7, 2005, 714-734.
60. Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss y Deborah A. Perlick, 'The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care', *Psychological Science in the Public Interest*, vol. 15, n.º 2, 2014, pp. 37-70; Clement, S., et al., 'What is the Impact of Mental Health-Related Stigma on Help-Seeking?: A systematic review of quantitative and qualitative studies', *Psychological Medicine*, vol. 45, n.º 1, 2015, pp. 11-27; Aguirre Velasco, Antonia, et al., 'What are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 20, n.º 293, 2020.
61. Gulliver, Amelia, Kathleen M. Griffiths y Helen Christensen, 'Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A systematic review', *BMC Psychiatry*, vol. 10, 30 de diciembre de 2010, p. 113.
62. Betancourt, Theresa S., et al., 'Research Review: Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers – A systematic review of the literature and recommendations for future research', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, n.º 1, 2013, pp. 17-36.
63. Meyer, Ilan H., 'Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual issues and research evidence', *Psychological Bulletin*, vol. 129, n.º 5, 2003, pp. 674-697; Hatzenbuehler, Mark L., y John E. Pachankis, 'Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research evidence and clinical implications', *Pediatric Clinics of North America*, vol. 63, n.º 6, diciembre de 2016, pp. 985-997; Kiekens, Wouter, et al., 'Explaining Health Disparities between Heterosexual and LGB Adolescents by Integrating the Minority Stress and Psychological Mediation Frameworks: Findings from the TRAILS Study', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 49, 2020, pp. 1767-1782.
64. Corrigan, Markowitz and Watson, 'Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination'; Hatzenbuehler, Mark L., 'Structural Stigma: Research evidence and implications for psychological science', *American Psychologist*, vol. 71, n.º 8, noviembre de 2016, pp. 742-751.
65. Carga Mundial de la Morbilidad 2019. Colaboradores en materia de enfermedades y lesiones, 'Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *Lancet*, vol. 396, n.º 10258, octubre de 2020, pp. 1204-1222.
66. Los encargados de calcular esta cifra para UNICEF fueron McDaid, David y Sara Evans-Lacko, 'The Case for Investing in the Mental Health and Well-being of Children', documento informativo para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, noviembre de 2020, p. 3. El cálculo se realizó a partir de las estimaciones del trastorno mental en el estudio *Global Burden of Disease Study 2019* con el fin de estimar el valor económico potencial de los efectos adversos de la salud mental precaria en todo el mundo. Los autores del documento informativo partieron de la hipótesis de que era posible asignar un valor monetario a las cargas en AVAD asociadas a una salud mental precaria a lo largo de un año. Los AVAD correspondientes a distintas enfermedades representaban la gravedad relativa de distintos trastornos y el costo directo de la mortalidad prematura ocasionada por enfermedades como los trastornos de alimentación y la autolesión. Con el fin de establecer comparaciones, cada año vivido sin discapacidad se consideraba equivalente al PIB per cápita expresado en dólares internacionales ajustados en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA). Los AVAD por enfermedades de salud mental se valoraban de dos formas: 1. A los AVAD por enfermedades de salud mental entre

personas de 0 a 19 años en todos los países se les asignaba un importe de 16.951 dólares internacionales ajustados en términos de PPA, la estimación del Banco Mundial del PIB per cápita mundial en 2019; 2. Los costos mundiales se calculaban utilizando la estimación del Banco Mundial del PIB per cápita por países en 2019. La prevalencia de enfermedades de salud mental y los datos de AVAD de cada país se han extraído del estudio *Global Burden of Disease Study, 2019* y abarcan todas las enfermedades de salud mental, excepto la demencia y los trastornos por abuso de alcohol y sustancias. También se calculó el costo de la pérdida de AVAD debido a la autolesión intencionada entre los jóvenes de hasta 19 años.

67. Nota: los países y las regiones de UNICEF son: **África Occidental y Central:** Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Togo; **África Oriental y Meridional:** Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Rwanda, Seychelles, Somalia, Sudáfrica, Sudán del Sur, Sudán, Swazilandia, República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe; **África Subsahariana:** África Occidental y Central, África Oriental y Meridional; **América Latina y el Caribe:** Anguilla, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de); **América del Norte:** Canadá, Estados Unidos; **Asia Meridional:** Afganistán, Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka; **Asia Oriental y el Pacífico:** Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Indonesia, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Niue, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática de Corea, República Democrática Popular Lao, República de Corea, Samoa, Singapur, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam; **Europa y Asia Central:** Europa Oriental y Asia Central, Europa Occidental; **Europa Occidental:** Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chequia, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, San Marino, la Santa Sede, Reino Unido, Suecia, Suiza; **Europa Oriental y Asia Central:** Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Montenegro, República de Moldova, la ex República Yugoslava de Macedonia, Rumania, Federación de Rusia, Serbia, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán; **Oriente Medio y Norte de África:** Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Egipto, Estado de Palestina, Irán (República Islámica del), Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos, Yemen.
68. Dinámicas de población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales de las Naciones Unidas, 'World Population Prospects 2019: Data query', <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consultado el 28 de julio de 2021.
69. Hammerton, Gemma, et al., 'Childhood Behavioural Problems and Adverse Outcomes in Early Adulthood: A comparison of Brazilian and British Birth Cohorts', *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, vol.5, 2019, pp. 517-535.
70. Gorringer, Josh, et al., *The Return on the Individual: Time to invest in mental health*, United for Global Mental Health, Londres, 2019, pp. 5-14.
71. RTI International, 'The Return on Investment for School-Based Prevention of Mental Health Disorders', documento informativo para el *Estado Mundial de la Infancia 2021*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, mayo de 2021. Para calcular el rendimiento de la inversión, RTI International elaboró un modelo de Markov a partir de las pruebas extraídas de los programas escolares sobre la ansiedad, la depresión y el suicidio que permitió calcular los costos y los beneficios de prestar servicios de prevención y tratamiento de la salud mental a una cohorte de adolescentes de entre 10 y 19 años representativa a nivel mundial. El modelo de Markov hace un seguimiento del número de personas en cada estado a lo largo de un periodo de 80 años. Debido a que los datos de los países de ingresos medianos bajos eran limitados, las estimaciones sobre la efectividad del programa se extrajeron de revisiones sistemáticas y ensayos llevados a cabo en países de ingresos altos. Es posible que dichas estimaciones no reflejen la efectividad entre las poblaciones marginadas, como los adolescentes víctimas de la violencia o la pobreza extrema.
72. KiVA, 'What is KiVA', <<https://uk.kivaprogram.net/what-is-kiva/>>, consultado el 31 de marzo de 2021.
73. Defensoría del Pueblo, <www.defensoria.gob.pe>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021.
74. Ministerio de Salud del Perú, *Programa Presupuestal 0131 Control Y Prevención En Salud Mental: ANEXO N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal*, Ministerio de Salud, Lima, 2021, <www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_9.pdf>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021.
75. Ley de Salud Mental del Perú, 22 de mayo de 2019, <www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021.
76. Ministerio de Salud del Perú, "Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)", <www.minsa.gob.pe/salud-mental/>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021.
77. Ministerio de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19. Estudio en Línea. Perú 2020", Ministerio de Salud, Lima, abril de 2021, <www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-contexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>, visitado por última vez el 26 de julio de 2021.
78. Ministerio de Salud, "Guía Técnica: Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad, en el contexto del COVID-19. Especificaciones para la atención de niñas, niños y adolescentes", Ministerio de Salud, Lima, agosto de 2020, <www.unicef.org/peru/media/8716/file/Cuidado%20de%20la%20salud%20mental%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20afectada,%20familias%20y%20comunidad.%20en%20el%20contexto%20COVID-19.pdf>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021. Ministerio de Salud, "Documento Técnico:

Orientaciones Técnicas para el Cuidado Integral de Salud mental de la Población Adolescente”; Resolución Ministerial N° 753-2021-MINSA, 12 de junio de 2021, <www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1963209-753-2021-minsa>, visitado por última vez el 2 de agosto de 2021.

Capítulo 2

1. Bronfenbrenner, Urie, *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, 1979.
2. UNICEF Innocenti, “Mundos de influencia”.
3. OMS, *Social Determinants of Mental Health*.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Caring for the Caregiver: The experiences of Mali and Sierra Leone*, documento de referencia, UNICEF, Nueva York, 2019, p. 6.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Caring for the Caregiver: The experiences of Mali and Sierra Leone*, documento de referencia, UNICEF, Nueva York, 2019, p. 8.
6. Shonkoff, Jack P., et al., ‘e Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress’, *Pediatrics*, vol. 129, n.º 1, enero de 2012, pp. e232-e246; Center on the Developing Child, Harvard University, ‘In Brief: The science of early childhood development’, <<http://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-science-of-ecd/>>, consultado el 31 de julio de 2021.
7. Masten, Ann S., y Dante Cicchetti, ‘Developmental Cascades’, *Development and Psychopathology*, vol. 22, n.º 3, Cambridge University Press, 2010, pp. 491-495.
8. Chan, Jennifer C., Bridget M. Nugent y Tracy L. Bale, ‘Parental Advisory: Maternal and paternal stress can impact offspring neurodevelopment’, *Biological Psychiatry*, vol. 83, n.º 10, 2018, pp. 886-894; Monk, Catherine, Claudia Lugo-Candelas y Caroline Trumpff, ‘Prenatal Developmental Origins of Future Psychopathology: Mechanisms and pathways’, *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 15, 2019, pp. 317-344.
9. Centro de Desarrollo Infantil, Universidad de Harvard, ‘Key Concepts: Brain Architecture’, <<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>>, consultado el 8 de agosto de 2021.
10. Kolb, Bryan, Allonna Harker y Robbin Gibb, ‘Principles of Plasticity in the Developing Brain’, *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 59, n.º 2, diciembre de 2017, pp. 1218-1223.
11. Centro de Desarrollo Infantil, ‘Key Concepts: Brain Architecture’.
12. O’Donnell, Kieran J., y Michael J. Meaney, ‘Fetal Origins of Mental Health: The developmental origins of health and disease hypothesis’, *American Journal of Psychiatry*, vol. 174, n.º 4, 1 de abril de 2017, pp. 319-328; Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Vibrant Health Kids: Aligning science, practice and policy to advance health equity*, National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 95.
13. Patton, George C., et al., ‘Our Future: A Lancet Commission on adolescent health and well-being’, *Lancet*, vol. 387, n.º 10036, 11 de junio de 2016, pp. 2423-2478.
14. Nikki C., Miriam Hollarek y Lydia Krabbendam, ‘Neurocognitive Development during Adolescence’, cap. 3 de *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, editado por Jennifer E. Lansford y Prerna Banati, Oxford University Press, Oxford, 2018, pp. 46-67; Orben, Amy, Livia Tomova y Sarah-Jayne Blakemore, ‘The Effects of Social Deprivation on Adolescent Development and Mental Health’, *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, n.º 8, 2020, pp. 634-640.
15. Abreu, Ana Paula y Ursula B. Kaiser, ‘Pubertal Development and Regulation’, *Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, n.º 3, marzo de 2016, pp. 254-264.
16. Hoyt, Lindsay T., et al., ‘Timing of Puberty in Boys and Girls: Implications for population health’, *SSM- Population Health*, vol. 10, 2020; Mendle, Jane, ‘Why Puberty Matters for Psychopathology’, *Child Development Perspectives*, vol. 8, n.º 4, 2014, pp. 218-222; Mrug, Sylvie, et al., ‘Early Puberty, Negative Peer Influence, and Problem Behaviors in Adolescent Girls’, *Pediatrics*, vol. 133, n.º 1, 2014, pp. 7-14.
17. Mendle, Jane, Rebecca M. Ryan y Kirsten M. P. McKone, ‘Age at Menarche, Depression, and Antisocial Behavior in Adulthood’, *Pediatrics*, vol. 141, n.º 1, enero de 2018.
18. Barendse, Marjolein E. A., et al., ‘Study Protocol: Transitions in Adolescent Girls (TAG)’, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, 4 de febrero de 2020; Pfeifer, Jennifer H. y Nicholas B. Allen, ‘Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence’, *Biological Psychiatry*, vol. 89, 15 enero de 2021, pp. 99-108.
19. Patton et al., ‘Our Future’.
20. Lahousen, Theresa, Human Friedrich Unterrainer y Hans-Peter Kapfhammer, ‘Psychobiology of Attachment and Trauma: Some general remarks from a clinical perspective’, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, n.º 914, 12 de diciembre de 2019; Waters, Everett, y E. Mark Cummings, ‘A Secure Base from Which to Explore Close Relationships’, *Child Development*, vol. 71, n.º 1, 2000, pp. 164-172.
21. Ainsworth, Mary D. Salter, et al., *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*, classic ed., Psychology Press, Nueva York, 2015; Bowlby, John, *Attachment and Loss: Volume 1- attachment*, 2ª ed., Basic Books, Nueva York, 1982; Marvin, Robert S., Preston A. Britner y Beth S. Russell, ‘Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood’, cap. 13 de *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*, 3ª ed., editado por Jude Cassidy y Phillip R. Shaver, Guilford Press, Nueva York, 2016, pp. 273-290.
22. Cassidy, Jude, Jason D. Jones y Phillip R. Shaver, ‘Contributions of Attachment Theory and Research: A framework for future research, translation, and policy’, *Development and Psychopathology*, vol. 25, n.º 4, parte 2, 2013, pp. 1415-1434.
23. Sroufe, Alan L., ‘The Place of Attachment in Development’, cap. 43 de *Handbook of Attachment*, pp. 997-1011.
24. Benoit, Diane, ‘Infant-Parent Attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome’, *Paediatrics & Child Health*, vol. 9, n.º 8, 2004, pp. 541-545; Marvin, Britner y Russell, ‘Normative Development: The ontogeny of attachment in childhood’.

25. Kerns, Kathryn A y Laure E. Brumariu, 'Attachment in Middle Childhood', cap. 17 in *Handbook of Attachment*, pp. 349-365.
26. Allen, Joseph P y Joseph S. Tan, 'The Multiple Facets of Attachment in Adolescents', cap. 19 de *Handbook of Attachment*, pp. 399-415.
27. Flaherty, Serena Cherry y Lois S. Sadler, 'A Review of Attachment Theory in the Context of Adolescent Parenting', *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 25, n.º 2, marzo de 2011, pp. 114-121.
28. Crugnola, Cristina Riva, et al., 'Motherhood in Adolescent Mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months', *Infant Behavior and Development*, vol. 37, n.º 1, 2014, p. 4456.
29. Masten y Cicchetti, 'Developmental Cascades'; Wolchik, Sharlene A., et al., 'Developmental Cascade Effects of a Parenting-Focused Program for Divorced Families on Competence in Emerging Adulthood', *Development and Psychopathology*, vol. 33, n.º 1, 2021, pp. 201-215; Otten, Roy, et al., 'A Developmental Cascade Model for Early Adolescent Onset Substance Use: The role of early childhood stress', *Addiction*, vol. 114, n.º 2, febrero de 2019, pp. 326-334.
30. Bornstein, Marc H., Chun-Shin Hahn y O. Maurice Haynes, 'Social Competence, Externalizing, and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental cascades', *Developmental Pathology*, vol. 22, n.º 4, noviembre de 2010, pp. 717-735; Masten, Ann S., et al., 'Developmental Cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years', *Developmental Psychology*, vol. 41, n.º 5, 2005, pp. 733-746; Appleyard, Karen, et al., 'When More is Not Better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n.º 3, marzo de 2005, pp. 235-245; Evans, Gary W., Dongping Li y Sara Sepanski Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development', *Psychological Bulletin*, vol. 139, n.º 6, 2013, pp. 1342-1396.
31. Rutter, Michael, 'Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage', in *Primary Prevention in Psychopathology: Volume 8 – Social competence in children*, editado por Martha Whalen Kend y Jon E. Rolf, University Press of New England, Hanover, 1979, pp. 49-74.
32. Evans, Li y Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'.
33. Gutman, Leslie Morrison, Heather Joshi y Ingrid Schoon, 'Developmental Trajectories of Conduct Problems and Cumulative Risk from Early Childhood to Adolescence', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 48, n.º 2, 2019, pp. 181-198; Evans, Li y Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'.
34. Berens, Anne E., Sarah K. G. Jensen y Charles A. Nelson III, 'Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications', *BMC Medicine*, vol. 15, n.º 135, 2017; Hertzman, Clyde y Tom Boyce, 'How Experience Gets Under the Skin to Create Gradients in Developmental Health', *Annual Review of Public Health*, vol. 31, 2010, pp. 329-347.
35. Hertzman, Clyde, 'Putting the Concept of Biological Embedding in Historical Perspective', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 109, n.º 2, 16 de octubre de 2012, pp. 17160-17167; Evans, Li y Whipple, 'Cumulative Risk and Child Development'.
36. Gunnar, Megan R., et al., 'Salivary Cortisol Levels in Children Adopted from Romanian Orphanages', *Development and Psychopathology*, vol. 13, no. 3, 2001, pp. 611-628.
37. Golm, Dennis, et al., 'Why Does Early Childhood Deprivation Increase the Risk for Depression and Anxiety in Adulthood? A developmental cascade model', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n.º 9, 2020, pp. 1043-1053; Sonuga-Barke, Edmund J. S., et al., 'Child-to-Adult Neurodevelopmental and Mental Health Trajectories After Early Life Deprivation: The young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study', *Lancet*, vol. 389, n.º 10078, pp. 1539-1548.
38. National Scientific Council on the Developing Child, 'Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain', Documento de trabajo 3, Centro de Desarrollo Infantil, Universidad de Harvard, Cambridge, 2014.
39. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Vibrant Health Kids*, p. 81.
40. National Scientific Council on the Developing Child, 'Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain'.
41. Shonkoff et al., 'The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress'.
42. McEwen, Bruce S., 'Central Effects of Stress Hormones in Health and Disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators', *European Journal of Pharmacology*, vol. 583, 2008, pp. 174-185.
43. Organización Mundial de la Salud, 'Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)', 28 de enero de 2020, OMS, Ginebra, 2020, <[www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](http://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))>, consultado el 12 de agosto de 2021.
44. Centro de Desarrollo Infantil, Universidad de Harvard, 'ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions', <<https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>>, consultado el 31 de julio de 2021.
45. Conferencia Nacional de Asambleas Legislativas de los Estados, 'Adverse Childhood Experiences', <www.ncsl.org/research/health/adverse-childhood-experiences-aces.aspx>, consultado el 31 de julio de 2021; Felitti, Vincent J., et al., 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences study', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n.º 4, 1 de mayo de 1998, pp. 245-258.
46. Sacks, Vanessa y David Murphy, 'The Prevalence of Adverse Childhood Experiences, Nationally, by State, and by Race or Ethnicity', *Child Trends*, 12 de febrero de 2018.
47. OMS, 'Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)'.
48. Centro de Desarrollo Infantil, 'ACEs and Toxic Stress: Frequently Asked Questions'.
49. Ibid.
50. Hughes, Karen, et al., 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Public Health*, vol. 2, n.º 8, agosto de 2017, e356-e366.

51. Kieselbach, Berit, et al., 'Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Associations with Mental Distress in Cambodia, Malawi and Nigeria: A cross-sectional study', *Child Abuse & Neglect*, vol. 111, 2021, p. 104807.
52. Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*, Save the Children, Londres, 2019.
4. Kieselbach et al., 'Prevalence of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence'.
5. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Banco Mundial, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, OMS, Ginebra, 2018, p. 12.

Capítulo 3

1. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A national agenda*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019.
2. Ungar, Michael, 'Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019.
3. Como parte del *Estado Mundial de la Infancia 2021*, Claudia Buchweitz, Arthur Caye y Christian Kieling, de la *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* del Brasil, llevaron a cabo un estudio sobre los factores de riesgo a los que se expone la salud mental a lo largo de la vida. Para ello, examinaron los datos de tres fuentes principales: las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de UNICEF; y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, que incluye datos presentados por los propios estudiantes, con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. El estudio corrió a cargo de la OMS en colaboración con UNICEF; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), y contó con la asistencia técnica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Dado que las encuestas no recogen datos específicos sobre la salud mental, los investigadores analizaron los cuestionarios, los conjuntos de datos y las definiciones de variables de las tres encuestas con el fin de recopilar una lista de factores que están presentes durante todo el ciclo vital y pueden tener relación con la salud mental en la infancia y la adolescencia. Toda esta información se analizó a fin de comprobar la viabilidad del análisis y los factores se aplicaron en los casos en que había datos disponibles para un mínimo de 10 países. Como resultado, se seleccionaron más de 50 factores que se clasificaron en distintos periodos: perinatal, primera infancia, infancia y adolescencia. A continuación, se llevó a cabo un examen rápido de las publicaciones en las que se atribuía la exposición a cada factor a los distintos resultados en materia de salud mental. Para este examen rápido se utilizó un esquema PICO que se centró en la exposición a los factores de riesgo antes de la aparición de un problema de salud mental. Con el propósito de determinar la calidad de esas publicaciones, se empleó un instrumento de evaluación AMSTAR2. Asimismo, se realizaron consultas a un grupo de expertos con vistas a limitar la lista de factores a aquellos fundamentales para la salud mental sobre la base de una perspectiva del ciclo vital. Como parte del examen rápido, se recuperaron un total de 2.237 resúmenes que se sometieron a análisis; se evaluaron 805 revisiones sistemáticas a texto completo y 140 se incluyeron en los resultados finales. Se encontraron datos sobre indicadores relativos a un mínimo de 47 países (violencia contra la mujer dentro de la pareja) y un máximo de 147 países (peso bajo al nacer). El promedio fue de 69. Se recopilaron datos de la mitad de factores posteriores a 2015 y el año promedio de recopilación de datos fue 2014.
6. The Royal Foundation Centre for Early Childhood, *Big Changes Start Small*, The Royal Foundation, Londres, junio de 2021.
7. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
8. Mathewson, Karen J., et al., 'Mental Health of Extremely Low Birth Weight Survivors: A systematic review and meta-analysis', *Psychological Bulletin*, vol. 143, n.º 4, 2017, pp. 347-383; Franz, Adelar Pedro, et al., 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis', *Pediatrics*, vol. 141, n.º 1, enero de 2018, e20171645.
9. Orri, Massimiliano, et al., 'In-utero and Perinatal Influences on Suicide Risk: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, n.º 6, junio de 2019, pp. 477-492.
10. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
11. Britto, Pia R., et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', *Lancet*, vol. 389, n.º 10064, enero de 2017, pp. 91-102; Patel et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
12. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
13. Wu, Guoyao, Beth Imhoff-Kunsch y Amy Webb Girard, 'Biological Mechanisms for Nutritional Regulation of Maternal Health and Fetal Development', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n.º 1, 2012, pp. 4-26.
14. Dadi, Abel Fekadu, et al., 'Global Burden of Antenatal Depression and Its Association with Adverse Birth Outcomes: An umbrella review', *BMC Public Health*, vol. 20, n.º 173, 2020.
15. Ibid.
16. Dadi et al., 'Global Burden of Antenatal Depression'; Stein, Alan, et al., 'Effects of Perinatal Mental Disorders on the Fetus and Child', *Lancet*, vol. 384, n.º 9956, 2014, pp. 1800-1819.
17. Cameron, Emily E., Ivan D. Sedov y Lianne M. Tomfohr-Madsen, 'Prevalence of Paternal Depression in Pregnancy and the Postpartum: An updated meta-analysis', *Journal of Affective Disorders*, vol. 206, 2016, pp. 189-203.
18. Gibbs, Cassandra M., et al., 'The Impact of Early Age at First Childbirth on Maternal and Infant Health', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n.º 1, 2012, pp. 259-284; Karataşlı, Volkan, et al., 'Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy', *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, vol. 48, n.º 5, mayo de 2019, pp. 347-350.
19. Patton, George C., et al., 'Adolescence and the Next Generation', *Nature*, vol. 554, n.º 7693, 22 de febrero de 2018, pp. 458-466.
20. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.

21. Shankar, Priya, Rainjade Chung y Deborah A. Frank, 'Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes: A systematic review', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 38, n.º 2, 2017, pp. 135-150.
22. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
23. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', p. 94; Organización Mundial de la Salud, *The Nurturing Care Handbook*, vol. 5, <<https://nurturing-care.org/nurturing-care-handbook-monitor-progress>>, consultado el 4 de agosto de 2021.
24. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
25. Fellmeth, Gracia, et al., 'Health Impacts of Parental Migration on Left-Behind Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *Lancet*, vol. 392, n.º 10164, 2018, pp. 2567-2582.
26. Bergman, Ann-Sophie, Ulf Axberg y Elizabeth Hanson, 'When a Parent Dies: A systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers', *BMC Palliative Care*, vol. 16, n.º 39, 2017.
27. Patton et al., 'Our Future'.
28. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Vibrant Health Kids*, p. 165.
29. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', p. 95; Organización Mundial de la Salud, 'Support for Mothers to Initiate and Establish Breastfeeding after Childbirth', <www.who.int/elena/titles/breastfeeding_support/en/>, consultado el 4 de agosto de 2021.
30. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development', pp. 91-102.
31. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
32. Shankar et al., 'Association of Food Insecurity with Children's Behavioral, Emotional, and Academic Outcomes'.
33. Li, Chihua, y LH Lumey, 'Exposure to the Chinese Famine of 1959-61 in Early Life and Long-Term Health Conditions: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Epidemiology*, vol. 46, n.º 4, 2017, pp. 1157-1170.
34. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021; para consultar definiciones, véase: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Malnutrition', <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>, consultado el 20 de agosto de 2021.
35. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
36. Guthold, Regina, et al., 'Global Trends in Insufficient Physical Activity Among Adolescents: A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, n.º 1, 2020, pp. 23-25; UNICEF, 'Malnutrition'.
37. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
38. Orchard, Faith, et al., 'Self-reported Sleep Patterns and Quality amongst Adolescents: Cross-sectional and prospective associations with anxiety and depression', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, n.º 10, octubre de 2020, pp. 1126-1137.
39. Owens, Judith, *Adolescent Sleep Working Group Committee on Adolescence*, 'Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An update on causes and consequences', *Pediatrics*, vol. 134, n.º 3, 2014, e921-e932.
40. Galván, Adriana, 'The Need for Sleep in the Adolescent Brain', *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, n.º 1, enero de 2020, pp. 79-89.
41. Short, Michelle A., et al., 'The Relationship between Sleep Duration and Mood in Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *Sleep Medicine Reviews*, vol. 52, agosto de 2020.
42. Winsler, Adam, et al., 'Sleepless in Fairfax: The difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use', *Journal of Youth Adolescence*, vol. 44, n.º 2, 2015, pp. 362-378.
43. *Nurturing Care for Early Childhood Development*, 'What is the Nurturing Care Framework for ECD?', <<https://nurturing-care.org/about/what-is-the-nurturing-care-framework/>>, consultado el 4 de agosto de 2021.
44. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
45. Black, Maureen M., et al., 'The Principles of Nurturing Care Promote Human Capital and Mitigate Adversities from Preconception through Adolescence', *BMJ Global Health*, vol. 6, n.º 5, abril de 2021, e004436.
46. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
47. Gertler, Paul, et al., 'Labor Market Returns to an Early Childhood Stimulation Intervention in Jamaica', *Science*, vol. 344, n.º 6187, 30 de mayo de 2014, pp. 998-1001.
48. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Programming Guidance for Parenting of Adolescents*, UNICEF, Nueva York, febrero de 2021, p. 12.
49. Ibid.
50. Ibid.
51. Ibid., p. 19.
52. Steinhausen, Hans-Christoph, 'Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 24, n.º 6, 2015, pp. 635-640.
53. Bachmann, Christian J., et al., 'Trends and Patterns of Antidepressant Use in Children and Adolescents from Five Western Countries, 2005-2012', *European Neuropsychopharmacology*, vol. 26, n.º 3, marzo de 2016, pp. 411-419; Barczyk, Zoe A., et al., 'Psychotropic Medication Prescription Rates and Trends for New Zealand Children and Adolescents 2008-2016', *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 30, n.º 3, 2020, pp. 87-96.
54. Lopez-Leon, Sandra, et al., 'Psychotropic Medication in Children and Adolescents in the United States in the Year 2004 vs 2014', *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, vol. 26, n.º 1, 2018, pp. 5-10.
55. Steinhausen, 'Recent International Trends in Psychotropic Medication Prescriptions for Children and Adolescents'.

56. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, "Observaciones finales sobre los informes periódicos combinados segundo a cuarto relativos a Suiza", CRC/C/CHE/CO/2-4, Naciones Unidas, Nueva York, 26 de febrero de 2015, p. 14.
57. Rapoport, Judith L., 'Pediatric Psychopharmacology: Too much or too little?', *World Psychiatry*, vol. 12, n.º 2, junio de 2013, pp. 118-123.
58. Merten, Eva Charlotte, et al., 'Overdiagnosis of Mental Disorders in Children and Adolescents (in Developed Countries)', *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 11, n.º 5, enero de 2017; Nezafat Maldonado, Behrouz, et al., 'A systematic review of tools used to screen and assess for externalising behaviour symptoms in low and middle income settings', *Global Mental Health*, vol. 6, n.º 13, de julio de 2019.
59. Ibid.; Ford-Jones, Polly Christine, 'Misdiagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity', *Paediatrics & Child Health*, vol. 20, n.º 4, mayo de 2015, pp. 200-202.
60. OMS, *Social Determinants of Mental Health*, p. 8; Vásquez, Alberto, 'A Rights-based Approach to Disability in the Context of Mental Health', documento de debate para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, Nueva York, agosto 2020.
61. Frances, Allen, *Saving Normal*; Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, "Observaciones finales sobre los informes periódicos combinados segundo a cuarto relativos a Suiza".
62. Murphy, Susannah E., et al., 'The knowns and unknowns of SSRI treatment in young people with depression and anxiety: efficacy, predictors, and mechanisms of action', *Lancet Psychiatry*, vol. 8, n.º 9, septiembre de 2021, pp. 824-835.
63. OMS, *Nurturing Care for Early Childhood Development*.
64. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
65. Instituto de Estadística de la UNESCO, 'Number of Out-of-School Adolescents and Youth of Secondary School Age', <<http://data.uis.unesco.org/#>>, consultado el 4 de agosto de 2021.
66. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
67. Organización Internacional del Trabajo, *Global Employment Trends for Youth 2020: Technology and the future of jobs*, OIT, Ginebra, 2020, p. 13.
68. Ibid.
69. Ibid., pp. 13-14.
70. Epstein, Sophie, et al., 'School Absenteeism as a Risk Factor for Self-harm and Suicidal Ideation in Children and Adolescents: A systematic review and meta-analysis', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, n.º 9, 2020, pp. 1175-1194; Esch, Pascale, et al., 'The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment: A systematic review on early school leaving', *BMC Psychiatry*, vol. 14, n.º 37, 2014, p. 237; Townsend, Loraine, Alan J. Flisher, y Gary King, 'A Systematic Review of the Relationship between High School Dropout and Substance Use', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 10, n.º 4, diciembre de 2007, pp. 295-317.
71. Esch, et al., 'The Downward Spiral of Mental Disorders and Educational Attainment'.
72. Patton, et al., 'Our Future'.
73. Benjet, Corina, et al., 'Youth who Neither Study nor Work: Mental health, education and employment', *Salud Pública México*, vol. 34, n.º 4, 2012, pp. 410-417; Baggio, Stephanie, et al., 'Not in Education, Employment, or Training Status among Young Swiss Men: Longitudinal associations with mental health and substance use', *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, n.º 2, febrero de 2015, pp. 238-243.
74. Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke y Katherine Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-Being in Schools', *Health Education*, vol. 117; no. 5, 2017, pp. 434-451.
75. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
76. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A World Ready to Learn: Prioritizing quality early childhood education*, UNICEF, Nueva York, abril de 2019.
77. Britto et al., 'Nurturing Care: Promoting early childhood development'.
78. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Global Framework on Transferable Skills*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2019, p. 6.
79. Ibid.
80. Barry, Clarke y Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools'.
81. Ibid.
82. Ibid.
83. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los Estados Unidos, *Vibrant Health Kids*, p. 498.
84. Barry, et al., 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools'.
85. Ibid.
86. Williams, Ian, et al., 'The Effectiveness, Feasibility and Scalability of the School Platform in Adolescent Mental Healthcare', *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 33, n.º 4, julio de 2020, pp. 391-396.
87. Departamento de Asuntos de la Infancia y la Juventud de Irlanda, Estrategia Nacional para la Juventud 2015-2020, Departamento de Asuntos de la Infancia y la Juventud, Dublín, 2015 <[20151008NatYouthStrat2015to2020.pdf](https://www.doh.gov.ie/sites/default/files/2015-10/20151008NatYouthStrat2015to2020.pdf)>, p. 21.
88. Dowling, Katherine, y Margaret M. Barry, "The Effects of Implementation Quality of a School-Based Social and Emotional Well-Being Program on Students' Outcomes", *European Journal of Investigations in Health, Psychology and Education*, vol. 10, n.º 2, 2020, pp. 595-614.
89. Yule, Kristen, Jessica Houston y John Grynch, 'Resilience in Children Exposed to Violence: A meta-analysis of protective factors across ecological contexts', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 22, n.º 3, 2019, pp. 406-431.

90. Sawyer, Susan M. y George C. Patton, 'Health and Well-being in Adolescence: A dynamic profile', cap. 2 de *Handbook of Adolescent Development Research and Its Impact on Global Policy*, pp. 27-45.
91. Moore, Sophie E., et al., 'Consequences of Bullying Victimization in Childhood and Adolescence: A systematic review and meta-analysis', *World Journal of Psychiatry*, vol. 7, n.º 1, 22 de marzo de 2017.
92. Chatzitheochari, Stella, Samantha Parsons y Lucinda Platt, 'Doubly Disadvantaged? Bullying experiences among disabled children and young people in England', *Sociology*, vol. 50, n.º 4, 2016, pp. 695-713.
93. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
94. Andrews, Jack L., Luc Foulkes y Sarah-Jayne Blakemore, 'Peer Influence in Adolescence: Public health implications for COVID-19', *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 24, n.º 8, agosto de 2020, pp. 585-597.
95. Narr, Rachel K., et al., 'Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability as Differential Predictors of Adult Mental Health', *Child Development*, vol. 90, n.º 1, enero de 2019, pp. 298-313; Van Harmelen, Anne-Laura, et al., 'Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning across Psychosocial Domains in a Healthy Community Cohort', *Psychological Medicine*, vol. 47, n.º 13, 2017, pp. 2312-2322.
96. Narr et al., 'Close Friendship Strength and Broader Peer Group Desirability'.
97. Van Harmelen et al., 'Adolescent Friendships Predict Later Resilient Functioning'.
98. Hillis, Susan, et al., 'Global Prevalence of Past-Year Violence against Children: A systematic review and minimum estimates', *Pediatrics*, vol. 137, n.º 3, 2016, E2015407; Kim, Jungmeen y Dante Chicchetti, 'Longitudinal Pathways Linking Child Maltreatment, Emotion Regulation, Peer Relations, and Psychopathology', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 51, n.º 6, 2010, pp. 706-716.
99. Guedes, Alessandra, et al., 'Bridging the Gaps: A global review of intersections of violence against women and violence against children', *Global Health Action*, vol. 9, n.º 1, 2016.
100. Ayers, Susan, et al., 'Perinatal Mental Health and Risk of Child Maltreatment: A systematic review and meta-analysis', *Child Abuse & Neglect*, vol. 98, 104172.
101. Bacchus, Loraine J., et al., 'Exploring Opportunities for Coordinated Responses to Intimate Partner Violence and Child Maltreatment in Low and Middle Income Countries: A scoping review', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n.º 1, 2017, pp. 135-165.
102. Organización Mundial de la Salud, *Technical Report: WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment*, OMS, Ginebra, 16 de septiembre de 2019; Organización Mundial de la Salud, *Strengthening Health Systems to Respond to Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual violence: A manual for health managers*, OMS, Ginebra, 2017.

Capítulo 4

- Silwal, Ani Rudra, et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An update*, documento de debate sobre la pobreza y la equidad, Grupo del Banco Mundial, Washington, D.C., octubre 2020.
- Íbid. Nota: Las estimaciones sobre la pobreza corresponden a 2017.
- Organización Internacional del Trabajo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Social Protection for Children: Achieving SDG 1.3 – ILO-UNICEF Joint Report on Social Protection for Children*, OIT y UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2019, p. 7.
- Oxford Poverty and Human Development Initiative y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Global Multidimensional Poverty Index 2020: Charting pathways out of multidimensional poverty – Achieving the SDGs*, OPHI y PNUD, Oxford y Nueva York, 2020, p. 3.
- Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals', *Lancet Psychiatry*, vol. 5, no. 4, abril 2018, pp. 357-369; Ridley, Matthew, et al., 'Poverty, Depression, and Anxiety: Causal evidence and mechanisms', *Science*, vol. 370, no. 6522, diciembre 2020.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*, The National Academies Press, Washington, D.C., 2019, p. 67.
- Lund, Crick, et al., 'Poverty and Mental Disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries', *Lancet*, vol. 378, no. 9801, 2011, pp. 1502-1514.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *A Roadmap to Reducing Child Poverty*.
- Patel, 'Mental Health: In the spotlight but a long way to go'; Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'.
- Lund et al., 'Social Determinants of Mental Disorders and the Sustainable Development Goals'; CHANCES-6, 'Research activities: Where, why, and how', London School of Economics and Political Science, <www.lse.ac.uk/cpec/chances-6/research>, consultado el 4 agosto 2021.
- Jensen, Sarah K.G., Anne E Berens y Charles A. Nelson 3rd, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225-239.
- Íbid.
- Bagner, Daniel M., et al., 'The Effect of Parenting Stress on Child Behavior Problems in High-Risk Children with Prenatal Drug Exposure', *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 40, no. 1, marzo 2009, pp. 73-84.
- MacMillan, Harriet L., et al., 'Child Physical and Sexual Abuse in a Community Sample of Young Adults: Results from the Ontario Child Health Study', *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, no. 1, enero 2013, pp. 14-21; Walsh, David, et al., 'Relationship Between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A systematic review', *Journal of*

- Epidemiology and Community Health*, vol. 73, no. 12, 2019, pp. 1087–1093.
15. Evans, Gary W. y Pilyoung Kim, 'Childhood Poverty and Young Adults' Allostatic Load: The mediating role of childhood cumulative risk exposure', *Psychological Science*, vol. 39, no. 9, 2012, pp. 979–983.
 16. Wickham, Sophie, et al., 'The Effect of a Transition into Poverty on Child and Maternal Mental Health: A longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 3, marzo 2017, e141–e148.
 17. Pryor, Laura, et al., 'Trajectories of Family Poverty and Children's Mental Health: Results from the Danish National Birth Cohort', *Social Science & Medicine*, vol. 220, enero 2019, pp. 371–378.
 18. McEwen, Craig A. y Bruce S. McEwen, 'Social Structure, Adversity, Toxic Stress, and Intergenerational Poverty: An early childhood model', *Annual Review of Sociology*, vol. 43, 2017, pp. 445–472; Palacios-Barrios, Ester E. y Jamie L. Hanson, 'Poverty and Self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology', *Comprehensive Psychiatry*, vol. 90, 2019, pp. 52–64; Haft, Stephanie L. y Fumiko Hoeft, 'Poverty's Impact on Children's Executive Functions: Global considerations', *New Directions for Child and Adolescent Development*, vol. 158, 2017, pp. 69–79.
 19. Haushofer, Johannes y Ernst Fehr, 'On the Psychology of Poverty', *Science*, vol. 344, no. 6186, 23 mayo 2014, pp. 862–867.
 20. Ray, Debraj, 'Aspirations, Poverty, and Economic Change', ch. 28 en *Understanding Poverty*, editado por Abhijit Vinayak Banerjee, Roland Bénabou y Dilip Mookherjee, Oxford University Press, Oxford, 2006; Dalton, Patricio S., Sayantan Ghosal y Anandi Mani, 'Poverty and Aspirations Failure', *Economic Journal*, vol. 126, no. 590, febrero 2016, pp. 165–188.
 21. Gardiner, Drew y Micheline Goedhuys, 'Youth Aspirations and the Future of Work: A Review of the literature and evidence', documento de trabajo 8, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 14 septiembre 2020.
 22. Young Lives, 'About Us', <www.younglives.org.uk/content/about-us>, consultado el 5 agosto 2021; Favara, Marta, 'Do Dreams Come True? Aspirations and educational attainments of Ethiopian boys and girls', *Journal of African Economies*, vol. 26, no. 5, noviembre 2017, pp. 561–583.
 23. Venkataramani, Atheendar S., et al., 'College Affirmative Action Bans and Smoking and Alcohol Use among Underrepresented Minority Adolescents in the United States: A difference-in-differences study', *PLoS Medicine*, vol. 16, no. 6, 2019, e1002821.
 24. Venkataramani, Atheendar S., et al., 'Health Consequences of the US Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA) Immigration Programme: A quasi-experimental study', *Lancet Public Health*, vol. 2, no. 4, 1 abril 2017, E175–E181.
 25. Patel, Vikram, et al., 'Income Inequality and Depression: A systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms', *World Psychiatry*, vol. 17, no. 1, febrero 2018, pp. 76–89; Ribeiro, Wagner Silva, et al., 'Income Inequality and Mental Illness-Related Morbidity and Resilience: A systematic review and meta-analysis', *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 7, julio 2014, pp. 554–562.
 26. Patel et al., 'Income Inequality and Depression'.
 27. Haushofer, Johannes y Jeremy Shapiro, 'The Short-Term Impact of Unconditional Cash Transfers to the Poor: Experimental evidence from Kenya', *Quarterly Journal of Economics*, vol. 131, no. 4, noviembre 2016, pp. 1973–2042; The Lancet Child & Adolescent Health, 'Tackling the Multidimensionality of Child Poverty', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 3, no. 4, abril 2019, p. 199; Millán, Teresa Molina, et al., 'Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers: Review of the evidence', *World Bank Research Observer*, vol. 34, no. 1, febrero 2019, pp. 119–159; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M. N. Renzaho y Ben J. Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review', *Health Policy and Planning*, vol. 33, no. 5, 2018, pp. 675–696.
 28. Pereira, Audrey, 'Cash Transfers Improve the Mental Health and Well-Being of Youth: Evidence from the Kenyan cash transfer for orphans and vulnerable children', Reseña de investigación Innocenti, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia, 2016.
 29. Betancourt, Theresa S., et al., 'Promoting Parent-Child Relationships and Preventing Violence via Home-Visiting: A pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes', *BMC Public Health*, vol. 20, no. 621, mayo 2020.
 30. *Íbid.*
 31. Hawkes, Sarah, et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health', *Lancet*, vol. 396, no. 10250, 2020, pp. 521–522; Heise, Lori, et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the challenges to health', *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2440–2454.
 32. Assari, Shervin, et al., 'Racial Discrimination during Adolescence Predicts Mental Health Deterioration in Adulthood: Gender differences among Blacks', *Frontiers in Public Health*, vol. 5, 29 mayo 2017.
 33. Kern, Matthias Robert, et al., 'Intersectionality and Adolescent Mental Well-Being: A cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 6, 2020, S12–S20; Trygg, Nadja Fagrell, Per E. Gustafsson y Anna Månsdotter, 'Languishing in the Crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health', *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–13.
 34. Hawkes et al., 'The Lancet Commission on Gender and Global Health'.
 35. Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'; Levy, Jessica K., et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms for the Health and Wellbeing of Children, Adolescents, and Young Adults: A systematic review', *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 2, 2020, e225–e236.
 36. Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
 37. Darmstadt, Gary L., et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?', *Lancet*, vol. 393, no. 10189, 2019, pp. 2374–2377.

38. Darmstadt et al., 'Why Now for a Series on Gender Equality, Norms, and Health?'; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Technical Note on Gender Norms*, UNICEF, Nueva York, 2020; Heise et al., 'Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
39. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
40. Bases de datos mundiales de UNICEF, 2021.
41. Sawyer, Susan M., et al. 'Adolescence: A foundation for future health', *Lancet*, vol. 379, no. 9826, 28 abril 2012, pp. 1630–1640.
42. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Adolescent Health: A focus on non-communicable diseases', <<https://data.unicef.org/resources/adolescent-health-dashboard-regional-profiles/>>, consultado el 5 agosto 2021.
43. Kempker, Samantha M., Adam T. Schmidt y Erin M. Espinosa, 'Understanding the Influence of Mental Health Diagnosis and Gender on Placement Decisions for Justice-involved Youth', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1562–1581.
44. Patel, Vikram, 'Reducing the Burden of Depression in Youth: What are the implications of neuroscience and genetics on policies and programs?', *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, no. 2, suplemento 2, 1 febrero 2013, S36–S38.
45. Campbell, Olympia L. K., David Bann y Praveetha Patalay, 'The Gender Gap in Adolescent Mental Health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries', *SSM – Population Health*, vol. 13, no. 100742, marzo 2021.
46. Sue, Derald Wing, et al., 'Racial Microaggressions in Everyday life: Implications for clinical practice', *American Psychologist*, vol. 62, no. 4, 2007, pp. 271–286; Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health', en *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, septiembre 2018, <<https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-86>>, consultado el 5 agosto 2021.
47. Williams, David R., Jourdyn A. Lawrence y Brigitte A. Davis, 'Racism and Health: Evidence and Needed Research', *Annual Review of Public Health*, vol. 40, no. 1, abril 2019, pp. 105–125.
48. Trent, Maria, Danielle G. Dooley y Jacqueline Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health', *Pediatrics*, vol. 144, no. 2, agosto 2019, e20191765; Heard-Garris, Nia J., et al., 'Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health', *Social Science & Medicine*, vol. 199, 2018, pp. 230–240; Priest, Naomi, et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People', *Social Science & Medicine*, vol. 95, 2013, pp. 115–127.
49. Priest et al., 'A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People'; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'; Cave, Leah, et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies: A systematic review', *Social Science & Medicine*, vol. 250, abril 2020, 112864; Levy, Dorainne J., et al., 'Psychological and Biological Responses to Race-Based Social Stress as Pathways to Disparities in Educational Outcomes', *American Psychologist*, vol. 71, no. 6, 2016, pp. 455–473; Priest, Naomi, 'Racial Discrimination and Socioemotional and Sleep Problems in a Cross-Sectional Survey of Australian School Students', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, no. 11, 2020, pp. 1079–1085.
50. Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
51. Krill Williston, Sarah, Jennifer H. Martinez y Tahira Abdullah, 'Mental Health Stigma among People of Color: An examination of the impact of racial discrimination', *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 65, no. 6, septiembre 2019, pp. 458–467.
52. Gee, Gilbert C., Katrina M. Walsemann y Elizabeth Brondolo, 'A Life Course Perspective on How Racism May Be Related to Health Inequities', *American Journal of Public Health*, vol. 102, no. 5, 2012, pp. 967–974; Heard-Garris et al., 'Transmitting Trauma'.
53. Cave et al., 'Racial Discrimination and Child and Adolescent Health in Longitudinal Studies'.
54. Trent, Dooley y Dougé, 'The Impact of Racism on Child and Adolescent Health'; Berger, Maximus y Zoltán Sarnyai, "'More than Skin Deep": Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination', *Stress*, vol. 18, no. 1, 2015, pp. 1–10.
55. Fadus, Matthew C., et al., 'Unconscious Bias and the Diagnosis of Disruptive Behavior Disorders and ADHD in African American and Hispanic Youth', *Academic Psychiatry*, vol. 44, no. 1, 2020, pp. 95–102; Baglivio, Michael T., et al., 'Racial/Ethnic Disproportionality in Psychiatric Diagnoses and Treatment in a Sample of Serious Juvenile Offenders', *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 46, no. 7, 2017, pp. 1424–1451.
56. The Lancet Child & Adolescent Health, 'Action Against Racism: The path to better child health outcomes', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 8, 3 julio 2020.
57. Vásquez, 'A Rights-Based Approach to Disability in the Context of Mental Health'.
58. Kennedy, Elissa, et al., 'Gender Inequalities in Health and Wellbeing Across the First Two Decades of Life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region', *Lancet Global Health*, vol. 8, no. 12, 2020, e1473–e1488; Greene, Margaret E. y George Patton, 'Adolescence and Gender Equality in Health', *Journal of Adolescent Health*, vol. 66, no. 1, 2020, S1–S2.
59. Amos, Rebekah, et al., 'Mental Health, Social Adversity, and Health-related Outcomes in Sexual Minority Adolescents: A contemporary national cohort study', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 1, 2020, pp. 36–45.
60. Plöderl, Martin y Pierre Tremblay, 'Mental Health of Sexual Minorities. A systematic review', *International Review of Psychiatry*, vol. 27, no. 5, 2015, pp. 367–385.
61. Russell, Stephen T. y Jessica N. Fish, 'Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) youth', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, 2016, pp. 465–487.
62. Hall, William J., 'Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A systematic review', *Journal of Homosexuality*, vol. 65, no. 3, 2018, pp. 263–316.

63. Toomey, Russell B. y Stephen T. Russell, 'The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A meta-analysis', *Youth & Society*, vol. 48, no. 2, 2016, pp. 176–201.
64. Chew, Denise, et al., 'Youths with a Non-binary Gender Identity: A review of their sociodemographic and clinical profile', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 4, no. 4, 2020, pp. 322–330.
65. Paradies, Yin, 'Racism and Indigenous Health'.
66. Williams, Ashlea D., Terryann C. Clark y Sonia Lewycka, 'The Associations Between Cultural Identity and Mental Health Outcomes for Indigenous Māori Youth in New Zealand', *Frontiers in Public Health*, vol. 6, no. 6, 2018.
67. Macedo, David M., et al., 'Effects of Racism on the Socio-emotional Wellbeing of Aboriginal Australian Children', *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, no. 1, 2019, pp. 1–10.
68. Omma, Lotta y Solveig Petersen, 'Health-Related Quality of Life in Indigenous Sami Schoolchildren in Sweden', *Acta Paediatrica*, vol. 104, no. 1, 2015, pp. 75–83.
69. Pollock, Nathaniel J., et al., 'Global Incidence of Suicide among Indigenous Peoples: A systematic review', *BMC Medicine*, vol. 16, no. 1, 2018, pp. 1–17.
70. Levy et al., 'Characteristics of Successful Programmes Targeting Gender Inequality and Restrictive Gender Norms'.
71. Kirmayer, Laurence J., et al., 'Toward an Ecology of Stories: Indigenous perspectives on resilience', ch. 31 en *The Social Ecology of Resilience*, editado por Michael Ungar, Springer, Nueva York, 2012, pp. 399–414; Chandler, Michael J. y Christopher Lalonde, 'Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations', ch. 10 en *Healing Traditions: The mental health of aboriginal peoples in Canada*, editado por Laurence J. Kirmayer y Gail Guthrie Valaskakis, University of British Columbia Press, Vancouver, 2008, pp. 221–248.
72. Kaushik, Anya, et al., 'The Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: A systematic review', *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, pp. 469–294.
73. Cénat, Jude Mary, 'How to Provide Anti-Racist Mental Health Care', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 11, 2020, pp. 929–931.
74. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, *Global Humanitarian Overview 2021*, UNOCHA, Ginebra, 4 diciembre 2020, p. 8.
75. Save the Children, *Stop the War on Children: 2020 – Gender matters*, Save the Children, Londres, 2019.
76. Betancourt, Theresa S., 'The International Effect of War', *JAMA Psychiatry*, vol. 72, no.3, marzo 2015, pp. 199–200.
77. Vossoughi, Nadia, et al., 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A review', *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, no. 4, 2018, pp. 528–542, en Augustinavicius y Tol, 'Mental Health and Well-being in Humanitarian and Fragile Settings', p. 11.
78. Furr, Jamie M., et al., 'Disasters and Youth: A meta-analytic examination of posttraumatic stress', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, no. 6, diciembre 2010, pp. 765–780; Masten, Ann S. y Narayan Angela J., 'Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism: Pathways of risk and resilience', *Annual Review of Psychology*, vol. 64, 2012, pp. 227–257.
79. Masten y Narayan, 'Child Development in the Context of Disaster, War, and Terrorism'.
80. Slone, Michelle y Shiri Mann, 'Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A systematic review', *Child Psychiatry and Humanitarian Development*, vol. 47, no. 6, diciembre 2016, pp. 950–965.
81. Save the Children, *Stop the War on Children: Protecting children in 21st century conflict*.
82. El joven de 18 años fue entrevistado en agosto de 2019 en la localidad de Hosanna, Estado Regional de las Nacionalidades y los Pueblos del Sur de Etiopía. Hovil, Lucy, et al., *Reimagining Migration Responses: Learning from children and young people who move in the Horn of Africa*, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia, 2021, p. 37.
83. División de Población de las Naciones Unidas, 'International Migrant Stock', <<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>>, consultado el 6 julio 2021.
84. Hovil et al., *Reimagining Migration Responses*, p. 5.
85. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'At Least 1 in 7 Children and Young People has Lived under Stay-at-Home Policies for Most of the Last Year, Putting Mental Health and Well-Being at Risk', comunicado de prensa, UNICEF, Nueva York, 3 marzo 2021, <www.unicef.org/press-releases/least-1-7-children-and-young-people-has-lived-under-stay-home-policies-most-last>, consultado el 6 agosto 2021.
86. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'COVID-19 and Children: UNICEF data hub', UNICEF, Nueva York, marzo 2020, <<https://data.unicef.org/covid-19-and-children/>>, consultado el 6 agosto 2021.
87. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, '40 per cent of Children in Eastern and Southern Africa are Not in School', comunicado de prensa, UNICEF, Nueva York, 27 julio 2021, <<https://www.unicef.org/press-releases/40-cent-children-eastern-and-southern-africa-are-not-school>>, consultado el 22 agosto 2021.
88. Organización Mundial de la Salud, 'COVID-19 Disrupting Mental Health in Most Countries, WHO Survey', comunicado de prensa, OMS, Ginebra, 5 octubre 2020, <www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>, consultado el 6 agosto 2021.
89. Fenz, Katharina y Kristopher Hamel, 'Future Development: More than half of the world's poor are children', Brookings, Washington, D.C., 20 junio 2019, <www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/20/more-than-half-of-the-worlds-poor-are-children/#:~:text=However%2C%20the%20good%20news%20is,today%20to%20some%20233%20million%20>, consultado el 6 agosto 2021; Silwal et al., *Global Estimate of Children in Monetary Poverty*.
90. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Children in Monetary Poor Households and COVID-19: Technical note',

- UNICEF, Nueva York, noviembre 2020, <<https://data.unicef.org/resources/children-in-monetary-poor-households-and-covid-19/>>, consultado el 6 agosto 2021.
91. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *COVID-19: A threat to progress against child marriage*, UNICEF, Nueva York, marzo 2021.
 92. Osendarp, Saskia, et al., 'The Potential Impacts of the COVID-19 Crisis on Maternal and Child Undernutrition in Low and Middle Income Countries', *Research Square*, en revisión, 11 diciembre 2020.
 93. Hillis, Susan D., et al., 'Global Minimum Estimates of Children Affected by COVID-19-associated Orphanhood and Deaths of Caregivers: A modelling study', *The Lancet*, vol. 398, no. 10298, pp. 391–402.
 94. Moyas, Andrés, et al., 'The COVID-19 Pandemic and Maternal Mental Health in a Fragile and Conflict-affected Setting in Tumaco, Colombia: A cohort study', *The Lancet Global Health*, vol. 9, agosto 2021, e1,068–1,076.
 95. Haddad, Nadine y Eamonn Hanson y Phiona Naserian Koyiet, *The Silent Pandemic: The Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and psychosocial wellbeing of children in conflict-affected countries*, War Child Holland y World Vision, Amsterdam y Londres, abril 2021.
 96. Else, Holly, 'COVID in Papers: A torrent of science', *Nature*, vol. 588, diciembre 2020, p. 533.
 97. Zhou, Shuang-Jiang, et al. 'Prevalence and Socio-Demographic Correlates of Psychological Health Problems in Chinese Adolescents during the Outbreak of COVID-19', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol 29, no.6, 2020, pp. 749–758.
 98. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia, publicación en 2021.
 99. Tang, Suqin, et al., 'Mental Health and its Correlates among Children and Adolescents during COVID-19 School Closure: The importance of parent-child discussion', *Journal of Affective Disorders*, vol. 279, 2021, pp. 353–360.
 100. Cusinato, Maria, et al., 'Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 8297, 2020.
 101. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, *Life in Lockdown*.
 102. Racine, Nadine, et al., 'Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis', *JAMA Pediatrics*, 9 agosto 2021, <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>>, consultado el 22 agosto 2021.
 103. Akin, Lara, Jamil Zaki y Elizabeth Dunn, 'The Pandemic Did Not Affect Mental Health the Way You Think: The world's psychological immune system turned out to be more robust than expected', *The Atlantic*, 4 julio 2021, <www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/07/covid-19-did-not-affect-mental-health-way-you-think/619354/>, consultado el 22 agosto 2021.
 104. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *COVID-19: Are children able to continue learning during school closures? A global analysis of the potential reach of remote learning policies using data from 100 countries*, UNICEF, Nueva York, 2020, <<https://data.unicef.org/resources/remote-learning-reachability-factsheet/>>, consultado el 6 agosto 2021.
 105. Amaro, Diogo, et al., 'COVID-19 and Education: The digital gender divide among adolescents in sub-Saharan Africa', UNICEF Connect: Evidence for action, Nueva York, 4 agosto 2020, <<https://blogs.unicef.org/evidence-for-action/covid-19-and-education-the-digital-gender-divide-among-adolescents-in-sub-saharan-africa/>>, consultado el 6 agosto 2021.
 106. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e International Telecommunication Union, 'How Many Children and Young People have Internet Access at Home?: Estimating digital connectivity during the COVID-19 pandemic', UNICEF, Nueva York, 2020.
 107. Orben, Amy, Tobias Dienlin y Andrew K. Przybylski, 'Social Media's Enduring Effect on Adolescent Life Satisfaction', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 116, no. 21, 21 mayo 2019, pp. 10226–10228; Kreski, Noah, et al., 'Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adolescents', *Journal of Adolescent Health*, vol. 68, no. 3, marzo 2021, pp. 572–579; Odgers, Candice L. y Michaeline R. Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 3, 2020, pp. 336–348; Baker, David A. y Guillermo Pérez Algorta, 'The Relationship between Online Social Networking and Depression: A systematic review of quantitative studies', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 19, no. 11, noviembre 2021, pp. 638–648; Huang, Chiungjung, 'Time Spent on Social Network Sites and Psychological Well-being: A meta-analysis', *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 20, no. 6, junio 2017, pp. 346–354; Keles, Betül, Niall McCrae y Annmarie Grealish, 'A Systematic Review: The influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents', *International Journal of Adolescence and Youth*, vol. 25, no. 1, 2020, pp. 79–83; McCrae, Niall, Sheryl Gettings y Edward Pursell, 'Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A systematic review', *Adolescent Research Review*, vol. 2, no. 4, marzo 2017, pp. 315–330; Seabrook, Elizabeth M., Margaret L. Kern y Kikki S. Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety: A systematic review', *JMIR Mental Health*, vol. 3, no. 4, 2016.
 108. Odgers y Jensen, 'Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age'.
 109. Jenzen, Olu e Irmí Karl, 'Make, Share, Care: Social media and LGBTQ youth engagement', *Ada: A Journal of Gender, New Media & Technology*, no. 5, 2014, p. 4; Seabrook, Kern y Rickard, 'Social Networking Sites, Depression, and Anxiety'.
 110. Stiglic, Neza y Russell M. Viner, 'Effects of Screen time on the Health and Well-Being of Children and Adolescents: A systematic review of reviews', *BMJ Open*, vol. 9, no. 1, 2, enero 2019, e023191.
 111. Livingstone, Sonia y Monica Bulger, 'A Global Agenda for Children's Rights in the Digital Age: Recommendations for developing UNICEF's research strategy', Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres y Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Londres y Florencia, 2013, p. 4.

112. Livingstone, Sonia, 'New 'screen time' rules from the American Academy of Pediatrics', Escuela de Economía de Londres, Londres, 21 octubre 2016, <<https://blogs.lse.ac.uk/parenting4digitalfuture/2016/10/21/new-screen-time-rules-from-the-american-academy-of-pediatrics/>>, consultado el 6 agosto 2021.
113. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El estado mundial de la infancia 2017: Niños en un mundo digital*, UNICEF, Nueva York, 2017.
114. Popper, Nathaniel, 'Panicking About Your Kids' Phones? New research says don't', *New York Times*, Nueva York, 17 enero 2020, <www.nytimes.com/2020/01/17/technology/kids-smartphones-depression.html>, consultado el 6 agosto 2021.
115. Naslund, John A., et al., 'Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for data science, task sharing, and early intervention', *Current Treatment Options in Psychiatry*, vol. 6, no. 4, 2019, pp. 337–351.
116. Naslund, John A., et al., 'Digital Technology for Treating and Preventing Mental Disorders in Low-Income and Middle-Income Countries: A narrative review of the literature', *Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 6, 2017, pp. 486–500; Patel et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.
117. Liverpool, Shaun, et al., 'Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic review of modes of delivery, facilitators, and barriers', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 22, no. 6, 2020, e16317.
118. Mental Health For All Lab, 'Empower: Building the World's Mental Health Workforce', Departamento de Salud Mundial y Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard, <<https://mentalhealthforalllab.hms.harvard.edu/empower>>; additional information available at: <https://docs.google.com/presentation/d/e/2PACX-1vQm596PxtNhLGfu5f2Fk9Vcx9WesYwFPRJHm5tkFqI0iE9BQ22ezLK45xSD3sODzp0xb-xtYuWY-Z/pub?start=false&loop=false&delayms=10000&slide=id.g50dd5fc02a_0_6>, consultado el 6 agosto 2021.
119. Lehtimaki, Susanna, et al., 'Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic overview', *JMIR Mental Health*, vol. 8, no. 4, 2021, e25847; Das, Jai K., et al., 'Interventions for Adolescent Mental Health: An overview of systematic reviews', *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, no. 4, 2016, S49–S60.
120. Merry, Sally N., et al., 'The Effectiveness of SPARX, a Computerised Self Help Intervention for Adolescents Seeking Help for Depression: Randomised controlled non-inferiority trial', *BMJ*, vol. 344, 2012.
121. Fleming, Theresa, Mathijs F.G. Lucassen y Tuuli Kuosmanen, 'Case Study: Implementation of SPARX Computerized Cognitive-Behavioral Therapy Programme for Adolescents in New Zealand', in *Implementing Mental Health Promotion*, editado por Margaret M. Barry, et al., Springer Nature, Basingstoke, 2019, pp. 370–374; Lucassen, Mathijs F.G., et al., 'Computerized Cognitive Behavioural Therapy for Gender Minority Adolescents: Analysis of the real-world implementation of SPARX in New Zealand', *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 8 diciembre 2020, 4867420976846.
122. Perry, Yael, et al., 'Preventing Depression in Final Year Secondary Students: School-based randomized controlled trial', *Journal of Medical Internet Research*, vol. 19, no. 11, 2017, e369.
123. Werner-Seidler, Aliza, et al., 'A trial protocol for the effectiveness of digital interventions for preventing depression in adolescents: The Future Proofing Study', *Trials* 21, no. 1, 2020, pp. 1-21.
124. BBC Newsround, 'Greta Thunberg quotes: 10 famous lines from teen activist', BBC, Londres, 25 septiembre 2019, <www.bbc.co.uk/newsround/49812183>, consultado el 12 agosto 2021.
125. Laurence, Emma, et al., 'The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: Current evidence and implications for policy and practice', documento informativo 36 del Instituto Grantham, Instituto Grantham, Escuela Imperial de Londres, Instituto de Innovación de la Salud Mundial, Londres, mayo 2021.
126. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, División de Datos, Investigación y Políticas, *Danger in the Air: How air pollution can affect brain development in young children*, UNICEF, Nueva York, diciembre 2017; Reuben, Aaron, et al., 'Association of Air Pollution Exposure in Childhood and Adolescence with Psychopathology at the Transition to Adulthood', *JAMA Network Open*, vol. 4, no. 4, abril 2021, e217508.
127. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development', documento de debate, UNICEF, Nueva York, 2021.
128. Masten, Ann S., 'Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, present, and promise', *Journal of Family Theory & Review*, vol. 10, marzo 2018, pp. 12–31.
129. Íbid.
130. Ungar, Michael y Linda Theron, 'Resilience and Mental Health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes', *Lancet Psychiatry*, vol. 7, no. 5, mayo 2020, pp. 441–448.
131. Garrett, Paul Michael, 'Questioning Tales of 'Ordinary Magic': 'Resilience' and neo-liberal reasoning', *British Journal of Social Work*, vol. 46, no. 7, 2016, pp. 1909–1925; Harrison, Elizabeth, 'Bouncing back? Recession, resilience and everyday lives', *Critical Social Policy*, vol. 33, no. 1, 21 marzo 2013, pp. 97–113.
132. Ungar, Michael, 'Designing Resilience Research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promote and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth', *Child Abuse & Neglect*, vol. 96, 2019, 104098s.
133. Marsten, Ann S., 'Resilience From a Developmental Systems Perspective', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 1, febrero 2019, pp. 101–102.
134. Íbid.
135. Ungar, Michael, et al., 'Unique Pathways to Resilience across Cultures', *Adolescence*, vol. 42, no. 166, 2007, pp. 287–310.
136. Íbid.
137. Ungar, Michael, 'Resilience across Cultures', *British Journal of Social Work*, vol. 38, no. 2, 2008, pp. 218–235.
138. Ungar y Theron, 'Resilience and Mental Health'.

139. Fritz, Jessica, et al., 'Systematic Review of Amenable Resilience Factors that Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People', *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, no. 230, junio 2018; Gartland, Deirdre, et al., 'What Factors are Associated with Resilient Outcomes in Children Exposed to Social Adversity?: A systematic review', *BMJ Open*, vol. 9, no. 4, abril 2019, e024870.
140. MacDonald, Joanna Petrusek, et al., 'A Review of Protective Factors and Causal Mechanisms that Enhance the Mental Health of Indigenous Circumpolar Youth', *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 72, no. 1, 2013.
141. Cénat, Jude Mary, 'Multiple Traumas and Resilience among Street Children in Haiti: Psychopathology of survival', *Child Abuse & Neglect*, vol. 79, 2018, pp. 85–97.
142. Choudhry, Fahad R., et al., 'Mental Health Conceptualization and Resilience Factors in the Kalasha Youth: An indigenous ethnic and religious minority community in Pakistan', *Frontiers in Public Health*, vol. 6, julio 2018, pp. 1–13.
143. Luthar, Suniya S., Elizabeth J. Crossman y Phillip J. Small, 'Resilience and Adversity', en *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 7a. edición, editado por Richard M. Lerner, Wiley, Nueva York, 2015, pp. 247–286.
144. Luthar, Suniya S. y Nancy Eisenberg, 'Resilient Adaptation Among At-Risk Children: Harnessing science toward maximizing salutary environments', *Child Development*, vol. 88, no. 2, marzo 2017, pp. 337–349.
145. Asher, Laura, et al., "'I Cry Every Day and Night, I Have My Son Tied in Chains": Physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia', *Globalization and Health*, vol. 13, no. 1, 2017, pp. 1–14; including physical restraint in community settings. The voices of those with intimate experiences of restraint, in particular people with mental illness and their families, are rarely heard. The aim of this study was to understand the experiences of, and reasons for, restraint of people with schizophrenia in community settings in rural Ethiopia in order to develop constructive and scalable interventions. Methods: A qualitative study was conducted, involving 15 in-depth interviews and 5 focus group discussions (n = 35). Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015; Child Welfare League of America, 'CWLA Policy Statement: Juvenile shackling', Child Welfare League of America, Washington, D.C., enero 2015, <www.cwla.org/cwla-policy-statement-juvenile-shackling/>, consultado el 13 agosto 2021.
146. Szeli, Éva, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights', en *Trauma and Human Rights: Integrating approaches to address human suffering*, editado por Lisa D. Butler, Filomena M. Critelli y Janice Carello, Palgrave Macmillan, Cham, 2019, pp. 207–220.
147. Van IJzendoorn, Marinus H., et al., 'Children in Institutional Care: Delayed development and resilience', *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 76, no. 4, diciembre 2011, pp. 8–30; Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/28/68, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Nueva York, 5 marzo 2015; Rodríguez, Priscila, et al., *Still in Harm's Way: International voluntourism, segregation and abuse of children in Guatemala*, Disability Rights International, Colectivo Vida Independiente de Guatemala, Washington, D.C., 16 julio 2018, p. 22; Rosenthal, Eric, 'A Mandate to End Placement of Children in Institutions and Orphanages: The duty of governments and donors to prevent segregation and torture', en *Protecting Children Against Torture in Detention: Global solutions for a global problem*, editado por la Iniciativa contra la Tortura del Centro de Derechos Humanos y Derecho Humanitario de la Facultad de Derecho de la American University, Washington, D.C., 2017, p. 341.
148. Listenbee, Robert, et al., *Report of the Attorney General's National Task Force on Children Exposed to Violence*, Oficina de Justicia de Menores y Prevención de la Delincuencia Juvenil, Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Washington, D.C., diciembre 2012, p. 175.
149. Szeli, 'Mental Disability, Trauma, and Human Rights'.
150. Manfred, Nowak, *Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes: Nota / por el Secretario General*, A/63/175, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Nueva York, 28 julio 2008; Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial*.
151. Van IJzendoorn et al., 'Children in Institutional Care'.
152. Petrowski, Nicole, Claudia Cappa y Peter Gross, 'Estimating the Number of Children in Formal Alternative Care: Challenges and results', *Child Abuse & Neglect*, vol. 70, 2017, pp. 388–398; Desmond, Chris, et al., 'Prevalence and Number of Children Living in Institutional Care: Global, regional, and country estimates', *Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 4, no. 5, 1 mayo 2020, pp. 370–377; Nowak, Manfred, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ginebra, noviembre 2019, pp. 500–502; Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad*, A/HRC/40/54, Naciones Unidas, Nueva York, 11 enero 2019; Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Serbia*, CRPD/C/SRB/CO/1, Naciones Unidas, Nueva York, 23 mayo 2016, p. 3.
153. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Visita a Serbia y Kosovo: Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, A/HRC/40/59/Add.1, Naciones Unidas, Nueva York, 25 enero 2019, p. 8.
154. Mathews, Eric, et al., *No Way Home: The Exploitation and abuse of children in Ukraine's orphanages*, Disability Rights International, Washington, D.C., 2015.
155. Rodríguez et al., *Still in Harm's Way*.
156. Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 87, 117.
157. Nowak, *The United Nations Global Study on Children Deprived of Liberty*, pp. 119–122.
158. Human Rights Watch, *Living in Chains: Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*, Human Rights Watch, Nueva York, octubre 2020, p. 59.

159. Human Rights Watch, *Living in Hell: Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia*, Human Rights Watch, Nueva York, 20 marzo 2016.
160. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez: Anexo: Misión a Ghana, Naciones Unidas, A/HRC/25/60/Add.1, Naciones Unidas, Nueva York, 5 marzo 2014.
161. Nytingnes O, et al., 'A Cross-Sectional Study of Experienced Coercion in Adolescent Mental Health Inpatients', *BMC Health Services Research*, vol. 18, no. 1, 30 mayo 2018, p. 389; De Hert, Marc, et al., 'Prevalence and Correlates of Seclusion and Restraint Use in Children and Adolescents: A systematic review', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 20, no. 5, mayo 2011, pp. 221–230; Sugiura, Kanna, et al., 'An End to Coercion: Rights and decision-making in mental health care', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 98, no. 1, 1 enero 2020, pp. 52–58.
162. Davidson, Laura, 'A Key, Not a Straitjacket: The case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities', *Health and Human Rights*, vol. 22, no. 1, junio 2020, pp. 163–178; Arias, Daniel, et al., 'Prayer Camps and Biomedical Care in Ghana: Is collaboration in mental health care possible?', *PLOS ONE*, vol. 11, no. 9, 12 septiembre 2016, e0162305; Read, Ursula M., 'Rights as Relationships: Collaborating with faith healers in community mental health in Ghana', *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, no. 4, noviembre 2019, pp. 613–635; Green, Bethany y Erminia Colucci, 'Traditional Healers' and Biomedical Practitioners' Perceptions of Collaborative Mental Healthcare in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review', *Transcultural Psychiatry*, vol. 57, no. 1, febrero 2020, pp. 94–107.
163. Organización Mundial de la Salud, resumen ejecutivo en *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches*, OMS, Ginebra, 2021.

Capítulo 5

1. National Institute of Mental Health, 'Grand Challenges in Global Mental Health', NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/grandchallenges/>, consultado el 10 agosto 2021.
2. Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, p. 10.
3. Organización Mundial de la Salud, 'Comprehensive Mental Health Action Plan', OMS, Ginebra, <www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>, consultado el 10 agosto 2021.
4. Organización Mundial de la Salud, *mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme, Version 2.0*, OMS, Ginebra, 2016.
5. Organización Mundial de la Salud, 'Guidance on Community Mental Health Services: Promoting person-centred and rights-based approaches', OMS, Ginebra, 2021.
6. Organización Mundial de la Salud, *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*, OMS, Ginebra, 2017.
7. Organización Mundial de la Salud, *Helping Adolescents Thrive (HAT): Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents*, OMS, Ginebra, 2020.
8. Organización Mundial de la Salud y UNICEF, *Helping Adolescents Thrive Toolkit: Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours*, OMS y UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2021.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Magnificent Me and Friends*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2021.
10. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Banco Mundial, *Nurturing Care for Early Childhood Development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human capital*, OMS, Ginebra, 2018.
11. Organización Mundial de la Salud, información actualizada para el Atlas de Salud Mental 2020, próxima publicación.
12. Liese, Bernhard H., Rebecca S.F. Gribble y Marisha N. Wickremesinhe, 'International Funding for Mental Health: A review of the last decade', *International Health*, vol. 11, no. 5, septiembre 2019, pp. 361–369.
13. Lu, Chungling, Zhihui Li y Vikram Patel, 'Global Child and Adolescent Mental Health: The orphan of development assistance for health', *PLOS Medicine*, vol. 15, no. 3, 2018, e1002524.
14. Resolución adoptada por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, A/HRC/RES/36/13, 28 septiembre 2017.
15. Black, Maureen M., et al, 'Early Childhood Development Coming of Age: Science through the life course', *Lancet*, vol. 389, no. 10064, 2017, pp. 77–90; Groh, Ashley M., et al., 'Attachment in the Early Life Course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development', *Child Development Perspectives*, vol. 11, no. 1, 2017, pp. 70–76; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Vibrant and Healthy Kids*, p. 248.
16. Britto, Pia Rebello, et al., *Systematic Review of Parenting Programmes for Young Children in Low and Middle Income Countries*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2015; Jeong, Joshua, Emily Franchett y Aisha K. Yousafzai, 'World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions to Support Early Child Development in the First Three Years of Life: Report of the systematic review of evidence', OMS, Ginebra, 2018; Knerr, Wendy, Frances Gardner y Lucie Cluver, 'Improving Positive Parenting Skills and Reducing Harsh and Abusive Parenting in Low-and Middle-income Countries: A systematic review', *Prevention Science*, vol. 14, no. 4, 2013, pp. 352–363; Mountain, Gary, Jane Cahill y Helen Thorpe, 'Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood: A systematic review and meta-analysis', *Infant Behavior and Development*, vol. 46, 2017, pp. 14–32.
17. Jeong, Franchett y Yousafzai, *World Health Organization Recommendations on Caregiving Interventions*; Pedersen, Gloria A., et al., 'A Systematic Review of the Evidence for Family and

- Parenting Interventions in Low- and Middle-Income Countries: Child and youth mental health outcomes', *Journal of Child and Family Studies*, vol. 28, no. 8, 2019, pp. 2036–2055.
18. Healy, Elsa A., Bonnie N. Kaiser y Eve S. Puffer, 'Family-based Youth Mental Health Interventions Delivered by Non-specialist Providers in Low- and Middle-income Countries: A systematic review', *Families, Systems, & Health*, vol. 36, no. 2, 2018, pp. 182–197.
 19. Furlong, Mairead, et al., 'Cochrane Review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years', *Evidence-Based Child Health*, vol. 8, no. 2, 2013, pp. 318–692; Kitzman, Harriet, et al., 'Prenatal and Infancy Nurse Home Visiting and 18-year Outcomes of a Randomized Trial', *Pediatrics*, vol. 144, no. 6, 2019, e20183876.
 20. Organización Mundial de la Salud, 'Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence', OMS, Ginebra, <www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health>, consultado el 10 agosto 2021; University of Oxford Department of Social Policy and Intervention, 'Parenting for Lifelong Health: A suite of parenting programmes to prevent violence', University of Oxford, Oxford, <www.spi.ox.ac.uk/parenting-lifelong-health-suite-parenting-programmes-prevent-violence#tab-822121>, consultado el 10 agosto 2021.
 21. Cooper, Peter J., et al., 'Improving Quality of Mother-Infant Relationship and Infant Attachment in Socioeconomically Deprived Community in South Africa: Randomised controlled trial', *BMJ*, vol. 338, 2009; Wessels, Inge, et al., 'Case Study: Parenting for Lifelong Health Programmes: Implementing the Parenting for Lifelong Health programmes – Lessons learned from low-resource settings', case study in *Implementing Mental Health Promotion*, 2nd ed., editado por Margaret M. Barry et al., Springer Nature, Cham, 2019, pp. 278–284; Lachman, Jamie M., et al., 'Randomized Controlled Trial of a Parenting Program to Reduce the Risk of Child Maltreatment in South Africa', *Child Abuse & Neglect*, vol. 72, 2017, pp. 338–351; Ward, Catherine L., et al., 'Parenting for Lifelong Health for Young Children: A randomized controlled trial of a parenting program in South Africa to prevent harsh parenting and child conduct problems', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 61, no. 4, 2020, pp. 503–512; Cluver, Lucie D., et al., 'Parenting for Lifelong Health: A pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa', *BMJ Global Health*, vol. 3, no. 1, 2018, e000539.
 22. Vally, Zahir, et al., 'The impact of Dialogic Book-Sharing Training on Infant Language and Attention: A randomized controlled trial in a deprived South African community', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 56, no. 8, 2015, pp. 865–873; Murray, Lynne, et al., 'Randomized Controlled Trial of a Book-Sharing Intervention in a Deprived South African Community: Effects on carer-infant interactions, and their relation to infant cognitive and socioemotional outcome', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, no. 12, 2016, pp. 1370–1379.
 23. Cluver, Lucie D., et al., 'Parenting, Mental Health and Economic Pathways to Prevention of Violence against Children in South Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 262, 2020, 113194.
 24. Shenderovich, Yulia, et al., 'The Science of Scale for Violence Prevention: A new agenda for family strengthening in low-and middle-income countries', *Frontiers in Public Health*, vol. 9, 2021, 581440.
 25. Black, Maureen M., Amber Gove y Katherine A. Merseth, 'Platforms to Reach Children in Early Childhood', ch. 19 in *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and Adolescent Health and Development*, 3rd ed., editado por Donald A. Bundy et al., Banco Mundial, Washington, D.C., 2017, pp. 253–268.
 26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Promoting Care for Child Development in Community Health Services: A summary of the Pakistan Early Child Development Scale-up (PEDS) Trial*, UNICEF, Nueva York, septiembre 2013; Lucas, Jane E., L.M. Richter y B. Daelmans, 'Care for Child Development: An intervention in support of responsive caregiving and early child development', *Child Care, Health and Development*, vol. 44, no. 1, 2018, pp. 41–49.
 27. Yousafzai, Aisha K., et al., 'Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth at Age 4 Years in a Disadvantaged Population in Pakistan: A longitudinal follow-up of a cluster-randomised factorial effectiveness trial', *Lancet Global Health*, vol. 4, no. 8, 21 junio 2016, e548–e558; Lucas, Richter y Daelmans, 'Care for Child Development: An intervention'.
 28. Philbrick William C, Priya Patel y Aisha Yousafzai, 'Care for Child Development: An Approach to Enhance Nurturing Care in the 21st Century', white paper, Harvard University, UNICEF, RTI International, Dar es Salaam, 2017.
 29. Yousafzai et al., 'Effects of Responsive Stimulation and Nutrition Interventions on Children's Development and Growth'.
 30. For definition of 'inclusive' see: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Global Education Monitoring Report 2020: Inclusion and education – All means all*, UNESCO, Paris, 2020, p. 11.
 31. Scott, James G, et al., 'Childhood Mental and Developmental Disorders', ch. 8 in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease control priorities, Third edition, Volume 4*, editado por Vikram Patel et al., Banco Mundial, Washington, D.C., 2016, pp. 145–162; Petersen, Inge, et al., 'Population and Community Platform Interventions,' ch. 10 in *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*, pp. 183–200; Fazel, Mina, et al., 'Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries', *Lancet Psychiatry*, vol. 1, no. 5, 1 octubre 2014, pp. 388–398.
 32. Scott et al., 'Childhood Mental and Developmental Disorders'.
 33. Clarke, Aleisha M, 'Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools'.
 34. Petersen et al., 'Population and Community Platform Interventions,'; Barry, Margaret M., 'Advancing Evidence-Based Action for Mental Health Promotion' in *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 59–64.
 35. Meyer, Luanna H., y Ian M. Evans, 'Restorative School Discipline', ch. 1 in *The School Leader's Guide to Restorative School Discipline*, edited by Luanna H. Meyer and Ian M. Evans, Corwin, Thousand Oaks, 2012, pp. 5–19; Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, 'Indicators of Schoolwide SEL', CASEL, Chicago, <https://schoolguide.casel.org/uploads/sites/2/2019/05/Indicators-of-Schoolwide-SEL_2_o.pdf>, consultado el 10 agosto 2021. Para más detalles, véase también 'The CASEL Guide to Schoolwide Social and Emotional Learning', <<https://schoolguide.casel.org/>>, consultado el 10 agosto 2021.

36. Mahoney, Joseph L., et al. 'Systemic Social and Emotional Learning: Promoting educational success for all preschool to high school students', *American Psychologist*, 8 octubre 2020.
37. Durlak, Joseph A., et al., 'The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A meta-analysis of school-based universal interventions', *Child Development*, vol. 82, no. 1, 2011, pp. 405–432; Weare, Katherine, y Melanie Nind, 'Mental Health Promotion and Problem Prevention in Schools: What does the evidence say?', *Health Promotion International*, vol. 26, no. 1, 2011, i29–i69; Fazel et al., 'Mental Health Interventions in Schools in Low-income and Middle-income Countries'; Barry, Margaret M., et al., 'A Systematic Review of the Effectiveness of Mental Health Promotion Interventions for Young People in Low and Middle Income Countries', *BMC Public Health*, vol. 13, no. 1, 2013, pp. 1–19; Taylor, Rebecca D., et al., 'Promoting Positive Youth Development through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A meta-analysis of follow-up effects', *Child Development*, vol. 88, no. 4, 2017, pp. 1156–1171.
38. MacArthur, Georgina, et al., 'Individual-, Family-, and School-level Interventions Targeting Multiple Risk Behaviours in Young People', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, 2018, CD009927; Shackleton, Nichola, et al., 'School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic review of reviews', *Journal of Adolescent Health*, vol. 58, no. 4, 2016, pp. 382–396; Barry, Margaret M., Aleisha Mary Clarke y Katherine Dowling, 'Promoting Social and Emotional Well-being in Schools', *Health Education*, vol. 117; no. 5, 2017, pp. 434–451.
39. Zhang, Yijun, et al., 'The Association between Green Space and Adolescents' Mental Well-Being: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 18, 2020, p. 6640; Baams, Laura, and Stephen T. Russell, 'Gay-Straight Alliances, School Functioning, and Mental Health: Associations for students of color and LGBTQ students', *Youth & Society*, vol. 53, no. 2, 2021, pp. 211–229; Day, Jack K., et al., 'Gay-Straight Alliances, Inclusive Policy, and School Climate: LGBTQ youths' experiences of social support and bullying', *Journal of Research on Adolescence*, vol. 30, no. 2, febrero 2020, pp. 418–430.
40. Durlak et al., 'The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning'; Domitrovich, Celene E., et al., 'Social-Emotional Competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children', *Child Development*, vol. 88, no. 2, 2017, pp. 408–416; Barry, Margaret M., 'Implementation Processes and Strategies for Mental Health Promotion', in *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 101–129.
41. Shinde, Sachin, et al., 'The Development and Pilot Testing of a Multicomponent Health Promotion Intervention (SEHER) for Secondary Schools in Bihar, India', *Global Health Action*, vol. 10, no. 1, 2017, 1385284; Shinde, Sachin, et al., 'A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention and Adolescent Health: An extension of the SEHER cluster randomised controlled trial in Bihar, India', *PLOS Medicine*, vol. 17, no. 2, 2020, e1003021.
42. Singla, Daisy R., et al., 'The Mediating Effect of School Climate on Adolescent Mental Health: Findings from a randomized controlled trial of a school-wide intervention', *Journal of Adolescent Health*, vol. 69, no. 1, 1 julio 2021, pp. 90–99.
43. Shinde, Sachin, et al., 'Promoting School Climate and Health Outcomes with the SEHER Multi-component Secondary School Intervention in Bihar, India: A cluster-randomised controlled trial', *Lancet*, vol. 392, no. 10163, 2018, pp. 2465–2477; Shinde et al., 'A Multicomponent Secondary School Health Promotion Intervention'.
44. Allred, Carol G., *Guide to Succeeding with Positive Action*, Positive Action, Inc., Twin Falls, publicado 2017, revisado 2018, 2019; Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning, *2013 CASEL Guide: Effective social and emotional learning programs – Preschool and elementary school edition*, CASEL, Chicago, 2012; Clarke, Aleisha M., et al., *What Works in Enhancing Social and Emotional Skills Development During Childhood and Adolescence: A review of the evidence on the effectiveness of school-based and out-of-school programmes in the UK*, World Health Organization Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland, Galway, Galway, February 2015.
45. Washington State Institute for Public Policy, 'Positive Action', WSIPP, Olympia, <www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/538>, consultado el 10 agosto 2021; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
46. Flay, Brian R., y Carol G. Allred, 'The Positive Action Program: Improving academics, behavior, and character by teaching comprehensive skills for successful learning and living', in *International Research Handbook on Values Education and Student Wellbeing*, edited by Terence Lovat, Ron Toomey and Neville Clement, Springer, Dordrecht, 2010, pp. 471–501; Clarke, 'Promoting Children's and Young People's Mental Health in Schools'; Allred, *Guide to Succeeding with Positive Action*.
47. Flay and Allred, 'The Positive Action Program'; Washburn, Isaac J., et al., 'Effects of a Social-Emotional and Character Development Program on the Trajectory of Behaviors Associated with Social-Emotional and Character Development: Findings from three randomized trials', *Prevention Science*, vol. 12, no. 314, 2011, pp. 314–323.
48. Silverthorn, Naida, et al., 'Effects of a School-Based Social-Emotional and Character Development Program on Self-Esteem Levels and Processes: A cluster-randomized controlled trial', *Sage Open*, 7 julio 2017; Lewis, Kendra M., et al., 'Effects of Positive Action on the Emotional Health of Urban Youth: A cluster-randomized trial', *Journal of Adolescent Health*, vol. 53, no. 6, 2013, pp. 706–711.
49. Smokowski, Paul R., et al., 'Evaluating Dosage Effects for the Positive Action Program: How implementation impacts internalizing symptoms, aggression, school hassles, and self-esteem', *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 86, no. 3, 2016, pp. 310–322.
50. Angeles, Gustavo, et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer Improves Youth Mental Health', *Social Science & Medicine*, vol. 225, 2019, pp. 108–119; Owusu-Addo, Ebenezer, Andre M. N. Renzaho and Ben J. Smith, 'The Impact of Cash Transfers on Social Determinants of Health and Health Inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review', *Health Policy and Planning*, vol. 33, no. 5, 2018, pp. 675–696.
51. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF's Global Social Protection Programme Framework*, UNICEF, Nueva York, 2019.
52. Angeles et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer'; Owusu-Addo, Renzaho and Smith, 'The Impact of Cash

- Transfers on Social Determinants of Health'; Haushofer, Johannes, et al., 'Income Changes and Intimate Partner Violence: Evidence from unconditional cash transfers in Kenya, NBER Working Paper 25627, National Bureau of Economic Research, Cambridge, March 2019; Suarez, Diana Contreras, and Pushkar Maitra, 'Health Spillover Effects of a Conditional Cash Transfer Program', *Journal of Population Economics*, vol. 34, 2021, pp. 893–928.
53. de Walque, Damien, et al., 'Cash Transfers and Child and Adolescent Development', ch. 23 in *Disease Control Priorities: Volume 8 – Child and Adolescent Health and Development*, 3rd ed., edited by Donald A. Bundy et al., Banco Mundial, Washington, D.C., 2017, pp. 325–342.
 54. Christian, Cornelius, Lukas Hensel, and Christopher Roth, 'Income Shocks and Suicides: Causal evidence from Indonesia', *Review of Economics and Statistics*, vol. 101, no. 5, 2019, pp. 905–920; Alves, Flávia Jôse Oliveira, Daiane Borges Machado and Maurício L. Barreto, 'Effect of the Brazilian Cash Transfer Programme on Suicide Rates: A longitudinal analysis of the Brazilian municipalities', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 54, no. 5, 19 noviembre 2019, pp. 599–606; Hensel, Lukas, 'The Role of Cash Transfers in Preventing Suicides in Low-and Middle-Income Countries', Mind and Behavior Research Group, University of Oxford, Oxford, mayo 2020.
 55. Angeles et al., 'Government of Malawi's Unconditional Cash Transfer'.
 56. Banerjee, Abhijit, et al., 'A Multifaceted Program Causes Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from six countries', *Science*, vol. 348, no. 6236, 2015, 1260799.
 57. Tanzania Adolescent Cash Plus Evaluation Team, *A Cash Plus Model for Safe Transitions to a Healthy and Productive Adulthood: Round 3 report*, Oficina de Investigaciones de UNICEF – Innocenti, Florencia, 2020.
 58. Ssewamala, Fred M., et al., 'Impact of a Family Economic Intervention (Bridges) on Health Functioning of Adolescents Orphaned by HIV/AIDS: A 5-year (2012–2017) cluster randomized controlled trial in Uganda', *American Journal of Public Health*, vol. 111, no. 3, marzo 2021, pp. 504–513.
 59. Wainberg, Milton L., et al., 'Challenges and Opportunities in Global Mental Health: A research-to-practice perspective', *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, no. 5, 2017, 28.
 60. OMS, *Mental Health Action Plan 2013–2020*.
 61. Lund, Crick, Mark Tomlinson and Vikram Patel, 'Integration of Mental Health into Primary Care in Low-and Middle-Income Countries: The PRIME mental healthcare plans', *British Journal of Psychiatry*, vol. 208, no. 56, 2016, s1–s3; National Institute of Mental Health, 'Research Partnerships for Scaling up Mental Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries', NIMH, Bethesda, <www.nimh.nih.gov/about/organization/cgmhr/scaleupubs>, consultado el 10 agosto 2021.
 62. Rahman, Atif, et al., 'Interventions for Common Perinatal Mental Disorders in Women in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review and meta-analysis', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 91, no. 8, 1 agosto 2013, pp. 593–601; Rahman, Atif, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention for Perinatal Depression in Rural Pakistan – A multi-method study', *Archives of Women's Mental Health*, vol. 10, no. 5, 2007, pp. 211–219.
 63. Rahman, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention'; Sikander, Siham, et al., 'Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Volunteer Peers: A cluster randomised controlled trial in Pakistan', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 2, 1 febrero 2019, pp. 128–139; Fuhr, Daniela C., et al., 'Delivering the Thinking Healthy Programme for Perinatal Depression through Peers: An individually randomised controlled trial in India', *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no. 2, 1 febrero 2019, pp. 115–127; Turner, Elizabeth L., et al., 'The Effectiveness of the Peer Delivered Thinking Healthy Plus (THPP+) Programme for Maternal Depression and Child Socio-Emotional Development in Pakistan: Study protocol for a three-year cluster randomized controlled trial', *Trials*, vol. 17, no. 1, 8 septiembre 2016, p. 442; Rahman, Atif, et al., 'Improving Access to Psychosocial Interventions for Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: Lessons from the field', *International Review of Psychiatry*, vol. 33, no. 1-2, febrero-marzo 2021, pp. 198–201.
 64. Rahman, 'Challenges and Opportunities in Developing a Psychological Intervention'.
 65. Rahman, Atif, et al., 'Cognitive Behaviour Therapy-Based Intervention by Community Health Workers for Mothers with Depression and their Infants in Rural Pakistan: A cluster-randomised controlled trial', *Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 septiembre 2008, pp. 902–909.
 66. Baranov, Victoria, et al., 'Maternal Depression, Women's Empowerment, and Parental Investment: Evidence from a randomized controlled trial', *American Economic Review*, vol. 110, no. 3, 2020, pp. 824–859.
 67. Eappen, Sunil., et al., 'Preparing to Launch the 'Thinking Healthy Programme' Perinatal Depression Intervention in Urban Lima, Peru: Experiences from the field', *Global Mental Health*, vol. 5, 2018, e41.
 68. Fisher, Jane, et al., 'Translation, Cultural Adaptation and Field-testing of the Thinking Healthy Program for Vietnam', *Globalization and Health*, vol. 10, no. 37, 15 mayo 2014; Mental Health Innovation Network, 'Thinking Healthy Programme', MHN, Ginebra, <www.mhinnovation.net/innovations/thinking-healthy-programme?qt-content_innovation=1#qt-content_innovation>, consultado el 10 agosto 2021.
 69. Nisar, Anum, et al., 'Making Therapies Culturally Relevant: Translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China', *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 20, no. 368, 22 junio 2020; Green, Eric P., et al., 'Expanding Access to Depression Treatment in Kenya through Automated Psychological Support: Protocol for a single-case experimental design pilot study', *JMIR Research Protocols*, vol. 8, no. 4, abril 2019, e11800; Mental health Innovation Network, 'Thinking Healthy Programme'.
 70. Rickwood, Debra, et al., 'Australia's Innovation in Youth Mental Health Care: The headspace centre model', *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 13, no. 1, 2019, pp. 159–166; Headspace, 'Who we are', <<https://headspace.org.au/about-us/who-we-are/>>, consultado el 10 agosto 2021.
 71. McGorry, Patrick, Jason Trethowan and Debra Rickwood, 'Creating Headspace for Integrated Youth Mental Health Care', *World Psychiatry*, vol. 18, no. 2, junio 2019, pp. 140–141.

72. Hilferty, Fiona., et al., *Is Headspace Making a Difference to Young People's Lives?: Final report of the independent evaluation of the headspace program*, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Sydney, agosto 2015; Bradford, Sally, y Debra Rickwood, 'Electronic Psychosocial Assessment Tool: Concept development and identification of barriers to successful implementation', *Journal of Technology in Human Services*, vol. 32, no. 4, 2014, pp. 275–296; Rickwood, Debra J, 'Case Study: Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation', estudio de casos incluido en *Implementing Mental Health Promotion*, pp. 548–562.
73. Panter-Brick, Catherine, et al., 'Insecurity, Distress and Mental Health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis', *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 59, no. 5, 2018, pp. 523–541.
74. Panter-Brick, Catherine, et al., 'Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress in Humanitarian Settings: Impacts, challenges, and strategies in the field', *Conflict and Health*, vol. 14, no. 40, 23 junio 2020.
75. Mercy Corps, *Advancing Adolescents: Evidence on the impact of psychosocial support for Syrian refugee and Jordanian adolescents*, Mercy Corps, Portland, noviembre 2016, <www.mercycorps.org/sites/default/files/2019-11/Advancing_Adolescents%20Report_FINAL_ONLINE.pdf>, consultado el 10 agosto 2021.
76. Panter-Brick et al., 'Insecurity, Distress and Mental Health'.
77. Panter-Brick et al., 'Measuring the Psychosocial, Biological, and Cognitive Signatures of Profound Stress'.
78. Betancourt, Theresa S., et al., 'Stigma and Acceptance of Sierra Leone's Child Soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 59, no. 6, junio 2020, pp. 715–726.
79. Betancourt, Theresa S., et al., 'Sierra Leone's Former Child Soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, no. 6, junio 2010, pp. 606–615.
80. Betancourt, Theresa S., et al., 'A Behavioral Intervention for War-affected Youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 53, no. 12, diciembre 2014, pp. 1288–1297.
81. Betancourt, Theresa S., et al., 'Youth Functioning and Organizational Success for West African Regional Development (Youth FORWARD): Study protocol', *Psychiatric Services*, vol. 72, no. 5, mayo 2021, pp. 563–570; véase también: Betancourt, Theresa S., 'Youth FORWARD: Scaling up an evidence-based mental health intervention in Sierra Leone', Humanitarian Practice Network, julio 2018, <<https://odihpn.org/magazine/youth-forward-scaling-up-an-evidence-based-mental-health-intervention-in-sierra-leone/>>, consultado el 10 agosto 2021.
82. Organización Mundial de la Salud, *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies – Overview*, OMS, Ginebra, 2013; Grupo de referencia sobre salud mental y apoyo psicosocial del Comité Permanente entre Organismos, *Linking Disaster Risk Reduction (DRR) and Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS): Technical Note – Practical tools, approaches and case studies*, IASC, Nueva York, marzo 2021; Gray, Brandon, Fahmy Hanna y Lennart Reifels, 'The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction: A mapping and review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 6, marzo 2020.
83. Organización Mundial de la Salud, *Building Back Better*.
84. Gray, Hanna and Reifels, 'The Integration of Mental Health and Psychosocial Support and Disaster Risk Reduction'.
85. Hawton, Keith, et al., 'Clustering of Suicides in Children and Adolescents: A review', *Lancet Child & Adolescent Health*, vol.4, no. 1, enero 2020, pp. 58–67.
86. Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'.
87. Ibid.
88. Ream, Geoffrey L., 'What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System', *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, no.5, mayo 2019, pp. 602–607.
89. Kann, Laura, et al., 'Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12: United States and Selected Sites', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 65, no. 9, 2016, pp. 1–202.
90. Meyer, Ilan H., et al., 'Minority Stress, Distress, and Suicide Attempts in Three Cohorts of Sexual Minority Adults: A U.S. probability sample', *PLOS ONE*, vol. 16, no. 3, e0246827.
91. Organización Mundial de la Salud, *National Suicide Prevention Strategies: Progress, examples and indicators*, OMS, Ginebra, 2018, p. 2.
92. Organización Mundial de la Salud, *Preventing Suicide: A global imperative*, OMS, Ginebra, 2014, p. 8.
93. Lewitzka, Ute, et al., 'Are National Suicide Prevention Programs Effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30years', *BMC Psychiatry*, vol. 19, no. 1, 23 mayo 2019, p. 158; Matsubayashi, Tetsuya, y Michiko Ueda, 'The Effect of National Suicide Prevention Programs on Suicide Rates in 21 OECD Nations', *Social Science & Medicine*, vol. 73, no. 9, 2011, pp. 1395–1400.
94. Organización Mundial de la Salud, *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*, OMS, Ginebra, junio 2021.
95. Hawton, Saunders and O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'.
96. Klonsky, David E., Alexis M. May and Boaz Y. Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, no. 1, 2016, pp. 307–330.
97. Hawton et al., 'Clustering of Suicides in Children and Adolescents'.
98. Organización Mundial de la Salud, *Live Life*, pp. 64–70.
99. SANE Australia, 'StigmaWatch', SANE Australia, South Melbourne, <www.sane.org/advocacy/stigmawatch>, consultado el 10 agosto 2021.

100. Kőlves and de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents'.
101. Yip, Paul S. F., et al., 'Means Restriction for Suicide Prevention', *Lancet*, vol. 379, no. 9834, 23 junio 2012, pp. 2393–2399; Gunnell, David, et al., 'The Impact of Pesticide Regulations on Suicide in Sri Lanka', *International Journal of Epidemiology*, vol. 36, no. 6, diciembre 2007, pp. 1235–1242.
102. Hawton, Saunders y O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'; Organización Mundial de la Salud, 'Preventing Suicide: A resource for teachers and other school staff', OMS, Ginebra, marzo 2021.
103. OMS, *Live Life*; OMS, *Helping Adolescents Thrive*; Kutcher, Stan, Yifeng Wei and Pegah Behzadi, 'School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot idea, hot air, or sham?', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, no. 6, junio 2017, pp. 381–387.
104. Kahn, Jean-Pierre, et al., 'Influence of Coping Strategies on the Efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): A universal school-based suicide preventive program', *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, no. 12, diciembre 2020, pp. 1671–1681; Wasserman, Danuta, et al., 'School-Based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial', *Lancet*, vol. 385, no. 9977, 18 abril 2015, pp. 1536–1544.
105. Klonsky, May and Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation'.
106. Kőlves and de Leo, 'Suicide Methods in Children and Adolescents'.
107. Hawton, Saunders y O'Connor, 'Self-Harm and Suicide in Adolescents'; Klonsky, May and Saffer, 'Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation'.
108. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Mainstreaming Adolescent Mental Health and Suicide Prevention in Kazakhstan's Education and Health Systems: UNICEF Adolescent Development and Participation – Accelerating results*, UNICEF Kazajstán, Nur-Sultan, octubre de 2020.
109. Erskine, Holly E., et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, no. 4, 2017, pp. 395–402; Woelbert, Eva, et al., *The Inequities of Mental Health Research*, The International Alliance of Mental Health Research Funders, Montreal, noviembre 2020.
110. Departamento de las Naciones Unidas de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales, 'World Population Prospects 2019', UN DESA, Nueva York, <<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>>, consultado el 10 agosto 2021.
111. Erskine et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents'.
112. Woelbert et al., *The Inequities of Mental Health Research*.
113. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP) – Overview', UNICEF, Nueva York, agosto 2019.
114. National Institute of Mental Health, Wellcome Trust y the International Alliance Mental Health Research Funders, *Common Measures for Mental Health Science Laying the Foundations*, NIMH, Wellcome Trust, Washington y Londres, junio 2020.
115. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level (MMAP)'.
116. Care Policy and Evaluation Centre at the London School of Economics and Political Science, 'CHANCES-6: Improving the life chances of young people in poverty', LSE, Londres, <<https://www.lse.ac.uk/cpec/chances-6>>, consultado el 10 agosto 2021.
117. Véase Oficina de investigaciones de UNICEF– Innocenti, Draft Note on Mental Health & Psychosocial Wellbeing Research Priorities, 2021 y sucesivos.

Capítulo 6

1. Mental Health Innovation Network, *The Global Ministerial Mental Health Summit: Recommendations to ministers achieving equality for mental health in the 21st century*, Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Ginebra y Londres, octubre de 2018, p. 2; Global Mental Health Action Network, 'Global Mental Health Advocacy: Hoja de ruta 2020-2021', Global Mental Health Action Network, p. 3.
2. Naciones Unidas, *Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health*, Naciones Unidas, Nueva York, 13 de mayo de 2020, p. 16.
3. Global Mental Health Action Network, "Global Mental Health Advocacy", p. 3.
4. Upadhaya, Nawaraj, et al., 'Information Systems for Mental Health in Six Low and Middle Income Countries: Cross country situation analysis', *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 10, 26 de septiembre de 2016, p. 60. Nota: El seguimiento sistemático es la recopilación periódica de datos sobre los indicadores relacionados con las necesidad, provisión, aceptación, coste, calidad y resultados de los servicios de salud mental en los niveles comunitario, primario, secundario y terciario del sistema de salud, utilizando datos como los registros sistemáticos de los servicios y los centros.
5. Jordans, Mark J. D., et al. 'Indicators for Routine Monitoring of Effective Mental Healthcare Coverage in Low-and Middle-Income Settings: A Delphi study', *Health Policy and Planning*, vol. 31, no. 8, 2016, pp. 1100-1106.
6. Rudan, Igor, et al., 'Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Guidelines for implementation of CHNRI method', *Croatian Medical Journal*, vol. 49, n° 6, 2008, pp. 720-733.

Tablas estadísticas

Las tablas estadísticas de este informe presentan las estadísticas fundamentales más recientes sobre la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia en los países, zonas y regiones del mundo. Sirven de apoyo al enfoque de UNICEF en torno a los progresos y los resultados de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente y los pactos sobre los derechos y el desarrollo de la infancia.

Notas generales a los datos

Fuentes de los datos

Los datos que figuran en las siguientes tablas estadísticas se derivan de las bases de datos mundiales de UNICEF y están acompañados de definiciones, fuentes y notas a pie de página adicionales cuando se considera necesario. Los datos de los indicadores se basan en estimaciones interinstitucionales y encuestas nacionales representativas en los hogares, como las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Además, se han utilizado datos de otras organizaciones de las Naciones Unidas. Al final de cada tabla se proporciona más información sobre las fuentes de los datos.

Los indicadores demográficos y muchos de los indicadores relacionados con la población que aparecen en estas tablas se basan en las últimas estimaciones y predicciones de la publicación *Perspectiva de la población mundial: revisión de 2019* y *Perspectiva de la urbanización mundial: revisión de 2018* (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población). Es posible que en los países que hayan sufrido hace poco desastres naturales, especialmente allí donde se haya producido una fragmentación en las infraestructuras básicas del país o se hayan registrado importantes movimientos demográficos, este hecho haya afectado negativamente la calidad de los datos.

Concretamente, UNICEF apoya a los países en la recopilación y análisis de los datos para supervisar la situación de los niños y las mujeres por medio de su iniciativa internacional de encuestas en los hogares, las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS). Desde 1995, se han realizado alrededor de 346 encuestas en más de 118 países y zonas. Las encuestas MICS son una importante fuente de datos de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 para medir los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y en la configuración de las políticas gubernamentales, así como de los programas en todo el mundo. Hay más información disponible en <mics.unicef.org>.

Agregados regionales y mundiales

A menos que se indique lo contrario, los agregados regionales y mundiales de los indicadores se generaron como promedios ponderados de población utilizando

datos de *Perspectivas de la población mundial: revisión de 2019*. Se ajustan al grupo de edad y sexo pertinente para cada indicador (por ejemplo, el número total de nacidos vivos en el caso de los no ponderados al nacer y el número de mujeres de 15 a 49 años de edad en el caso de la anemia materna). Una vez más, a menos que se indique lo contrario, las estimaciones mundiales y regionales solo se comunican para los indicadores con una cobertura de datos a nivel de población de al menos el 50%.

Datos desagregados

La crisis de la COVID-19 destacó la importancia de los datos desagregados para comprender los efectos sanitarios y socioeconómicos diferenciales de la pandemia sobre las mujeres y los niños, que exacerbaban las disparidades y la discriminación estructurales y duraderas. Más allá de la crisis, los datos desagregados de alta calidad, comparables y oportunos, así como los datos desagregados simultáneamente en más de una dimensión, son esenciales para identificar los grupos prioritarios en diversos tipos de intervenciones y cumplir el mandato de la Agenda de Desarrollo Sostenible para 2030 de no dejar a nadie atrás.

Para recopilar y analizar los datos desagregados se utilizan diferentes fuentes de datos, como las encuestas de hogares, los registros vitales y los registros administrativos. Aunque las limitaciones de espacio no permiten presentar estos datos de manera completa en las siguientes tablas estadísticas, se han hecho esfuerzos para presentar datos desagregados de acuerdo con dimensiones clave, como el sexo, la edad, la residencia y la situación económica. Dado el compromiso fundamental de UNICEF con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, en las tablas estadísticas se da prioridad a la presentación de datos desagregados por sexo, cuando están disponibles, excepto cuando en la mayoría de los países no se observan diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas para un indicador determinado. En estos casos, los datos desagregados por sexo están disponibles en línea en <www.data.unicef.org>. Para más información sobre el desglose de los indicadores individuales, consulte las notas a pie de página que aparecen debajo de las tablas estadísticas.

Comparabilidad de los datos

Se han realizado esfuerzos con el fin de maximizar la comparabilidad de las estadísticas entre países y a lo largo del tiempo. No obstante, los datos utilizados a nivel de país pueden diferir en cuanto a los métodos utilizados para recopilar los datos o llegar a las estimaciones, y en cuanto a las poblaciones que se incluyen. Además, los datos que aquí se presentan están sujetos a la evolución de las metodologías, las revisiones de los datos de las series cronológicas (por ejemplo, la inmunización, las tasas de mortalidad materna) y los cambios en las clasificaciones regionales. Además, no se dispone de datos comparables de un año a otro para algunos indicadores. Por lo tanto, no es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

Más información metodológica

Los datos presentados en las siguientes tablas estadísticas reflejan generalmente la información

recopilada y actualizada de enero a julio de 2021, con una hora límite específica asociada con los indicadores individuales descritos en la sección “principales fuentes de datos” que se encuentran debajo de cada tabla. El sello de la fecha de la “última actualización” refleja cuándo se recopilaron y actualizaron los datos como parte de las consultas nacionales o de los procesos interinstitucionales que son específicos para cada tema.

Se invita a los lectores interesados a visitar <data.unicef.org> para conocer los detalles metodológicos de los indicadores y las estadísticas.

Los datos presentados en las tablas están disponibles en línea en <www.unicef.org/sowc> y vía <www.data.unicef.org>. Sírvase consultar estos sitios web para obtener los datos más recientes y las actualizaciones o correcciones posteriores a la impresión.

Estimaciones de la mortalidad infantil

La mortalidad de menores de 5 años se utiliza como el principal indicador de progreso en el bienestar infantil. Para obtener más información, sírvase visitar www.childmortality.org.

Tasa de mortalidad de menores de cinco años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Asia Oriental y el Pacífico	73	61	57	49	39	29	22	17	14
Europa y Asia Central	44	37	31	27	21	16	12	10	8
Europa del Este y Asia Central	66	54	46	44	35	25	18	14	11
Europa Occidental	16	13	11	8	6	5	4	4	4
América Latina y el Caribe	84	67	55	43	33	26	25	18	16
Oriente Medio y África del Norte	123	86	65	53	42	33	27	24	22
América del Norte	15	12	11	9	8	8	7	7	6
Asia Meridional	171	150	130	112	93	77	62	49	40
África Subsahariana	200	187	178	170	151	124	101	86	76
África Oriental y Meridional	185	171	162	154	133	106	81	64	55
África Occidental y Central	216	204	196	187	168	142	121	106	95
Países menos adelantados	210	192	175	158	135	109	89	72	63
Mundo	117	102	93	86	76	63	51	43	38

Muertes de menores de cinco años (miles)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Asia Oriental y el Pacífico	2.613	2.413	2.301	1.705	1.257	908	695	539	435
Europa y Asia Central	570	483	386	304	217	162	132	108	88
Europa del Este y Asia Central	474	409	328	262	187	136	110	88	70
Europa Occidental	97	74	58	41	30	26	23	20	19
América Latina y el Caribe	944	785	641	503	381	288	265	192	169
Oriente Medio y África del Norte	902	707	545	419	324	270	246	239	219
América del Norte	55	50	47	40	35	35	32	29	27
Asia Meridional	5.577	5.257	4.748	4.185	3.548	2.912	2.276	1.719	1.406
África Subsahariana	3.393	3.598	3.826	4.044	3.987	3.659	3.303	3.037	2.844
África Oriental y Meridional	1.633	1.719	1.806	1.883	1.796	1.567	1.314	1.111	1.009
África Occidental y Central	1.759	1.879	2.020	2.161	2.190	2.092	1.989	1.926	1.836
Países menos adelantados	3.579	3.611	3.589	3.538	3.299	2.868	2.499	2.152	1.968
Mundo	14.055	13.294	12.494	11.200	9.749	8.234	6.950	5.862	5.189

Clasificaciones regionales

Los agregados presentados al final de cada una de las 18 tablas estadísticas se calculan utilizando datos de países y zonas tal como se clasifican a continuación.

Asia Oriental y el Pacífico

Australia; Brunei Darussalam; Camboya; China; Estados Federados de Micronesia; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Japón; Kiribati; Malasia; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Nueva Zelanda; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Europa y Asia Central

Europa Oriental y Asia Central; Europa Occidental

Europa Oriental y Asia Central

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajistán; Kirguistán; Macedonia del Norte; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turquía; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán

Europa Occidental

Alemania; Andorra; Austria; Bélgica; Chipre; Chequia; Dinamarca; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estonia; Finlandia; Francia; Grecia; Hungría; Islandia; Irlanda; Italia; Letonia; Liechtenstein; Lituania; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Países Bajos; Noruega; Polonia; Portugal; Reino Unido; San Marino; Santa Sede; Suecia; Suiza

América Latina y el Caribe

Anguilla; Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia (Estado Plurinacional de); Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Islas Turcos y Caicos; Islas Vírgenes Británicas; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; San Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de)

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Estado de Palestina; Irán (República Islámica de); Iraq; Israel; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán; Túnez; Yemen

América del Norte

Canadá; Estados Unidos

Asia Meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán; Sri Lanka

África Subsahariana

África Oriental y Meridional; África Occidental y Central

África Oriental y Meridional

Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Djibouti; Eritrea; Eswatini; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; República Unida de Tanzania; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Uganda; Zambia; Zimbabwe

África Occidental y Central

Benin; Burkina Faso; Camerún; Cabo Verde; Chad; Congo; Côte d'Ivoire; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Gabón; Gambia; Ghana; Liberia; Malí; Mauritania; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Togo

Países y zonas menos adelantados

[Clasificados como tales por el Alto Representante de las Naciones Unidas para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo]

Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Sudán del Sur; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Notas sobre tablas específicas

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

En la tabla de datos demográficos figuran indicadores seleccionados sobre alguna de la información demográfica más importante de cada población, incluida la población total y desagregada por edad, así como las tasas de crecimiento demográfico anual. El número anual de nacimientos depende tanto del tamaño de la población como de la fecundidad actual. La tasa total de fecundidad permite comparar los niveles de fecundidad a nivel internacional. Un nivel total de fecundidad de 2,1 se denomina “nivel de reemplazo” y representa un nivel en el que, a largo plazo, la población seguiría siendo la misma. La esperanza de vida al nacer es una medida del estado de salud y del desarrollo de una población y sigue aumentando en casi todos los países del mundo. La relación de dependencia es la relación entre la población no activa (es decir, la población económicamente “dependiente”) y la población en edad de trabajar (15-64 años). Esto puede dividirse con respecto a la relación de dependencia infantil (relación entre los niños menores de 15 años y la población en edad de trabajar) y la relación de dependencia de la tercera edad (relación entre la población de 65 años y más, y la población en edad de trabajar). La relación de dependencia total suele tener forma de U a lo largo del tiempo, lo que refleja una estructura de edad cambiante como resultado de la transición demográfica. Esto puede entenderse como la combinación de tendencias opuestas en las relaciones de dependencia infantil y de tercera edad. Por ejemplo, la disminución de la fecundidad conduce a una disminución de la proporción de niños en la población y, por tanto, a una disminución de la relación de dependencia infantil. El aumento de la esperanza de vida (como consecuencia de la disminución de la mortalidad) conducirá a una mayor proporción de personas mayores y, por tanto, a un aumento de la relación de dependencia de la tercera edad.

La proporción de la población urbana y la tasa anual de crecimiento de la población urbana describen el estado y las dinámicas del proceso de urbanización. La tasa neta de migración se refiere a la diferencia entre el número de inmigrantes y el número de emigrantes; un país/zona con más inmigrantes que emigrantes muestra un valor positivo, mientras que un país con menos inmigrantes que emigrantes muestra un valor negativo. Todos los indicadores demográficos se basan en las *Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2019*. Con excepción del tamaño total de la población, la mayoría de los indicadores demográficos se publican solo para los países/zonas con una población superior a 90.000 habitantes. Los agregados regionales se basan en todos los países y zonas asociados a la región respectiva, aunque no formen parte de los 202 países informantes y/o tengan una población de 90.000 personas o menos (por lo tanto, la población mundial de menores de 18 años notificada, por ejemplo, es mayor que la suma de los valores de los países presentados).

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Todos los años, UNICEF presenta en el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* una serie de estimaciones de la mortalidad en la infancia. Estas cifras representan las mejores estimaciones disponibles en el momento de la impresión y se basan en la labor del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME), que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones de mortalidad del IGME se actualizan anualmente mediante un examen detallado de todos los datos recientemente disponibles, lo que da lugar a ajustes de las estimaciones comunicadas anteriormente. En consecuencia, las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo del tiempo. A continuación se presentan estimaciones comparables de la mortalidad de menores de cinco años a nivel mundial y regional para el período 1990-2019. Los indicadores de mortalidad específicos de cada país, basados en las estimaciones más recientes del IGME, se presentan en la Tabla 2 y están disponibles en <data.unicef.org/child-mortality/under-five> y <www.childmortality.org>, junto con otras notas metodológicas.

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

La tabla de salud materna y neonatal incluye una combinación de indicadores demográficos y de la cobertura de intervención. Los indicadores demográficos consisten en la esperanza de vida de las mujeres, la tasa de natalidad de las adolescentes y las estimaciones de la mortalidad materna, incluido el número de defunciones maternas, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida.

Los indicadores de la esperanza de vida y la tasa de natalidad de las adolescentes provienen de la División de Población de las Naciones Unidas. Los datos de mortalidad materna son estimaciones generadas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, que incluye la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones de mortalidad del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna se actualizan periódicamente mediante un examen detallado de todos los nuevos datos disponibles. Este proceso da lugar a menudo a ajustes en las estimaciones comunicadas anteriormente. En consecuencia, las ediciones consecutivas del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad materna a lo largo del tiempo.

Los indicadores de cobertura de la intervención abarcan indicadores de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y atención posnatal para la madre y el

bebé. Los datos para estos indicadores provienen de los programas nacionales de encuestas de hogares, como las DHS y las MICS y otras encuestas de salud reproductiva. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan utilizando un método de media ponderada. Las variables utilizadas para la ponderación son específicas de cada indicador y se aplican a cada país. Se ajustan a la población objetivo apropiada para cada indicador (el denominador) y se derivan de la última edición de *las Perspectivas de la población mundial*. Para el cálculo de los agregados regionales y mundiales solo se utilizaron los datos más recientes de 2015-2020 para cada país.

La tabla de salud materna y neonatal también incluye algunos desgloses por edad para proporcionar información sobre la salud reproductiva y materna de los adolescentes. Específicamente, la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos, la atención prenatal de al menos cuatro visitas y la asistencia de personal sanitario cualificado en el parto se desglosan para el grupo de edad de 15 a 19 años. Los datos desagregados para la atención prenatal de al menos cuatro visitas y la atención al parto por parte de personal cualificado provienen del Centro Internacional para la Equidad en la Salud de la Universidad Federal de Pelotas. Los datos totales y desagregados de la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos provienen de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan con la misma metodología descrita anteriormente para los indicadores de cobertura de la intervención. La División de Población de las Naciones Unidas es la encargada de calcular y proporcionar los agregados regionales de la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos y la tasa de natalidad de las adolescentes.

TABLA 4. SALUD INFANTIL

La tabla de salud infantil incluye un conjunto de indicadores que reflejan la información sobre la cobertura de las intervenciones eficaces realizadas a los niños menores de cinco años y a nivel de los hogares. Estos incluyen una serie de indicadores de inmunización (que se describen a continuación) e indicadores sobre las intervenciones para la prevención o el tratamiento de la neumonía, la diarrea y el paludismo (las tres principales causas de muerte de los niños de corta edad). Las principales fuentes de datos para los indicadores de prevención y tratamiento de las enfermedades infantiles son las encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las DHS y las MICS. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan utilizando un método de media ponderada. Las variables utilizadas para la ponderación son específicas de cada indicador y se aplican a cada país. Se ajustan a la población objetivo apropiada para cada indicador (el denominador) y se derivan de la última edición de las *Perspectivas de la población mundial*. Para calcular las estimaciones regionales y mundiales solo se utilizaron los datos más recientes de 2015 a 2020 para cada país. Para los indicadores que capturan información sobre los hogares, se utilizó la población total.

Inmunización: La tabla de salud infantil presenta las estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización. Desde el año 2000, estas estimaciones se han actualizado anualmente en julio, tras un proceso de consulta durante el cual se proporciona a los países proyectos de informes para que los examinen y formulen observaciones. A medida que se incorporan nuevos datos empíricos al proceso de generación de las estimaciones, las estimaciones revisadas sustituyen a las anteriores. Los niveles de cobertura de revisiones anteriores no son comparables. Una explicación más detallada del proceso puede encontrarse en data.unicef.org/child-health/immunization.

Los promedios regionales para los seis antígenos registrados se calculan de la siguiente manera:

- Para BCG, los promedios regionales incluyen solo aquellos países donde la BCG está incluida en el calendario sistemático de vacunación nacional.
- Para las vacunas DPT, polio, sarampión, hepatitis B, Hib, VPC y rotavirus, los promedios regionales incluyen todos los países, ya que estas vacunas están universalmente recomendadas por la OMS.
- Para la protección al nacer contra el tétanos, los promedios regionales incluyen solo los países donde el tétanos materno y neonatal es endémico.

TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

En esta tabla figura un conjunto de indicadores clave relacionados con la salud, el bienestar y la mortalidad de los adolescentes. Los indicadores de mortalidad incluyen la tasa de mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años, el número de muertes de adolescentes, así como la tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de adolescentes para el período de 2000-2019. Los indicadores de salud de la reproducción presentados en esta tabla incluyen la tasa de natalidad en adolescentes, la maternidad temprana (que se refiere a las mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años) y la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos entre las adolescentes de 15 a 19 años. Para las adolescentes de 15 a 19 años se presentan los siguientes indicadores de salud materna: atención prenatal de al menos cuatro visitas y partera cualificada. Para las enfermedades no transmisibles se presentan los siguientes factores de riesgo: consumo de alcohol entre los adolescentes de 15 a 19 años, consumo de tabaco entre los adolescentes de 13 a 15 años y actividad física insuficiente entre los adolescentes escolarizados de 11 a 17 años. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) se presenta para las niñas que recibieron la última dosis de la vacuna contra el VPH según el calendario nacional. La OMS/UNICEF elaboran dos indicadores principales de cobertura para la vacunación contra el VPH. Uno es la cobertura de rendimiento del programa de vacunación contra el VPH, que describe la cobertura de vacunación según el calendario nacional y los criterios de elegibilidad del programa para cada año civil (población

objetivo del programa hasta los 14 años de edad). La segunda describe la cobertura de vacunación contra el VPH por edad, y representa la proporción de la población que cumple 15 años en el año del informe y que ha sido vacunada contra el VPH en cualquier momento entre los 9 y los 14 años, así como en cualquier momento hasta el año civil en cuestión. Los datos se comunican siempre a nivel nacional y no necesariamente muestran diferencias a nivel subnacional. Ambos indicadores se calculan para la primera dosis (VPH1) y el calendario completo recomendado (VPHc), y también por sexo. En el caso de las vacunas actualmente comercializadas, el calendario depende de la edad. La recomendación general es un esquema de 2 dosis, con las dosis espaciadas un mínimo de 6 meses para los individuos menores de 15 años desde el momento de la primera dosis. Mientras tanto, se recomienda un esquema de 3 dosis (0, 1-2, 6 meses) para individuos de 15 años o más, o que estén inmunocomprometidos o tengan una infección por VIH. Para establecer los denominadores, la metodología utiliza por defecto las estimaciones por países de la División de Población de las Naciones Unidas. Para hacer frente a las diferentes formas en que los países establecen y cambian los criterios de elegibilidad a lo largo del tiempo, se utiliza un proceso de normalización para convertir la elegibilidad en denominadores. Esto incluye convertir la elegibilidad del grado escolar en cohortes de población y abordar la elegibilidad de múltiples cohortes (cambios) a lo largo del tiempo. Para obtener más detalles, véase: Laia Bruni et al., *Preventive Medicine*, <doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>.

TABLAS 6 y 7. VIH/Sida

En 2021, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) presentó nuevas estimaciones sobre el VIH y el sida a escala mundial para 2018 que reflejaban las estimaciones epidemiológicas más actualizadas. Las estimaciones reflejaban también los datos de cobertura con la terapia antirretroviral (ART), la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y el diagnóstico infantil temprano para el VIH. Las estimaciones se basan en las informaciones científicas disponibles más actuales y en las directrices del programa de la OMS. Estas directrices han mejorado las suposiciones sobre la probabilidad de transmisión del VIH de la madre al niño, la fertilidad entre las mujeres por edad y el estado serológico del VIH, las tasas netas de supervivencia de los niños infectados por el VIH y más. Sobre la base de esta metodología refinada, ONUSIDA ha generado retrospectivamente nuevas estimaciones para la prevalencia de VIH, el número de personas que viven con VIH y aquellas que requieren tratamiento, las muertes relacionadas con el sida, las nuevas infecciones y otras tendencias importantes de la epidemia del VIH.

Los indicadores más importantes sobre la respuesta al VIH entre los niños se dividen en dos tablas: Tabla 6. Epidemiología del VIH/sida y Tabla 7. Intervenciones sobre VIH/sida.

TABLA 6. Epidemiología del VIH/sida

La Tabla 6 incluye indicadores clave que se utilizan para medir las tendencias de la epidemia del VIH. Los datos están desagregados por grupos de edad de 10 años, ya que se supone que todos los niños que viven con el VIH menores de 10 años están infectados por la transmisión de madre a hijo. Los niños de 10 a 19 años que viven con el VIH incluyen además las nuevas infecciones por el VIH que se producen por transmisión sexual y consumo de drogas inyectables, dependiendo del contexto del país. Debido a la considerable disparidad de género entre los adolescentes, evidente en las tendencias de la epidemia del VIH y en la respuesta programática, ahora se incluyen datos desagregados por sexo para todos los indicadores epidemiológicos del VIH/sida. Para que sea posible realizar una mejor comparación entre países y regiones, el indicador sobre el número de nuevas infecciones por el VIH ha sido sustituido por la incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas. Del mismo modo, el número de muertes relacionadas con el sida se ha sustituido por la mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes. Estos dos indicadores proporcionan medidas relativas de las nuevas infecciones por el VIH y de las muertes relacionadas con el sida y demuestran con mayor precisión el impacto de la respuesta al VIH.

VIH/sida: Tablas 6 y 7

La Tabla 7 incluye indicadores sobre intervenciones esenciales en la respuesta al VIH para los niños. Estos indicadores de la cobertura han sido revisados en ediciones anteriores del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* para reflejar mejor los avances en los programas y políticas actuales sobre el VIH/sida. Por ejemplo, el indicador para el diagnóstico temprano del VIH en los lactantes recopila información sobre el porcentaje de lactantes expuestos al VIH que se sometieron a la prueba del VIH en los dos meses siguientes al nacimiento. Todos los indicadores de la cobertura se calculan a partir de los datos más recientes y fiables disponibles de las encuestas basadas en la población y las estadísticas de los servicios de los programas.

Cada indicador de la cobertura se agrega a nivel regional o mundial utilizando un promedio ponderado por población. Debido a la escasez de datos, los indicadores de las encuestas basadas en la población solo se agregan si los datos en esa esfera representan por lo menos el 50% de la población adolescente.

Nutrición: Tablas 8 y 9

La tabla 8 incluye estimaciones de la malnutrición al nacer entre los niños en edad preescolar, los niños en edad escolar y las mujeres en edad reproductiva, así como la cobertura de los programas de pesaje al nacer y de micronutrientes esenciales. La tabla 9 incluye las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños.

Las estimaciones sobre el bajo peso al nacer, el retraso en el crecimiento y el sobrepeso entre los niños en edad preescolar, la delgadez y el sobrepeso entre los niños en edad escolar, y la insuficiencia ponderal y la anemia de las madres proceden de modelos nacionales. Por esta razón,

pueden ser diferentes de las estimaciones comunicadas por las encuestas. Para todos los demás indicadores, cuando se disponía de datos brutos, las estimaciones a nivel de país se volvieron a analizar para que se ajustaran a los métodos de análisis estándar y, por lo tanto, pueden diferir de los valores comunicados por la encuesta.

Bajo peso al nacer: Las estimaciones se basan en métodos actualizados hasta 2019. Por lo tanto, es posible que las estimaciones nacionales, regionales y mundiales no sean comparables con las publicadas en ediciones del *Estado Mundial de la Infancia* anteriores a 2019.

Sin pesar al nacer: Un indicador que representa el porcentaje de nacimientos para los que no se dispone de datos sobre el peso al nacer.

Retraso en el crecimiento y sobrepeso: UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han seguido armonizando el conjunto de datos nacionales de las estimaciones de retraso del crecimiento y sobrepeso procedentes de las encuestas de hogares. A partir de 2021, estos datos se han utilizado para generar estimaciones modeladas por países. UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han pasado de utilizar las estimaciones de las encuestas para representar la prevalencia de los países a utilizar estimaciones modeladas a nivel de país para el retraso del crecimiento y el sobrepeso. La nueva metodología se basa en el enfoque actualizado descrito en "UNICEF-OMS-Banco Mundial 2021". Las notas técnicas del documento de referencia para las consultas de los países sobre la edición de 2021 de las Estimaciones Conjuntas de la Malnutrición de UNICEF-OMS-Banco Mundial se encuentran aquí: <<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations/>>. Las cifras regionales y mundiales de retraso en el crecimiento y sobrepeso son promedios ponderados por población de las estimaciones modeladas del país.

Emaciación y emaciación grave: Las estimaciones basadas en las encuestas de hogares se utilizan para informar sobre la prevalencia en los países. UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han seguido armonizando el conjunto de datos de los países sobre las estimaciones de la emaciación y la emaciación grave procedentes de las encuestas de hogares, que se emplean para generar promedios regionales y mundiales, utilizando un modelo descrito en M. de Onis et al (2004), "Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition", *International Journal of Epidemiology*, 33, págs. 1260-1270. Para el retraso en el crecimiento, el sobrepeso, la emaciación y la emaciación grave, se publican cada año nuevas estimaciones, que sustituyen a todas las anteriores y no deben compararse.

Suplementos de vitamina A: Al hacer hincapié en la importancia de que los niños reciban dos dosis elevadas anuales de suplementos de vitamina A (espaciadas entre 4 y 6 meses), este informe solo presenta una estimación de la cobertura completa de los suplementos de vitamina A. En ausencia de un método directo para medir este indicador, la cobertura completa se presenta como la estimación de la cobertura más baja del semestre 1 (enero-junio) y del

semestre 2 (julio-diciembre), en un año determinado. Las estimaciones sobre cada semestre se pueden encontrar en <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>>.

Los agregados regionales y mundiales están compuestos por los 62 países indicados como prioritarios para los programas nacionales. Por lo tanto, los agregados regionales se publican cuando se ha cumplido al menos el 50% de la cobertura de población para los países prioritarios de cada región y cuando hay por los menos 5 países prioritarios en la región. En otras palabras, no se muestran las estimaciones para América Latina y el Caribe o Europa del Este y Asia Central porque cada una de estas regiones solo tiene dos países prioritarios.

Malnutrición entre los niños en edad escolar: Los indicadores que figuran en este título reflejan la importancia de poner fin a la malnutrición entre los niños de todas las edades. Las estimaciones nacionales de malnutrición entre los niños en edad escolar se basan en la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2.416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627-2642.

Mujeres de 18 años o más con insuficiencia ponderal: Este indicador refleja la importancia de la malnutrición materna si se quiere eliminar la malnutrición entre los niños. Las estimaciones de los países para las mujeres con insuficiencia ponderal se basan en la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2.416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627 a 2642.

Mujeres con anemia de 15 a 49 años: Este indicador refleja la importancia de la malnutrición materna si se quiere eliminar la malnutrición entre los niños. Las estimaciones nacionales de anemia se basan en la OMS (2021), *WHO Global Anaemia estimates. Prevalence of anaemia in non-pregnant women (%)*. Datos del Observatorio Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/data/gho>).

Sal yodada: La definición del indicador presentado en este informe cambió en 2016. El indicador se refería con anterioridad a hogares que consumían sal adecuadamente yodada. Desde 2016, el indicador presentado en este informe trata de sal con algo de yodo, y por lo tanto las estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la prevalencia no son comparables a las que se publicaron en ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia*.

Alimentación de lactantes y niños pequeños: Se presentan un total de 8 indicadores, entre ellos los siguientes, que incluyen cambios recientes en las definiciones o que son nuevos, tal y como se describe en la guía actualizada de indicadores disponible en <<https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>>.

- (i) la continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) sustituye a dos indicadores anteriores de la continuación de la lactancia materna al año (12 a 15 meses) y a los dos años (20 a 23 meses).
- (ii) la Diversidad Dietética Mínima (6-23 meses) se define ahora como el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos durante el día anterior (la versión anterior de este indicador reflejaba el consumo de al menos cuatro de los siete grupos de alimentos definidos durante el día anterior).
- (iii) la frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) es una definición revisada del indicador para los niños no amamantados.
- (iv) la dieta mínima aceptable (6-23 meses) se ha revisado para alinearla con el cambio en la definición de la diversidad dietética mínima y la frecuencia mínima de las comidas.
- (v) el consumo cero de verduras o frutas (6-23 meses) es un nuevo indicador.

TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

La primera infancia, que abarca el período de hasta ocho años de edad, es fundamental para el desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. El desarrollo óptimo del cerebro requiere un ambiente estimulante, nutrientes adecuados e interacción social con cuidadores atentos. La tabla de desarrollo en la primera infancia presenta datos sobre algunos indicadores específicos con datos comparables y representativos a nivel nacional sobre la calidad de la atención en el hogar, el acceso a los materiales de aprendizaje en el hogar y el acceso a la atención y educación en la primera infancia. La información de esta tabla se interpreta mejor junto con los datos sobre otras cuestiones vitales para el desarrollo en la primera infancia, como la nutrición y la protección.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos:

Los datos de este indicador procedentes de las DHS se volvieron a calcular de acuerdo con la metodología MICS para poder compararlos. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí diferirán de las estimaciones de los informes nacionales de las encuestas DHS.

Estimulación temprana y cuidado receptivo por parte del padre:

Los datos de la tercera y cuarta rondas de MICS (MICS3 y MICS4) se refieren a la participación del padre en una o más actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela, mientras que la definición se modificó en la quinta ronda (MICS5) para que reflejara la participación del padre en cuatro o más actividades. Por lo tanto, las estimaciones del apoyo del padre al aprendizaje de la MICS3 y la MICS4 difieren de las que estaban basadas en los resultados obtenidos a partir de la MICS5. Los datos de este indicador procedentes de las encuestas DHS se

volvieron a calcular de acuerdo con la metodología MICS para poder compararlos. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí diferirán de las estimaciones de los informes nacionales de las DHS.

Materiales de aprendizaje en casa: Juguetes: Los cambios en la definición de este indicador se realizaron entre la tercera y la cuarta ronda de MICS (MICS3 y MICS4). Para permitir la comparabilidad con la MICS4 y las rondas subsiguientes de MICS, los datos de la MICS3 se volvieron a calcular de acuerdo con la definición del indicador MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que aquí se presentan diferirán de las estimaciones que figuran en los informes nacionales de la MICS3.

Niños que reciben una supervisión inadecuada: Este indicador se denominaba anteriormente "Niños que reciben atención inadecuada", pero se cambió el nombre para reflejar con mayor precisión la naturaleza del constructo subyacente.

TABLA 11: EDUCACIÓN

En esta tabla se presenta un conjunto de indicadores sobre los aspectos de la educación de los niños: acceso equitativo, terminación de los estudios y resultados del aprendizaje.

Esta tabla proporciona en primer lugar información sobre el acceso equitativo, medido por la tasa de niños sin escolarizar (ODS 4.1.4). Las estimaciones que se muestran en esta tabla se calcularon utilizando la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). La tasa de niños sin escolarizar identifica a la parte de la población en la escala de la edad oficial para un determinado nivel de educación que no asiste a la escuela, con el fin de formular políticas específicas que puedan ponerse en marcha para garantizar el acceso equitativo a la educación.

En septiembre de 2019, el IEU cambió la metodología para recopilar los datos de los niños no escolarizados en el nivel primario. Los niños en edad de asistir a la escuela primaria que asisten a la educación preescolar se consideran ahora como niños escolarizados.

La tasa de finalización (ODS 4.1.2) mide los niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado de cada nivel educativo que han terminado ese grado. La fuente de las estimaciones es la base de datos mundial de UNICEF, y se calcularon utilizando las encuestas MICS y DHS, así como otras encuestas de hogares. Al elegir un grupo de edad ligeramente superior al grupo de edad teórico para completar cada nivel educativo, el indicador proporciona medidas más sólidas sobre la proporción de niños y adolescentes que completan cada ciclo educativo.

Esta tabla también incluye un conjunto de indicadores para monitorear los resultados equitativos del aprendizaje, incluida la proporción de niños y jóvenes que alcanzan al menos un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas (ODS 4.1.1), así como la tasa de alfabetización de los jóvenes (ODS 4.6.2). El nivel mínimo de competencia es el punto de referencia de los conocimientos básicos en un dominio

(por ejemplo, matemáticas y lectura) medido a través de evaluaciones de aprendizaje. Las estimaciones se calcularon sobre la base de datos de la División de Estadística de la ONU, una fuente de datos oficial de los ODS. La tasa de alfabetización que aparece en la tabla procede de la base de datos del IEU. Mide las capacidades básicas de alfabetización que la población debería tener por medio de la educación primaria. Se utiliza para conocer la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con un nivel mínimo de competencia en lectura y escritura, y mide la eficacia de la educación primaria en cada país.

En la publicación de julio de 2017 del Instituto de Estadística de la UNESCO titulada *Metadatos para los indicadores globales y temáticos para el seguimiento y revisión del ODS 4 y Educación 2030* se puede encontrar información detallada sobre los indicadores incluidos en esta tabla.

TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

La protección de la infancia se refiere a la prevención de la violencia, la explotación y el abuso de los niños en todos los contextos, y la respuesta a estos problemas. Hay muchas violaciones a las que se puede someter a los niños, pero la falta de datos comparables limita la presentación de informes sobre todo el espectro. En vista de ello, en la tabla de protección de la infancia se presentan datos relativos a unas cuantas cuestiones sobre las que se dispone de datos comparables y representativos a nivel nacional. Esto incluye dos manifestaciones de prácticas tradicionales nocivas, algunas formas de violencia y explotación, así como el registro oficial de los nacimientos.

Registro de nacimiento: Se realizaron cambios en la definición de registro de nacimientos desde la segunda y tercera rondas de las encuestas MICS (MICS2 y MICS3) hasta la cuarta ronda (MICS4). Para facilitar la comparación con rondas posteriores, los datos de MICS2 y MICS3 sobre el registro de nacimientos se recalcularon según la definición del indicador de MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que se presentan aquí pueden diferir de las estimaciones incluidas en los informes nacionales de MICS2 y MICS3.

Trabajo infantil: Este indicador ha sido reemplazado por el que se utiliza para los informes de los ODS sobre el indicador 8.7.1. Refleja la proporción de niños que se dedican a actividades económicas y/o tareas domésticas que se encuentran en los umbrales horarios específicos para cada edad o por encima de ellos (base de la línea divisoria de la producción en general). Entre estos umbrales cabe destacar: Trabajo infantil en la franja de edad de 5 a 11 años, cuando los niños trabajan al menos una hora a la semana en actividades económicas y/o en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas a la semana; trabajo infantil entre 12 y 14 años, cuando los niños trabajan al menos 14 horas semanales en actividades económicas y/o en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas semanales; trabajo infantil en edades comprendidas entre los 15 y los 17 años, cuando los niños trabajan más de 43 horas semanales en la actividad económica. Mientras tanto, no se establece ningún umbral horario para las tareas domésticas

entre los 15 y los 17 años de edad. Las estimaciones de los países compiladas y presentadas en la base de datos mundial de los ODS y reproducidas en el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* han sido reevaluadas por UNICEF y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de acuerdo con las definiciones y los criterios detallados anteriormente. Esto significa que los valores de los datos de los países serán diferentes de los publicados en los informes de las encuestas nacionales.

Matrimonio infantil: Si bien la práctica está más extendida entre las niñas, el matrimonio en la infancia es una violación de los derechos de ambos sexos. Por lo tanto, la prevalencia del matrimonio infantil se presenta tanto entre hombres como entre mujeres. Para los varones, solo se muestra el matrimonio antes de los 18 años, ya que el matrimonio antes de los 15 años es extremadamente raro.

Mutilación genital femenina: Los datos sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina entre las niñas de 0 a 14 años se volvieron a calcular por razones técnicas y pueden diferir de los presentados en los informes nacionales originales de las encuestas DHS y MICS. A partir de la edición de 2019 del *Estado Mundial de la Infancia*, las actitudes hacia la práctica se muestran como la proporción de la población que se opone a la mutilación genital femenina (en lugar de apoyarla). Esta medida se muestra ahora tanto entre los hombres como entre las mujeres. Las estimaciones regionales sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina y las actitudes hacia esta práctica se basan en los datos disponibles solo de los países donde se da la práctica con datos representativos a nivel nacional. Como en cada región hay algunos países que no practican la mutilación genital femenina, los datos reflejan la situación entre quienes viven en los países específicos donde la práctica está en curso.

Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes: A partir de la edición de 2019 del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, se ha revisado el grupo de edad utilizado para informar sobre este indicador para que se refiera a los adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Disciplina violenta: Las estimaciones utilizadas en las publicaciones de UNICEF y en los informes de los países de la encuesta MICS antes de 2010 se calcularon utilizando ponderaciones de los hogares que no tenían en cuenta la selección en la última etapa de los niños para administrar el módulo de disciplina infantil en las encuestas MICS. Se realiza una selección aleatoria de un niño de 2 a 14 años para la administración del módulo de disciplina infantil. En enero de 2010, se decidió que se debían elaborar estimaciones más precisas utilizando un peso de los hogares que tiene en cuenta la selección en la última etapa. Los datos de la MICS3 se volvieron a calcular utilizando este enfoque. Además, se revisó el grupo de edad de referencia para este indicador, comenzando por la MICS5 para los niños de 1 a 14 años. Por lo tanto, las estimaciones de la MICS3 y la MICS4 no son directamente comparables, ya que se refieren a niños de 2 a 14 años.

TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Esta tabla proporciona información sobre la cobertura de la protección social y la magnitud de la desigualdad de ingresos, que influyen en el contexto en el que viven los niños. Los indicadores de protección social incluyen las madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo, la proporción de niños atendidos por la protección social y la distribución de las prestaciones de protección social (primer quintil, quinto quintil, último 40%). Mientras que los dos primeros indicadores reflejan la cobertura de la protección social, el tercero refleja tanto la incidencia como la distribución entre los quintiles. La tabla ofrece una visión general de la red de seguridad social a la que tienen acceso los hogares –en particular los niños– dentro de cada país.

Los indicadores de desigualdad incluyen la proporción de los ingresos de los hogares (primer quintil, quinto quintil, 40% inferior), el índice de Gini, el índice de Palma, el coeficiente de ingreso de la gran mayoría y el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita. El primer indicador capta la parte del ingreso nacional que cada quintil gana dentro de un país. Ilustra la estructura de la distribución del ingreso por país, mientras que el coeficiente de Gini expresa el alcance de la desigualdad y cómo se desvía de una distribución del ingreso perfectamente igualitaria. En contraste, el índice de Palma se concentra en la diferencia de ingresos entre la parte del 10% más rico y el 40% más pobre de la población. Este indicador es más sensible a los puntos débiles de la distribución y a las desigualdades extremas. Debido a que los cambios en la desigualdad de ingresos están impulsados principalmente por los cambios en los ingresos del 10% más rico y el 40% más pobre, el índice de Palma ofrece información sobre los cambios distributivos de la desigualdad de ingresos. El coeficiente de ingreso de la gran mayoría mide el coeficiente de ingresos del primer 80% (gran mayoría) en la clasificación de los ingresos. El PIB per cápita complementa estos indicadores, ya que mide el nivel de vida medio de cada país.

Los datos de los indicadores de protección social y equidad no tienen una frecuencia anual y se extraen de los *Indicadores de Desarrollo Mundial* del Banco Mundial, el *Atlas de Protección Social – Indicadores de Resiliencia y Equidad* y el *Informe sobre Protección Social en el Mundo*, de la OIT.

TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

En esta tabla se presenta un conjunto de indicadores sobre el acceso a los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en los hogares, las escuelas y los centros de salud. Las estimaciones de agua potable, saneamiento e higiene de este informe provienen del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP). Los detalles completos de las definiciones de los indicadores del JMP, las fuentes de datos y los métodos utilizados para producir estimaciones nacionales, regionales y mundiales se pueden encontrar en <www.washdata.org>. Cada dos años se publican nuevas estimaciones para cada serie. Estas estimaciones sustituyen a todas las anteriores y no deben compararse.

TABLA 15. ADOLESCENTES

La tabla sobre el adolescente presenta una selección de indicadores relativos al bienestar de los adolescentes en diversos ámbitos de sus vidas: protección, educación y aprendizaje, así como transición al trabajo. Si bien el bienestar de los adolescentes es un concepto amplio y no puede ser capturado exhaustivamente en una pequeña selección de indicadores, las mediciones de la Tabla 15 pretenden servir como una muestra ilustrativa y complementar los indicadores pertinentes para los adolescentes que aparecen a lo largo de las demás tablas estadísticas de esta publicación. Los indicadores se han extraído del *Adolescent Country Tracker*, un marco de múltiples partes interesadas basado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se elaboró para hacer un seguimiento del bienestar de los adolescentes en todos los países y a lo largo del tiempo. Los indicadores sobre la salud de los adolescentes se presentan ahora en la Tabla 5.

NEET y desempleo: Los datos sobre el grado en que los adolescentes pueden hacer una transición efectiva al trabajo, ilustrado por las medidas adoptadas por quienes no tienen empleo, educación o formación (NEET, por sus siglas en inglés) y la tasa de desempleo entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad proceden de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Los metadatos y otras notas sobre la interpretación de estos indicadores están disponibles en la sección “Metadatos” de la publicación <ilo.org/ilostat>.

TABLA 16. INDICADORES ECONÓMICOS

Esta tabla presenta un panorama macroeconómico del contexto que afecta el bienestar y el desarrollo de los niños. Los indicadores incluidos en la tabla tienen dos propósitos descriptivos. Reflejan el espacio fiscal del gobierno para financiar programas de bienestar, tal como lo reflejan las entradas de ingresos del gobierno y de asistencia oficial para el desarrollo (AOD); y muestran la asignación del gasto público en sectores clave como la salud, la educación, la protección social y la ayuda exterior para los países miembros del CAD. El gasto público se expresa en proporción al PIB y al presupuesto público global de cada país. Esta distinción pone de relieve la importancia relativa y el tamaño de cada sector para la política social. Una distinción similar se aplica a la AOD entre las entradas/salidas en millones de dólares y las entradas/salidas en proporción al ingreso nacional bruto de cada país.

Los datos de los Indicadores Económicos tienen una frecuencia anual y se extraen de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, con la excepción de la AOD (entradas y salidas). Los datos para este indicador provienen de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Debido a la falta de cobertura de los datos, los autores calculan el gasto público en protección social como porcentaje del presupuesto del Estado. Representa la relación entre el gasto público en protección social como porcentaje del PIB y los ingresos públicos como porcentaje del PIB.

TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Esta tabla se incorporó en 2019 debido a los efectos beneficiosos del empoderamiento económico de la mujer sobre el bienestar de los niños, así como para reflejar la importancia intrínseca del empoderamiento económico de la mujer, tal como se articula en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI):

Las leyes, actitudes y prácticas discriminatorias afectan al curso de la vida de las mujeres y las niñas, restringiendo su capacidad de acumular activos humanos, sociales y productivos y de ejercer su capacidad de acción y expresar sus opiniones sobre las decisiones que afectan a su bienestar. El SIGI, una medida compuesta de la discriminación de género en las instituciones sociales producida por la OCDE, combina datos cualitativos y cuantitativos sobre las instituciones sociales discriminatorias en cuatro ámbitos: discriminación en la familia, restricción de la integridad física, restricción del acceso a los recursos productivos y financieros y restricción de las libertades civiles.

Marcos jurídicos que promueven, hacen cumplir y supervisan la igualdad de género en el empleo y los beneficios económicos:

La igualdad y la no discriminación por razón de género son principios fundamentales consagrados en los marcos jurídicos y normativos internacionales, incluida la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. La eliminación de las leyes discriminatorias y el establecimiento de marcos jurídicos que promuevan la igualdad de género en el empleo son requisitos previos para aumentar el trabajo remunerado y decente de la mujer y, a su vez, su empoderamiento económico. El concepto "marcos jurídicos" se define en términos generales para abarcar las leyes, los mecanismos y las políticas/planes dirigidos a promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género. Los datos obtenidos para este indicador, el 5.1.1 de los ODS, provienen de una evaluación de los marcos jurídicos de un país realizada por las oficinas nacionales de estadística y/o los mecanismos nacionales para la mujer, y por profesionales/investigadores jurídicos sobre la igualdad de género.

Prestaciones por licencia de maternidad/paternidad:

Las prestaciones de la licencia parental son fundamentales para apoyar la salud y el bienestar de los niños y el empoderamiento económico de las mujeres, incluida la supervivencia y el desarrollo saludable de los lactantes, así como el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y de sus ingresos. El Convenio N.º 183 de la OIT prevé 14 semanas de prestaciones de maternidad remuneradas para aquellas mujeres a las que se aplica el instrumento. Si bien no existe ninguna norma de la OIT específica sobre la licencia de paternidad, las prestaciones de paternidad permiten a los padres que trabajan participar más activamente en el cuidado de sus hijos y en el reparto de

las responsabilidades domésticas. Es importante señalar, sin embargo, que incluso en los países con derechos legales de permiso parental no todos los trabajadores tienen acceso a los mismos, entre ellos los que trabajan a tiempo parcial o los que trabajan en el sector no estructurado de la economía.

Logros educativos: Mientras que la educación primaria proporciona a los niños los cimientos para toda una vida de aprendizaje, la educación secundaria los dota de los conocimientos y habilidades necesarios para convertirse en adultos económicamente empoderados. En comparación con las niñas que solo han cursado la enseñanza primaria, las niñas que han cursado la enseñanza secundaria tienen menos probabilidades de casarse cuando son niñas y de quedar embarazadas cuando son adolescentes. Y mientras que las mujeres con educación primaria ganan solo marginalmente más que las mujeres sin instrucción, las mujeres con educación secundaria ganan el doble, como promedio, que las mujeres que no han ido a la escuela (véase Wodon et al, "Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls", *The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Banco Mundial, Washington DC, 2018).

Tasas de participación en la fuerza laboral y de desempleo:

La igualdad de acceso al mercado laboral es fundamental para el empoderamiento económico de la mujer. La tasa de actividad se calcula expresando el número de personas que forman parte de la población activa durante un período de referencia dado como porcentaje de la población en edad de trabajar (generalmente de 15 años o más) en el mismo período de referencia. La tasa de desempleo refleja el porcentaje de personas (por lo general de 15 años o más) en la fuerza laboral que están desempleadas. Esto refleja la incapacidad de una economía de generar empleo para aquellas personas que quieren trabajar, pero que no trabajan a pesar de que están disponibles para el empleo y buscan activamente un empleo. La información sobre el desempleo por sexo pone de relieve la mayor dificultad, en muchos casos, que tienen las mujeres para incorporarse al mercado laboral, que puede estar directa o indirectamente vinculada a las normas de género de un país.

Propiedad de teléfonos móviles: La posesión de teléfonos móviles proporciona a las personas acceso a la información, los servicios financieros, las oportunidades de empleo y las redes sociales y, como tal, es un activo importante para fomentar el empoderamiento económico de la mujer, como se reconoce en el Objetivo 5 de la Agenda 2030. Según lo medido por el Indicador 5.b.1 de los ODS, una persona posee un teléfono celular móvil si tiene un dispositivo de teléfono celular móvil con al menos una tarjeta SIM activa para uso personal. Se incluyen los teléfonos móviles suministrados por los empleadores que pueden utilizarse por razones personales (para hacer llamadas personales, acceder a Internet, etc.). Se excluyen las personas que solo tienen tarjetas SIM activas y no un dispositivo de telefonía móvil. También se incluyen las personas que tienen un teléfono móvil para uso personal que no está registrado a su nombre. Una tarjeta SIM activa es una tarjeta SIM que se ha utilizado en los últimos tres meses.

Inclusión financiera: Medir el acceso de las mujeres a los servicios financieros, como el ahorro, los seguros, los pagos, el crédito y las remesas, es esencial para entender su empoderamiento económico. El acceso a los servicios financieros también puede aumentar el poder de negociación de las mujeres en el hogar, con beneficios potenciales para el bienestar de los niños. Según lo medido por el Indicador 8.10.2 de los ODS, una cuenta en una institución financiera incluye encuestados que informan tener una cuenta en un banco. También incluye tener una cuenta en otro tipo de institución financiera, como una caja de ahorros, una institución microfinanciera, una cooperativa o una oficina de correos (de ser aplicable), o que tienen una tarjeta de débito en su propio nombre. Además, incluye a los encuestados que informan haber recibido salarios, transferencias gubernamentales o pagos por productos agrícolas en una cuenta de una institución financiera en los últimos 12 meses. Esto incluye también haber pagado facturas de servicios públicos o cuotas escolares a través de una cuenta de una institución financiera en los últimos 12 meses; o haber recibido salarios o transferencias gubernamentales en una tarjeta en los últimos 12 meses. La cuenta de dinero móvil incluye encuestados que informan haber utilizado personalmente en los últimos 12 meses los servicios de transferencias de dinero para las personas sin cuenta corriente en un banco que proporciona Mobile Money for the Unbanked (MMU) de la GSM Association (GSMA) con el fin de pagar facturas o enviar o recibir dinero. Además, incluye a los encuestados que informan haber recibido salarios, transferencias gubernamentales o pagos por productos agrícolas a través de un teléfono móvil en los últimos 12 meses.

TABLA 18. MIGRACIÓN

Esta tabla se añadió en 2021 debido a la importancia de la migración y el desplazamiento para el bienestar de los niños y la atención que han recibido estos temas en los últimos años. Esta atención culminó con el Pacto Mundial para la Migración y el Pacto Mundial para los Refugiados, ambos aprobados por la Asamblea General de la ONU en 2018.

Los datos sobre la migración internacional se basan en el *International Migrant Stock* publicado por la División de Población de las Naciones Unidas. Los datos proporcionan el número de personas que residen fuera de su país de nacimiento (para algunos países se utilizó la ciudadanía en lugar del país de nacimiento, según la disponibilidad de datos) a mediados del año de referencia. Los refugiados y los solicitantes de asilo están incluidos en esta población. El número de niños menores de 18 años se estima sobre la base de los grupos de cinco años de la población migrante publicados por la División de Población. Para más detalles sobre la definición y los métodos de estimación de la población migrante internacional, véase la publicación del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (División de Población) titulado *International Migrant Stock 2020*.

Los datos sobre los refugiados (incluidos tanto los refugiados como las personas que viven en situaciones similares a la

de los refugiados) y los solicitantes de asilo se basan en las tablas del anexo del informe *Tendencias Mundiales* que publica anualmente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR; para más detalles, véase: <https://www.unhcr.org/globaltrends2020/>). El término “refugiado” se define en las Convenciones de 1951 modificadas por el Protocolo de 1967. Estas cifras son números procesados y aluden al final del año de referencia. Los datos de los niños refugiados o solicitantes de asilo solo se calculan cuando la cobertura de edad de la población respectiva es del 50% o más. Los agregados regionales relacionados con la edad se calculan sobre la base de la media ponderada de la proporción de niños para los países con datos disponibles (y una cobertura de edad del 50% o superior).

Los datos sobre desplazados internos se basan en la Base de Datos Global de Desplazamientos Internos (GIDD) mantenida por el Centro de Monitoreo de Desplazamientos Internos (IDMC) y se refieren al número de desplazados internos al final del año de referencia y al número de nuevos desplazamientos internos durante el año de referencia (véase: <https://www.internal-displacement.org/database/>). Mientras que las cifras de desplazados internos son datos procesados que cuentan el número de personas que viven en situación de desplazamiento interno, el número de nuevos desplazamientos se refiere al número agregado de eventos de desplazamiento independientes durante el año y puede incluir desplazamientos posteriores de las mismas personas (durante eventos distintos). Por esta razón, el número de “nuevos” desplazamientos no puede equipararse al número de personas desplazadas. Debido a la falta de datos desagregados por edad, el número de niños desplazados internos y de nuevos desplazamientos relacionados con niños se estima utilizando la estructura de edad de la población nacional. Esto lleva implícito el supuesto de que los desplazamientos internos se producen de forma aleatoria en términos de edad y sexo. Por el contrario, los estudios de caso muestran que las mujeres y los niños tienden a estar sobrerrepresentados en la población desplazada, con la consecuencia de que los datos presentados sobre los desplazamientos internos relacionados con los niños estén probablemente subestimados.

NÚMERO DE MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS Y DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS POR PAÍS EN 2019

Tabla ordenada por el número sin redondear de muertes de menores de 5 años en 2019. Los límites inferior y superior se refieren a los límites inferior y superior de los intervalos de incertidumbre del 90%.

LA MAYOR CARGA DE MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2019	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2019			Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2019	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2019		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior			Mediana	Límite inferior	Límite superior
Nigeria	858	117	92	152	Marruecos	15	21	16	28
India	824	34	31	38	Liberia	13	85	66	108
Pakistán	399	67	58	78	Rwanda	13	34	20	60
República Democrática del Congo	291	85	54	129	Turquía	13	10	9	11
Etiopía	178	51	42	62	Venezuela (República Bolivariana de)	13	24	20	30
China	132	8	7	9	Uzbekistán	12	17	14	21
Indonesia	115	24	20	29	Mauritania	11	73	38	140
República Unida de Tanzania	103	50	38	69	Federación de Rusia	11	6	6	6
Angola	93	75	35	139	Papua Nueva Guinea	10	45	32	62
Bangladesh	90	31	28	34	Guatemala	10	25	19	31
Níger	82	80	51	125	Colombia	10	14	10	19
Mozambique	82	74	52	109	Camboya	10	27	14	50
Sudán	78	58	43	78	Tayikistán	9	34	22	53
Uganda	74	46	35	60	República Árabe Siria	9	22	12	28
Malí	74	94	76	117	Congo	8	48	28	83
Chad	73	114	86	150	Perú	8	13	11	16
Afganistán	72	60	47	75	República Democrática Popular Lao	8	46	34	60
Somalia	72	117	60	235	Argentina	7	9	9	10
Côte d'Ivoire	70	79	63	100	Tailandia	6	9	8	11
Camerún	66	75	62	90	Bolivia (Estado Plurinacional de)	6	26	20	34
Burkina Faso	65	88	64	121	República Popular Democrática de Corea	6	17	14	22
Kenya	64	43	32	59	Turkmenistán	6	42	30	59
Filipinas	60	27	21	36	República Dominicana	6	28	19	41
Egipto	52	20	14	29	Guinea-Bissau	5	78	49	120
Yemen	50	58	35	95	Lesotho	5	86	59	124
Guinea	44	99	83	119	Ecuador	5	14	13	15
Madagascar	43	51	40	64	Malasia	5	9	8	9
Myanmar	42	45	31	63	Gambia	5	52	43	61
Sudáfrica	41	34	31	39	Eritrea	4	40	24	67
Brasil	40	14	12	17	Kazajstán	4	10	10	11
Ghana	40	46	37	57	Arabia Saudita	4	7	5	9
Zambia	38	62	49	78	Guinea Ecuatorial	4	82	49	135
Benin	37	90	77	105	Ucrania	4	8	8	9
Sudán del Sur	37	96	39	194	Honduras	3	17	11	25
Viet Nam	32	20	16	25	Túnez	3	17	16	18
México	31	14	13	16	Azerbaiyán	3	20	13	32
Iraq	29	26	20	33	Jordania	3	16	12	21
Sierra Leona	28	109	91	132	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	3	4	4	4
Malawi	26	42	27	61	Francia	3	4	4	5
Estados Unidos de América	25	6	6	7	Alemania	3	4	4	4
Senegal	25	45	35	58	Namibia	3	42	25	77
Burundi	24	56	37	85	Kirguistán	3	18	17	19
Zimbabwe	24	55	41	72	Gabón	3	42	27	68
Argelia	24	23	23	24	Paraguay	3	19	10	39
Irán (República Islámica del)	21	14	9	23	Estado de Palestina	3	19	14	28
República Centroafricana	18	110	64	189	Sri Lanka	2	7	6	9
Togo	17	67	54	83	Japón	2	2	2	3
Nepal	17	31	24	41					
Haití	17	63	48	84					

Más de 14.000 niños menores de 5 años siguen muriendo cada día

LA MENOR CARGA DE MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2019	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2019			Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2019	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2019		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior			Mediana	Límite inferior	Límite superior
Botswana	2	42	15	87	Dinamarca	0	4	3	4
Nicaragua	2	17	15	19	Vanuatu	0	26	16	43
Canadá	2	5	5	5	Mauricio	0	16	15	18
Comoras	2	63	31	134	Irlanda	0	3	3	4
Timor-Leste	2	44	26	74	Santo Tomé y Príncipe	0	30	18	49
Polonia	2	4	4	5	Suriname	0	18	12	27
Chile	2	7	5	9	Croacia	0	5	4	5
El Salvador	2	13	8	21	Qatar	0	7	6	7
Eswatini	1	49	33	74	Kiribati	0	51	30	87
Libia	1	12	7	18	Bosnia y Herzegovina	0	6	5	7
Italia	1	3	3	3	Cabo Verde	0	15	12	18
Rumania	1	7	7	7	Bahrein	0	7	5	9
España	1	3	3	3	Noruega	0	2	2	3
República de Corea	1	3	3	3	Macedonia del Norte	0	6	5	7
Mongolia	1	16	15	16	Singapur	0	3	2	3
Panamá	1	15	8	27	Finlandia	0	2	2	3
Djibouti	1	57	34	94	Lituania	0	4	3	4
Australia	1	4	3	4	Belice	0	12	11	14
Omán	1	11	10	13	Micronesia (Estados Federados de)	0	29	12	72
Líbano	1	7	4	14	Letonia	0	4	3	5
Emiratos Árabes Unidos	1	7	6	9	Brunei Darussalam	0	11	10	13
Países Bajos	1	4	4	4	Samoa	0	15	10	22
Jamaica	1	14	8	24	Bahamas	0	13	10	16
Israel	1	4	3	4	Maldivas	0	8	7	9
Costa Rica	1	9	8	9	Santa Lucía	0	22	20	26
Cuba	1	5	4	6	Islas Marshall	0	32	20	51
República de Moldova	1	14	11	19	Eslovenia	0	2	2	2
Georgia	1	10	8	11	Tonga	0	17	12	22
Armenia	0	12	9	15	Barbados	0	13	9	18
Fiji	0	26	23	29	Dominica	0	35	32	42
Guyana	0	29	18	47	Estonia	0	2	2	3
Kuwait	0	8	7	9	Granada	0	17	13	20
Serbia	0	5	4	7	Malta	0	7	6	9
Bélgica	0	3	3	4	Chipre	0	2	2	3
Bulgaria	0	7	6	7	Seychelles	0	14	11	19
Islas Salomón	0	20	13	29	San Vicente y las Granadinas	0	15	11	18
Bhután	0	28	18	44	Luxemburgo	0	3	2	4
Belarús	0	3	3	4	Montenegro	0	2	2	3
Suiza	0	4	4	4	Saint Kitts y Nevis	0	15	11	22
Chequia	0	3	3	3	Antigua y Barbuda	0	7	5	9
Uruguay	0	7	7	8	Nauru	0	31	17	56
Hungría	0	4	3	4	Islandia	0	2	1	3
Albania	0	10	9	10	Tuvalu	0	24	13	45
Eslovaquia	0	6	5	6	Palau	0	17	9	34
Trinidad y Tabago	0	18	8	41	Andorra	0	3	1	11
Austria	0	3	3	4	Islas Cook	0	8	4	13
Suecia	0	3	2	3	Mónaco	0	3	2	5
Grecia	0	4	3	4	Niue	0	23	10	58
Portugal	0	4	3	4	San Marino	0	2	1	3
Nueva Zelanda	0	5	4	5					

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2020			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2020	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2020	Esperanza de vida al nacer			Relación de dependencia (%) 2020			Proporción de población urbana (%) 2020	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015-2020
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Infantil	de la Tercera edad		2000-2020	2020-2030 ^A	
	Afganistán	38.928	19.137	5.673	3,0	1,9	1.216	4,2	37	56	65	80	75	5	26	3,8	3,1
Albania	2.878	611	166	-0,4	-0,3	33	1,6	67	74	79	47	25	22	62	1,5	0,7	-4,9
Alemania	83.784	14.113	4.059	0,1	-0,1	790	1,6	71	78	81	55	22	34	77	0,3	0,1	6,6
Andorra	77	13	3	0,8	0,1	-	-	-	-	-	42	19	23	88	0,6	0,1	-
Angola	32.866	17.457	5.795	3,3	2,8	1.311	5,4	41	47	61	95	90	4	67	4,7	3,6	0,2
Anguila	15	4	<1	1,4	0,5	-	-	-	-	-	45	29	16	100	1,4	0,5	-
Antigua y Barbuda	98	26	7	1,2	0,6	1	2,0	66	74	77	45	32	14	24	-0,1	0,8	0,0
Arabia Saudita	34.814	9.951	2.978	2,5	1,1	585	2,2	53	73	75	39	34	5	84	2,7	1,3	4,1
Argelia	43.851	15.292	5.042	1,6	1,3	995	2,9	50	71	77	60	49	11	74	2,6	1,8	-0,2
Argentina	45.196	13.176	3.737	1,0	0,7	752	2,2	66	74	77	56	38	18	92	1,1	0,9	0,1
Armenia	2.963	723	205	-0,2	0,0	39	1,8	70	71	75	48	31	18	63	-0,3	0,3	-1,7
Australia	25.500	5.831	1.670	1,4	0,9	318	1,8	71	80	84	55	30	25	86	1,5	1,1	6,4
Austria	9.006	1.564	448	0,5	0,2	90	1,6	70	78	82	51	22	29	59	0,4	0,6	7,4
Azerbaiyán	10.139	2.764	825	1,1	0,5	157	2,0	63	67	73	43	34	10	56	1,5	1,2	0,1
Bahamas	393	104	27	1,3	0,7	5	1,7	66	72	74	42	31	11	83	1,4	0,9	2,6
Bahrein	1.702	366	108	4,5	1,5	22	1,9	63	74	77	26	23	3	90	4,5	1,7	31,1
Bangladesh	164.689	53.407	14.328	1,2	0,8	2.890	2,0	47	65	73	47	39	8	38	3,5	2,4	-2,3
Barbados	287	59	15	0,3	0,1	3	1,6	69	77	79	50	25	25	31	-0,1	0,5	-0,3
Belarús	9.449	1.902	548	-0,2	-0,2	108	1,7	71	67	75	49	26	23	79	0,4	0,2	0,9
Bélgica	11.590	2.360	634	0,6	0,2	124	1,7	71	78	82	57	27	30	98	0,6	0,3	4,2
Belice	398	140	39	2,3	1,5	8	2,2	66	69	75	52	44	8	46	2,3	2,0	3,2
Benin	12.123	5.882	1.908	2,7	2,3	430	4,7	42	55	62	83	77	6	48	3,8	3,4	-0,2
Bhután	772	233	64	1,3	0,8	13	1,9	40	61	72	45	36	9	42	3,7	2,1	0,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11.673	4.214	1.185	1,6	1,1	247	2,7	46	62	72	60	48	12	70	2,2	1,6	-0,8
Bosnia y Herzegovina	3.281	572	133	-0,6	-0,4	26	1,2	66	74	78	48	21	27	49	0,1	0,4	-6,4
Botswana	2.352	924	272	1,7	1,5	55	2,8	54	51	70	61	54	7	71	3,1	2,2	1,3
Brasil	212.559	53.597	14.475	0,9	0,5	2.859	1,7	59	70	76	43	30	14	87	1,3	0,7	0,1
Brunei Darussalam	437	118	32	1,3	0,7	6	1,8	63	73	76	39	31	8	78	1,7	1,0	0,0
Bulgaria	6.948	1.215	313	-0,7	-0,7	71	1,6	71	72	75	57	23	34	76	-0,2	-0,3	-0,7
Burkina Faso	20.903	10.708	3.472	2,8	2,5	775	5,0	39	50	62	88	83	5	31	5,4	4,2	-1,3
Burundi	11.891	6.139	2.054	3,0	2,6	450	5,2	44	49	62	91	86	5	14	5,4	4,8	0,2
Cabo Verde	556	186	52	1,2	0,8	10	2,2	53	69	73	49	42	7	67	2,3	1,4	-2,5
Camboya	16.719	6.051	1.779	1,5	1,1	360	2,5	42	58	70	56	48	8	24	2,8	2,7	-1,9
Camerún	26.546	12.936	4.116	2,6	2,2	915	4,4	47	51	60	81	76	5	58	3,7	3,0	-0,2
Canadá	37.742	7.120	1.993	1,0	0,7	387	1,5	73	79	83	51	24	27	82	1,1	0,9	6,6
Chad	16.426	8.788	2.930	3,2	2,5	678	5,6	41	48	55	96	91	5	24	3,6	3,8	0,1
Chequia	10.709	1.989	559	0,2	0,0	108	1,7	70	75	80	56	25	31	74	0,2	0,3	2,1
Chile	19.116	4.414	1.162	1,0	0,2	227	1,6	62	76	80	46	28	18	88	1,1	0,3	6,0
China	1.439.324	304.174	83.932	0,5	0,2	16.233	1,7	59	71	77	42	25	17	61	3,1	1,4	-0,2
Chipre	1.207	243	65	1,2	0,5	12	1,3	73	78	81	45	24	21	67	1,0	0,7	4,2
Colombia	50.883	13.801	3.711	1,2	0,4	727	1,8	62	73	77	45	32	13	81	1,6	0,8	4,2
Comoras	870	394	124	2,2	1,8	27	4,1	46	59	65	73	67	5	29	2,5	2,8	-2,4
Congo	5.518	2.634	822	2,7	2,2	177	4,3	51	52	65	79	74	5	68	3,4	2,8	-0,8
Costa Rica	5.094	1.276	348	1,2	0,6	68	1,7	66	77	80	45	30	15	81	2,7	1,2	0,8
Côte d'Ivoire	26.378	12.731	4.131	2,2	2,2	929	4,5	44	50	58	80	75	5	52	3,1	3,1	-0,3
Croacia	4.105	713	184	-0,4	-0,5	35	1,4	68	75	79	56	23	33	58	-0,0	0,1	-1,9
Cuba	11.327	2.182	571	0,1	-0,1	111	1,6	70	77	79	47	23	23	77	0,2	0,0	-1,3
Dinamarca	5.792	1.144	309	0,4	0,3	63	1,8	73	77	81	57	26	32	88	0,6	0,5	2,6
Djibouti	988	340	99	1,5	1,1	20	2,6	49	57	67	51	44	7	78	1,6	1,3	0,9
Dominica	72	16	5	0,2	0,2	-	-	-	-	-	40	26	14	71	0,6	0,5	-
Ecuador	17.643	5.767	1.667	1,6	1,1	337	2,4	58	73	77	54	42	12	64	1,9	1,4	2,2
Egipto	102.334	39.988	12.697	1,9	1,5	2.563	3,2	52	69	72	65	56	9	43	1,9	1,9	-0,4
El Salvador	6.486	2.072	576	0,5	0,4	116	2,0	55	69	74	54	41	13	73	1,5	1,1	-6,3
Emiratos Árabes Unidos	9.890	1.685	499	5,5	0,7	100	1,4	61	74	78	19	18	2	87	5,9	0,9	4,2
Eritrea	3.546	1.697	495	2,1	1,6	104	3,9	43	55	67	84	76	8	41	4,2	2,9	-11,6
Eslovaquia	5.460	1.007	284	0,1	-0,1	56	1,5	70	73	78	48	23	25	54	-0,2	0,2	0,3
Eslovenia	2.079	370	101	0,2	-0,1	19	1,6	69	76	81	56	24	32	55	0,6	0,5	1,0
España	46.755	8.092	1.990	0,6	-0,1	380	1,4	72	79	84	52	22	30	81	0,9	0,2	0,9
Estado de Palestina	5.101	2.272	693	2,2	2,0	144	3,5	56	71	74	71	66	6	77	2,5	2,3	-2,2
Estados Unidos de América	331.003	73.493	19.676	0,8	0,5	3.958	1,8	71	77	79	54	28	26	83	1,0	0,7	2,9
Estonia	1.327	258	69	-0,3	-0,3	13	1,6	70	70	79	58	26	32	69	-0,3	-0,0	3,0
Eswatini	1.160	514	144	0,7	1,0	29	2,9	48	47	61	71	64	7	24	1,0	1,9	-7,4
Etiopía	114.964	53.790	16.791	2,6	2,1	3.619	4,0	43	52	67	77	71	6	22	4,5	4,0	0,3
Federación de Rusia	145.934	31.173	9.272	-0,0	-0,2	1.766	1,8	69	65	73	51	28	23	75	0,1	0,1	1,3

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2020			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2020	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2020	Esperanza de vida al nacer			Relación de dependencia (%) 2020			Proporción de población urbana (%) 2020	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1,000 habitantes) 2015-2020
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Infantil	de la Tercera edad		2000-2020	2020-2030 ^A	
	Fiji	896	306	89	0,5	0,7	18	2,7	62	66	68	53	45	9	57	1,3	1,4
Filipinas	109.581	39.242	10.616	1,6	1,1	2.183	2,5	63	69	71	55	47	9	47	1,7	1,8	-0,6
Finlandia	5.541	1.057	264	0,3	0,1	49	1,5	70	78	82	62	26	37	86	0,5	0,2	2,5
Francia	65.274	13.879	3.620	0,5	0,2	719	1,8	72	79	83	62	29	34	81	0,8	0,5	0,6
Gabón	2.226	948	320	2,8	1,9	67	3,9	47	58	67	69	63	6	90	3,5	2,2	1,6
Gambia	2.417	1.220	410	2,9	2,5	91	5,1	38	56	62	87	82	5	63	4,2	3,3	-1,4
Georgia	3.989	938	268	-0,4	-0,3	51	2,0	67	70	74	55	31	24	59	0,2	0,3	-2,5
Ghana	31.073	13.455	4.169	2,3	1,8	889	3,8	49	57	64	67	62	5	57	3,5	2,7	-0,3
Granada	113	31	9	0,4	0,3	2	2,0	66	73	72	51	36	15	37	0,5	0,8	-1,8
Grecia	10.423	1.741	409	-0,3	-0,5	76	1,3	71	79	82	56	21	35	80	0,1	-0,1	-1,5
Guatemala	17.916	7.149	2.065	2,0	1,5	428	2,8	53	68	75	62	54	8	52	2,7	2,3	-0,5
Guinea	13.133	6.583	2.100	2,2	2,4	468	4,6	37	51	62	85	80	5	37	3,1	3,4	-0,3
Guinea-Bissau	1.968	953	305	2,4	2,0	67	4,3	41	50	59	81	76	5	44	3,3	2,9	-0,8
Guinea Ecuatorial	1.403	588	200	4,0	2,6	45	4,3	40	53	59	64	60	4	73	5,9	3,1	12,4
Guyana	787	262	74	0,2	0,4	15	2,4	62	65	70	53	42	11	27	-0,1	1,0	-7,7
Haití	11.403	4.398	1.263	1,4	1,0	269	2,8	46	57	64	60	52	8	57	3,7	2,2	-3,2
Honduras	9.905	3.654	1.017	2,0	1,3	209	2,4	53	71	75	55	47	8	58	3,1	2,2	-0,7
Hungría	9.660	1.683	461	-0,3	-0,3	91	1,5	69	72	77	53	22	31	72	0,2	0,1	0,6
Islas Turcas y Caicos	39	9	2	3,1	1,1	-	-	-	-	-	37	27	10	94	3,6	1,2	-
India	1.380.004	436.943	116.880	1,3	0,8	24.068	2,2	48	63	70	49	39	10	35	2,4	2,0	-0,4
Indonesia	273.524	84.934	23.658	1,2	0,8	4.771	2,3	53	66	72	47	38	9	57	2,6	1,8	-0,4
Irán (República Islámica del)	83.993	24.151	7.638	1,2	0,9	1.503	2,1	51	70	77	46	36	10	76	2,0	1,4	-0,7
Iraq	40.223	17.702	5.380	2,6	2,0	1.136	3,5	58	69	71	70	64	6	71	2,7	2,3	0,2
Irlanda	4.938	1.220	314	1,3	0,6	59	1,8	71	77	82	55	32	23	64	1,6	1,0	4,9
Islandia	341	79	20	0,9	0,5	4	1,7	74	80	83	54	30	24	94	1,0	0,5	1,1
Islas Cook	18	5	1	-0,1	-0,0	-	-	-	-	-	54	35	19	75	0,6	0,3	-
Islas Marshall	59	26	7	0,7	0,9	-	-	-	-	-	72	63	9	78	1,3	1,2	-
Islas Salomón	687	318	103	2,4	2,1	22	4,3	56	67	73	78	71	7	25	4,5	3,6	-2,5
Islas Vírgenes Británicas	30	6	1	1,9	0,4	-	-	-	-	-	35	21	14	49	2,6	1,2	-
Israel	8.656	2.815	848	1,8	1,3	170	3,0	72	79	83	67	47	21	93	1,9	1,4	1,2
Italia	60.462	9.576	2.325	0,3	-0,2	438	1,3	72	80	84	57	20	37	71	0,6	0,2	2,5
Jamaica	2.961	833	231	0,5	0,3	46	2,0	68	74	75	48	35	13	56	0,9	0,9	-3,9
Japón	126.476	19.137	4.778	-0,0	-0,4	909	1,4	72	81	85	69	21	48	92	0,7	-0,3	0,6
Jordania	10.203	3.989	1.058	3,3	0,4	214	2,6	60	72	75	58	52	6	91	4,0	0,6	1,1
Kazajstán	18.777	6.174	1.920	1,1	0,9	368	2,7	63	63	74	59	46	13	58	1,2	1,2	-1,0
Kenya	53.771	24.449	7.044	2,5	1,9	1.506	3,4	53	51	67	70	66	4	28	4,1	3,5	-0,2
Kirguistán	6.524	2.434	760	1,3	1,2	151	2,9	60	66	72	60	52	8	37	1,5	2,1	-0,6
Kiribati	119	49	15	1,7	1,4	3	3,5	52	63	69	67	60	7	56	2,9	2,4	-6,9
Kuwait	4.271	1.058	290	3,5	1,0	54	2,1	66	73	76	32	28	4	100	3,6	1,0	9,8
Lesotho	2.142	821	254	0,2	0,7	56	3,1	51	48	55	59	51	8	29	2,1	2,2	-4,8
Letonia	1.886	365	114	-1,1	-0,8	20	1,7	70	70	75	59	26	33	68	-1,1	-0,6	-7,6
Líbano	6.825	2.054	566	2,7	-0,9	116	2,1	66	75	79	48	37	11	89	2,9	-0,7	-4,5
Liberia	5.058	2.383	740	2,7	2,1	164	4,2	39	52	64	78	72	6	52	3,5	3,0	-1,0
Libia	6.871	2.251	624	1,2	0,9	122	2,2	56	71	73	48	41	7	81	1,4	1,2	-0,3
Liechtenstein	38	7	2	0,7	0,3	-	-	-	-	-	49	22	27	14	0,4	1,0	-
Lituania	2.722	494	145	-1,2	-0,8	28	1,7	71	71	76	56	24	32	68	-1,1	-0,5	-11,6
Luxemburgo	626	117	33	1,7	0,9	6	1,4	70	78	82	43	22	21	91	2,1	1,1	16,3
Macedonia del Norte	2.083	412	112	0,1	-0,1	22	1,5	66	73	76	44	24	21	58	0,1	0,5	-0,5
Madagascar	27.691	12.939	4.109	2,7	2,3	892	4,0	45	58	67	76	70	5	39	4,4	3,7	-0,1
Malasia	32.366	9.162	2.635	1,6	1,0	532	2,0	65	73	76	44	34	10	77	2,6	1,5	1,6
Malawi	19.130	9.575	2.924	2,6	2,4	642	4,1	40	45	65	84	79	5	17	3,4	4,0	-0,9
Maldivas	541	121	36	3,1	-0,4	7	1,8	44	70	79	30	26	5	41	5,0	0,6	22,8
Mali	20.251	10.931	3.606	2,9	2,6	823	5,7	32	48	60	98	93	5	44	5,0	4,0	-2,1
Malta	442	75	22	0,5	0,2	4	1,5	71	79	83	56	22	33	95	0,7	0,2	2,1
Marruecos	36.911	11.679	3.325	1,2	0,9	668	2,4	53	69	77	52	41	12	64	2,0	1,6	-1,4
Mauricio	1.272	270	64	0,3	0,0	13	1,4	63	71	75	41	24	18	41	0,1	0,3	0,0
Mauritania	4.650	2.134	690	2,7	2,3	153	4,4	50	61	65	75	69	6	55	4,5	3,4	1,2
México	128.933	40.052	10.959	1,3	0,8	2.192	2,1	61	74	75	50	39	11	81	1,6	1,1	-0,5
Micronesia (Estados Federados de)	115	43	12	0,3	0,9	3	3,0	59	65	68	55	48	7	23	0,5	1,6	-5,4
Mónaco	39	7	3	0,9	0,6	-	-	-	-	-	72	25	47	100	0,9	0,6	-
Mongolia	3.278	1.153	375	1,5	1,1	74	2,8	55	63	70	55	48	7	69	2,4	1,4	-0,3
Montenegro	628	137	37	0,1	-0,1	7	1,7	70	73	77	51	27	24	67	0,8	0,4	-0,8
Montserrat	5	1	<1	0,1	-0,4	-	-	-	-	-	46	25	20	9	7,1	0,3	-
Mozambique	31.255	15.968	5.157	2,7	2,5	1.153	4,7	41	49	61	88	83	5	37	3,9	3,8	-0,2

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2020			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2020	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2020	Esperanza de vida al nacer			Relación de dependencia (%) 2020			Proporción de población urbana (%) 2020	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1,000 habitantes) 2015-2020
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Infantil	de la Tercera edad		2000-2020	2020-2030 ^A	
Myanmar	54.410	16.920	4.509	0,7	0,7	939	2,1	49	60	67	46	37	9	31	1,4	1,7	-3,1
Namibia	2.541	1.085	336	1,7	1,5	70	3,3	53	52	64	68	62	6	52	3,9	3,0	-2,0
Nauru	11	4	1	0,2	0,1	-	-	-	-	-	65	58	7	100	0,2	0,1	-
Nepal	29.137	10.283	2.707	0,9	1,2	562	1,8	41	62	71	53	44	9	21	3,0	3,1	1,5
Nicaragua	6.625	2.319	657	1,3	1,0	131	2,3	54	70	75	54	46	9	59	1,6	1,5	-3,3
Níger	24.207	13.676	4.787	3,6	3,3	1.098	6,7	36	50	63	110	104	5	17	3,7	4,4	0,2
Nigeria	206.140	103.265	33.939	2,5	2,2	7.639	5,2	41	46	55	86	81	5	52	4,4	3,4	-0,3
Niue	2	<1	<1	-0,8	0,2	-	-	-	-	-	55	38	17	46	0,8	1,4	-
Noruega	5.421	1.126	302	0,9	0,7	60	1,7	74	79	83	53	26	27	83	1,3	1,1	5,3
Nueva Zelanda	4.822	1.119	301	1,1	0,6	60	1,9	71	78	82	56	30	25	87	1,1	0,8	3,2
Omán	5.107	1.279	454	3,9	1,4	90	2,8	50	72	78	33	30	3	86	4,8	1,9	18,6
Países Bajos	17.135	3.296	859	0,3	0,2	173	1,7	74	78	82	56	24	31	92	1,2	0,4	0,9
Pakistán	220.892	90.247	27.963	2,1	1,6	6.046	3,4	53	63	67	64	57	7	37	2,7	2,4	-1,1
Palau	18	4	1	-0,3	0,2	-	-	-	-	-	42	29	13	81	0,4	0,6	-
Panamá	4.315	1.358	389	1,7	1,2	80	2,4	66	75	79	54	41	13	68	2,1	1,7	2,7
Papua Nueva Guinea	8.947	3.708	1.107	2,0	1,6	237	3,5	46	59	65	63	57	6	13	2,1	2,8	-0,1
Paraguay	7.133	2.455	701	1,4	1,0	143	2,4	65	71	74	56	45	11	62	1,9	1,5	-2,4
Perú	32.972	9.608	2.833	1,0	0,8	575	2,2	54	71	77	50	37	13	78	1,4	1,1	3,1
Polonia	37.847	6.802	1.885	-0,1	-0,2	362	1,4	70	74	79	51	23	28	60	-0,2	0,0	-0,8
Portugal	10.197	1.643	401	-0,0	-0,3	78	1,3	67	77	82	56	20	35	66	0,9	0,4	-0,6
Qatar	2.881	450	135	7,5	1,3	27	1,8	68	77	80	18	16	2	99	7,7	1,3	14,7
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	67.886	14.199	3.924	0,7	0,3	771	1,7	72	78	81	57	28	29	84	1,0	0,6	3,9
República Árabe Siria	17.501	6.337	1.919	0,3	3,8	421	2,7	59	73	74	55	48	8	55	0,6	4,8	-24,1
República Centroafricana	4.830	2.473	738	1,3	1,9	169	4,6	42	44	54	86	81	5	42	1,9	3,0	-8,6
República de Corea	51.269	7.846	1.897	0,4	-0,0	359	1,1	61	76	83	40	18	22	81	0,5	0,0	0,2
República Democrática del Congo	89.561	46.929	15.827	3,1	2,7	3.598	5,7	44	50	61	95	89	6	46	4,3	3,8	0,3
República Democrática Popular Lao	7.276	2.753	797	1,5	1,1	165	2,6	46	59	68	57	50	7	36	3,9	2,6	-2,1
República de Moldova	4.034	761	203	-0,2	-0,3	39	1,3	65	67	72	40	22	17	43	-0,4	0,2	-0,3
República Dominicana	10.848	3.554	1.003	1,2	0,7	204	2,3	58	69	74	54	42	12	83	2,6	1,3	-2,8
República Popular Democrática de Corea	25.779	6.225	1.746	0,6	0,3	355	1,9	60	65	72	41	28	13	62	0,8	0,8	-0,2
República Unida de Tanzania	59.734	30.030	9.739	2,8	2,6	2.153	4,8	47	51	66	86	81	5	35	4,9	4,3	-0,7
Rumania	19.238	3.588	940	-0,7	-0,5	184	1,6	68	70	76	53	24	29	54	-0,6	-0,1	-3,8
Rwanda	12.952	5.948	1.885	2,3	2,1	398	3,9	45	49	69	74	69	5	17	3,1	3,1	-0,7
Saint Kitts y Nevis	53	13	3	0,9	0,4	-	-	-	-	-	39	27	12	31	0,6	0,9	-
Samoa	198	86	27	0,6	1,0	5	3,8	60	69	73	73	64	9	18	-0,4	0,6	-14,3
San Marino	34	5	1	1,0	0,1	-	-	-	-	-	51	20	31	97	1,2	0,2	-
Santa Lucía	184	41	11	0,8	0,2	2	1,4	64	73	76	39	25	14	19	-1,1	1,0	0,0
Santa Sede	<1	<1	<1	0,1	-0,1	-	-	-	-	-	92	16	75	100	0,1	-0,1	-
Santo Tomé y Príncipe	219	107	32	2,1	1,8	7	4,2	55	61	71	81	76	5	74	3,6	2,5	-8,0
San Vicente y las Granadinas	111	30	8	0,1	0,2	2	1,9	64	71	73	47	32	15	53	0,9	0,9	-1,8
Senegal	16.744	8.225	2.615	2,6	2,3	560	4,5	39	58	68	84	78	6	48	3,4	3,2	-1,3
Serbia	8.737	1.649	419	-0,4	-0,5	81	1,4	68	72	76	52	23	29	56	-0,1	-0,1	0,5
Seychelles	98	27	8	0,9	0,4	2	2,4	66	71	73	47	35	12	58	1,6	1,0	-2,1
Sierra Leona	7.977	3.758	1.159	2,6	1,7	258	4,1	36	39	55	76	71	5	43	3,5	2,7	-0,6
Singapur	5.850	867	258	1,8	0,6	50	1,2	68	78	84	35	17	18	100	1,8	0,6	4,7
Somalia	15.893	8.460	2.827	2,8	2,6	660	5,9	41	51	58	96	91	6	46	4,3	3,7	-2,7
Sri Lanka	21.413	6.087	1.660	0,6	0,3	326	2,2	64	71	77	54	36	17	19	0,7	1,3	-4,6
Sudáfrica	59.309	20.064	5.765	1,3	1,0	1.172	2,4	53	56	64	52	44	8	67	2,1	1,6	2,5
Sudán	43.849	20.403	6.339	2,3	2,1	1.383	4,3	52	58	66	77	70	6	35	2,6	3,2	-1,2
Sudán del Sur	11.194	5.366	1.707	2,8	1,9	390	4,5	36	49	58	81	75	6	20	3,8	3,5	-15,9
Suecia	10.099	2.110	601	0,6	0,5	120	1,8	74	80	83	61	28	33	88	0,8	0,7	4,0
Suiza	8.655	1.545	452	0,9	0,5	89	1,5	73	80	84	52	23	29	74	0,9	0,7	6,1
Suriname	587	187	52	1,0	0,7	11	2,4	63	68	72	51	40	11	66	1,0	0,9	-1,7
Tailandia	69.800	14.131	3.596	0,5	0,1	697	1,5	59	71	77	42	23	18	51	2,8	1,2	0,3
Tayikistán	9.538	4.047	1.357	2,0	1,7	278	3,5	54	62	71	68	63	5	28	2,2	2,8	-2,2
Timor-Leste	1.318	579	178	1,9	1,6	38	3,9	40	59	70	70	63	7	31	3,1	2,7	-4,3
Togo	8.279	3.917	1.220	2,5	2,1	268	4,2	47	53	61	77	72	5	43	3,7	3,2	-0,3
Tokelau	1	<1	<1	-0,7	0,6	-	-	-	-	-	55	39	16	0	-	-	-
Tonga	106	44	12	0,4	0,8	3	3,5	64	70	71	69	59	10	23	0,4	1,1	-7,7
Trinidad y Tabago	1.399	335	88	0,5	0,1	17	1,7	65	69	74	46	29	17	53	0,2	0,4	-0,6
Túnez	11.819	3.344	1.004	0,9	0,7	196	2,2	51	73	77	50	36	13	70	1,4	1,1	-0,3
Turkmenistán	6.031	2.152	661	1,4	1,1	135	2,7	58	64	68	55	48	7	53	2,0	2,0	-0,9

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2020			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2020	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2020	Esperanza de vida al nacer			Relación de dependencia (%) 2020			Proporción de población urbana (%) 2020	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015-2020
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000-2020	2020-2030 ^A			1970	2000	2020	Total	Infantil	de la Tercera edad		2000-2020	2020-2030 ^A	
	Turquía	84.339	24.281	6.567	1,4	0,5	1.301	2,0	52	70	78	49	36	13	76	2,1	1,0
Tuvalu	12	5	1	1,1	1,0	-	-	-	-	-	68	57	11	64	2,7	1,9	-
Ucrania	43.734	8.200	2.114	-0,5	-0,6	396	1,4	71	67	72	49	24	25	70	-0,4	-0,3	0,2
Uganda	45.741	24.317	7.796	3,1	2,4	1.670	4,7	49	46	64	92	88	4	25	5,6	4,4	4,0
Uruguay	3.474	852	237	0,2	0,2	47	2,0	69	75	78	55	31	23	96	0,4	0,3	-0,9
Uzbekistán	33.469	11.165	3.432	1,4	1,0	677	2,4	62	67	72	51	43	7	50	1,9	1,3	-0,3
Vanuatu	307	137	42	2,4	2,0	9	3,7	54	67	71	72	66	6	26	3,2	2,7	0,4
Venezuela (República Bolivariana de)	28.436	9.294	2.363	0,8	1,5	509	2,2	65	72	72	54	42	12	88	0,8	1,6	-22,3
Viet Nam	97.339	26.506	7.892	0,9	0,6	1.567	2,0	60	73	75	45	34	11	37	3,0	2,2	-0,8
Yemen	29.826	13.542	4.115	2,6	1,8	875	3,6	37	61	66	72	67	5	38	4,3	3,2	-1,1
Zambia	18.384	9.408	2.946	2,7	2,5	654	4,5	50	44	64	86	82	4	45	3,9	3,7	-0,5
Zimbabwe	14.863	7.245	2.097	1,1	1,5	432	3,5	57	45	62	82	76	5	32	0,8	2,1	-8,2
DATOS CONSOLIDADOS																	
Asia Oriental y el Pacífico	2.389.387	556.652	153.544	0,7	0,3	30.215	1,8	60	71	76	45	28	17	61	2,5	1,3	-0,2
Europa y Asia Central	924.613	197.854	55.130	0,3	0,1	10.721	1,7	69	73	78	54	28	26	73	0,6	0,4	1,7
Europa del Este y Asia Central	426.820	105.609	30.436	0,3	0,1	5.915	1,9	66	67	74	51	32	19	67	0,6	0,5	0,7
Europa Occidental	497.793	92.245	24.694	0,3	0,0	4.806	1,6	71	78	82	56	24	32	77	0,6	0,3	2,6
América Latina y el Caribe	653.962	188.261	51.690	1,1	0,7	10.384	2,0	60	72	76	49	36	13	81	1,4	1,0	-0,8
Oriente Medio y África del Norte	463.375	160.397	49.430	1,8	1,4	10.012	2,8	53	70	74	54	46	8	66	2,4	1,8	-0,5
América del Norte	368.870	80.639	21.676	0,8	0,5	4.344	1,7	71	77	79	54	28	26	83	1,0	0,7	3,3
Asia Meridional	1.856.377	616.458	169.310	1,4	0,9	35.127	2,3	48	63	70	51	42	9	35	2,5	2,1	-0,7
África Subsahariana	1.138.215	553.411	177.162	2,5	2,2	39.158	4,6	45	50	62	82	76	6	41	3,8	3,4	-0,3
África Oriental y Meridional	589.625	277.997	86.872	2,5	2,1	18.879	4,1	47	52	65	78	72	6	36	3,6	3,3	-0,3
África Occidental y Central	548.590	275.414	90.290	2,6	2,3	20.278	5,1	42	49	59	87	81	5	47	4,1	3,4	-0,4
Países menos adelantados	1.057.438	479.533	149.155	2,3	2,0	32.546	4,0	44	55	66	74	67	6	35	3,8	3,4	-1,0
Mundo	7.794.799	2.353.672	677.942	1,1	0,8	139.975	2,4	57	66	73	53	39	14	56	2,0	1,5	0,0

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

Datos desglosados por sexo disponibles en Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la población mundial 2019, Rev. 1.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población (miles) – Población total

Tasa de crecimiento anual de la población – Tasa media exponencial de crecimiento de la población durante un año. Se calcula como $\ln(P_t/P_0)/T$, donde T es la duración del periodo. Se expresa en porcentaje.

Número anual de nacimientos – Número anual de nacimientos para el año de referencia. Los datos se presentan en miles.

Total de fecundidad – El número promedio de nacimientos vivos que tendría una cohorte hipotética de mujeres al final de su período reproductivo si estuvieran sujetas durante toda su vida a las tasas de fecundidad de un período determinado y si no estuvieran sujetas a la mortalidad. Se expresa como niños nacidos vivos por mujer.

Relaciones de dependencia – La relación de dependencia total es la relación entre la suma de la población de 0 a 14 años y la de 65 años o más y la población de 15 a 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación entre la población de 0 a 14 años y la población de 15 a 64 años. La relación de dependencia de la tercera edad es la relación entre la población de 65 años o más y la población de 15 a 64 años. Todas las relaciones se presentan como número de personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar (15-64).

Esperanza de vida al nacer – Número de años de vida de un recién nacido si está sujeto a los riesgos de mortalidad que prevalecen en la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Proporción de población urbana – Población urbana como porcentaje de la población total.

Tasa de crecimiento anual de la población urbana – Tasa media anual exponencial de crecimiento de la población urbana durante un periodo determinado, expresada en porcentaje.

Tasa neta de migración – El número de inmigrantes menos el número de emigrantes en un periodo, dividido por las personas-años que ha vivido la población del país de acogida durante ese periodo. Se expresa como el número neto de migrantes por cada 1.000 habitantes.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Todos los datos demográficos – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la población mundial 2019, edición en línea. Rev. 1. Proporción de población urbana por regiones y tasas de crecimiento de la población total y urbana calculadas por UNICEF.

NOTAS

– Datos no disponibles.

A Basado en las proyecciones de la variante de fertilidad media.

Los valores regionales y mundiales se basan en más países y zonas que los enumerados aquí. Por lo tanto, los valores de los países no se suman a los valores regionales y mundiales correspondientes.

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2019		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad	Muertes anuales <5 años	Número anual de muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2019	2000-2019	Niños	Niñas	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019
Afganistán	178	129	60	4,0	64	57	120	47	74	61	36	18	4	37	28	1,4	72.186	43.424	60	4.545	35.384
Albania	41	27	10	5,4	10	9	35	9	13	12	8	6	2	6	4	2,3	327	251	77	66	137
Alemania	9	5	4	1,8	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	3	0,4	2.959	1.788	60	601	2.137
Andorra	13	8	3	5,0	3	3	9	3	7	4	1	3	1	4	2	2,8	2	1	50	0	1
Angola	222	204	75	5,3	80	69	131	50	53	50	28	47	16	30	20	2,2	92.690	35.358	38	15.544	25.967
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	14	15	7	4,5	7	6	11	6	8	10	4	3	2	9	5	2,5	10	5	50	2	8
Arabia Saudita	44	22	7	6,3	7	6	36	6	22	12	4	6	2	9	5	3,2	3.964	2.170	55	963	2.984
Argelia	49	40	23	2,8	25	22	42	20	23	21	16	9	3	17	9	3,1	23.598	16.484	70	2.725	9.674
Argentina	29	20	9	4,0	10	8	25	8	15	11	6	3	2	8	5	2,0	6.977	4.583	66	1.337	4.042
Armenia	49	31	12	5,0	13	11	42	11	22	16	6	3	2	21	13	2,5	482	258	54	79	526
Australia	9	6	4	2,8	4	3	8	3	5	4	2	2	1	3	2	1,9	1.146	726	63	253	707
Austria	10	6	3	2,4	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	2	1,3	306	184	60	65	195
Azerbaiyán	95	75	20	6,8	22	18	76	18	33	33	11	6	3	19	9	4,0	3.370	1.765	52	463	1.466
Bahamas	23	16	13	1,3	13	12	20	11	14	8	7	5	3	12	12	0,4	68	36	53	15	63
Bahrein	23	12	7	3,1	7	7	20	6	15	5	3	4	2	9	6	1,9	151	65	43	35	131
Bangladesh	144	87	31	5,4	33	29	100	26	64	43	19	24	7	41	24	2,8	89.796	55.542	62	20.650	72.508
Barbados	18	15	13	0,9	14	11	16	12	12	9	8	3	2	8	7	0,7	39	26	67	6	23
Belarús	15	13	3	7,2	4	3	12	2	8	6	1	4	1	5	2	4,8	360	133	37	131	222
Bélgica	10	6	3	2,8	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	3	0,9	424	249	59	107	354
Belice	38	24	12	3,4	13	11	31	11	18	12	8	5	3	11	7	2,9	98	65	66	21	53
Benin	175	139	90	2,3	96	84	106	59	46	40	31	42	20	27	20	1,5	37.100	12.931	35	6.259	8.795
Bhután	127	77	28	5,2	31	26	89	24	42	32	17	19	7	16	10	2,8	369	215	58	94	127
Bolivia (Estado Plurinacional de)	122	76	26	5,6	28	23	84	21	41	29	15	12	4	16	9	2,9	6.399	3.598	56	966	2.219
Bosnia y Herzegovina	18	10	6	2,8	6	5	16	5	11	7	4	3	1	4	3	1,9	158	111	70	42	73
Botswana	48	69	42	2,7	45	38	36	32	17	6	18	19	6	12	15	-1,3	2.320	999	43	298	862
Brasil	63	35	14	4,8	16	12	52	12	25	18	8	4	2	10	7	1,5	40.429	22.736	56	7.046	21.771
Brunei Darussalam	13	10	11	-0,5	13	10	10	10	6	5	6	5	2	5	5	0,5	73	38	52	16	29
Bulgaria	18	17	7	5,0	7	6	15	6	8	8	3	4	2	8	5	2,2	422	206	49	121	312
Burkina Faso	199	179	88	3,8	92	83	99	54	46	41	26	37	17	30	19	2,2	64.744	19.767	31	10.131	15.141
Burundi	174	155	56	5,3	61	52	105	40	40	37	21	58	21	30	26	0,8	24.412	9.288	38	7.016	11.880
Cabo Verde	61	38	15	5,0	16	13	47	13	20	18	9	6	2	16	11	1,9	157	94	60	20	116
Camboya	116	106	27	7,3	30	23	85	23	40	35	14	32	5	26	12	3,8	9.647	5.257	55	1.630	4.573
Camerún	136	143	75	3,4	81	69	84	50	40	35	26	32	23	24	19	1,1	66.071	23.557	36	16.065	17.872
Canadá	8	6	5	1,3	5	4	7	4	4	4	3	2	1	3	3	0,8	1.873	1.285	69	355	1.072
Chad	212	185	114	2,6	120	107	112	69	52	44	33	49	26	35	27	1,2	73.024	22.123	30	12.116	18.802
Chequia	12	5	3	2,9	4	3	10	3	7	3	2	2	1	3	3	0,4	350	179	51	96	291
Chile	19	11	7	2,3	8	6	16	6	9	6	5	3	1	4	3	1,6	1.612	1.044	65	353	711
China	54	37	8	8,1	8	7	42	7	30	21	4	7	2	15	6	5,3	132.256	63.895	48	32.278	92.170
Chipre	11	7	2	5,5	2	2	10	2	6	4	1	2	1	4	3	2,9	29	16	55	12	31
Colombia	35	25	14	3,1	15	12	29	12	18	13	7	5	2	10	7	1,6	10.091	5.482	54	1.907	5.237
Comoras	124	100	63	2,5	68	58	87	48	50	41	30	17	8	30	25	1,1	1.656	797	48	184	674
Congo	90	114	48	4,6	52	44	59	35	27	31	19	30	17	15	1,6	8.204	3.369	41	1.136	2.664	
Costa Rica	17	13	9	2,2	9	8	14	8	9	8	6	3	2	5	4	0,4	599	425	71	121	311
Côte d'Ivoire	152	142	79	3,1	87	71	104	59	49	45	33	28	25	30	23	1,4	70.330	30.156	43	16.849	21.735
Croacia	13	8	5	2,9	5	4	11	4	8	6	3	3	1	5	3	2,9	176	105	60	44	109
Cuba	14	9	5	2,8	6	5	11	4	7	4	2	4	2	11	7	2,4	591	246	42	246	784
Dinamarca	9	6	4	2,2	4	3	7	3	4	3	3	2	1	3	2	2,3	232	187	81	38	126
Djibouti	118	101	57	3,0	62	52	92	48	49	44	31	26	13	35	28	1,2	1.173	623	53	240	586
Dominica	16	17	35	-3,8	39	34	13	31	10	13	28	4	3	12	14	-0,9	33	27	82	3	14
Ecuador	54	29	14	3,8	16	12	42	12	22	14	7	7	3	16	9	3,1	4.696	2.379	51	1.038	2.966
Egipto	86	47	20	4,4	21	19	63	17	33	22	11	11	4	18	9	3,5	52.291	28.710	55	9.155	23.527
El Salvador	60	33	13	4,7	15	12	46	11	22	15	7	8	3	20	10	3,6	1.552	765	49	372	1.189
Emiratos Árabes Unidos	17	11	7	2,1	8	7	14	6	8	6	4	3	2	8	5	2,8	750	398	53	178	496
Eritrea	153	85	40	3,9	46	35	94	30	35	27	18	41	7	23	18	1,3	4.247	1.863	44	724	1.945
Eslovaquia	15	10	6	2,8	6	5	13	5	9	5	3	3	1	4	3	1,9	325	164	51	71	157
Eslovenia	10	6	2	5,1	2	2	9	2	6	3	1	2	1	4	3	1,8	42	23	55	15	50
España	9	5	3	2,9	3	3	7	3	5	3	2	2	1	3	2	2,0	1.221	698	57	340	870
Estado de Palestina	44	30	19	2,3	21	18	36	17	22	16	11	6	3	15	10	1,9	2.771	1.528	55	373	1.499
Estados Unidos de América	11	8	6	1,4	7	6	9	6	6	5	4	2	1	3	3	0,5	25.352	14.546	57	5.705	11.844
Estonia	18	11	2	8,0	3	2	14	2	10	5	1	5	1	5	2	4,0	33	14	42	16	29

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2019		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad	Muertes anuales <5 años	Número anual de muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2019	2000-2019	Niños	Niñas	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019
Eswatini	67	110	49	4,2	54	45	51	39	21	22	18	11	13	16	13	0,9	1.468	548	37	393	398
Etiopía	200	140	51	5,4	56	45	119	37	59	48	28	79	11	36	25	2,0	177.849	98.795	56	30.817	90.323
Federación de Rusia	22	19	6	6,4	6	5	18	5	11	9	3	5	2	7	4	3,0	10.556	4.751	45	3.291	6.805
Fiji	29	23	26	-0,7	28	23	24	22	12	9	11	11	5	10	9	0,9	482	202	42	81	161
Filipinas	57	38	27	1,7	30	24	40	22	19	16	13	8	4	14	10	1,6	59.751	28.992	49	8.952	22.966
Finlandia	7	4	2	3,1	3	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	1,4	122	70	57	44	102
Francia	9	5	4	1,0	5	4	7	4	4	3	3	2	1	5	4	0,7	3.251	1.920	59	588	3.157
Gabón	92	84	42	3,6	47	38	60	31	31	28	20	18	12	18	14	1,3	2.807	1.359	48	602	940
Gambia	167	113	52	4,1	56	47	82	36	46	38	27	33	10	27	22	1,1	4.504	2.427	54	665	2.001
Georgia	48	37	10	7,0	11	8	41	9	25	22	5	4	2	15	6	5,1	513	258	50	126	304
Ghana	127	99	46	4,0	51	41	80	34	42	36	23	25	11	29	22	1,5	40.168	20.399	51	7.824	19.529
Granada	22	15	17	-0,3	18	15	18	15	12	8	11	5	4	10	10	0,2	30	20	67	6	18
Grecia	10	6	4	2,8	4	3	9	3	6	4	2	2	1	5	3	2,0	302	178	59	91	244
Guatemala	80	52	25	3,9	27	22	59	21	28	21	12	13	4	20	13	2,3	10.364	5.180	50	1.429	5.498
Guinea	231	164	99	2,7	105	93	137	64	61	46	30	44	19	31	25	1,1	44.114	13.960	32	6.729	11.895
Guinea-Bissau	221	173	78	4,2	85	72	131	52	63	55	35	42	16	45	32	1,7	5.111	2.329	46	826	2.209
Guinea Ecuatorial	178	156	82	3,4	88	76	120	60	48	44	29	35	16	18	15	0,9	3.519	1.289	37	510	681
Guyana	60	46	29	2,4	33	25	46	24	30	27	19	5	5	18	14	1,4	453	287	63	71	216
Haití	145	104	63	2,6	68	57	100	48	39	30	25	28	11	24	20	1,0	16.890	6.827	40	2.665	5.470
Honduras	58	37	17	4,2	19	15	45	14	22	17	9	9	4	14	9	2,6	3.480	1.907	55	902	1.787
Hungría	17	10	4	5,4	4	3	15	3	11	6	2	3	1	4	3	1,4	335	182	54	91	303
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	126	92	34	5,2	34	35	89	28	57	45	22	21	5	30	14	4,0	824.448	522.249	63	135.877	340.622
Indonesia	84	52	24	4,1	26	21	62	20	31	23	12	14	5	15	9	2,5	114.994	59.591	52	24.340	45.857
Irán (República Islámica del)	56	34	14	4,7	15	13	44	12	25	19	9	14	3	11	7	2,7	21.248	13.075	62	4.452	10.367
Iraq	53	44	26	2,8	28	23	42	22	26	24	15	10	4	16	12	1,8	28.801	17.203	60	3.645	13.270
Irlanda	9	7	3	4,1	4	3	8	3	5	4	2	2	1	5	3	2,9	203	128	63	44	172
Islandia	6	4	2	3,8	2	2	5	2	3	2	1	3	0	3	2	1,8	8	4	50	2	8
Islas Cook	24	18	8	4,5	8	7	20	7	13	10	4	5	2	10	5	3,2	2	1	50	0	1
Islas Marshall	49	41	32	1,3	35	28	39	26	19	18	15	9	6	12	11	0,5	44	21	48	9	15
Islas Salomón	38	30	20	2,3	21	18	31	17	15	13	8	7	4	13	10	1,4	416	176	42	73	217
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	12	7	4	3,3	4	3	10	3	6	4	2	2	1	4	3	2,1	624	329	53	132	472
Italia	10	6	3	3,0	3	3	8	3	6	3	2	2	1	3	2	0,9	1.432	858	60	480	1.070
Jamaica	30	22	14	2,4	15	12	25	12	20	17	10	5	3	19	13	2,1	652	461	71	125	602
Japón	6	5	2	3,2	3	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2,7	2.343	782	33	828	1.407
Jordania	36	27	16	2,9	17	14	30	13	20	16	9	5	3	12	9	1,7	3.355	1.974	59	789	1.914
Kazajistán	52	42	10	7,3	12	9	44	9	23	23	5	6	3	11	5	3,8	3.976	1.757	44	936	2.040
Kenya	101	99	43	4,3	47	39	65	32	28	29	21	17	10	22	20	0,7	63.623	31.343	49	13.556	30.030
Kirguistán	65	50	18	5,3	20	16	54	16	24	21	12	6	3	11	7	2,4	2.824	1.880	67	386	1.051
Kiribati	95	71	51	1,8	55	46	69	40	35	29	22	15	9	17	14	0,9	164	72	44	26	47
Kuwait	17	12	8	2,3	9	7	15	7	10	7	5	6	2	7	6	1,0	448	251	56	113	325
Lesoto	85	107	86	1,1	93	79	68	68	39	37	43	16	9	36	28	1,3	4.831	2.401	50	380	1.611
Letonia	17	14	4	7,2	4	3	13	3	8	7	2	6	1	6	3	3,2	74	37	50	28	65
Líbano	32	20	7	5,3	8	7	27	6	20	12	4	10	2	11	6	2,8	839	485	58	216	745
Liberia	263	188	85	4,2	91	78	175	62	59	46	32	39	16	30	24	1,1	13.365	5.239	39	2.011	4.008
Libia	42	28	12	4,7	13	10	36	10	21	16	6	8	4	14	9	2,4	1.448	803	56	524	1.094
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	15	11	4	5,7	4	3	12	3	8	5	2	4	1	5	3	2,6	106	58	55	37	78
Luxemburgo	9	5	3	2,8	3	2	7	2	4	2	1	2	0	4	3	0,4	18	9	50	2	22
Macedonia del Norte	36	16	6	5,0	7	6	32	5	17	9	4	3	1	11	4	5,1	137	87	64	30	91
Madagascar	157	107	51	3,9	55	46	96	36	39	31	20	38	18	20	16	1,1	43.110	17.607	41	12.710	14.671
Malasia	17	10	9	0,9	9	8	14	7	8	5	5	5	3	5	5	-0,6	4.513	2.448	54	1.297	2.921
Malawi	243	173	42	7,5	46	37	141	31	50	39	20	38	12	22	16	1,6	25.712	12.469	49	6.394	10.440
Maldivas	86	39	8	8,6	8	7	63	7	39	22	5	9	2	14	6	4,5	54	34	63	13	41
Malí	230	187	94	3,6	99	88	120	60	67	51	32	40	22	28	20	1,9	73.632	25.958	35	13.132	16.251
Malta	11	8	7	0,4	8	6	10	6	8	5	5	1	1	4	3	1,3	30	20	67	3	13
Marruecos	79	49	21	4,4	23	19	62	18	36	27	14	10	3	21	14	2,1	14.511	9.187	63	1.695	9.562
Mauricio	23	19	16	0,8	18	14	20	14	15	12	10	3	2	13	10	1,0	206	130	63	28	133
Mauritania	118	113	73	2,3	79	67	71	50	46	43	32	19	7	30	22	1,6	10.699	4.820	45	850	3.385
México	45	28	14	3,6	15	13	36	12	22	14	9	5	3	10	7	1,8	31.368	18.906	60	5.662	15.136

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2019		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad	Muertes anuales <5 años	Número anual de muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2019	2000-2019	Niños	Niñas	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019
Micronesia (Estados Federados de)	55	53	29	3,1	32	26	43	25	25	24	16	10	6	15	12	1,4	75	41	55	14	31
Mónaco	8	5	3	2,7	3	3	6	3	4	3	2	2	1	2	1	2,3	2	1	50	0	1
Mongolia	108	65	16	7,5	18	14	77	13	30	23	8	12	3	12	5	4,4	1.183	611	52	209	395
Montenegro	16	14	2	9,5	2	2	15	2	11	9	1	3	1	5	4	2,0	17	10	59	7	26
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	243	170	74	4,4	79	70	162	55	62	46	29	58	15	28	22	1,3	81.507	32.259	40	12.993	25.096
Myanmar	115	89	45	3,6	49	40	81	36	47	37	22	29	5	20	14	1,8	41.896	21.134	50	4.506	13.493
Namibia	72	75	42	3,0	46	39	49	31	28	23	19	15	11	18	15	0,9	2.954	1.343	46	660	1.050
Nauru	60	42	31	1,6	34	28	47	26	29	24	20	11	6	15	13	0,7	9	6	67	2	4
Nepal	140	81	31	5,1	33	28	97	26	58	40	20	27	5	31	17	3,0	17.296	11.128	64	3.016	9.997
Nicaragua	66	38	17	4,4	19	15	51	14	23	16	10	7	3	15	11	1,8	2.212	1.352	61	430	1.448
Níger	329	225	80	5,4	84	76	133	47	55	43	24	64	30	27	20	1,8	81.635	25.861	32	21.527	21.283
Nigeria	210	183	117	2,3	124	110	124	74	50	46	36	38	21	27	22	1,1	857.899	269.897	32	119.243	171.428
Niue	13	24	23	0,1	26	21	12	20	7	13	13	3	5	11	9	0,9	1	0	0	0	0
Noruega	9	5	2	3,6	3	2	7	2	4	3	1	2	1	4	2	2,1	145	83	57	42	146
Nueva Zelanda	11	7	5	2,3	5	4	9	4	4	4	3	2	1	4	3	1,6	283	157	56	60	160
Omán	39	16	11	1,9	13	10	31	10	17	8	5	6	3	8	6	1,9	1.034	477	46	169	509
Países Bajos	8	6	4	2,2	4	4	7	3	5	4	3	2	1	5	2	4,2	696	446	64	129	400
Pakistán	139	107	67	2,5	72	63	107	56	64	57	41	14	8	40	31	1,4	399.418	248.342	62	40.623	190.483
Palau	35	29	17	2,7	19	15	30	16	19	16	9	7	4	11	8	1,7	4	2	50	1	2
Panamá	31	26	15	2,9	16	13	26	13	18	15	9	5	3	11	8	2,1	1.175	680	58	223	617
Papua Nueva Guinea	85	71	45	2,4	48	41	62	36	34	31	22	14	8	19	16	1,0	10.393	5.160	50	1.710	3.850
Paraguay	45	34	19	2,9	21	17	36	17	22	18	11	7	3	17	11	2,5	2.774	1.555	56	381	1.526
Perú	80	38	13	5,6	14	12	57	10	28	16	6	10	3	14	7	3,5	7.563	3.653	48	1.536	4.080
Polonia	17	9	4	4,0	5	4	15	4	11	6	3	3	1	4	2	3,2	1.624	997	61	391	859
Portugal	15	7	4	3,5	4	3	12	3	7	3	2	4	1	4	2	2,5	295	156	53	74	197
Qatar	21	12	7	3,4	7	6	18	6	11	7	3	4	1	6	5	0,8	172	90	52	34	144
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	9	7	4	2,2	5	4	8	4	4	4	3	2	1	4	3	2,0	3.313	2.142	65	613	2.358
República Árabe Siria	37	23	22	0,4	23	19	30	18	16	12	11	10	10	13	11	0,8	9.195	4.545	49	3.495	4.649
República Centroafricana	177	170	110	2,3	116	104	115	81	52	49	40	30	14	34	30	0,7	18.095	6.646	37	1.945	5.147
República de Corea	15	8	3	4,5	3	3	13	3	7	3	2	4	1	3	2	3,1	1.200	565	47	355	625
República Democrática del Congo	185	160	85	3,3	91	78	119	66	42	39	27	37	22	34	27	1,1	290.859	96.760	33	55.184	98.871
República Democrática Popular Lao	153	106	46	4,5	50	41	105	36	47	38	22	42	8	24	17	2,0	7.520	3.637	48	1.243	2.791
República de Moldova	33	31	14	4,1	16	13	27	12	19	21	11	5	3	12	7	2,8	584	428	73	117	278
República Dominicana	60	41	28	2,0	31	25	46	23	24	23	19	7	3	14	11	1,6	5.788	3.989	69	558	2.224
República Popular Democrática de Corea	43	60	17	6,5	19	15	33	13	21	26	10	8	4	14	8	2,5	6.116	3.376	55	1.330	3.042
República Unida de Tanzania	165	129	50	5,0	54	47	100	36	40	34	20	28	11	25	19	1,6	103.222	42.814	42	18.812	40.480
Rumania	31	21	7	5,9	8	6	24	6	16	10	3	5	2	7	3	3,9	1.317	644	49	343	604
Rwanda	150	179	34	8,7	37	31	92	26	41	41	16	62	9	29	17	2,8	13.310	6.261	47	3.031	6.798
Saint Kitts y Nevis	30	24	15	2,3	17	14	25	13	19	17	10	5	3	11	7	1,9	11	7	64	2	5
Samoa	30	21	15	1,7	16	14	25	13	16	11	8	6	4	11	9	1,1	72	39	54	17	42
San Marino	14	6	2	6,7	2	2	12	1	7	3	1	3	1	3	2	3,2	0	0	0	0	0
Santa Lucía	22	18	22	-1,0	24	20	18	20	12	13	4	3	13	11	1,0	48	28	58	7	24	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	108	84	30	5,4	33	27	69	23	26	23	14	21	6	17	13	1,5	198	94	48	36	86
San Vicente y las Granadinas	24	22	15	2,2	16	13	20	13	13	13	9	4	5	11	12	-0,6	23	14	61	8	19
Senegal	139	129	45	5,5	49	41	71	33	40	38	22	34	10	25	20	1,3	24.651	12.156	49	4.629	11.157
Serbia	28	13	5	4,6	6	5	24	5	17	8	3	3	1	5	4	0,9	441	265	60	113	367
Seychelles	16	14	14	-0,2	15	13	14	12	11	9	9	4	3	9	9	-0,3	23	14	61	4	15
Sierra Leona	260	228	109	3,9	115	103	154	81	52	49	31	51	22	34	24	1,9	27.580	8.013	29	4.485	6.249
Singapur	8	4	3	2,2	3	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	2,1	128	46	36	32	99
Somalia	178	171	117	2,0	123	111	107	74	45	44	37	38	25	30	27	0,6	72.126	23.723	33	11.566	17.738
Sri Lanka	22	17	7	4,4	8	6	19	6	13	10	4	8	2	10	6	3,0	2.378	1.416	60	571	1.943
Sudáfrica	57	71	34	3,8	37	31	44	28	20	15	11	8	5	21	16	1,2	40.631	13.489	33	6.106	19.612
Sudán	131	104	58	3,0	63	53	82	41	42	37	27	26	8	30	23	1,4	78.028	37.126	48	9.105	31.584
Sudán del Sur	250	181	96	3,3	101	91	148	62	64	56	39	53	21	34	29	0,9	36.916	14.976	41	6.273	11.515
Suecia	7	4	3	2,5	3	2	6	2	3	2	1	1	1	4	2	2,2	305	165	54	83	293
Suiza	8	6	4	1,8	4	4	7	4	4	3	3	2	1	3	2	1,1	353	244	69	56	197
Suriname	45	31	18	2,9	20	16	39	16	21	17	11	5	3	14	11	1,3	191	119	62	30	120

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2019		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortinatalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad		Muertes anuales <5 años	Número anual de muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2019	2000-2019	Niños	Niñas	1990	2019	1990	2000	2019	1990	2019	2000	2019	2000-2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	
Tailandia	37	22	9	4,7	10	8	30	8	20	13	5	6	4	11	6	3,2	6.444	3.759	58	3.408	4.098		
Tayikistán	102	84	34	4,8	38	30	81	30	31	28	15	7	1	14	9	2,2	9.377	4.183	45	303	2.542		
Timor-Leste	175	108	44	4,7	48	40	131	38	55	37	20	25	8	21	13	2,4	1.645	742	45	257	498		
Togo	144	118	67	3,0	72	61	89	46	43	36	25	34	13	28	22	1,3	17.331	6.563	38	2.744	6.062		
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	22	18	17	0,4	15	18	19	14	10	8	7	3	2	8	8	0,5	42	19	45	6	19		
Trinidad y Tabago	30	28	18	2,5	19	16	27	16	20	19	12	4	2	12	9	1,4	312	202	65	45	161		
Túnez	55	30	17	3,0	18	15	43	14	28	19	12	7	3	17	11	2,3	3.398	2.381	70	587	2.178		
Turkmenistán	80	70	42	2,7	48	36	65	36	27	30	24	7	4	10	9	0,9	5.793	3.233	56	426	1.184		
Turquía	74	39	10	7,1	11	9	55	9	33	19	5	9	2	12	4	5,3	13.149	6.905	53	2.623	5.823		
Tuvalu	53	41	24	2,9	26	22	42	20	28	24	16	10	5	15	12	1,1	7	5	71	2	3		
Ucrania	19	18	8	4,1	9	8	17	7	12	11	5	4	2	7	5	2,1	3.514	2.047	58	823	1.853		
Uganda	182	146	46	6,1	51	41	107	33	39	32	20	29	14	23	18	1,4	74.053	32.914	44	18.308	29.928		
Uruguay	23	17	7	4,6	8	6	20	6	12	8	4	3	2	7	5	2,3	337	200	59	77	225		
Uzbekistán	72	62	17	6,7	20	15	59	16	31	28	10	7	4	11	7	2,8	12.045	6.827	57	2.283	4.535		
Vanuatu	35	28	26	0,5	28	24	29	22	16	13	11	7	5	12	11	0,5	224	100	45	41	98		
Venezuela (República Bolivariana de)	30	22	24	-0,6	26	22	25	21	13	11	15	4	3	10	9	0,2	12.620	7.520	60	1.862	4.865		
Viet Nam	51	30	20	2,1	23	17	37	16	23	15	10	11	3	13	8	2,8	31.689	16.587	52	3.632	12.479		
Yemen	126	95	58	2,6	62	54	88	44	43	37	27	19	13	27	24	0,6	50.312	23.220	46	9.287	21.184		
Zambia	179	152	62	4,8	66	57	107	42	36	34	23	27	11	21	15	1,8	38.460	14.902	39	5.648	9.597		
Zimbabwe	77	93	55	2,8	59	50	50	38	25	26	26	13	12	23	16	1,9	24.166	11.283	47	4.765	7.113		

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	57	39	14	5,4	15	13	43	12	28	20	7	9	3	14	7	3,7	434.762	218.187	50	86.608	212.802
Europa y Asia Central	31	21	8	5,1	9	7	25	7	14	10	4	4	2	7	4	2,8	88.075	47.305	54	16.913	44.273
Europa del Este y Asia Central	46	35	11	5,9	13	10	37	10	21	17	6	6	2	10	5	3,5	69.538	36.104	52	12.753	30.349
Europa Occidental	11	6	4	2,6	4	3	9	3	6	3	2	2	1	4	3	1,6	18.537	11.201	60	4.159	13.925
América Latina y el Caribe	55	33	16	3,7	18	15	43	14	22	16	9	6	3	11	8	1,8	169.465	94.324	56	29.452	83.430
Oriente Medio y África del Norte	65	42	22	3,5	23	20	50	18	28	21	12	11	4	16	10	2,3	218.910	123.375	56	38.567	104.724
América del Norte	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	4	2	1	3	3	0,5	27.225	15.831	58	6.060	12.916
Asia Meridional	130	93	40	4,4	41	39	92	33	59	46	25	20	6	32	18	3,0	1.405.945	882.350	63	205.389	651.104
África Subsahariana	178	151	76	3,6	81	70	107	52	45	40	27	38	16	28	22	1,4	2.844.490	1.059.092	37	491.073	856.353
África Oriental y Meridional	162	133	55	4,6	60	51	99	39	43	37	24	38	12	27	21	1,5	1.008.693	443.325	44	185.555	390.047
África Occidental y Central	196	168	95	3,0	101	88	114	63	48	43	31	37	21	29	23	1,3	1.835.797	615.767	34	305.518	466.305
Países menos adelantados	175	135	63	4,0	67	58	108	45	52	42	26	37	13	31	22	1,8	1.968.312	821.302	42	351.049	728.564
Mundo	93	76	38	3,7	40	35	65	28	37	30	17	15	7	21	14	2,3	5.188.872	2.440.464	47	874.064	1.965.604

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años – El porcentaje anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (U5MR) definido como $ARR=100 \cdot (\ln(U5MR_{t2}/U5MR_{t1})/(t1-t2))$, donde $t1=2000$ y $t2=2019$.

Tasa de mortalidad infantil – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal – Probabilidad de morir durante los primeros 28 días de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad (niños de 5 a 14 años) – Probabilidad de morir a los 5 a 14 años expresada por cada 1.000 niños de 5 años.

Muertes de menores de 5 años – Número de muertes de menores de 5 años.

Muertes neonatales – Número de muertes ocurridas en los

primeros 28 días de vida.

Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años – El porcentaje de muertes de menores de 5 años que se producen en los primeros 28 días de vida.

Muertes de niños de 5 a 14 años – Número de muertes de niños de 5 a 14 años.

Tasa de mortinatalidad – La tasa de mortinatalidad se define como el número de bebés nacidos sin signos de vida a las 28 semanas o más de gestación por cada 1.000 nacimientos totales.

Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad – El porcentaje anual de reducción de la tasa de mortinatalidad (SBR) definido como $ARR=100 \cdot (\ln(SBR_{t2}/SBR_{t1})/(t1-t2))$, donde $t1=2000$ y $t2=2019$.

Nacidos muertos – Número de mortinatos.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo Banco Mundial). Última actualización: 2020.

NOTAS

– Datos no disponibles.

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres 2020	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^a	Tasa de partos entre las adolescentes 2015-2020 ^b	Nacimientos a los 18 años (%) 2015-2020 ^b	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^b				Atención del parto (%) 2015-2020 ^b				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%) 2015-2020 ^b			Mortalidad materna 2017 ^c	
		Mujeres de 15 a 49 años			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas		Personal obstetra capacitado		Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en X)	
						Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años ^d	Mujeres de 15 a 19 años								
Afganistán	67	42	62	20	65	21	19	59	58	56	7	19	37	7.700	638	33	
Albania	80	6	14	3	88	78	72	100	100	99	31	86	88	5	15	3.800	
Alemania	84	-	7	-	100 x	99 x	-	99	-	99 x	29 x	-	-	53	7	9.400	
Andorra	-	-	3	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	64	30	163 x	38	82	61	56	50	50	46	4	21	23	3.000	241	69	
Anguila	-	-	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua y Barbuda	78	-	28	-	100 x	100 x	-	100	-	-	-	-	-	1	42	1.200	
Arabia Saudita	77	-	9 x	-	97 x	-	-	99	-	-	-	-	-	100	17	2.300	
Argelia	78	77 x	12	1	95	70	69	99	97	99	25	92	88	1.200	112	270	
Argentina	80	-	50	12 x	98 x	90 x	85 x	100	-	99 x	29 x	-	-	290	39	1.100	
Armenia	79	40	19	1	100	96	93	100	100	99	18	98	97	11	26	2.000	
Australia	86	-	9	-	98 x	92 x	-	99	-	99 x	31 x	-	-	20	6	8.200	
Austria	84	-	6	-	-	-	-	98	-	99 x	24 x	-	-	4	5	13.500	
Azerbaiyán	76	22 x	48	4 x	92 x	96 x	40 x	99	99 x	96 x	26 x	-	83 x	44	26	1.700	
Bahamas	76	-	29 x	-	98 x	85 x	-	99	-	-	-	-	-	4	70	820	
Bahrein	79	-	13	-	100 x	100 x	-	100	-	98 x	-	-	-	3	14	3.000	
Bangladesh	75	77	74	24	75	37	35	59	62	53	36	67	65	5.100	173	250	
Barbados	81	70 x	50 x	7 x	93 x	88 x	-	99	-	100 x	21 x	98 x	97 x	1	27	2.400	
Belarús	80	73 x	12	3 x	100 x	100 x	95 x	100	100 x	100 x	25 x	100 x	100 x	3	2	23.800	
Bélgica	84	-	6	-	-	-	-	-	-	-	18 x	-	-	6	5	11.200	
Belize	78	65	58	17	97	93	92	94	97	96	34	96	96	3	36	1.100	
Benin	64	28	108	19	83	52	47	78	78	84	5	64	66	1.600	397	49	
Bhután	73	85 x	59 x	15 x	98 x	85	66 x	96	40 x	74 x	12 x	30 x	41 x	24	183	250	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	75	50	71	20 x	96	86	81	81	90	80	33	-	56	380	155	220	
Bosnia y Herzegovina	80	22 x	10	-	87 x	84 x	-	100	100 x	100 x	14 x	-	-	3	10	8.200	
Botswana	73	-	52	-	94 x	73 x	-	100	-	100	-	-	-	81	144	220	
Brasil	80	89 x	49	-	97	92	-	99	-	99 x	56	-	-	1.700	60	940	
Brunei Darussalam	77	-	10	-	99 x	93 x	-	100	-	100 x	-	-	-	2	31	1.700	
Bulgaria	79	-	39	5 x	-	-	-	100	-	100	47	-	-	6	10	7.000	
Burkina Faso	63	53	132	28 x	93	47	52	80	83	82	4	33	74	2.400	320	57	
Burundi	64	40	58	13	99	49	52	85	91	84	4 x	49	51	2.400	548	33	
Cabo Verde	76	73 x	12	22 x	99	86	-	97	87 x	97	11 x	-	87	6	58	670	
Camboya	72	57 x	30 x	7 x	95 x	76 x	71 x	89	91 x	83 x	6 x	79 x	90 x	590	160	220	
Camerún	61	45	122	28	87	65	58	69	67	67	4	60	59	4.700	529	40	
Canadá	85	-	7	-	100 x	99 x	-	98	-	98 x	26 x	-	-	40	10	6.100	
Chad	56	18	179 x	51	55	31	33	24	27	22	1	5	16	7.300	1.140	15	
Chequia	82	86 x	11	-	-	-	-	100	-	100 x	20 x	-	-	4	3	17.900	
Chile	83	-	23	-	-	-	-	100	-	100 x	50 x	-	-	29	13	4.600	
China	79	97 x	9	-	100	81 x	-	100	-	100	41 x	63 x	64 x	4.900	29	2.100	
Chipre	83	-	8	-	99 x	-	-	99	-	97 x	-	-	-	1	6	11.000	
Colombia	80	87	58	20	97	90	86	99	99	97	43	-	-	610	83	630	
Comoras	66	29 x	70 x	17 x	92 x	49 x	38 x	82 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	72	273	83	
Congo	66	43	111 x	26	94	79	77	91	92	92	5	86	80	650	378	58	
Costa Rica	83	81	41	13	98	94	92	99	98	98	28	97	92	19	27	1.900	
Côte d'Ivoire	60	44	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	80	5.400	617	34	
Croacia	82	-	9	-	-	98	-	100	-	-	24	-	-	3	8	9.100	
Cuba	81	87	53	10	99	79	76	100	100	100	31	100	100	42	36	1.800	
Dinamarca	83	-	2	-	-	-	-	95	-	-	21 x	-	-	2	4	16.200	
Djibouti	70	-	21 x	-	88 x	23 x	-	87 x	-	87 x	11 x	-	-	51	248	140	
Dominica	-	-	47 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	80	79 x	64	-	84 x	58 x	-	96	-	93 x	46 x	-	-	200	59	640	
Egipto	75	80 x	52	7 x	90 x	83 x	87 x	92	93 x	87 x	52 x	14 x	82 x	960	37	730	
El Salvador	78	80 x	70	18 x	96 x	90 x	90 x	100	99 x	98 x	32 x	97 x	94 x	54	46	960	
Emiratos Árabes Unidos	80	-	4	-	100 x	-	-	99	-	100 x	-	-	-	3	3	17.900	
Eritrea	69	21 x	76 x	19 x	89 x	57 x	40 x	34 x	30 x	34 x	3 x	-	5 x	510	480	46	
Eslovaquia	81	-	26	-	97 x	-	-	98	-	-	24 x	-	-	3	5	12.600	
Eslovenia	84	-	4	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	1	7	9.300	
España	86	-	6	-	-	-	-	100	-	-	26 x	-	-	14	4	21.500	
Estado de Palestina	76	61	43	22 x	99 x	96 x	96 x	100	100 x	99 x	20 x	94 x	91 x	-	27	880	
Estados Unidos de América	82	78	17	-	-	97 x	-	99	-	-	31 x	-	-	720	19	3.000	
Estonia	83	-	10	-	-	97 x	-	100	-	99	-	-	-	1	9	6.900	
Eswatini	65	83 x	87 x	17 x	99 x	76 x	68 x	88	89 x	88 x	12 x	90 x	88 x	130	437	72	
Etiopía	69	64	80 x	21	74	43	36	50	55	48	2	13	34	14.000	401	55	
Federación de Rusia	78	72 x	22	-	-	-	-	100	-	99 x	13 x	-	-	320	17	3.100	
Fiji	70	-	23	-	100 x	94 x	-	100	-	99 x	-	-	-	6	34	1.000	
Filipinas	76	56	36	11	94	87	80	84	86	78	13	86	86	2.700	121	300	
Finlandia	85	-	4	-	100 x	-	-	100	-	100	16 x	-	-	2	3	20.900	
Francia	86	96 x	9	-	100 x	99 x	-	98	-	98 x	21 x	-	-	56	8	7.200	
Gabón	69	44 x	91 x	28 x	95 x	78 x	76 x	89 x	91 x	90 x	10 x	25 x	60 x	170	252	93	
Gambia	64	40	68	19 x	98	79	76	84	86	84	4	88	88	520	597	31	
Georgia	78	51	29	6	98 x	81	-	100	100 x	99	47	-	-	14	25	1.900	
Ghana	66	40	78	18	97	85	78	79	75	78	13	91	85	2.700	308	82	
Granada	75	-	36 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	0	25	1.700	

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres 2020	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^a	Tasa de partos entre las adolescentes 2015-2020 ^a	Nacimientos a los 18 años (%) 2015-2020 ^a	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^a				Atención del parto (%) 2015-2020 ^a				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%) 2015-2020 ^a			Mortalidad materna 2017 ^c		
		Mujeres de 15 a 49 años			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas		Personal obstetra capacitado		Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en X)		
						Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años ^{a*}	Mujeres de 15 a 19 años									
Grecia	85	-	9	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	2	3	26.900		
Guatemala	77	66	77	20	91	86	85	70	70	65	26	8	78	400	95	330		
Guinea	63	38	120	39	81	35	36	55	59	53	3	64	49	2.600	576	35		
Guinea-Bissau	61	60	84	27	97	81	81	54	62	50	3	57	53	440	667	32		
Guinea Ecuatorial	60	21 x	176 x	42 x	91 x	67 x	-	68 x	70 x	67 x	7 x	-	-	130	301	67		
Guyana	73	52 x	74 x	16 x	91 x	87 x	86 x	96	94 x	93 x	17 x	95 x	93 x	26	169	220		
Haití	67	45	55	14	91	67	55	42	37	39	5	38	31	1.300	480	67		
Honduras	78	76 x	89 x	22 x	97 x	89 x	87 x	74	87 x	83 x	19 x	81 x	85 x	130	65	560		
Hungría	80	-	22	-	-	-	-	100	-	-	31 x	-	-	11	12	6.200		
Islas Turcas y Caicos	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
India	71	73	12	9	79	51	30 x	81	84	79	17	27	65	35.000	145	290		
Indonesia	74	77	36	7	98	77	65	95	87	79	17	76	87	8.600	177	240		
Irán (República Islámica del)	78	69 x	31	5 x	97 x	94 x	-	99	-	95 x	55 x	-	-	250	16	2.600		
Iraq	73	54	70	14	88	68	76	96	97	87	33	78	83	870	79	320		
Irlanda	84	-	6	-	100 x	-	-	100	-	100 x	25 x	-	-	3	5	11.300		
Islandia	85	-	5	-	-	-	-	98	-	-	17 x	-	-	0	4	14.400		
Islas Cook	-	-	42	-	100 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	-	-	-		
Islas Marshall	-	81 x	85 x	21 x	81 x	77 x	-	92	94 x	85 x	9 x	-	-	-	-	-		
Islas Salomón	75	38	78 x	15	89	69	-	86	88	85	6	16	69	22	104	200		
Islas Virgenes Británicas	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Israel	85	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	10.800		
Italia	86	-	4	-	99 x	68 x	-	100	-	100 x	40 x	-	-	7	2	51.300		
Jamaica	76	83 x	52	15 x	98 x	86 x	85 x	100	97 x	99	21 x	-	-	38	80	600		
Japón	88	-	3	-	-	-	-	100	-	100 x	-	-	-	44	5	16.700		
Jordania	76	57	27	5	98	92	93	100	100	98	26	86	83	100	46	730		
Kazajstán	78	73	23	2	99	95	98	100	99	99	15	99	98	37	10	3.500		
Kenya	69	74	96 x	23 x	94	58 x	49 x	70	65 x	61 x	9 x	36 x	53 x	5.000	342	76		
Kirguistán	76	65	38	3	100	94	82	100	100	100	8	98	96	95	60	480		
Kiribati	73	53	51	8	89	67	66	92	96	86	9	91	86	3	92	290		
Kuwait	77	-	5	-	100 x	-	-	100	-	99 x	-	-	-	7	12	4.200		
Lesotho	58	83	91	14 x	91	77	71	87	90	89	10 x	82	84	310	544	58		
Letonia	80	-	12	-	92 x	-	-	100	-	98 x	-	-	-	4	19	3.100		
Libano	81	-	12	-	96 x	-	-	98 x	-	100 x	-	-	-	34	29	1.600		
Liberia	66	41	128	34	98	87	86	84	84	80	4 x	35 x	80	1.000	661	32		
Libia	76	24 x	11 x	-	93 x	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	92	72	590		
Liechtenstein	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lituania	82	-	11	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	2	8	7.500		
Luxemburgo	85	-	5	-	-	97 x	-	100 x	-	100 x	29 x	-	-	0	5	14.300		
Macedonia del Norte	78	30	15	4	97	96	-	100	100 x	99	38	99	94	2	7	9.000		
Madagascar	69	66	151	36	85	51	45	46	42	39	2	78	72	2.800	335	66		
Malasia	79	-	9	-	97 x	97	94	100	98	99 x	21	-	-	150	29	1.600		
Malawi	68	74	138	31	98	51	46	90	92	91	6	60	42	2.100	349	60		
Maldivas	81	29	9	1	99	82	87	100	99	95	40	82	80	4	53	840		
Malí	61	41	164	37	80	43	42	67	71	67	3	54	56	4.400	562	29		
Malta	84	-	12	-	100 x	-	-	100	-	100 x	-	-	-	0	6	10.200		
Marruecos	78	72	19	8 x	89	54	30 x	87	70 x	86	21	-	-	480	70	560		
Mauricio	79	41 x	23	-	-	-	-	100	-	98 x	-	-	-	8	61	1.200		
Mauritania	67	30	84 x	22	87	63	56	69	67	69	5	58	57	1.100	766	28		
México	78	80	62	21	99	94	94	97	99	97	41	95	95	740	33	1.300		
Micronesia (Estados Federados de)	70	-	44 x	-	80 x	-	-	100 x	-	87 x	11 x	-	-	2	88	370		
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mongolia	74	64	31	4	99	89	90	99	100	98	26	98	94	35	45	710		
Montenegro	79	33	10	3	97	94	-	99	-	99	24	96	86	0	6	9.900		
Montserrat	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mozambique	64	56	180	40 x	94	51	55	73	75	55 x	4 x	28	-	3.100	289	67		
Myanmar	70	75	28	5	81	59	47	60	61	37	17	36	71	2.400	250	190		
Namibia	67	80 x	64	15 x	97 x	63 x	58 x	88 x	88 x	87 x	14 x	20 x	69 x	140	195	140		
Nauru	-	43 x	94	22 x	95 x	40 x	-	97 x	91 x	99 x	8 x	-	-	-	-	-		
Nepal	73	62	63	14	89	78	80	77	81	78	15	69	68	1.100	186	230		
Nicaragua	78	90 x	103	28 x	95 x	88 x	68 x	96	75 x	71 x	30 x	-	-	130	98	380		
Níger	64	46	154	48 x	83 x	38	32 x	39	36 x	59	1 x	13 x	37 x	5.100	509	27		
Nigeria	56	36	106	28	67	57	47	43	31	39	3	38	42	67.000	917	21		
Niue	-	-	20 x	-	100 x	-	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-	-		
Noruega	85	-	3	-	-	-	-	99	-	99 x	16 x	-	-	1	2	25.700		
Nueva Zelanda	84	-	13	-	-	-	-	96	-	97 x	23 x	-	-	5	9	6.100		
Omán	81	40 x	8	2 x	99 x	74	-	99	99 x	99 x	19 x	98 x	95 x	17	19	1.600		
Países Bajos	84	-	3	-	-	-	-	-	-	-	14 x	-	-	9	5	11.900		
Pakistán	69	49	54	7	86	51	44	71	70	66	22	64	62	8.300	140	180		
Palau	-	-	34	-	90 x	81 x	-	100	-	100 x	-	-	-	-	-	-		
Panamá	82	65	74	-	99	88 x	84 x	93	99	96	32	93 x	92 x	41	52	750		
Papua Nueva Guinea	66	49	68	14 x	76	49	54	56	61	55	3	45	46	340	145	190		
Paraguay	77	79	72	-	99	86	92	98	97	93	46	96	94	120	84	440		

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Espe- ranza de vida: mujeres 2020	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^a	Tasa de partos entre las adolescentes 2015-2020 ^a	Na- cimien- tos a los 18 años (%) 2015-2020 ^a	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^a				Atención del parto (%) 2015-2020 ^a				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%) 2015-2020 ^a			Mortalidad materna 2017 ^c		
		Mujeres de 15 a 49 años			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas		Personal obstetra capacitado		Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la vida: (1 en X)		
						Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años ^{a,b}	Mujeres de 15 a 19 años									
Perú	80	67	44	16	98	96	93	94	90	93	35	96 x	96 x	500	88	480		
Polonia	83	-	10	-	-	-	-	100	-	100 x	21 x	-	-	8	2	30.300		
Portugal	85	-	7	-	100 x	-	-	100	-	99	31 x	-	-	6	8	10.700		
Qatar	82	69 x	7	-	91 x	85 x	-	100	-	99 x	20 x	-	-	2	9	5.000		
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	83	87 x	12	-	-	-	-	-	-	-	26 x	-	-	52	7	8.400		
República Árabe Siria	78	53 x	22 x	9 x	88 x	64 x	-	96 x	97 x	78 x	26 x	-	-	130	31	1.000		
República Centroafricana	56	28	229 x	43	52	41	45	40	43	58	2	59	57	1.400	829	25		
República de Corea	86	-	1	-	-	97 x	-	100	-	100	32 x	-	-	43	11	8.300		
República Democrática del Congo	63	33	109	25	82	43	46	85	87	82	5	57	50	16.000	473	34		
República Democrática Popular Lao	70	72	83	18	78	62	52	64	56	65	6	47	47	310	185	180		
República de Moldova	76	64	21	4 x	99 x	95 x	96 x	100	100 x	99 x	16 x	-	-	8	19	3.900		
República Dominicana	78	82 x	54	21 x	98 x	93 x	91 x	100	99 x	98 x	58 x	95 x	95 x	200	95	410		
República Popular Democrática de Corea	76	90	1	-	100	94	-	100	-	92	13	99	98	310	89	620		
República Unida de Tanzania	68	55	139	22	98	62	48	64	68	63	6	43	34	11.000	524	36		
Rumania	80	47 x	36	-	76	76 x	-	95	-	95	34 x	-	-	36	19	3.600		
Rwanda	72	63	41	6	98	47	44	94	98	93	13	19	70	960	248	94		
Saint Kitts y Nevis	-	-	46 x	-	100 x	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-		
Samoa	76	39 x	39 x	7	93 x	70	-	89	87 x	89	8	85	83	2	43	590		
San Marino	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Santa Lucía	78	72 x	25	-	97 x	90 x	-	100	-	100 x	19 x	100 x	90 x	3	117	580		
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Santo Tomé y Príncipe	73	58	86	22	98	84 x	81 x	97	98	95	10	92	84	9	130	170		
San Vicente y las Granadinas	75	-	52	-	100 x	100 x	-	99	-	-	-	-	-	1	68	750		
Senegal	70	53	68	16	98	56	51	75	77	80	5	84	80	1.700	315	65		
Serbia	79	38	12	3	99	97	95 x	100	98 x	100	32	-	-	10	12	5.800		
Seychelles	78	-	68	-	-	-	-	99 x	-	-	-	-	-	1	53	790		
Sierra Leona	56	53	102	31	98	79	82	87	90	83	4	83	86	2.900	1.120	20		
Singapur	86	-	2	-	-	-	-	100	-	100	-	-	-	4	8	9.900		
Somalia	59	2	118	27	31	24	4 x	32	31	21	2	10	11	5.100	829	20		
Sri Lanka	80	74	21	3	99	93 x	-	100	99	100	32 x	-	99	120	36	1.300		
Sudáfrica	68	80	41	15 x	94	76	77	97	97	96	26	-	84	1.400	119	330		
Sudán	67	30 x	87 x	22 x	79 x	51 x	49 x	78	77 x	28 x	9 x	28 x	27 x	3.900	295	75		
Sudán del Sur	60	4 x	158 x	28 x	62 x	17 x	21 x	19 x	25 x	12 x	1 x	-	-	4.500	1.150	18		
Suecia	85	87	4	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	12.600		
Suiza	86	-	2	-	-	-	-	-	-	-	30 x	-	-	4	5	13.900		
Suriname	75	58	54	-	85	68	66	98	99	93	16	94	91	13	120	330		
Tailandia	81	88	23	9	99	90	81	99	98	99	35	-	-	270	37	1.900		
Tayikistán	74	52	54	1	92	64	67	95	96	88	5	90	92	46	17	1.400		
Timor-Leste	72	46	42	7	84	77	74	57	58	49	4	31	35	52	142	170		
Togo	62	40	79	17	78	55	47	69	64	80	9	80	81	1.000	396	56		
Tokelau	-	-	30 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tonga	73	50	30	3	98	89	90	98	100	98	14	98	95	1	52	540		
Trinidad y Tabago	76	58 x	32 x	6 x	95 x	100 x	81 x	100	99 x	98 x	22 x	96 x	92 x	12	67	840		
Túnez	79	63	7	1	95	84	-	100	-	100	43	97	89	90	43	970		
Turkmenistán	72	80	22	1	100	98	96	100	100	100	8	100	100	10	7	4.400		
Turquía	81	60	19	5	96	90	83 x	97	99	99	52	68	79	220	17	2.800		
Tuvalu	-	41 x	27	3 x	97 x	67 x	-	93 x	100 x	93 x	7 x	-	-	-	-	-		
Ucrania	77	68 x	18	4 x	99 x	87 x	87 x	100	99 x	99 x	12 x	99 x	96 x	83	19	3.700		
Uganda	66	55	111	28	95	57	59	74	80	73	6	11 x	54	6.000	375	49		
Uruguay	82	-	36	-	97 x	77 x	44 x	100	100 x	100 x	30 x	-	-	8	17	2.900		
Uzbekistán	74	-	19	2 x	99	-	-	100	99 x	100	17	-	-	200	29	1.200		
Vanuatu	72	51 x	51 x	13 x	76 x	52 x	-	89 x	93 x	89 x	12 x	-	-	6	72	330		
Venezuela (República Bolivariana de)	76	-	95 x	24 x	98 x	84 x	-	99	-	99 x	52 x	-	-	670	125	330		
Viet Nam	80	70 x	35	5 x	96 x	74 x	55 x	94	87 x	94 x	28 x	89 x	90 x	700	43	1.100		
Yemen	68	41 x	67 x	17 x	60 x	25 x	30 x	45 x	52 x	30 x	5 x	11 x	20 x	1.400	164	150		
Zambia	67	66	135	31	97	64	59	80	84	84	5	72	70	1.300	213	93		
Zimbabwe	63	85	108	24	93	72	71	86	89	86	9	91	57	2.100	458	55		

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres 2020	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015–2020 ^a	Tasa de partos entre las adolescentes 2015–2020 ^b	Nacimientos a los 18 años (%) 2015–2020 ^b	Atención prenatal (%) 2015–2020 ^a				Atención del parto (%) 2015–2020 ^a				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%) 2015–2020 ^a			Mortalidad materna 2017 ^c		
					Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas		Personal obstetra capacitado		Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en X)		
						Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años ^{a,b}	Mujeres de 15 a 19 años									
DATOS CONSOLIDADOS																		
Asia Oriental y el Pacífico	79	86	20	-	98	-	-	96	-	91	-	-	-	21.000	69	790		
Europa y Asia Central	81	77	16	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	1.400	13	4.300		
Europa del Este y Asia Central	78	69	25	-	96	-	-	99	-	98	31	-	-	1.200	19	2.600		
Europa Occidental	84	83	8	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	260	5	11.700		
América Latina y el Caribe	79	83	61	-	97	91	-	95	-	-	43	-	-	7.700	74	630		
Oriente Medio y África del Norte	76	69	39	-	-	-	-	95	-	-	-	-	-	5.800	57	570		
América del Norte	82	81	16	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-	760	18	3.100		
Asia Meridional	71	71	23	11	80	49	-	77	79	74	19	37	64	57.000	163	240		
África Subsahariana	63	55	99	26	82	53	50	64	62	61	5	45	50	200.000	533	38		
África Oriental y Meridional	67	64	88	25	87	54	51	69	68	63	6	35	45	70.000	384	58		
África Occidental y Central	60	41	110	27	78	53	49	60	57	59	4	51	53	131.000	674	28		
Países menos adelantados	67	58	91	24	82	48	46	66	67	62	8	44	50	130.000	415	56		
Mundo	75	77	41	15	87	59	-	83	75	76	17	48	63	295.000	211	190		

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida al nacer – Número de años que vivirían las niñas recién nacidas si estuvieran sujetas a los riesgos de mortalidad existentes para la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres (15 a 19 años y 15 a 49 años) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos.

Tasa de partos entre las adolescentes – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes de 15 a 19 años.

Nacimientos a los 18 años – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años. El indicador se refiere a las mujeres que han tenido un parto con vida en un período reciente, por lo general dos años para las encuestas MICS y cinco años para las DHS.

Atención prenatal (por lo menos una visita) – Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años de edad) atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario capacitado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

Atención prenatal (por lo menos cuatro visitas) – Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años y de 15 a 49 años) atendidas por cualquier proveedor al menos cuatro veces.

Personal obstetra capacitado – Porcentaje de partos de madres (de 15 a 19 años y de 15 a 49 años), atendidos por personal sanitario cualificado (normalmente un médico, una enfermera o una comadrona).

Partos en instituciones – Proporción de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en un centro de salud.

Cesárea – Porcentaje de partos realizados mediante cesárea. Nota: una tasa de cesárea del 5% al 15% es una cifra previsible con niveles adecuados de atención obstétrica de emergencia.

Control posnatal de la salud para el recién nacido – Porcentaje de los últimos nacidos vivos en los dos últimos años que recibieron un control sanitario en los dos días siguientes al parto. Nota: Para las MICS, el examen de salud se refiere a un examen de salud en el centro o en el hogar después del parto o de una visita posnatal.

Control posnatal de la salud para la madre – Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años de edad) que recibieron un control de salud dentro de los dos días posteriores al parto de su hijo más reciente nacido vivo en los últimos dos años. Nota: En el caso de las MICS, el control de la salud se refiere a un control de la salud en el establecimiento o en el hogar después del parto o de una visita posnatal.

Número de muertes maternas – Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo (estimaciones de modelos).

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo.

Riesgo de mortalidad de la madre en su vida – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el título de la columna.
- Rs Indicador 3.1.2 de los ODS - El período de presentación de informes (2014-2020) y los agregados regionales están armonizados con la base de datos mundial de los ODS 2021.
- C Las estimaciones de mortalidad materna proceden de las estimaciones interinstitucionales de mortalidad materna de las Naciones Unidas de 2019. Periódicamente, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (la OMS, UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas) produce conjuntos de datos de mortalidad materna comparables a nivel internacional que tienen en cuenta los problemas bien documentados de notificación insuficiente y clasificación errónea de las muertes maternas, incluyendo también las estimaciones para los países sin datos. Téngase en cuenta que, debido a la evolución de la metodología, estos valores no son comparables con los valores "ajustados" de la tasa de mortalidad materna comunicados anteriormente.
- x Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas. Última actualización: enero de 2021.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales y los Sistemas Nacionales de Información sobre la Salud. Última actualización: marzo de 2019.

Tasa de partos entre las adolescentes – División de Población de las Naciones Unidas, 2019. Última actualización: enero de 2021.

Nacimientos a los 18 años – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Atención prenatal (por lo menos una visita) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Atención prenatal (por lo menos cuatro visitas) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Personal obstetra capacitado – Base de datos conjunta UNICEF/OMS SBA, basada en DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares, así como en datos administrativos nacionales. Última actualización: enero de 2021.

Asistente de parto cualificado (mujeres de 15 a 19 años) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Partos en instituciones – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Cesárea – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Control posnatal de la salud de recién nacidos y madres – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Número de muertes maternas – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: septiembre de 2019.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: septiembre de 2019.

Riesgo de mortalidad de la madre en su vida – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: septiembre de 2019.

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2020 ^d										2015-2020 ^e					
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^g	Neumonía		Paludismo		
												Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Gabón	85	69	63	62	53	-	63	63	-	-	83	68 x	26 x	67 x	39 x	36 x
Gambia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	70	44	64	44	77
Georgia	96	95	88	88	91	77	88	88	75	82	-	74 x	42	67	-	-
Ghana	93	94	94	92	88	79	94	94	89	95	90	56	48	69	54	74
Granada	-	79	72	72	83	79	72	72	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-
Guatemala	86	92	83	83	88	79	89	89	85	86	91	52	49	50	-	-
Guinea	73	62	47	48	47	-	47	47	-	-	83	69	55	62	27	44
Guinea-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	48	30	52	94	97
Guinea Ecuatorial	85	77	53	55	53	-	53	53	-	-	60	54 x	40 x	62 x	23 x	38 x
Guyana	94	99	99	91	98	97	99	99	97	89	99	84 x	43 x	71 x	7 x	5 x
Haití	73	75	51	51	65	41	51	51	51	51	80	37	39	40	18	31
Honduras	83	85	80	80	82	79	80	80	83	80	99	64 x	60 x	62 x	-	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	85	87	85	85	89	81	85	85	82	21	90	78	51	73	5	1
Indonesia	87	83	77	76	76	49	77	77	-	4	85	75	36	90	3 x	3 x
Irán (República Islámica del)	98	99	99	99	99	98	99	99	-	-	96	76 x	61 x	-	-	-
Iraq	99	90	74	78	76	93	74	74	42	-	73	44	25	75	-	-
Irlanda	-	98	94	94	92	-	94	94	89	86	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38 x	63 x	-	-
Islas Salomón	82	98	94	92	81	51	94	94	41	93	87	79	37	62	70	86
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	99	98	98	99	96	96	98	79	94	-	-	-	-	-	-
Italia	-	94	94	94	92	86	94	94	63	91	-	-	-	-	-	-
Jamaica	99	97	96	95	93	89	95	96	-	-	91	82 x	64 x	-	-	-
Japón	95	98	96	96	98	95	92	95	-	95	-	-	-	-	-	-
Jordania	76	78	77	76	76	90	77	77	75	-	92	61	44	68	-	-
Kazajstán	93	94	88	88	93	91	88	88	-	89	-	81 x	62 x	-	-	-
Kenya	92	94	89	89	88	49	91	89	93	90	88	66 x	54 x	72 x	56	59 x
Kirguistán	96	90	87	87	92	93	86	86	52	90	-	60 x	36	48	-	-
Kiribati	93	99	92	91	82	57	92	92	89	91	93	87	61	27 x	69	86
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	-	-	-	-	-
Lesotho	87	92	87	83	75	69	87	87	87	87	85	58	40	61 x	-	-
Letonia	99	99	99	99	99	94	99	99	86	91	-	-	-	-	-	-
Libano	-	87	71	67	74	64	71	71	-	74	-	74 x	44 x	-	-	-
Liberia	85	82	65	67	61	30	65	65	65	65	90	78	60 x	81	44	55
Libia	74	74	73	73	73	72	73	73	73	73	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	96	95	91	91	90	91	91	91	48	83	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93 x	62 x	-	-	-
Madagascar	73	73	68	76	59	24	70	70	64	65	75	40	19	48	62	78
Malasia	99	99	98	98	95	84	99	98	-	-	95	92	45	-	-	-
Malawi	87	95	94	93	90	75	90	90	91	93	90	77	65	54	68	82
Maldivas	99	99	99	99	99	96	99	99	-	-	99	74 x	75	86	-	-
Mali	78	75	70	65	62	26	70	70	68	66	87	35	21	53	79	85
Malta	-	99	98	98	95	99	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	70 x	22 x	-	-	-
Mauricio	96	94	93	94	89	87	93	93	92	86	97	-	-	-	-	-
Mauritania	80	79	71	76	72	-	71	71	71	70	83	34	25	35	32	49
México	28	79	74	74	89	78	79	74	71	75	96	73	61	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	84	98	83	82	79	62	88	68	40	79	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	99	98	96	97	97	96	96	96	-	92	-	76	58	-	-	-
Montenegro	67	94	84	84	24	76	52	84	-	-	-	89 x	16 x	74 x	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	91	83	79	73	81	62	79	79	79	65	86	57	46	69	73	82
Myanmar	87	87	84	86	91	90	84	84	49	86	90	58	62	65	19	27
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	68 x	72 x	63 x	6 x	24 x
Nauru	99	99	95	95	98	97	95	95	-	-	-	69 x	23 x	51 x	-	-
Nepal	92	89	84	84	87	74	84	84	-	80	89	82	60	73	-	-
Nicaragua	93	94	92	93	97	98	92	92	92	92	90	58 x	65 x	-	-	-
Níger	94	93	81	81	79	60	81	81	83	81	83	59	41	75	96	87
Nigeria	67	65	57	57	54	12	57	57	-	57	65	40	40	73	52	61

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2020 ^d											2015-2020 ^e				
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^g	Neumonía	Diarrea	Paludismo		
												Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	-	98	97	97	97	95	97	97	95	96	-	-	-	-	-	
Nueva Zelanda	-	94	92	92	91	91	92	92	88	92	-	-	-	-	-	
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	56 x	59 x	-	-	
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistán	91	83	77	83	83	74	77	77	80	80	85	71	37	81	0	4
Palau	-	99	96	96	93	83	93	89	82	75	-	-	-	-	-	-
Panamá	99	93	74	74	80	74	74	74	86	74	-	82 x	52 x	-	-	-
Papua Nueva Guinea	52	48	39	41	47	27	39	39	-	39	67	63	30	50	52	69
Paraguay	84	84	79	78	80	72	79	79	80	82	95	89	28	86	-	-
Perú	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	61	34	61	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	98	89	82	89	90	90	82	82	83	70	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	97	93	93	91	87	93	93	91	91	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	74	65	49	53	59	53	49	49	-	-	90	77 x	50 x	-	-	-
República Centroafricana	61	54	42	46	41	-	42	42	-	40	63	35	23	32	51	61
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	73	66	57	59	57	-	57	57	33	58	85	34	24	46	51	63
República Democrática Popular Lao	90	87	79	78	79	47	79	79	-	77	93	40	56	58	50	61
República de Moldova	95	86	86	87	84	93	87	86	56	72	-	79 x	42 x	-	-	-
República Dominicana	85	86	82	80	82	55	81	80	77	69	99	73 x	48 x	65 x	-	-
República Popular Democrática de Corea	99	98	97	70	99	99	97	97	-	-	98	86	74	-	-	-
República Unida de Tanzania	87	88	86	65	84	67	86	86	82	80	91	55	45	75	55	78
Rumania	97	95	87	87	87	75	87	87	-	85	-	-	-	-	-	-
Rwanda	89	91	91	91	94	91	91	91	91	91	97	54	34	62	56	66
Saint Kitts y Nevis	98	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	99	94	79	76	57	44	72	72	-	-	-	72	59	63	-	-
San Marino	-	92	89	89	90	79	89	88	-	82	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	89	90	86	88	89	71	86	86	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	82	42	62	63	78
San Vicente y las Granadinas	99	99	97	99	99	99	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	95	93	91	84	88	69	92	92	92	92	95	48	26	50	65	81
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90 x	36 x	-	-	-
Seychelles	99	99	97	97	97	99	97	97	98	94	100	-	-	-	-	-
Sierra Leona	72	93	91	90	87	67	91	91	90	91	93	76	85	75	59	68
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	37	52	42	47	46	-	42	42	-	-	60	23	13 x	37	11 x	19 x
Sri Lanka	99	96	96	96	96	96	96	96	-	-	99	52	54	92	4	6
Sudáfrica	86	88	84	84	84	76	84	84	83	83	90	66	51	68	-	-
Sudán	92	96	90	90	86	68	90	90	92	90	81	48 x	20 x	-	30 x	25 x
Sudán del Sur	52	51	49	50	49	-	49	49	-	-	65	48 x	39 x	57 x	42	63
Suecia	26	98	97	97	97	95	97	97	83	97	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	98	96	96	97	93	72	96	-	86	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	60	51	51	45	50	51	51	-	-	95	89	46	52	43 x	61 x
Tailandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	80	73	76	-	-
Tayikistán	98	98	97	97	98	97	97	97	95	-	-	69	62	44	1 x	2 x
Timor-Leste	88	87	86	86	79	78	86	86	-	-	83	70	70	58	55	64
Togo	96	87	82	80	69	46	82	82	78	82	83	39	14	54	61	71
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	82	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74 x	45 x	-	-	-
Túnez	85	92	92	92	93	92	92	92	-	82	97	98	40	74	-	-
Turkmenistán	98	99	98	98	98	99	99	99	95	23	-	51 x	47	59	-	-
Turquía	96	99	98	98	95	93	98	98	-	95	95	45 x	-	-	-	-
Tuvalu	99	99	95	90	93	85	93	93	-	-	-	-	44 x	79 x	-	-
Ucrania	93	93	81	84	85	82	81	85	-	-	-	92 x	59 x	-	-	-
Uganda	91	94	89	88	87	-	89	89	88	89	83	71	47	87	60	83
Uruguay	99	98	92	91	95	91	92	92	-	94	-	91 x	-	-	-	-
Uzbekistán	99	96	95	97	99	99	95	95	90	93	-	68 x	28 x	-	-	-
Vanuatu	77	84	78	76	78	-	78	78	-	-	78	72 x	48 x	57 x	51 x	83 x
Venezuela (República Bolivariana de)	82	73	54	62	76	28	54	54	-	-	67	72 x	38 x	-	-	-
Viet Nam	95	96	94	80	97	93	94	94	-	-	96	81 x	51 x	-	9 x	10 x
Yemen	71	83	72	66	68	46	72	72	73	72	70	34 x	25 x	33 x	-	-

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2020 ^d											2015–2020 ^e				
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 ^f	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^g	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Paludismo		
Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)														Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)	
Zambia	85	88	84	83	96	66	84	84	87	85	85	75	67	77	52	78
Zimbabwe	88	93	86	86	85	74	86	86	88	86	87	48	33	50	15	37
DATOS CONSOLIDADOS																
Asia Oriental y el Pacífico	93	94	92	91	92	87	92	36	3	16	89 ^h	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	94	97	94	94	94	91	91	78	29	79	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	97	96	94	95	94	93	94	65	20	75	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	68	98	95	94	94	88	88	94	41	84	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	68	85	77	76	83	64	78	77	69	73	93	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	93	93	88	88	87	87	88	88	30	36	87	-	-	-	-	-
América del Norte	-	97	93	92	91	94	90	90	76	82	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	88	87	84	85	88	80	84	84	72	40	89	74	50	73	4	2
África Subsahariana	78	78	72	71	68	35	72	72	55	67	81	46	37	60	54	68
África Oriental y Meridional	80	83	78	77	75	50	78	78	75	73	85	51	41	59	51	68
África Occidental y Central	76	74	65	65	62	21	66	66	36	62	77	41	33	61	56	67
Países menos adelantados	81	82	76	75	73	47	76	76	56	71	85	49	42	57	50	64
Mundo	85	87	83	83	84	70	83	70	46	49	86^h	62	44	68	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categorías de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. Los datos desglosados por sexo para indicadores específicos de salud infantil están disponibles en <https://data.unicef.org/topic/child-health/>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

BCG – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron el bacilo Calmette–Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

DTP1 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

DTP3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

Polio3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis.

MCV1 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que reciben la primera dosis de la vacuna que contiene el sarampión.

MCV2 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que reciben la segunda dosis de la vacuna que contiene en el sarampión siguiendo el calendario nacional.

HepB3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B.

Hib3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo B.

Rotavirus – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron la última dosis de la vacuna contra el rotavirus tal como se recomienda.

PCV3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron la última dosis de la vacuna neumocócica conjugada.

Protección al nacer – Porcentaje de lactantes protegidos al nacer contra el tétanos con el antitoxoide tetánico.

Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda – Porcentaje de niños

menores de 5 años con síntomas de neumonía (tos y respiración rápida o difícil debido a un problema en el pecho) en las dos semanas anteriores a la encuesta para los que se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud.

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea durante las dos semanas que precedieron a la encuesta y que recibieron sales de rehidratación oral (sobres de SRO o fluidos pre empaquetados de SRO).

Búsqueda de atención para niños con fiebre – Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre para los que se buscó consejo o tratamiento en un centro o proveedor de salud. Excluye a los vendedores de medicamentos, las tiendas, los comercios y los curanderos tradicionales. En algunos países, en particular los que no son endémicos de paludismo, también se han excluido del cálculo las farmacias.

Niños que duermen bajo un mosquetero tratado con insecticida – Porcentaje de niños menores de 5 años que habían dormido bajo un mosquetero tratado con insecticida la noche anterior a la encuesta.

Hogares que disponen de por lo menos un mosquetero tratado con insecticida – Porcentaje de hogares con por lo menos un mosquetero tratado con insecticida.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Inmunización – Estimaciones de la cobertura de inmunización nacional de UNICEF y OMS, revisión de 2020. Última actualización: julio de 2021.

Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: enero de 2021.

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: enero de 2021.

NOTAS

– Datos no disponibles.

h Excluye a China.

J Para el cálculo de la cobertura de vacunación regional y mundial, se considera que la cobertura nacional es del 0% para los países que no introdujeron la vacuna en su calendario nacional o no informaron de la cobertura, con la excepción de la BCG, que solo se recomienda en países o entornos con una alta incidencia de tuberculosis o una elevada carga de lepra. En el cálculo de los agregados mundiales y regionales se utilizaron las estimaciones de las poblaciones objetivo de *Perspectivas de la población mundial* (revisión de 2019).

F En general, se recomienda la administración de la segunda dosis de la vacuna que contiene sarampión (MCV2) durante el segundo año de vida; sin embargo, en muchos países, la MCV2 se programa después del segundo año. Se utilizaron las estimaciones de *Perspectivas de la población mundial* (revisión de 2019) de la población objetivo del segundo año de vida para calcular los agregados regionales y mundiales.

Búsqueda de atención para niños con fiebre – DHS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Niños que duermen bajo mosqueteros tratados con insecticida – DHS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Hogares que disponen de por lo menos un mosquetero tratado con insecticida – DHS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

G La OMS y UNICEF utilizan un complejo proceso en el que se emplean datos administrativos, encuestas (ordinarias y complementarias), seroencuestas e información sobre otras vacunas para calcular el porcentaje de nacimientos que pueden considerarse protegidos contra el tétanos porque las mujeres embarazadas recibieron dos dosis o más de la vacuna del toxoide tetánico (TT).

R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el título de la columna.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes	Muertes de adolescentes	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes	Tasa de partos entre las adolescentes ^a	Nacimientos a los 18 años (%) 2015-2020 ^b	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^b	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^b	Personal obstetra capacitado 2015-2020 ^b	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2020	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	(mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años)	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015-2019 ^c		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016	
	Total	Total	Total	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afganistán	15	14.329	-0,9	62	20	21	19	58	-	1	0	10 x	6 x	88	88
Albania	3	105	3,3	14	3	6	72	100	-	51	24	15	7	68	81
Alemania	2	1.236	3,4	7	-	-	-	-	-	82	58	-	-	80	88
Andorra	2	1	3,4	3	-	-	-	-	77	77	51	-	-	-	-
Angola	19	13.944	3,6	163 x	38	15	56	50	-	46	21	-	-	-	-
Anguila	-	-	-	40 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	3	5	3,0	28	-	-	-	-	-	48	22	8	7	74	85
Arabia Saudita	6	2.846	1,3	9 x	-	-	-	-	-	3	2	21 x	9 x	-	-
Argelia	4	2.751	2,2	12	1	68 x	69	97	-	2	1	17 x	3 x	76	91
Argentina	4	3.152	1,1	50	12 x	-	85 x	-	45	68	40	19	21	80	90
Armenia	3	104	-0,2	19	1	7 x	93	100	-	24	9	11 x	4 x	73	83
Australia	2	576	3,0	9	-	-	-	-	66	81	57	-	-	87	91
Austria	2	148	3,8	6	-	-	-	-	-	80	56	-	-	71	85
Azerbaiyán	4	524	1,9	48	4 x	13 x	40 x	99 x	-	18	7	13	3	-	-
Bahamas	6	40	0,5	29 x	-	-	-	-	-	41	18	16 x	8 x	81	88
Bahrein	3	49	2,0	13	-	-	-	-	-	5	2	27	10	75	87
Bangladesh	10	30.330	-0,2	74	24	71	35	62	-	2	1	13 x	2 x	63	69
Barbados	3	13	1,8	50 x	7 x	56 x	-	-	7	50	24	17 x	11 x	77	87
Belarús	2	189	5,1	12	3 x	66 x	95 x	100 x	-	66	49	10	10	-	-
Bélgica	1	188	4,3	6	-	-	-	-	-	79	53	-	-	79	88
Belice	5	44	2,2	58	17	47	92	97	11	38	16	17 x	8 x	76	84
Benin	18	4.910	0,6	108	19	13	47	78	-	22	8	7	2	71	81
Bhután	10	142	1,8	59 x	15 x	52 x	66 x	40 x	81	24	9	31	14	83	85
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6	1.472	3,2	71	20 x	34 x	81	90	24	43	19	14	8	82	89
Bosnia y Herzegovina	2	82	1,1	10	-	-	-	100 x	-	47	22	18 x	13 x	-	-
Botswana	6	280	4,3	52	-	-	-	-	-	28	11	27 x	21 x	86	89
Brasil	7	23.252	0,1	49	-	-	-	-	72	37	16	7	7	78	89
Brunei Darussalam	2	16	4,2	10	-	-	-	-	86	30	19	16 x	6 x	81	94
Bulgaria	3	212	1,6	39	5 x	-	-	-	2	68	40	27	30	67	80
Burkina Faso	12	6.081	3,2	132	28 x	41	52	83	-	35	13	-	-	-	-
Burundi	18	4.796	5,7	58	13	55	52	91	-	28	11	21 x	17 x	-	-
Cabo Verde	3	33	3,1	12	22 x	68 x	-	87 x	-	30	12	15 x	12 x	-	-
Camboya	5	1.601	5,1	30 x	7 x	46 x	71 x	91 x	-	28	11	3	2	90	93
Camerún	21	12.302	0,7	122	28	24	58	67	-	38	15	14 x	6 x	-	-
Canadá	2	899	2,0	7	-	-	-	-	87	65	37	12	8	70	82
Chad	26	10.167	1,3	179 x	51	11	33	27	-	19	7	21 x	14 x	-	-
Chequia	2	197	2,7	11	-	-	-	-	-	77	51	21	21	73	82
Chile	3	725	1,3	23	-	-	-	-	74	68	40	20 x	28 x	84	91
China	2	38.427	4,1	9	-	-	-	-	-	53	28	11 x	2 x	80	89
Chipre	2	23	5,2	8	-	-	-	-	-	69	41	29 x	11 x	-	-
Colombia	6	4.937	3,0	58	20	72	86	99	34	35	15	21	20	81	87
Comoras	6	109	3,7	70 x	17 x	20 x	38 x	82 x	-	3	1	16	8	-	-
Congo	9	1.107	4,3	111 x	26	28	77	92	-	50	24	28 x	20 x	-	-
Costa Rica	4	284	0,6	41	13	78	92	98	77	33	14	10 x	8 x	76	88
Côte d'Ivoire	22	13.003	0,5	123	25	18	47	76	13	36	14	26 x	11 x	-	-
Croacia	2	79	3,3	9	-	-	-	-	-	61	33	19	16	70	84
Cuba	3	397	1,8	53	10	76	76	100	-	44	20	13	10	-	-
Dinamarca	1	88	4,2	2	-	-	-	-	70	77	51	-	-	82	87
Djibouti	16	287	2,1	21 x	-	-	-	-	-	16	6	18 x	11 x	81	89
Dominica	4	4	1,4	47 x	-	-	-	-	64	43	19	30 x	20 x	82	86
Ecuador	6	1.771	1,9	64	-	-	-	-	36	44	20	15	11	83	90
Egipto	6	9.937	1,1	52	7 x	64 x	87 x	93 x	-	2	1	18 x	8 x	82	93
El Salvador	14	1.661	-2,2	70	18 x	70 x	90 x	99 x	-	27	11	15	11	83	90
Emiratos Árabes Unidos	3	273	1,0	4	-	-	-	-	29	11	4	18	8	78	87
Eritrea	12	966	3,0	76 x	19 x	6 x	40 x	30 x	-	17	6	8 x	5 x	-	-
Eslovaquia	2	128	1,8	26	-	-	-	-	-	70	42	24	23	66	78
Eslovenia	2	32	3,9	4	-	-	-	-	59	73	46	14	12	75	86
España	1	590	4,6	6	-	-	-	-	79	70	42	-	-	70	84
Estado de Palestina	5	574	1,4	43	22 x	37	96 x	100 x	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	3	14.506	1,4	17	-	82	-	-	49	73	46	8	6	64	80
Estonia	3	32	4,2	10	-	-	-	-	55	75	49	34 x	28 x	81	88
Eswatini	13	356	0,5	87 x	17 x	34 x	68 x	89 x	-	25	10	16 x	9 x	-	-
Etiopía	13	33.785	5,4	80 x	21	61	36	55	76	20	7	-	-	-	-
Federación de Rusia	4	5.686	4,7	22	-	-	-	-	-	45	34	17	13	81	88
Fiji	6	100	2,1	23	-	-	-	-	-	14	5	12	7	81	86
Filipinas	5	11.286	1,2	36	11	47	80	86	5	30	12	22	10	93	94
Finlandia	2	133	1,7	4	-	-	-	-	-	75	48	24 x	18 x	69	82

TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes	Muertes de adolescentes	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes	Tasa de partos entre las adolescentes ^R	Nacimientos a los 18 años (%) 2015-2020 ^R	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^R	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^R	Personal obstetra capacitado 2015-2020 ^R	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2020	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	(mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años)	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015-2019 ^R		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016	
	Total	Total	Total	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Francia	2	1.215	3,7	9	-	-	-	-	-	78	52	-	-	82	92
Gabón	14	576	1,8	91 x	28 x	24 x	76 x	91 x	-	66	38	9 x	9 x	-	-
Gambia	13	677	2,7	68	19 x	15	76	86	-	23	9	18	5	-	-
Georgia	4	185	-0,8	29	6	27	-	100 x	22	33	13	21	10	-	-
Ghana	12	7.834	1,7	78	18	29	78	75	-	22	8	9	8	87	88
Granada	5	7	0,6	36 x	-	-	-	-	32	47	22	13	7	82	87
Grecia	2	172	3,7	9	-	-	-	-	-	67	39	16 x	13 x	80	89
Guatemala	8	3.253	0,9	77	20	50	85	70	-	24	9	20	14	84	89
Guinea	19	6.018	2,0	120	39	33	36	59	-	18	7	31 x	20 x	-	-
Guinea-Bissau	14	596	2,4	84	27	24	81	62	-	25	10	-	-	-	-
Guinea Ecuatorial	17	443	2,2	176 x	42 x	20 x	-	70 x	-	73	46	25 x	17 x	-	-
Guyana	9	130	-0,4	74 x	16 x	17 x	86 x	94 x	15	37	15	19	10	82	86
Haití	11	2.647	2,9	55	14	31	55	37	-	32	13	20 x	19 x	-	-
Honduras	7	1.356	1,3	89 x	22 x	67 x	87 x	87 x	47	26	10	10	6	80	88
Hungría	2	191	2,5	22	-	-	-	-	-	68	40	25	25	73	86
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	7	168.482	4,0	12	9	27	30 x	84	-	35	14	19 x	8 x	72	76
Indonesia	7	31.159	1,9	36	7	82	65	87	7	19	7	23	2	85	87
Irán (República Islámica del)	6	7.289	1,2	31	5 x	-	-	-	-	3	1	13	8	-	-
Iraq	6	5.151	0,8	70	14	44	76	97	-	2	1	19 x	9 x	80	90
Irlanda	1	74	6,0	6	-	-	-	-	77	83	60	-	-	64	81
Islandia	2	7	3,1	5	-	-	-	-	-	73	45	-	-	75	85
Islas Cook	7	2	2,2	42	-	-	-	-	-	49	23	30	14	78	88
Islas Marshall	8	12	0,8	85 x	21 x	40 x	-	94 x	-	-	-	37	21	-	-
Islas Salomón	6	90	1,3	78 x	15	13	-	88	22	11	4	30 x	24 x	82	85
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	27 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	2	228	2,6	8	-	-	-	-	55	55	27	-	-	80	90
Italia	2	891	3,2	4	-	-	-	-	27	65	36	18	25	86	91
Jamaica	5	247	1,3	52	15 x	-	85 x	97 x	3	32	13	16	15	-	-
Japón	1	1.517	2,7	3	-	-	-	-	1	59	31	-	-	-	-
Jordania	4	841	1,9	27	5	31	93	100	-	2	1	34 x	14 x	81	88
Kazajstán	4	1.075	3,2	23	2	64	98	99	-	37	16	4 x	2 x	-	-
Kenya	11	13.457	2,3	96 x	23 x	55	49 x	65 x	16	20	7	13 x	7 x	85	89
Kirguistán	4	456	1,7	38	3	29	82	100	-	22	8	12 x	5 x	-	-
Kiribati	11	24	1,0	51	8	30	66	96	-	10	3	38 x	22 x	79	86
Kuwait	3	146	1,7	5	-	-	-	-	-	0	0	24	10	79	90
Lesotho	14	599	2,1	91	14 x	60	71	90	-	15	5	26 x	22 x	-	-
Letonia	3	55	3,4	12	-	-	-	-	57	78	52	25 x	24 x	76	84
Libano	3	381	2,4	12	-	-	-	-	-	5	2	35	28	76	88
Liberia	26	2.924	-0,8	128	34	16	86	84	18	27	10	9	11	-	-
Libia	7	765	-0,5	11 x	-	-	-	-	-	0	0	11 x	5 x	78	89
Liechtenstein	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	3	76	3,4	11	-	-	-	-	68	82	59	24	21	76	85
Luxemburgo	1	7	5,2	5	-	-	-	-	-	93	80	-	-	73	85
Macedonia del Norte	2	49	2,8	15	4	-	-	100 x	-	53	26	10	12	74	84
Madagascar	18	11.276	1,3	151	36	51	45	42	-	18	6	17	7	-	-
Malasia	4	2.347	1,5	9	-	-	94	98	84	26	10	30	4	81	91
Malawi	11	5.221	4,9	138	31	62	46	92	77	21	8	17 x	11 x	-	-
Maldivas	3	21	1,5	9	1	10	87	99	68	6	2	16 x	7 x	78	86
Malí	18	8.882	1,6	164	37	31	42	71	-	19	7	23 x	9 x	-	-
Malta	2	7	2,4	12	-	-	-	-	85	64	36	-	-	77	86
Marruecos	5	2.705	2,4	19	8 x	75	30 x	70 x	-	2	1	7	4	85	90
Mauricio	4	74	0,5	23	-	-	-	-	74	28	11	23	14	76	88
Mauritania	12	1.152	1,7	84 x	22	16 x	56	67	-	1	0	20	19	83	91
México	6	13.036	-0,3	62	21	64	94	99	24	40	17	22 x	18 x	79	88
Micronesia (Estados Federados de)	8	18	1,8	44 x	-	-	-	-	37	13	4	52 x	36 x	-	-
Mónaco	2	0	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	6	258	1,6	31	4	53	90	100	-	29	12	20 x	8 x	74	83
Montenegro	2	13	3,5	10	3	-	-	-	-	54	27	12	8	-	-
Montserrat	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	17	12.413	3,1	180	40 x	34	55	75	-	18	7	5	6	83	91
Myanmar	6	5.560	6,0	28	5	73	47	61	-	24	9	26	4	84	90
Namibia	13	644	1,7	64	15 x	47 x	58 x	88 x	-	27	10	14 x	9 x	86	88
Nauru	8	2	0,9	94	22 x	-	-	91 x	-	19	7	26 x	27 x	84	90
Nepal	7	4.226	2,7	63	14	30	80	81	-	25	9	10	5	82	85
Nicaragua	6	733	2,0	103	28 x	87 x	68 x	75 x	-	29	11	21 x	15 x	-	-

TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes	Muertes de adolescentes	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes	Tasa de partos entre las adolescentes ^a	Nacimientos a los 18 años (%) 2015-2020 ^a	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015-2020 ^a	Atención prenatal (%) 2015-2020 ^a	Personal obstetra capacitado 2015-2020 ^a	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2020	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	(mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años)	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015-2019 ^a		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016	
	Total	Total	Total	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Níger	25	14.566	1,6	154	48 x	28	32 x	36 x	-	17	6	12 x	6 x	-	-
Nigeria	16	76.347	1,8	106	28	15	47	31	-	52	22	-	-	-	-
Niue	7	0	0,1	20 x	-	-	-	-	-	30	12	26 x	19 x	86	88
Noruega	2	104	3,7	3	-	-	-	-	90	81	57	-	-	79	89
Nueva Zelanda	2	145	3,5	13	-	-	-	-	67	76	51	19 x	22 x	85	93
Omán	4	196	0,9	8	2 x	17 x	-	99 x	-	5	2	9	4	78	90
Países Bajos	1	284	3,0	3	-	-	-	-	-	74	47	-	-	77	84
Pakistán	10	43.799	0,8	54	7	23	44	70	-	1	0	13 x	7 x	85	89
Palau	8	1	1,2	34	-	-	-	-	-	-	-	48	37	76	82
Panamá	5	355	1,1	74	-	72	84 x	99	44	45	21	8	7	-	-
Papua Nueva Guinea	10	1.909	1,4	68	14 x	33	54	61	-	11	4	40	28	-	-
Paraguay	6	837	1,5	72	-	83	92	97	31	33	13	7 x	7 x	79	88
Perú	4	1.939	3,8	44	16	63	93	90	-	51	25	11 x	8 x	83	87
Polonia	2	843	2,4	10	-	-	-	-	-	69	41	26	20	74	84
Portugal	1	154	5,7	7	-	-	-	-	-	72	44	16 x	17 x	78	91
Qatar	2	55	3,8	7	-	-	-	-	-	32	13	16	9	86	91
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2	1.276	2,6	12	-	-	-	-	64	75	49	-	-	75	85
República Árabe Siria	12	4.104	-3,7	22 x	9 x	31 x	-	97 x	-	2	0	32 x	17 x	84	91
República Centroafricana	16	1.998	2,4	229 x	43	14	45	43	-	35	14	-	-	-	-
República de Corea	1	748	4,3	1	-	-	-	-	-	64	36	9 x	4 x	91	97
República Democrática del Congo	28	55.146	0,3	109	25	19	46	87	-	34	14	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	9	1.370	4,9	83	18	60	52	56	-	37	16	16	6	78	91
República de Moldova	5	189	1,0	21	4 x	52 x	96 x	100 x	40	67	39	15 x	6 x	73	78
República Dominicana	6	1.090	2,7	54	21 x	67 x	91 x	99 x	7	40	18	8	6	-	-
República Popular Democrática de Corea	6	2.164	3,8	1	-	-	-	-	-	38	17	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	10	13.759	3,1	139	22	35	48	68	58	34	14	7	2	78	86
Rumania	3	607	3,6	36	-	-	-	-	-	69	41	16	13	73	87
Rwanda	10	2.936	7,8	41	6	84	44	98	68	32	13	13 x	10 x	-	-
Saint Kitts y Nevis	8	6	-0,1	46 x	-	-	-	-	-	54	27	10 x	8 x	78	86
Samoa	5	22	1,0	39 x	7	11 x	-	87 x	-	13	5	23	8	87	87
San Marino	1	0	4,6	1	-	-	-	-	50	-	-	7	7	-	-
Santa Lucía	6	14	-0,2	25	-	53 x	-	-	-	48	23	12	8	83	86
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	9	47	2,3	86	22	54	81 x	98	-	30	12	31 x	23 x	-	-
San Vicente y las Granadinas	9	16	-3,0	52	-	-	-	-	12	44	20	10	9	83	89
Senegal	15	5.386	2,2	68	16	25	51	77	31	18	7	15 x	6 x	85	92
Serbia	2	212	3,4	12	3	21 x	95 x	98 x	-	61	33	17	16	-	-
Seychelles	7	9	-1,7	68	-	-	-	-	24	52	26	27	16	79	87
Sierra Leona	33	5.872	0,7	102	31	34	82	90	-	27	11	15	10	-	-
Singapur	1	71	3,2	2	-	-	-	-	-	71	43	11 x	8 x	70	83
Somalia	26	9.762	1,4	118	27	1	4 x	31	-	1	0	-	-	-	-
Sri Lanka	2	828	6,0	21	3	58	-	99	51	26	10	13	3	82	89
Sudáfrica	11	10.655	1,3	41	15 x	-	77	97	-	27	11	24 x	19 x	-	-
Sudán	14	13.073	2,6	87 x	22 x	19 x	49 x	77 x	-	2	1	15 x	7 x	90	91
Sudán del Sur	23	5.694	2,3	158 x	28 x	4 x	21 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	2	174	1,8	4	-	-	-	-	82	75	48	-	-	82	87
Suiza	1	125	3,3	2	-	-	-	-	63	83	60	-	-	83	89
Suriname	5	50	1,7	54	-	28	66	99	4	39	17	17	7	78	85
Tailandia	9	7.576	0,4	23	9	80	81	98	-	38	16	22	8	70	85
Tayikistán	2	416	4,5	54	1	18	67	96	-	17	6	5 x	3 x	-	-
Timor-Leste	18	565	-1,0	42	7	22	74	58	-	19	7	32	14	86	93
Togo	13	2.440	2,3	79	17	25	47	64	-	22	8	11 x	4 x	-	-
Tokelau	-	-	-	30 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	4	9	1,9	30	3	-	90	100	-	12	4	28	8	87	85
Trinidad y Tabago	5	90	1,1	32 x	6 x	61 x	81 x	99 x	-	58	30	17	11	79	86
Túnez	5	761	0,5	7	1	-	-	-	-	4	1	19	5	75	88
Turkmenistán	6	618	1,5	22	1	11	96	100	99	26	10	0	0	-	-
Turquía	3	4.113	5,1	19	5	40	83 x	99	-	6	2	23	12	77	86
Tuvalu	7	2	1,6	27	3 x	-	-	100 x	-	12	4	30	14	85	89
Ucrania	3	1.370	3,4	18	4 x	59 x	87 x	99 x	-	53	37	18	12	71	83
Uganda	19	20.057	1,7	111	28	46	59	80	30	34	14	12	9	84	87
Uruguay	4	219	0,6	36	-	-	44 x	100 x	25	71	43	13 x	13 x	75	89
Uzbekistán	6	2.969	1,0	19	2 x	-	-	99 x	100	17	6	14 x	14 x	-	-
Vanuatu	7	46	0,3	51 x	13 x	-	-	93 x	-	11	4	20	15	86	89

TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes	Muertes de adolescentes	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes	Tasa de partos entre las adolescentes ^R	Nacimientos a los 18 años (%) 2015–2020 ^R	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2015–2020 ^R	Atención prenatal (%) 2015–2020 ^R	Personal obstetra capacitado 2015–2020 ^R	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2020	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	(mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años)	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015–2019 ^R		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016	
	Total	Total	Total	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Venezuela (República Bolivariana de)	13	6.378	-2,0	95 x	24 x	-	-	-	-	35	14	11 x	7 x	85	93
Viet Nam	4	5.936	1,7	35	5 x	60 x	55 x	87 x	-	33	13	7 x	1 x	82	91
Yemen	17	11.209	-2,4	67 x	17 x	23 x	30 x	52 x	-	1	0	24 x	10 x	83	90
Zambia	13	5.751	3,0	135	31	63	59	84	69	24	9	25 x	26 x	89	89
Zimbabwe	16	5.595	0,3	108	24	77	71	89	-	15	5	22 x	16 x	85	89
DATOS CONSOLIDADOS															
Asia Oriental y el Pacífico	4	113.559	2,7	20	-	62	-	-	-	44	22	-	-	82	89
Europa y Asia Central	3	27.705	3,9	16	-	82	-	-	-	53	34	19	15	77	87
Europa del Este y Asia Central	4	19.253	3,8	25	-	68	-	-	-	31	19	19	12	77	86
Europa Occidental	2	8.451	3,5	8	-	86	-	-	-	75	49	-	-	78	87
América Latina y el Caribe	7	70.160	0,7	61	-	72	-	-	-	41	18	12	11	80	89
Oriente Medio y África del Norte	7	50.261	0,4	39	-	46	-	-	-	3	1	-	-	81	91
América del Norte	3	15.405	1,4	16	-	79	-	-	-	72	45	8	6	65	81
Asia Meridional	8	262.157	3,0	23	11	42	-	79	-	27	11	-	-	73	78
África Subsahariana	17	424.005	2,2	99	26	44	50	62	-	29	12	-	-	-	-
África Oriental y Meridional	14	185.498	3,1	88	25	52	51	68	-	23	9	-	-	-	-
África Occidental y Central	19	238.507	1,3	110	27	36	49	57	-	37	15	-	-	-	-
Países menos adelantados	15	353.431	2,0	91	24	46	46	67	-	19	7	-	-	78	83
Mundo	8	963.254	1,6	41	15	60	-	75	-	36	17	-	-	78	85

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de adolescentes – Probabilidad de morir entre los 10 y los 20 años exactos, expresada por cada 1.000 niños de 10 años.

Muertes de adolescentes – Número de muertes de 10 a 19 años.

Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes – La tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes (AMR) definida como $AMR = 100 * (\ln(AMR_2/AMR_1) / (t_1 - t_2))$, donde $t_1 = 2000$ y $t_2 = 2019$.

Tasa de partos entre las adolescentes – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes de 15 a 19 años.

Nacimientos a los 18 años – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años. El indicador se refiere a las mujeres que han tenido un parto con vida en un período reciente, por lo general dos años para las encuestas MICS y 5 años para las DHS.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años) que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.

Atención prenatal (al menos cuatro visitas) – Porcentaje

de mujeres (de 15 a 19 años y de 15 a 49 años) atendidas por cualquier proveedor de atención de salud cualificado al menos cuatro veces.

Personal obstetra capacitado – Porcentaje de partos de madres de 15 a 19 años de edad y de 15 a 49 años de edad, atendidos por personal sanitario cualificado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

Niñas vacunadas contra el VPH (%) – Porcentaje de niñas que recibieron la última dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) según el calendario nacional

Consumo de alcohol – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que tomaron al menos una bebida alcohólica en cualquier momento durante los últimos 12 meses.

Consumo de tabaco – Porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años que han fumado cigarrillos o han consumido productos de tabaco con humo o sin humo en cualquier momento durante el último mes.

Actividad física insuficiente – Porcentaje de adolescentes de 11 a 17 años que asisten a la escuela y que no cumplen las recomendaciones de la OMS sobre la actividad física para la salud, es decir, que realizan menos de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa.

NOTAS

– Datos no disponibles.

R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el título de la columna.

x Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de mortalidad de adolescentes – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: septiembre de 2020.

Muertes de adolescentes – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo Banco Mundial). Última actualización: septiembre de 2020.

Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: septiembre de 2020.

Tasa de partos entre las adolescentes – Base mundial de datos de los indicadores de los ODS, 2021. Última actualización: enero de 2021.

Nacimientos a los 18 años – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: enero de 2021.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (mujeres de 15 a 19 años) – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales, y los Sistemas Nacionales de Información sobre la Salud (SIS). Última actualización: mayo de 2021.

Atención prenatal (al menos cuatro visitas) para mujeres de 15 a 19 años – Centro Internacional para la Equidad en Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, basado en Encuestas de Demografía y Salud (EDS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: enero de 2021.

Personal obstetra capacitado (mujeres de 15 a 19 años) – Centro Internacional para la Equidad en Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, basado en las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: enero de 2021.

Niñas vacunadas contra el VPH – Estimaciones de la OMS/UNICEF sobre la cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), revisión de 2020. Última actualización: julio de 2021.

Consumo de alcohol – Estimaciones de la OMS basadas en encuestas internacionales (WHS, STEPS, GENACIS y ECAS), así como en encuestas nacionales. Última actualización: enero de 2021.

Consumo de tabaco – Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, basado en encuestas escolares, otras encuestas nacionales y censos. Última actualización: enero de 2021.

Actividad física insuficiente – Las principales fuentes de datos incluyeron la Encuesta Mundial sobre la Salud de los Estudiantes en Edad Escolar (GSHS), la Encuesta sobre el Comportamiento de la Salud en los Niños en Edad Escolar (HBSC), y algunas otras encuestas nacionales. Alojamiento de los datos: Informe sobre la situación mundial de las ENT de la OMS. Última actualización: enero de 2021.

TABLA 6. VIH/SIDA: EPIDEMIOLOGÍA

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1,000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100,000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19
Mozambique	2,40	5,10	8,64	1,66	49,33	32,92	34,39	31,35	130.000	130.000	82.000	48.000
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	1,14	2,74	4,56	0,93	27,41	31,86	32,34	31,37	8.400	11.000	6.400	5.000
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	0,23	0,03	0,03	0,03	1.200	1.000	520	510
Nicaragua	0,02	0,03	0,04	0,02	0,51	0,08	0,16	0,15	<500	<200	<100	<100
Níger	0,10	0,01	0,02	<0,01	2,51	1,40	1,25	1,54	3.200	2.400	1.200	1.200
Nigeria	0,65	0,40	0,62	0,19	14,74	5,82	5,73	5,91	130.000	97.000	54.000	43.000
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	0,06	0,05	0,04	0,06	1,15	0,05	0,05	0,05	4.900	2.700	1.200	1.500
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	0,04	0,04	0,06	0,02	1,02	0,30	0,30	0,29	<500	<500	<200	<200
Perú	0,04	0,03	0,03	0,03	0,59	0,19	0,19	0,19	1.300	900	<500	<500
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	<0,01	0,04	0,03	0,04	0,07	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	23,02	16,96	15,64	18,27	5.800	6.000	3.300	2.700
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	0,46	0,18	0,32	0,04	14,28	6,96	6,85	7,06	71.000	51.000	28.000	23.000
República Democrática Popular Lao	0,07	0,13	0,14	0,11	1,52	0,28	0,28	0,27	540	<500	<500	<500
República de Moldova	0,13	0,12	0,13	0,12	2,23	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
República Dominicana	0,12	0,11	0,17	0,05	1,60	0,70	0,72	0,69	1.400	1.300	700	570
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	1,09	1,41	2,26	0,58	33,27	16,11	16,13	16,09	110.000	110.000	62.000	47.000
Rumania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	0,30	0,42	0,75	0,09	7,48	9,34	8,83	9,79	12.000	17.000	9.000	7.600
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	0,12	0,02	0,03	0,01	3,65	2,57	2,39	2,75	3.900	3.100	1.600	1.500
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	1,73	1,12	1,76	0,49	43,46	15,26	14,32	16,20	11.000	8.700	5.200	3.500
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0,03	<0,01	0,01	<0,01	1,10	0,83	0,81	0,90	1.000	780	<500	<500
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	2,14	8,60	15,08	2,42	23,74	42,55	45,02	40,10	310.000	370.000	230.000	140.000
Sudán	0,10	0,05	0,06	0,03	2,63	0,85	0,87	0,83	4.100	2.400	1.300	1.100
Sudán del Sur	1,48	1,08	1,66	0,52	36,38	12,30	12,40	12,20	16.000	11.000	6.300	4.400
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,10	0,10	0,16	0,04	1,99	0,98	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Tailandia	0,02	0,22	0,13	0,30	1,01	1,24	1,24	1,27	2.400	7.200	3.200	4.000
Tayikistán	0,12	0,04	0,05	0,03	3,31	0,05	<0,01	<0,01	1.100	<500	<200	<100
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,99	0,37	0,67	0,08	24,53	12,90	12,36	13,43	9.700	8.700	4.800	4.000
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	0,01	0,01	0,02	<0,01	0,34	0,06	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100

TABLA 6. VIH/SIDA: EPIDEMIOLOGÍA

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1,000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100,000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19	Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Niñas adolescentes 10 a 19	Niños adolescentes 10 a 19
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	0,07	0,07	0,08	0,06	1,07	0,22	0,23	0,22	2.900	2.600	1.300	1.300
Uganda	0,75	1,22	2,27	0,20	22,04	19,69	20,61	18,79	98.000	100.000	60.000	43.000
Uruguay	0,17	0,07	0,10	0,03	2,88	0,22	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Uzbekistán	0,02	0,04	0,04	0,03	0,32	0,07	0,07	0,07	4.100	1.400	700	680
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	0,13	0,15	0,18	0,13	3,76	1,14	1,34	0,95	3.300	3.500	1.800	1.700
Viet Nam	0,03	0,03	0,03	0,03	0,27	0,03	0,03	0,03	4.300	3.100	1.500	1.600
Yemen	0,02	<0,01	0,01	<0,01	0,46	0,07	0,06	0,06	510	<500	<200	<200
Zambia	2,50	4,87	8,46	1,38	57,99	30,89	31,97	29,83	82.000	90.000	57.000	33.000
Zimbabwe	2,13	2,02	3,56	0,51	54,46	47,50	46,65	48,34	79.000	81.000	44.000	37.000

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	0,04	0,08	0,06	0,10	0,81	0,22	0,25	0,20	50.000	58.000	25.000	33.000
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	0,07	0,09	0,09	0,08	1,45	0,44	0,46	0,43	36.000	40.000	21.000	19.000
Oriente Medio y África del Norte	0,01	0,01	0,01	<0,01	0,22	0,03	0,02	0,02	4.000	2.300	1.200	1.100
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	0,04	0,03	0,03	0,03	0,53	0,14	0,14	0,14	71.000	78.000	37.000	40.000
África Subsahariana	0,74	1,05	1,79	0,32	18,39	11,75	11,84	11,66	1.530.000	1.540.000	900.000	640.000
África Oriental y Meridional	0,91	1,74	2,99	0,51	21,14	15,74	16,11	15,36	1.120.000	1.220.000	720.000	500.000
África Occidental y Central	0,59	0,37	0,61	0,13	15,77	7,84	7,60	8,07	400.000	330.000	180.000	140.000
Países menos adelantados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	0,23	0,25	0,40	0,11	5,02	2,59	2,68	2,51	1.720.000	1.750.000	1.000.000	750.000

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas – Número estimado de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 personas no infectadas en riesgo de contraer la infección por el VIH.

Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes – Número estimado de muertes relacionadas con el sida por cada 100.000 habitantes.

Número de niños que viven con VIH – Número estimado de niños que vivían con VIH.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas – Estimaciones de ONUSIDA para 2021. Última actualización: julio de 2021.

Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes – Estimaciones de ONUSIDA para 2021. Última actualización: julio de 2021.

Número de niños que viven con el VIH – Estimaciones de ONUSIDA 2021. Última actualización: julio de 2021.

NOTAS

– Datos no disponibles.

Debido al redondeo de las estimaciones, es posible que los datos desagregados no sumen el total.

TABLA 7. VIH/SIDA: COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN

Países y zonas	Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben ART para prevenir la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben ART (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 (%) 2012-2020 ^a		Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2012-2020 ^a		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012-2020 ^a	
			Niños 0 a 14	Adolescentes 0 a 19	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Mozambique	>95	82,9	64,4		28,0	27,7	-	-	-	-
Myanmar	-	-	-		14,3	13,4	-	-	-	-
Namibia	>95	>95	74,6		61,0	55,9	-	-	14,2	27,6
Nauru	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Nepal	39,8	87,0	>95		23,0	26,1	-	-	0,8	2,3
Nicaragua	>95	54,9	57,2		20,3	11,2	-	-	-	-
Níger	36,2	2,9	35,3		-	-	-	-	-	-
Nigeria	43,9	23,4	45,0		28,7	38,1	62,0	42,7	7,3	7,9
Niue	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Pakistán	18,5	4,5	43,2		0,2	1,0	-	-	-	-
Palau	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	-		21,4	21,3	-	-	-	-
Paraguay	>95	69,0	40,9		-	24,9	-	61,0	-	9,0
Perú	88,8	22,4	66,1		-	20,8 x	-	-	-	-
Polonia	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Portugal	>95	>95	>95		-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-		22,8	9,7	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-		-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-		-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	71,1	29,8	60,8		16,0	12,1	50,5	31,7	2,3	12,4
República de Corea	-	-	-		-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	39,4	10,6	30,6		22,8	18,1	35,3	25,9	5,4	6,0
República Democrática Popular Lao	54,1	51,9	56,5		24,6	23,3	57,2	27,4	0,5	1,0
República de Moldova	87,2	89,9	86,3		25,6	35,2	-	-	6,4	9,9
República Dominicana	73,7	36,6	41,6		39,2	39,0	-	39,7	-	11,3
República Popular Democrática de Corea	-	-	-		-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	84,4	55,0	54,1		32,2	32,9	-	-	10,5	23,5
Rumania	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Rwanda	>95	85,5	54,4		59,5	61,6	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-		55,2 x	54,4 x	53,8 x	50,0 x	-	-
Samoa	-	-	-		-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-		-	57,7	-	-	-	11,9
Santa Sede	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-		27,6	32,4	75,9	63,0	9,9	17,5
San Vicente y las Granadinas	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Senegal	74,0	34,9	37,1		25,7	20,3	-	-	-	-
Serbia	-	-	-		43,0 x	52,9 x	62,8 x	-	1,3 x	1,3 x
Seychelles	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	46,3	2,8	10,4		22,2	26,5	8,8	11,5	3,0	7,4
Singapur	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Somalia	33,4	-	15,2		-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	>95	86,8	47,4		-	-	-	-	-	-
Sudán	3,3	-	31,1		9,8 x	7,7	-	-	-	0,6
Sudán del Sur	44,1	11,0	13,9		-	8,3 x	-	6,1 x	-	3,2 x
Suecia	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Suriname	>95	48,0	50,6		-	40,3 x	-	-	-	11,4 x
Tailandia	>95	>95	75,7		45,5	49,2	-	-	0,8	2,5
Tayikistán	32,7	27,6	82,6		9,4 x	8,5	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-		12,7	5,9	-	-	-	-
Togo	63,7	33,4	46,8		31,7	24,7	33,9	48,6	7,2	14,9
Tokelau	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-		7,6	3,6	0,0	0,0	0,9	0,6
Trinidad y Tabago	-	-	-		-	55,3 x	-	-	-	10,0 x
Túnez	53,6	19,6	56,0		12,2	13,0	-	-	-	0,0

TABLA 7. VIH/SIDA: COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN

Países y zonas	Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben ART para prevenir la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben ART (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años (%) 2012–2020 ^R		Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2012–2020 ^R		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012–2020 ^R	
			Niños 0 a 14	Adolescentes 0 a 19	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Turkmenistán	-	-	-	-	-	18,6	-	-	-	4,8
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	>95	72,9	92,1	-	36,6	42,6	89,8	-	9,9	6,9
Uganda	>95	66,2	62,8	-	40,2	40,7	-	-	18,6	34,1
Uruguay	91,5	69,9	45,9	-	-	36,4	-	66,8	-	7,2
Uzbekistán	89,4	77,0	80,0	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	29,5	6,0	39,2	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	90,5	54,6	>95	-	48,1 ^x	50,5	-	-	-	3,8
Yemen	3,4	2,6	27,4	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	80,4	64,8	57,6	-	38,6	40,5	-	-	14,9	28,8
Zimbabwe	87,2	75,9	71,8	-	41,4	41,4	61,9	-	26,0	39,0
DATOS CONSOLIDADOS										
Asia Oriental y el Pacífico	57,5	43,1	59,2	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	85,1	49,5	50,5	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	41,1	24,1	76,6	-	-	-	-	-	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	56,4	37,1	>95	-	-	-	-	-	-	-
África Subsahariana	86,6	63,7	51,2	-	-	-	-	-	-	-
África Oriental y Meridional	94,9	73,9	56,9	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	56,3	26,7	35,6	-	-	-	-	-	-	-
Países menos adelantados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	84,8	62,6	53,8	-	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben ART para prevenir la transmisión de madre a hijo – Porcentaje del número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron regímenes eficaces (excluida la nevirapina de dosis única) de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes – Porcentaje de lactantes expuestos al VIH sometidos a una prueba virológica del VIH en los dos meses siguientes al nacimiento.

Niños que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral (ART) – Porcentaje de niños que viven con el VIH que recibieron terapia antirretroviral.

Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que identifican correctamente las dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, que saben que una persona de aspecto saludable puede estar infectada con el VIH y que rechazan los dos conceptos erróneos más comunes

acerca de la transmisión del VIH.

Uso del preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que informaron haber usado un preservativo durante su última relación sexual.

Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibieron el resultado de la última prueba.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben ARV para prevenir la transmisión de madre a hijo – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA para 2021. Última actualización: julio de 2021.

Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA para 2021. Última actualización: julio de 2021.

Niños que viven con el VIH y que reciben ART – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA para 2021. Última actualización: julio de 2021.

Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años – Encuestas representativas a nivel nacional basadas en la población, incluyendo MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2020. Última actualización: junio de 2021.

Uso del preservativo entre los adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples – Encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional, incluyendo MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2020. Última actualización: junio de 2021.

Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados – Encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional, incluyendo MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2020. Última actualización: junio de 2021.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Los datos se refieren a años o periodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.

TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición en niños de edad preescolar (0-4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (6-59 meses de edad) (%) 2020 ^{m,s}	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5-19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares de mujeres que consumen sal yodada 2014-2020 ⁿ
	Bajo peso al nacer (%) 2015 ^m	Sin pesar al nacer (%) 2014-2020 ^{m,r}	Retraso en el crecimiento (%) 2020	Emaciación (%) (2014-2020) ^{e,r}		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15-49 años (%) (2019)	
				Moderado y grave ^{g,m}	Grave							
Afganistán	- z	86	35	2	5 k	4	0 f	17	9	16	43	57
Albania	5	3	10	1	2	15	-	1	25	2	25	65
Alemania	7	2 x	2	<1 x	<1 mw	4	-	1	26	2	12	-
Andorra	7	14 x	- z	-	-	- z	-	1	36	2	12	-
Angola	15	45	38	1	5	3	- f	8	11	11	45	82
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	9	-	- z	-	-	- z	-	3	27	4	17	-
Arabia Saudita	- z	-	4	5 x	12 mx	8	-	8	36	2	28	70 xy
Argelia	7	10	9	1	3	13	-	6	31	4	33	89
Argentina	7	4	8	<1 wx	2	13	-	1	37	1	12	-
Armenia	9	0	9	2	4	11	-	2	19	4	17	99
Australia	7	1	2	<1 x	<1 mx	19	-	1	34	2	9	-
Austria	7	0	- z	-	-	- z	-	2	26	3	13	-
Azerbaiyán	7	3 x	16	1 x	3 x	9	-	3	19	3	35	93 x
Bahamas	13	16 x	- z	-	-	- z	-	3	36	3	15	-
Bahrein	12	2	5 e	-	-	6 e	-	6	35	4	35	-
Bangladesh	28	49	30	2	10	2	97 f	18	9	23	37	76
Barbados	- z	2 x	7	2 x	7 x	11	-	4	28	3	17	37 x
Belarús	5	0	4	1 x	2 x	7	-	2	23	2	21	-
Bélgica	7	4	2	<1 w	<1 lw	5	-	1	24	2	14	-
Belice	9	2	13	1	2	8	-	3	29	3	21	85
Benin	17	40	31	1	5 k	2	7 f	7	11	9	55	85
Bhután	12	28 x	22	2 x	6 x	5	-	16	10	11	39	98 xy
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	7	13	1	2	9	31 f	1	28	2	24	86
Bosnia y Herzegovina	3	2 x	9	2 x	2 x	13	-	2	21	3	24	-
Botswana	16	5 x	23	3 x	7 x	11	- f	6	18	7	33	83 x
Brasil	8	3	6	<1 x	2 x	7	-	3	28	4	16	98 x
Brunei Darussalam	11	4	13	<1 x	3 mx	9	-	6	27	6	17	-
Bulgaria	10	6	6	3 w	6 mw	6	-	2	29	2	24	92 xy
Burkina Faso	13	36 x	26	1	8 k	3	97 f	8	8	13	53	92 x
Burundi	15	20	58	1	5 k	3	92 f	7	10	11	39	89
Cabo Verde	- z	-	10 e	-	-	- z	-	7	12	7	24	92 bx
Camboya	12	9	30	2	10	2	- f	11	11	14	47	68
Camerún	12	40	27	2	4	10	14 f	6	13	6	41	91
Canadá	6	1 x	- z	-	-	12	-	1	32	2	10	-
Chad	- z	88	35	5	14 k	3	0 f	8	9	13	45	65
Chequia	8	0	3	1 x	5 kx	7	-	2	28	2	21	-
Chile	6	4	2	-	<1 m	10	-	1	35	1	9	-
China	5	0 x	5	1 x	2 m	8	-	3	29 k	6	16	97 y
Chipre	- z	27	- z	-	-	- z	-	1	33	2	14	-
Colombia	10	18	11	<1	2	6	-	2	24	3	21	-
Comoras	24	33 x	23	4 x	11 x	10	23 f	7	12	9	34	82 x
Congo	12	10	18	3	8	5	- f	7	11	11	49	91
Costa Rica	7	2	9	<1	2	8	-	2	32	2	14	-
Côte d'Ivoire	15	27	18	1	6	3	89 f	6	13	8	51	80
Croacia	5	-	- z	-	-	- z	-	1	28	2	21	-
Cuba	5	5	7	1	2	10	-	3	30	5	19	90
Dinamarca	5	4	- z	-	-	- z	-	1	25	3	12	-
Djibouti	- z	-	34	9 x	21 x	7	- f	6	17	7	32	4 x
Dominica	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	33	3	21	-
Ecuador	11	19	23	1	4	10	-	1	28	1	17	-
Egipto	- z	39	22	5	9	18	-	3	37	1	28	93 y
El Salvador	10	7	11	<1	2	7	-	2	30	2	11	-
Emiratos Árabes Unidos	13	3	- z	-	-	- z	-	5	36	2	24	-
Eritrea	- z	65 x	49	4 x	15 x	2	- f,aa	8	11	17	37	86 x
Eslovaquia	8	2	- z	-	-	- z	-	1	23	3	24	-
Eslovenia	6	4 x	- z	-	-	- z	-	1	27	3	22	-
España	8	4	- z	-	-	- z	-	1	34	2	13	-
Estado de Palestina	8	2	8	1	1	9	-	-	-	-	-	96
Estados Unidos de América	8	2	3	<1	<1	9	-	1	42	2	12	-
Estonia	4	0	1	<1	2	6	-	2	21	2	22	-
Eswatini	10	9	23	<1	2	10	- f	4	17 l	5	31	90
Etiopía	- z	86	35	1	7 k	3	66 f	10	9	15	24	86
Federación de Rusia	6	0	- z	-	-	- z	-	2	21	2	21	-
Fiji	- z	- x	7	2 x	6 mx	5	-	4	34	2	32	-
Filipinas	20	16	29	2	6 m	4	29 f	10	13	14	12	57 y
Finlandia	4	6	- z	-	-	- z	-	1	27	2	11	-
Francia	7	0 x	- z	-	-	- z	-	1	30	3	11	-
Gabón	14	9 x	14	1 x	3 x	7	- f	6	16	7	52	89 x
Gambia	17	17	16	1	5	2	33 f	7	12	10	50	75
Georgia	6	0	6	<1	1	8	-	3	20	4	28	98 x
Ghana	14	40	14	1	7	3	31 f	6	11	7	35	69
Granada	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	26	4	19	-
Grecia	9	4	2	<1 wx	1 wx	14	-	1	37	1	15	-
Guatemala	11	6	43	<1	1 k	5	-	1	29	2	7	88 x

TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición en niños de edad preescolar (0-4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (6-59 meses de edad) (%) 2020 ^{m,d}	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5-19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2014-2020 ^R
	Bajo peso al nacer (%) 2015 ^m	Sin pesar al nacer (%) 2014-2020 ^{m,R}	Retraso en el crecimiento (%) 2020	Emaciación (%) ^{c,R}		Sobrepeso (%) 2020		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15-49 años (%) (2019)	
				Moderado y grave ^{g,m}	Grave							
			Delgado y gravemente delgado ^a	Sobrepeso y obesidad ^a	BMI <18,5 kg/m ²	Leve, moderada y severa						
Guinea	- z	49	29	4	9	6	97 f	7	10	10	48	53
Guinea-Bissau	21	49	28	2	8	3	0 f	7	11	9	48	33
Guinea Ecuatorial	- z	30	20	2 x	3 mx	9	5 f	8	11	10	45	57 x
Guyana	16	11	9	2	6	7	-	5	25	5	32	43
Haití	- z	67	20	1	4	4	18 f	4	28	5	48	8
Honduras	11	17 x	20	<1 x	1 kx	6	-	2	27	3	18	-
Hungría	9	0	- z	-	-	- z	-	2	28	3	20	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	- z	22	31	5	17 m	2	54 f	27	7	24	53	92 y
Indonesia	10	5	32	4	10 m	11	-	10	15	13	31	92 bx
Irán (República Islámica del)	- z	-	6	1 x	4 mx	9 e	-	9	26	4	24	94 bx
Iraq	- z	28	12	1	3	9	-	5	32	2	29	68
Irlanda	6	4	- z	-	-	- z	-	<1	31	1	12	-
Islandia	4	8	- z	-	-	- z	-	1	28	2	10	-
Islas Cook	3	-	- z	-	-	- z	-	<1	63	<1	27	-
Islas Marshall	- z	10	32	1	4	4	-	<1	59	1	31	-
Islas Salomón	- z	14	29	4	8	4	-	1	23	2	38	88
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	8	0	- z	-	-	- z	-	1	35	2	13	-
Italia	7	2	- z	-	-	- z	-	1	37	2	14	-
Jamaica	15	3	8	<1	3	7	-	2	30	3	20	-
Japón	9	5	5	<1 x	2 mx	2	-	2	14	10	19	-
Jordania	14	5	7	1 x	2 x	7	-	4	31	1	38	88 bx
Kazajstán	5	1	7	1	3	9	-	2	20	4	29	94
Kenya	11	34	19	1	4	4	82 f	8	11	10	29	95
Kirguistán	6	0	11	1	2	6	-	3	16	4	36	99
Kiribati	- z	7	15	1	4	2	- f	<1	55	1	33	77
Kuwait	10	30	6	1	3 m	7	-	4	42	1	24	-
Lesotho	15	8	32	1	2	7	- f	5	15 l	5	28	85
Letonia	5	0	- z	-	-	- z	-	2	22	2	22	-
Líbano	9	0	10	3 x	7 mx	20	-	5	33	3	28	95 x
Liberia	- z	71	28	1	3	5	- f	7	10	8	43	91 x
Libia	- z	-	44	5	10 m	25	-	6	33	2	30	70 b
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	5	7	- z	-	-	- z	-	3	21	2	20	-
Luxemburgo	7	0	- z	-	-	- z	-	1	26	2	10	-
Macedonia del Norte	9	4 x	4	1	3	10	-	2	26	3	19	-
Madagascar	17	60 x	40	1	6 k	1	26 f	7	11	15	38	68 x
Malasia	11	1	21	4	10	6	-	7	26	7	32	28 xy
Malawi	14	16	37	<1 w	1 w	5	19 f	6	11	9	31	78
Maldivas	12	11	14	2	9	5	-	14	17	9	52	97 x
Malí	- z	63	26	2 w	9 kw	2	59 f	8	11	10	59	89
Malta	6	0	- z	-	-	- z	-	1	37	1	14	-
Marruecos	17	3	13	1	3	11	-	6	27	3	30	43 x
Mauricio	17	6	9 e	-	-	8 e	-	7	15	7	24	-
Mauritania	- z	64	24	2	11 k	3	0 f	8	13	8	43	25 y
México	8	2	12	<1	1	6	-	2	35	2	15	-
Micronesia (Estados Federados de)	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	51	1	25	-
Mónaco	5	0	- z	-	-	- z	-	-	-	-	12	-
Mongolia	5	1 x	7	<1	1	10	-	2	18	3	15	75
Montenegro	5	2	8	1	2	10	-	2	25	2	17	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	14	49 x	38	2	4	6	59 f	4	13	10	48	42 x
Myanmar	12	55	25	1 w	7 w	2	- f	13	12	14	42	85 y
Namibia	16	14 x	18	3 x	7 kx	5	- f	8	15	9	25	74 x
Nauru	- z	4 x	15	<1 x	1 mx	4	-	<1	65	<1	30	-
Nepal	22	23	30	3	12 k	2	85 f	16	8	17	36	94
Nicaragua	11	8 x	14	1 x	2 x	7	-	2	29	2	16	-
Níger	- z	77 x	47	2	10	2	- f,aa	10	8	13	50	59
Nigeria	- z	75	35	1	6 k	3	0 f	10	8	10	55	93
Niue	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	59	1	27	-
Noruega	4	3	- z	-	-	- z	-	1	27	2	12	-
Nueva Zelanda	6	8	- z	-	-	- z	-	<1	40	2	10	-
Omán	11	0	12	3	9	5	-	7	32	5	29	88
Países Bajos	6	6	2	<1 x	1 x	5	-	1	25	2	13	-
Pakistán	- z	84	37	2	7	3	0 f	19	10	15	41	69 x
Palau	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	64	1	29	-
Panamá	10	9 x	15	<1 x	1 x	11	-	2	29	3	21	-
Papua Nueva Guinea	- z	49	48	6 x	14 x	9	34 f	1	32	3	34	60 x
Paraguay	8	2	5	<1	1	12	-	2	28	2	23	93 x
Perú	9	5	11	<1	<1	8	-	1	27	2	21	91
Polonia	6	0	2	<1 wx	1 wx	7	-	2	26	3	- z	-
Portugal	9	0	3	<1 w	1 w	9	-	1	32	2	13	-
Qatar	7	2 x	5 e	-	-	14 e	-	5	39	2	28	99 xy
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	7	4 x	- z	-	-	- z	-	1	31	2	11	-

TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición en niños de edad preescolar (0-4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (6-59 meses de edad) (%) 2020 ^{m,a}	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5-19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2014-2020 ^R
	Bajo peso al nacer (%) 2015 ^m	Sin pesar al nacer (%) 2014-2020 ^{m,R}	Retraso en el crecimiento (%) 2020	Emaciación (%) (2014-2020) ^{c,R}		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15-49 años (%) (2019)	
				Moderado y grave ^{g,m}	Grave							
República Árabe Siria	- z	52 x	30	5 x	12 x	18	-	6	28	3	33	72 y
República Centroafricana	15	37	40	1	5	3	- f	8	11	12	47	76
República de Corea	6	2	2	<1 x	1 mx	9	-	1	27 k	6	14	-
República Democrática del Congo	11	27	41	2	6	4	60 f	9	10	13	42	85
República Democrática Popular Lao	17	33	30	3	9	3	54 f	9	14	11	40	94
República de Moldova	5	1 x	5	<1 x	2 x	4	-	3	18	3	26	58 x
República Dominicana	11	4	6	1 x	2 x	8	-	3	33	3	26	32 x
República Popular Democrática de Corea	- z	0	18	1	3 m	2	93 f	5	23	8	34	38
República Unida de Tanzania	10	36	32	<1	4 k	5	1 f	7	12	10	39	76
Rumania	8	2	10	1 x	4 mx	7	-	3	25	2	23	-
Rwanda	8	8	33	<1	1 m	5	- f,aa	6	11 l	8	17	90
Saint Kitts y Nevis	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	28	3	15	-
Samoa	- z	24	7	1	3 m	7	-	<1	53	1	27	96
San Marino	3	2	- z	-	-	- z	-	-	-	-	13	-
Santa Lucía	- z	0 x	3	1 x	4 x	7	-	4	23	4	14	75 x
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	7	3	12	1	4 k	4	33 f	5	13	8	44	89
San Vicente y las Granadinas	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	29	4	17	-
Senegal	18	36	17	1	8 k	2	37 f	9	10	11	53	65
Serbia	5	0	5	1	3	11	-	2	27	3	23	-
Seychelles	12	0 x	7	1 x	4 mx	10	-	6	23	5	25	-
Sierra Leona	14	41	27	1	5	5	32 f	7	11	10	48	82
Singapur	10	17	3	1 x	4 mx	5	-	2	22	8	13	-
Somalia	- z	96 x	27	4 x	14 x	3	28 f	7	13	9	43	7 x
Sri Lanka	16	3	16	3	15	1	-	15	13	13	35	92
Sudáfrica	14	12	23	2 w	3 w	13	39 f	5	25	3	31	91
Sudán	- z	89	34	4	16	3	0 f	-	-	-	37	34
Sudán del Sur	- z	-	31	10 x	23 kx	6	0 f	-	-	-	36	60 x
Suecia	2	5 x	- z	-	-	- z	-	1	24	2	14	-
Suiza	6	0	- z	-	-	- z	-	<1	22	4	11	-
Suriname	15	16	8	1	6	4	-	4	31	3	21	-
Tailandia	11	1	12	3	8	9	-	8	22	8	24	84
Tayikistán	6	9	15	2	6	3	99 f	4	15	5	35	91
Timor-Leste	- z	47	49	2 x	10 kx	3	65 f	11	13	18	30	83
Togo	16	30	24	1	6	2	91 f	6	10	9	46	81
Tokelau	-	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	-	-
Tonga	- z	6 x	3	<1	1	13	-	<1	58	<1	29	-
Trinidad y Tabago	12	19 x	9	2 x	6 x	11	-	6	25	4	18	63 x
Túnez	7	2	9	1	2	17	-	7	25	3	32	-
Turkmenistán	5	1	8	1	4	4	- f	3	18	4	27	>99
Turquía	11	4	- z	1	2	- z	-	5	29	2	- z	85 x
Tuvalu	- z	3 x	10	1 x	3 mx	6	-	<1	58	1	28	-
Ucrania	6	3 x	16	4 x	8 x	17	-	2	21	2	18	36 x
Uganda	- z	33	28	1	3	4	- f	6	10 l	10	33	91
Uruguay	8	6 x	6	<1	1	10	-	2	33	1	15	-
Uzbekistán	5	4	10	<1	2	5	-	3	17	4	25	82 x
Vanuatu	11	13 x	29	1 x	5 x	5	-	2	31	2	29	63 x
Venezuela (República Bolivariana de)	9	-	11	-	4 mx	7	-	2	34	2	24	-
Viet Nam	8	6	22	1	6 m	6	-	14	10	18	21	61 x
Yemen	- z	92 x	37	5 x	16 kx	3	6 f	14	20	8	62	49 x
Zambia	12	20	32	2	4	6	98 f	6	13	9	32	88 x
Zimbabwe	13	12	23	<1	3	4	29 f	6	15 l	5	29	84
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	8	5 v	14	1	4	8	39	6	23	8	19	92
Europa y Asia Central	7	2	6	-	-	8	-	2	26	2	19	-
Europa del Este y Asia Central	7	2	8	1 q	2 q	9	-	3	23	2	25	-
Europa Occidental	7	3	3	-	-	7	-	1	30	2	13	-
América Latina y el Caribe	9	7	11	<1	1	7	-	2	30	3	17	-
Oriente Medio y África del Norte	11	23	16	3	6	12	-	6	31	3	30	-
América del Norte	8	2	3	<1 d	<1 d	9	-	1	41	2	12	-
Asia Meridional	27	37	32	5	15	2	47	25	8	23	49	90
África Subsahariana	14	51	32	1	6	4	35	7	10	10	41	82
África Oriental y Meridional	14	47	32	1	5	5	42	7	11	9	33	82
África Occidental y Central	14	54	32	2	7	3	29	9	10	10	50	83
Países menos adelantados	16	50	34	2	7	3	45	10	10	14	39	76
Mundo	15	27 v	22	2	7	6	41	11	18	9	30	89

La lista completa de países y zonas de las categorías de regiones, subregiones y países se encuentra en la página 182 o en data.unicef.org/regionalclassifications.

No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

Bajo peso al nacer – Porcentaje de bebés que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

Sin pesar al nacer – Porcentaje de nacimientos sin peso al nacer en la fuente de datos; obsérvese que (i) las estimaciones de las encuestas de hogares incluyen los nacimientos vivos de mujeres de 15 a 49 años en el periodo de referencia de la encuesta (por ejemplo, los últimos dos años) para los que no se disponía de un peso al nacer en un documento oficial (por ejemplo, la tarjeta sanitaria) o que el encuestado no podía recordar en el momento de la entrevista, y pueden haberse recalculado para contar los pesos al nacer <250g y >5500g como ausentes y (ii) las estimaciones de fuentes administrativas (por ejemplo, los Sistemas de Información de Gestión Sanitaria) se calcularon utilizando los datos del numerador de las Perspectivas de la Población Mundial de la fuente administrativa del país y los datos del denominador fueron el número de nacimientos anuales según la División de Población de las Naciones Unidas, edición de 2017. Estas estimaciones incluyen los nacimientos no pesados y los nacimientos pesados no registrados en el sistema.

Retraso en el crecimiento (preescolares) – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están -2 desviaciones estándar por debajo de la media de la altura por edad del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

Emaciación (preescolares) – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están -2 desviaciones estándar por debajo de la media del peso por altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

Emaciación (preescolares) – Grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están -3 desviaciones estándar por debajo de la media del peso para la altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

Sobrepeso (preescolares) – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están dos desviaciones estándar por encima de la mediana del peso por altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS (incluye el sobrepeso grave).

Suplemento de vitamina A, cobertura completa – Porcentaje estimado de niños de 6 a 59 meses que recibieron dos dosis de suplementos de vitamina A con un intervalo de aproximadamente 4 a 6 meses en un año civil determinado.

Delgadez (niños en edad escolar) – Porcentaje de niños de 5 a 19 años con un índice de masa corporal (IMC) < -2 DS de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Sobrepeso (niños en edad escolar) – Porcentaje de niños de 5 a 19 años con un IMC > 1 DS de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Insuficiencia ponderal (mujeres de 18 años o más) – Porcentaje de mujeres de 18 años o más con un IMC inferior a 18,5 kg/m².

Anemia (mujeres de 15 a 49 años) – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una concentración de hemoglobina inferior a 120 g/L en el caso de las mujeres no embarazadas y de las mujeres lactantes, e inferior a 110 g/L en el caso de las mujeres embarazadas, ajustado en función de la altitud y el tabaquismo.

Hogares que consumen sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal con algo de yodo (>0 ppm).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Estimaciones modeladas de UNICEF y la OMS. Última actualización: mayo de 2019.

Sin pesar al nacer – Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), otras encuestas nacionales de hogares, datos de sistemas de notificación rutinarios. Última actualización: junio de 2021.

Retraso en el crecimiento, sobrepeso (niños en edad preescolar) – Estimaciones modeladas de UNICEF y la OMS. Última actualización: mayo de 2021.

Emaciación y emaciación grave (niños en edad preescolar) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2021.

Suplemento de vitamina A – UNICEF. Última actualización: septiembre de 2021.

Delgadez y sobrepeso (niños en edad escolar), e insuficiencia ponderal (mujeres mayores de 18 años) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en Tendencias mundiales del índice de masa corporal, insuficiencia ponderal, sobrepeso y

obesidad de 1975 a 2016: un análisis conjunto de 2.416 estudios de medición basados en la población en 128,9 millones de niños, adolescentes y adultos. *The Lancet* 2017, 390 (10113): 2627-2642. Última actualización: agosto de 2019.

Insuficiencia ponderal (mujeres mayores de 18 años) – Observatorio Mundial de la Salud, OMS. Última actualización: agosto de 2019.

Anemia (mujeres de 15 a 49 años) – Observatorio Mundial de la Salud, OMS. Última actualización: abril de 2021.

Consumo de sal yodada – DHS, MICS, otras encuestas nacionales de hogares y encuestas escolares. Última actualización: agosto de 2021.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- a La cobertura total con suplementos de vitamina A se registra como el porcentaje inferior de 2 puntos de cobertura anual (es decir, el punto más bajo entre el semestre 1 (enero-junio) y el semestre 2 (julio-diciembre) de 2019). Los datos solo se presentan para los países prioritarios en la administración de suplementos de vitamina A, por lo tanto, los agregados solo se basan en estos países prioritarios y son representativos de estos países.
- aa Los resultados de los países que no han dado permiso para compartir externamente sus estimaciones no se presentan en las líneas de cada país de esta tabla, pero se incluyen en las estimaciones mundiales y regionales.
- b No se puede confirmar si el valor notificado incluye los hogares sin sal o no.
- c Los promedios mundiales y regionales de la emaciación (moderada y grave) y la emaciación (grave) se calculan utilizando datos de modelos estadísticos de las Estimaciones conjuntas de la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Grupo del Banco Mundial, edición de mayo de 2021. Para más información, véase <data.unicef.org/malnutrition>.
- d Para las estimaciones de emaciación y emaciación grave, la media regional de América del Norte se basa únicamente en los datos de Estados Unidos.
- e El punto de datos más reciente del país (por ejemplo, de las encuestas de hogares) utilizado para generar las estimaciones de retraso del crecimiento y sobrepeso modeladas es anterior al año 2000; interpretar con precaución.
- f Identifica los países designados como "prioritarios". Los países prioritarios para los programas nacionales de administración de vitamina A son los que tienen altas tasas de mortalidad de menores de cinco años (más de 40 por cada 1.000 nacidos vivos), y/o pruebas de deficiencia de vitamina A entre este grupo de edad, y/o un historial de programas de suplementos de vitamina A.
- g La recopilación de datos de encuestas de hogares sobre la altura y el peso de los niños fue limitada en 2020 debido a las medidas de distanciamiento físico necesarias para evitar la propagación de la COVID-19. En 2020 solo se llevaron a cabo cuatro encuestas nacionales incluidas en la base de datos (al menos parcialmente). Por lo tanto, las estimaciones de la EMC se basan casi por completo en los datos recopilados antes de 2020 y no tienen en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19.
- k (Para los indicadores en los que se han podido evaluar las diferencias de género) Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a los niños varones.
 - I (Para los indicadores en los que se han podido evaluar las diferencias de género) Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a las niñas.
 - m (Para los indicadores en los que se pueden evaluar las diferencias de género) No es posible realizar una evaluación de género
 - p Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.
 - q Las estimaciones regionales para Asia Oriental y el Pacífico excluyen a China; América Latina y el Caribe excluyen a Brasil; Europa Oriental y Asia Central excluyen a la Federación de Rusia.
 - R Datos referidos al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.
 - v Las estimaciones agregadas para Asia Oriental y el Pacífico y el Mundo incluyen estimaciones para China del año 2013, que está fuera del coeficiente de años 2014-2020.
 - w Reducción del rango de edad. En cuanto a la administración de suplementos de vitamina A, esto identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una edad reducida. La cifra de cobertura se presenta como objetivo.
 - x Datos referidos a años o periodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de los años anteriores a 2000.
 - y Los datos difieren de la definición estándar; si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.
 - z No se presentan estimaciones modeladas por países, pero se han utilizado para los agregados regionales y mundiales. Para más detalles, consulte las bases de datos en <https://data.unicef.org/topic/nutrition/child-nutrition/>
 - ^ En la mayoría de los países no se observan diferencias de género estadísticamente significativas, por lo que no se presentan datos desglosados por sexo. Para más detalles, consulte las bases de datos en <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
 - & Las estimaciones de la cobertura de suplementos de vitamina A para 2020 no estaban finalizadas en el momento de la publicación para algunos países prioritarios y podrían estar disponibles en los próximos meses. Para obtener los datos más recientes, visite <data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>.

TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0-23 meses) 2014-2020 ^{R, A}											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12-23 meses) (%)			Diversidad mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico			
Afganistán	63 ^m	58 ^m	61	74	80	70	22	18	35	49	15	59
Albania	57	37	89	43	38	37	52	46	48	45	27	26
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	48	37	79 ^k	67	74	53	29	19	45	31	12	36
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	33	29	88	37	36	43	39	31	52	46	19	26
Argentina	57 ^m	32 ^x	97 ^x	39 ^x	49 ^x	33 ^x	-	-	-	64 ^x	-	-
Armenia	41	44	90	29	32	24	36	32	42	62	22	22
Australia	-	-	-	20 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	20 ^{mx}	12 ^{mx}	77 ^x	26 ^x	24 ^x	15 ^x	35 ^x	29 ^x	41 ^x	-	-	38 ^x
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	47	63	75	90	91	86	34	22	48	65	27	45
Barbados	40 ^{mx}	20 ^{mx}	90 ^{mx}	41 ^x	- ^{px}	- ^{px}	-	-	-	58 ^x	-	-
Belarús	24 ^m	22 ^m	96 ^m	17 ^x	26 ^x	19 ^x	70 ^m	67	71	93	57	3
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	68 ^m	33	79	47	59	37	58	50	70	64 ^x	-	30
Benin	54	41	56	69	77	52	26	23	26	44	15	54
Bhután	77	53	93	77	91	- ^p	16	5	39	63 ^x	-	61
Bolivia (Estado Plurinacional de)	63 ^y	56	83	61	74 ^{rx}	53 ^{rx}	70	46 ^{rx}	78 ^{rx}	-	-	16
Bosnia y Herzegovina	42 ^{mx}	18 ^x	76 ^{mx}	12 ^x	16 ^x	10 ^x	-	-	-	71 ^x	-	-
Botswana	53	30	73	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	43 ^{mx}	39 ^{mx}	94 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	59	58	61	92	93 ^{rx}	77 ^{rx}	36	4 ^{rx}	13 ^{rx}	65	27	26
Burundi	92 ^m	72 ^m	80 ^m	89	92	84	18	9	39	39	10	9
Cabo Verde	73 ^{mxy}	60 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	63	65	82	58	65	39	40	28	56	72	30	35
Camerún	48	39	76	43	65	12	20	9	28	44	10	32
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	16	16	71	73	73	64	23	17	30	34	11	48
Chequia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	29 ^{mx}	21 ^{mx}	83 ^{mx}	-	-	-	37 ^x	22 ^x	51 ^x	63 ^x	25 ^x	29 ^x
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	69	37	90 ^l	42	49	36	69	48	74	60	42	15
Comoras	34 ^x	11 ^x	80 ^x	65 ^x	68 ^x	69 ^x	22 ^x	19 ^x	23 ^x	28 ^x	5 ^x	52 ^{lx}
Congo	25 ^m	33	84	32	54	20	14	13	16	29	4	51
Costa Rica	53 ^m	25	99	46	47	40	76	75	63	76 ^x	-	10
Côte d'Ivoire	37 ^m	23	65	63	76	36	23	20	35	48	14	44
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	64 ^m	41	94	25	25	35	58	69	50	76	54	22
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	52 ^{mx}	12 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	72	40 ^{mx}	63	53	-	-	53	-	-	48	29	27
Egipto	27	40	75	50	58	43	35	37	36	56	23	45
El Salvador	42 ^m	47	90	67	71	57	73	66	82	87	64	16
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	93 ^{mxy}	69 ^{mx}	44 ^{mx}	86 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	41	39	90	29	29	28	45	28	54	71	31	28
Estados Unidos de América	-	26 ^m	-	12 ^m	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	48 ^m	64	90	28	29	19	48	36	58	81	37	21
Etiopía	72	59	69	81	69	77	13	6	20	55	11	69
Federación de Rusia	25 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	57 ^{mxy}	40 ^{mx}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	57	55 ^m	89 ^x	60	68	49	54 ^x	43 ^x	62 ^x	-	-	22 ^x
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	32 ^x	5 ^x	82 ^x	23 ^x	34 ^x	19 ^x	18 ^x	12 ^x	22 ^x	-	-	52 ^x

TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0-23 meses) 2014–2020 ^{R A}											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12-23 meses) (%)			Diversidad mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico			
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	82 m	23 m	95 m	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	20	48	65	63	67	60	15	7	25	61	13	61
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	55 my	21 x	83 m	41 x	57 x	18 x	-	-	-	60 x	-	-
Papua Nueva Guinea	55	60	79	79	79	64	32	27	46	44	18	13
Paraguay	50 m	30	87	33	41	43	52	41	65	71	38	16
Perú	51	65	94	68	71	62	84	74	89	-	-	6
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	34 mx	29 x	74 x	47 x	-	-	-	-	-	40 x	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	36 m	29 m	75 m	45 x	57 x	42 x	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	49	36	77	73	74 r	52 r	27 x	14 x	45 x	26	9 x	22 x
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	47	54	82	70	79	50	15	12	24	34	8	28
República Democrática Popular Lao	50	44	87 l	43	66	19	36	23	59	69	26	36
República de Moldova	61 mx	36 x	75 x	27 x	44 x	22 x	70 x	63 x	81 x	46 x	-	10 x
República Dominicana	38 m	5	81	20	27	14	51	45	61	77	42	35
República Popular Democrática de Corea	43 m	71 m	78 m	-	-	-	47 m	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	54 m	58 m	87 m	72	75	70	21	13	40	39	9	29
Rumania	58 mx	16 mx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	76	81 m	82	90 m	91 r	79 r	30	11	55	47	18	22
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	81 my	70 m	74 m	73 m	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	50 mx	3 mx	- px	29 mx	- px	- px	-	-	-	43 x	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	36	63	80	46	51	39	32	26	48	58	22	32
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	32	41	64	72	78	57	19	13	26	37	9	52
Serbia	8	24	96	16	28	18	86	78	93	95	74	2
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	75	54	69	65	67	51	25	20	28	32	9	52
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	60 m	34 m	41 m	45 m	61 rx	23 rx	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	90 my	81	94	90 l	90	81	78	66	88	-	-	11
Sudáfrica	67	32	83	34	47	25	40	38	51	43	19	37
Sudán	69 m	55	61	73	72	74	24	9	51	41	14	67
Sudán del Sur	50 x	45 x	42 x	62 x	67 x	58 x	-	-	-	10 x	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	52	9	81	23	27	21	28	16	33	52	16	29
Tailandia	34 m	14	92	19	27	16	69	65	74	86	61	14
Tayikistán	62	36	63	57	63	53	23	19	29	36	8	58
Timor-Leste	47	65	73	49	61 r	44 r	40	17 r	45 r	56	25	34
Togo	48	64	76	80	90	72	19	14	27	61	13	48
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	38	40	91	35	47	16	53	44	55	49	27	10
Trinidad y Tabago	46 mx	21 x	56 x	34 x	45 x	- px	-	-	-	61 x	-	-
Túnez	32	14	97	30	39	28	63	53	76	85	54	20
Turkmenistán	68	56	91	45	49	38	69	76	65	97	64	12
Turquía	71 m	41 m	85 m	53 m	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	15 mxy	35 mx	-	53 mx	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	66 mx	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	-	-	-	55 x	-	-
Uganda	66	65	81	67	77	53	26	20	34	41	15	44
Uruguay	61	58	92	45	-	-	70	-	-	-	-	6
Uzbekistán	86	49	57	63	63	56	23	12	35	24	6	42
Vanuatu	85 mxy	73 mx	72 mx	58 mx	69 rx	40 rx	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	26 m	24	91	43	55	29	59	35	68	91	55	14
Yemen	53 x	10 x	69 x	63 x	73 x	56 x	21 x	12 x	38 x	57 x	15 x	66 x
Zambia	75	70	94	63	74	51	23	11	45	41	12	29
Zimbabwe	59	42	90	50	61	33	17	7	35	68	11	28

TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0-23 meses) 2014-2020 ^{B A}											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12-23 meses) (%)			Diversidad mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico			
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	38 ^v	31 ^v	84 ^v	58 ^q	68 ^q	48 ^q	42 ^v	27 ^v	55 ^v	67 ^v	30 ^v	27 ^v
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	70	41	76	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	54	37	87	45	55 ^q	31 ^q	62	55 ^q	70 ^q	71 ^q	44 ^q	20
Oriente Medio y África del Norte	34	33	81	42	49	39	39	37	44	59	26	35
América del Norte	-	26	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	50	57	58	78	84	69	19	10	29	45	11	54
África Subsahariana	54	45	75	68	76	53	22	15	36	44	12	44
África Oriental y Meridional	64	55	77	70	72	65	24	14	40	47	14	43
África Occidental y Central	46	37	73	66	79	43	21	15	33	41	11	45
Países menos adelantados	57	53	75	75	78	67	23	15	36	48	14	44
Mundo	48^v	44^v	73^v	65	75	56	29^v	19^v	40^v	52^v	18^v	41^v

La lista completa de países y zonas de las categorías de regiones, subregiones y países se encuentra en la página 182 o en <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Iniciación temprana de la lactancia materna –

Porcentaje de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados en la primera hora de vida.

Lactancia materna exclusiva (<6 meses) – Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron exclusivamente leche materna durante el día anterior.

Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) – Porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior.

Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) – Porcentaje de lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior.

Diversificación mínima de la alimentación (6 a 23 meses) – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos definidos durante el día anterior.

Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses)

– Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos (incluyendo también la alimentación con leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más durante el día anterior.

Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses) – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron una alimentación mínima aceptable durante el día anterior.

Consumo cero de verduras o frutas (6 a 23 meses) – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que no consumieron ninguna verdura o fruta durante el día anterior.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Alimentación de lactantes y niños pequeños (0 a 23 meses) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2021.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- R Datos referidos al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.
- k (Para los indicadores en los que se han podido evaluar las diferencias de género) Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a los niños varones.
- v Las estimaciones agregadas para Asia Oriental y el Pacífico y el Mundo incluyen estimaciones para China del año 2013, que está fuera del coeficiente de años 2014-2020.
- l (Para los indicadores en los que se han podido evaluar las diferencias de género) Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a las niñas.
- x Datos referidos a años o periodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.
- m (Para los indicadores en los que se pueden evaluar las diferencias de género) No es posible realizar una evaluación de género.
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.
- p Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.
- q Las estimaciones regionales para Asia Oriental y el Pacífico excluyen a China; América Latina y el Caribe excluyen a Brasil; Europa Oriental y Asia Central excluyen a la Federación de Rusia.
- ^ En la mayoría de los países no se observan diferencias de género estadísticamente significativas, por lo que no se presentan datos desglosados por sexo. Para más detalles, consulte las bases de datos en <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- r Los datos desglosados proceden de fuentes diferentes a los datos presentados para todos los niños para el mismo indicador.

TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la escuela en la primera infancia 2012-2020 ^R					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos ^H					Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre ^H 2012-2020 ^R	Materiales de aprendizaje en el hogar 2012-2020 ^R					Niños que reciben una supervisión inadecuada 2012-2020 ^R					
	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos		Libros infantiles			Juguetes ^H			Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos
												Total	20% más pobres	20% más ricos	Total	20% más pobres	20% más ricos					
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gambia	24	23	25	19	40	16	15	17	11	34	1	1	0	5	49	41	55	16	17	16	18	16
Georgia	78	77	79	61	87	77	77	76	69	86	7	57	26	75	66	61	71	4	3	5	4	3
Ghana	71	71	70	46	94	36	38	34	21	63	3	7	0	27	50	40	65	30	30	30	39	21
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	9	9	9	3	32	31	33	30	22	51	4	0	0	1	32	17	54	34	36	33	38	36
Guinea-Bissau	14	12	17	5	54	44	44	44	30	76	7	1	0	3	44	33	65	70	71	70	68	73
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	47	48	46	48	47	91	91	90	82	97	23	47	25	76	69	65	70	5	5	5	10	1
Haití	63 y	63 y	63 y	31 y	84 y	54 y	52 y	57 y	34 y	79 y	7 y	8 y	1 y	20 y	48 y	33 y	58 y	22 y	23 y	22 y	28 y	15 y
Honduras	19	17	21	13	28	39	38	39	20	64	17	11	1	34	78	74	81	4	5	4	8	2
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	38 x	37 x	39 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonesia	17	16	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica del)	18	-	-	-	-	70 x,y	69 x,y	70 x,y	-	-	60 x,y	36	-	-	83 y	-	-	13	-	-	-	-
Iraq	2	2	3	1	5	46	45	47	31	55	10	3	1	9	47	52	43	10	10	10	12	12
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	5	5	5	4	11	72	72	73	71	83	2	19	3	44	71	61	82	9	9	10	10	9
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	92 x	92 x	91 x	88 x	100 x	88 x	86 x	90 x	76 x	86 x	28 x,y	55 x	34 x	73 x	61 x	64 x	56 x	2 x	2 x	2 x	2 x	1 x
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	13 y	12 y	14 y	5 y	35 y	92 y	92 y	91 y	85 y	99 y	32 y	16 y	6 y	32 y	71 y	69 y	66 y	16 y	17 y	16 y	16 y	21 y
Kazajstán	55	53	58	45	70	86	84	87	83	95	7	51	35	73	60	63	61	5	4	6	8	3
Kenya	16 x	14 x	17 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kirguistán	39	40	38	25	57	88	88	88	89	87	10	21	12	44	72	74	66	8	7	8	11	5
Kiribati	72	69	75	76	76	78	76	80	73	84	20	4	1	13	60	48	75	31	31	30	35	31
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	46	45	46	20	83	27	26	27	15	44	2	3	0	10	57	44	72	17	17	17	27	9
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	62 x	63 x	60 x	-	-	56 x,y	58 x,y	54 x,y	-	-	74 x,y	29 x	-	-	16 x,y	-	-	9 x	8 x	10 x	-	-
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libia	6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	37	41	32	7	67	88	87	90	70	100	35	55	17	84	62	48	75	6	7	5	11	1
Madagascar	15	15	15	7	42	25	24	25	17	43	3	1	0	8	52	33	74	34	33	34	36	25
Malasia	53	52	55	-	-	25	25	24	-	-	-	56	-	62	-	-	-	3	3	3	-	-
Malawi	39	37	41	26	67	29	29	30	22	44	3	1	0	6	45	35	66	37	37	37	39	28
Maldivas	78 y	78 y	79 y	69 y	82 p,y	96 y	96 y	97 y	97 y	-	25 y	59 y	50 y	70 y	48 y	50 y	33 y	12 y	10 y	14 y	11 y	22 y
Malí	5	6	5	1	21	55	55	55	53	65	5	0	0	2	52	42	70	32	32	32	31	27
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	39 x	36 x	41 x	6 x	78 x	36 y	36 y	36 y	26 y	47 y	65 y	21 x,y	9 x,y	52 x,y	14 x,y	19 x,y	7 x,y	7	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	12	12	12	3	30	44	46	42	30	65	5	1	0	3	33	24	52	34	35	34	39	26
México	68	63	72	-	-	71 y	71 y	71 y	-	-	10 y	29	-	-	75	-	-	6	7	5	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	74	72	76	34	89	58	57	58	41	74	15	29	9	54	65	66	64	13	12	13	16	9
Montenegro	53	51	56	18	65	90	88	92	66	100	44	58	21	85	64	57	64	5	4	5	5	2
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	47 x	45 x	48 x	48 x	50 x	20 x	3 x	2 x	10 x	-	-	-	33 x	33 x	32 x	-	-
Myanmar	23 y	22 y	25 y	11 y	42 y	52 y	51 y	53 y	41 y	73 y	6 y	5 y	1 y	15 y	72 y	64 y	76 y	13 y	14 y	13 y	21 y	5 y
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	62	64	60	52	87	76	76	77	65	93	18	3	1	7	66	56	70	25	26	24	40	13

TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la escuela en la primera infancia 2012-2020 ^R					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos ^H					Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre ^H 2012-2020 ^R	Materiales de aprendizaje en el hogar 2012-2020 ^R						Niños que reciben una supervisión inadecuada 2012-2020 ^R				
	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos		Libros infantiles			Juguetes ^H			Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos
												Total	20% más pobres	20% más ricos	Total	20% más pobres	20% más ricos					
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Níger	3 x	3 x	2 x	0 x	9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigeria	36	36	35	8	78	63	62	63	46	87	11	6	0	20	46	38	60	32	32	31	31	30
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	29	28	31	-	-	81	78	84	-	-	22	25	-	-	75	-	-	45	44	45	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	37	38	35	28	67	74	73	74	55	89	45 y	26	7	59	69	67	68	3	3	2	6	1
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	31	30	32	10	61	64	62	65	40	90	17 y	23	3	61	60	55	65	3	2	3	4	2
Perú	77 y	76 y	79 y	70 y	90 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	41	41	41	-	-	88	89	88	-	-	85 y	40	-	-	55	-	-	12	12	11	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	8 x	8 x	7 x	4 x	18 x	70 x	70 x	69 x	52 x	84 x	62 x	30 x	12 x	53 x	52 x	52 x	51 x	17 x	17 x	17 x	22 x	15 x
República Centroafricana	6	6	7	2	27	39	41	38	37	36	6	0	0	1	56	47	68	49	49	49	50	47
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	5	6	5	1	20	44	45	44	40	58	7	1	0	1	39	28	63	47	47	46	53	29
República Democrática Popular Lao	32	30	34	13	69	44	43	46	31	72	11	4	0	18	61	51	63	12	13	12	17	6
República de Moldova	71	74	67	50	88	89	86	92	81	95	47 y	68	33	87	68	75	69	6	6	6	9	5
República Dominicana	40	39	40	16	72	58	58	59	38	73	6	10	2	28	57	57	58	5	5	5	7	3
República Popular Democrática de Corea	73	73	73	-	-	95 y	94 y	95 y	-	-	21 y	50	-	-	59	-	-	16	17	16	-	-
República Unida de Tanzania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rumania	82 y	82 y	83 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	13 y	12 y	14 y	3 y	45 y	44 y	43 y	45 y	32 y	63 y	2 y	1 y	0 y	3 y	30 y	21 y	41 y	35 y	35 y	35 y	38 y	21 y
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	26	-	-	-	-	87 y	-	-	-	-	23 y	9	-	-	51	-	-	16	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	85	87	84	-	-	93	89	96	-	-	50 y	68	-	-	59	-	-	5	5	5	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	35	36	34	19	57	43	42	44	38	65	5	6	2	20	71	67	74	21	21	22	29	17
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	21 y	21 y	21 y	6 y	51 y	20 y	18 y	21 y	15 y	33 y	8 y	1 y	0 y	3 y	29 y	15 y	50 y	39 y	39 y	38 y	30 y	54 y
Serbia	61	58	63	11	80	95	94	96	91	97	37	78	48	90	83	84	84	4	3	4	7	2
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	12	11	12	1	41	29	28	29	20	46	7	2	0	9	41	27	66	30	30	30	32	25
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	2 x	2 x	2 x	1 x	6 x	79 x	80 x	79 x	76 x	85 x	48 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	60	-	-	52	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	48 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	22	22	23	7	59	-	-	-	-	-	-	2	0	7	46	36	55	-	-	-	-	-
Sudán del Sur	6 x	6 x	6 x	2 x	13 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	46	43	49	32	67	67	64	69	46	79	14	26	6	63	65	64	69	6	6	6	8	3
Tailandia	86	85	88	85	88	93	91	94	85	98	33	34	14	65	80	80	76	5	6	4	5	3
Tayikistán	6	-	-	-	-	74 x	73 x	74 x	56 x	86 x	23 x	17 x	4 x	33 x	46 x	43 x	44 x	13 x	13 x	12 x	15 x	11 x
Timor-Leste	14 y	13 y	16 y	9 y	16 y	81 y	83 y	79 y	72 y	89 y	15 y	4 y	2 y	9 y	40 y	22 y	61 y	29 y	29 y	30 y	33 y	26 y
Togo	20	21	20	10	40	28	26	30	23	41	7	1	0	2	38	27	52	29	29	29	38	21
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	35	30	41	29	37	90	88	92	87	93	26	24	8	52	63	58	63	9	10	7	14	6
Trinidad y Tabago	85 x	85 x	84 x	72 x	93 x	96 x	95 x	96 x	94 x	100 x	57 x,y	76 x	63 x	93 x	76 x	75 x	82 x	2 x	2 x	1 x	3 x	1 x
Túnez	51	52	49	17	71	74	73	75	44	91	31	24	7	45	62	54	67	13	13	12	18	8
Turkmenistán	41	40	42	17	77	91	90	93	90	94	15	32	17	58	75	83	69	2	3	2	2	2
Turquía	-	-	-	-	-	65 y	66 y	65 y	42 y	88 y	16 y	29	6	68	76	64	85	6	6	7	9	5
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71 y	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uganda	37 y	34 y	39 y	15 y	66 y	53 y	51 y	55 y	38 y	74 y	3 y	2 y	0 y	8 y	50 y	39 y	59 y	37 y	37 y	37 y	49 y	21 y
Uruguay	84	83	86	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-
Uzbekistán	32 y	33 y	31 y	-	-	91 x	91 x	90 x	83 x	95 x	54 x	43 x	32 x	59 x	67 x	74 x	62 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x

TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la escuela en la primera infancia 2012–2020 ^R					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos ^H					Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre ^H 2012–2020 ^R	Materiales de aprendizaje en el hogar 2012–2020 ^R						Niños que reciben una supervisión inadecuada 2012–2020 ^R				
	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos	Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos		Libros infantiles			Juguetes ^H			Total	Niños	Niñas	20% más pobres	20% más ricos
												Total	20% más pobres	20% más ricos	Total	20% más pobres	20% más ricos					
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Venezuela (República Bolivariana de)	66 ^{x,y}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yemen	3 ^x	3 ^x	3 ^x	0 ^x	8 ^x	33 ^x	34 ^x	32 ^x	16 ^x	57 ^x	37 ^x	10 ^x	4 ^x	31 ^x	49 ^x	45 ^x	49 ^x	34 ^x	36 ^x	33 ^x	46 ^x	22 ^x
Zambia	6 ^x	7 ^x	6 ^x	1 ^x	19 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	28	28	29	16	53	39	39	38	30	56	4	3	0	13	69	58	82	20	21	20	28	12

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
América Latina y el Caribe	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oriente Medio y África del Norte	28	30	30	19	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	10	7
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Subsahariana	26	24	25	8	56	48	48	48	38	67	7	3	0	11	46	36	61	36	36	35	39	29
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	24	24	24	7	55	50	50	50	39	69	8	3	0	12	45	36	61	36	36	35	38	30
Países menos adelantados (LDCs)	19	18	19	10	40	48	48	49	39	64	7	2	1	7	50	40	62	32	32	31	37	22
Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Asistencia a la educación en la primera infancia – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad que asisten a un programa de educación en la primera infancia.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses con los que un adulto ha realizado cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leerle libros al niño, b) contarle cuentos al niño, c) cantarle canciones, d) llevar al niño fuera de casa, e) jugar con el niño y f) pasar tiempo con el niño nombrando, contando o dibujando cosas.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses cuyo padre ha realizado cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leerle libros al niño, b) contarle cuentos al niño, c) cantarle canciones, d) llevar al niño fuera de casa, e) jugar con el niño y f) pasar tiempo con el niño nombrando, contando o dibujando cosas.

Materiales de aprendizaje en el hogar: Libros infantiles – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad que tienen tres o más libros infantiles en el hogar.

Materiales de aprendizaje en el hogar: Juguetes – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados fuera (palos, rocas, animales, conchas, hojas, etc.), juguetes hechos en el hogar o juguetes que provienen de una tienda.

Niños que reciben una supervisión inadecuada – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que han estado solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años durante más de una hora por lo menos una vez durante la semana pasada.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.
- x Los datos se refieren a años o periodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.
- p Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.
- R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.
- H Una explicación más detallada de la metodología y los cambios en el cálculo de estas estimaciones se encuentra en la sección titulada, Nota general sobre los datos.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Asistencia a la educación en la primera infancia – Encuestas de Demografía y Salud (EDS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Materiales de aprendizaje en el hogar: Libros para niños – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Materiales de aprendizaje en el hogar: Juguetes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Niños con supervisión inadecuada – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

TABLA 11. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013-2019 ^a								Tasa de terminación 2010-2019 ^a						Resultados del aprendizaje 2013-2019 ^b						Tasa de alfabetización 2019	
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años) (%)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas	Hombres	Mujeres
Afganistán	-	-	-	-	-	-	44	69	67	40	49	26	32	14	22	25	13	11	-	-	74	56
Albania	4	2	6	3	6	1	21	15	94	96	98	97	76	80	-	-	-	-	48	58	99	100
Alemania	1	1	1	0	6	4	12	16	-	-	-	-	-	-	-	-	95	77	79	79	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	31	39	-	-	-	-	-	-	63	57	42	32	24	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguila	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	14	4	4	1	1	2	14	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	51	48	1	3	0	3	3	9	-	-	-	-	-	-	63	16	-	-	48	11	-	-
Argelia	-	-	-	-	-	-	-	-	93	93	49	65	22	37	-	-	-	-	21	19	98	97
Argentina	2	2	-	-	0	0	15	7	91	94	70	79	46	53	76	71	46	56	48	31	99	100
Armenia	52	50	9	9	11	9	16	4	99	99	95	99	69	79	-	-	-	55	-	50	-	-
Australia	13	14	0	0	2	3	10	6	-	-	-	-	-	-	94	70	-	64	80	78	-	-
Austria	0	0	0	0	1	0	10	9	-	-	-	-	-	-	-	-	98	-	76	79	-	-
Azerbaiyán	32	19	10	7	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	23	21	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	31	28	2	3	7	0	18	6	-	-	-	-	-	-	69	40	-	-	-	39	100	99
Bangladesh	-	-	-	-	-	-	41	36	76	89	59	71	32	27	47	34	44	32	54	57	94	96
Barbados	6	10	1	2	7	3	7	3	99	99	98	98	91	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	0	4	1	2	1	1	6	4	100	100	100	100	91	94	-	-	-	-	77	71	100	100
Bélgica	3	2	1	0	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	80	-	-	-
Belice	18	16	1	1	9	11	38	35	95	96	55	66	48	51	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	15	16	3	10	27	43	46	66	51	44	25	13	12	5	9	34	23	11	-	-	70	52
Bhután	58	59	5	2	18	6	33	22	67	71	41	38	25	18	-	-	-	-	56	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	9	8	5	5	13	14	22	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	72	73	-	-	-	-	22	19	99	100	97	97	92	92	-	-	-	-	46	42	-	-
Botswana	79	78	12	10	-	-	-	-	95	98	92	92	55	66	-	-	16	-	-	-	-	-
Brasil	0	1	1	1	2	3	16	14	95	97	81	89	65	75	80	71	53	52	50	32	99	99
Brunei Darussalam	17	18	-	-	-	-	19	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	52	100	100
Bulgaria	19	20	13	13	12	13	10	14	-	-	-	-	-	-	-	-	95	75	53	56	-	-
Burkina Faso	81	81	21	22	48	44	67	65	32	29	13	6	6	2	36	59	21	22	-	-	62	55
Burundi	52	50	9	6	36	31	67	62	46	54	26	19	4	3	79	97	7	40	-	-	-	-
Cabo Verde	19	19	6	7	14	13	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	48	44	9	9	12	14	-	-	68	79	41	39	20	20	-	-	50	-	8	10	-	-
Camerún	56	57	4	13	33	40	50	58	75	74	52	43	26	21	30	57	24	12	-	-	88	82
Canadá	-	-	-	-	0	0	6	6	-	-	-	-	-	-	96	69	-	-	86	84	-	-
Chad	85	87	17	35	55	70	71	85	31	24	18	10	15	6	18	48	3	3	-	-	-	-
Chequia	10	10	1	0	1	2	3	3	-	-	-	-	-	-	97	78	-	-	79	80	-	-
Chile	8	8	1	2	5	6	5	5	96	97	94	97	83	88	94	90	70	75	68	28	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	63	67	82	85	-	-	80	79	100	100
Chipre	1	2	0	1	2	2	6	8	-	-	-	-	-	-	-	-	74	-	56	63	-	-
Colombia	3	1	3	2	6	5	22	20	91	95	74	81	69	78	79	64	55	48	50	35	99	99
Comoras	71	70	18	18	20	18	52	48	75	77	47	45	24	32	-	-	-	-	-	-	78	78
Congo	71	70	15	16	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	38	72	17	6	-	-	85	79
Costa Rica	4	4	3	3	3	1	7	5	98	99	70	76	56	60	89	84	68	60	58	40	99	100
Côte d'Ivoire	78	78	2	8	41	48	52	64	60	53	36	22	17	15	17	33	22	3	-	-	64	53
Croacia	5	5	-	-	3	1	16	11	-	-	-	-	-	-	-	-	67	78	69	-	-	-
Cuba	2	2	1	1	10	10	20	15	100	98	95	98	85	86	-	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	2	2	1	0	0	1	11	9	-	-	-	-	-	-	97	80	-	-	84	85	-	-
Djibouti	85	88	32	35	48	48	66	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	21	7	4	3	3	1	19	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	8	3	-	-	6	3	20	18	98	98	89	92	78	79	74	65	38	48	49	29	-	-
Egipto	63	63	-	-	3	2	23	24	91	92	79	81	43	41	-	-	-	-	-	21	-	-
El Salvador	18	17	14	13	17	17	33	35	84	89	73	74	34	36	-	-	-	-	-	-	98	98
Emiratos Árabes Unidos	0	0	8	5	2	3	2	2	-	-	-	-	-	-	68	42	-	-	57	46	-	-
Eritrea	73	73	45	50	32	40	45	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	93
Eslovaquia	15	17	5	4	5	5	11	11	-	-	-	-	-	-	-	93	65	69	69	75	-	-
Eslovenia	5	6	1	0	2	1	2	1	-	-	-	-	-	-	96	75	-	-	82	84	-	-
España	5	5	3	3	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	97	67	-	-	84	75	100	100
Estado de Palestina	35	34	3	3	4	1	32	18	99	100	80	93	52	73	-	-	-	-	-	-	99	99
Estados Unidos de América	12	8	1	1	3	1	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81	73	-	-
Estonia	12	12	2	2	2	0	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	90	-	-
Eswatini	-	-	15	17	3	3	14	18	64	77	47	54	31	33	-	-	-	-	-	-	94	97
Etiopía	62	64	11	18	45	49	73	75	47	48	19	22	11	14	-	-	-	-	-	-	-	-
Federación de Rusia	9	10	1	0	2	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	99	89	78	78	100	100	100
Fiji	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	14	13	3	3	14	7	24	17	89	95	75	88	74	83	-	-	-	-	19	19	-	-
Finlandia	2	3	1	1	1	0	3	5	-	-	-	-	-	-	98	82	-	-	86	85	-	-
Francia	0	0	0	0	1	1	5	4	-	-	-	-	-	-	-	94	58	79	79	-	-	-

TABLA 11. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013-2019 ^R								Tasa de terminación 2010-2019 ^R						Resultados del aprendizaje 2013-2019 ^R						Tasa de alfabetización 2019	
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años) (%)	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas	Lectura	Matemáticas	Hombres	Mujeres
Zambia	-	-	17	13	-	-	-	-	71	73	54	50	33	27	-	-	-	-	5	2	93	92
Zimbabwe	60	58	-	-	-	-	45	50	86	92	45	53	17	14	20	-	-	-	-	-	-	-
DATOS CONSOLIDADOS																						
Asia Oriental y el Pacífico	13	11	3	4	10	8	24	16	94	95	83	84	58	61	-	-	-	-	-	-	99	99
Europa y Asia Central	14	14	2	2	3	3	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100
Europa del Este y Asia Central	22	23	3	3	3	3	13	13	99	99	97	96	65	60	-	-	-	-	-	-	100	100
Europa Occidental	4	4	1	1	2	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	4	4	3	2	7	7	22	20	93	94	78	84	59	65	-	-	-	-	-	-	99	98
Oriente Medio y África del Norte	52	53	4	6	9	12	28	34	86	84	64	67	40	41	-	-	-	-	-	-	88	92
América del Norte	9	9	0	1	1	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	7	8	17	14	45	48	85	84	76	72	41	36	-	-	-	-	-	-	88	92
África Subsahariana	56	56	17	21	35	38	53	60	61	62	40	36	31	25	-	-	-	-	-	-	74	79
África Oriental y Meridional	57	57	16	18	35	38	55	59	60	63	33	33	26	23	-	-	-	-	-	-	80	80
África Occidental y Central	56	56	17	24	35	38	52	60	62	60	47	40	35	25	-	-	-	-	-	-	67	78
Países menos adelantados	50	49	15	18	33	35	53	58	59	59	37	34	25	19	-	-	-	-	-	-	76	80
Mundo	27	27	7	9	15	15	35	35	82	82	70	68	45	42	-	-	-	-	-	-	91	93

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

La base de datos sobre competencias básicas de aprendizaje basada en la MICS6 ofrece un desglose por sexo, lugar de residencia, riqueza y grupo de edad. Para más información, pulse aquí <https://data.unicef.org/resources/dataset/learning-and-skills/>

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de niños sin escolarizar un año antes de la edad oficial de ingreso a la escuela primaria – Número de niños de un año menos que la edad de acceso a la enseñanza primaria que no están matriculados en escuelas preescolares o primarias, expresado como porcentaje de la población de un año antes de la edad oficial de acceso a la enseñanza primaria.

Tasa de niños sin escolarizar en edad de ingresar en la escuela primaria – Número de niños en edad oficial de cursar la enseñanza primaria que no están matriculados en la enseñanza preescolar, primaria o secundaria, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de cursar la enseñanza primaria.

Tasa de niños sin escolarizar en el primer ciclo de enseñanza secundaria – Número de niños en edad de asistir al primer ciclo de enseñanza secundaria que no están matriculados en la escuela primaria o secundaria, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de asistir al primer ciclo de enseñanza secundaria.

Tasa de niños sin escolarizar en la educación secundaria superior – Número de niños en edad de asistir a la escuela secundaria superior que no están matriculados en la enseñanza primaria o secundaria o superior, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de asistir a la escuela secundaria superior.

Tasa de terminación en la educación primaria – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años de edad por encima de la edad prevista para el último grado de la educación primaria que han terminado el último grado de la escuela primaria.

Tasa de terminación en la educación en el primer ciclo de la enseñanza secundaria – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado del primer ciclo de enseñanza secundaria que han terminado el último grado del primer ciclo de secundaria.

Tasa de terminación en la enseñanza secundaria superior – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado de la enseñanza secundaria superior que han terminado el último grado de la enseñanza secundaria superior.

Proporción de niños y jóvenes: a) en el segundo o tercer grado; b) al final de la enseñanza primaria; y c) al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas – Porcentaje de niños y jóvenes en el segundo o tercer grado de la enseñanza primaria, al final de la enseñanza primaria y al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en a) lectura y b) matemáticas. Este indicador es el indicador global 4.4.1.1 de los ODS.

Tasa de alfabetización de los jóvenes – Porcentaje de población de 15 años a 24 años, expresado como un porcentaje del total de la población en ese grupo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de niños sin escolarizar – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: marzo de 2021.

Tasa de terminación – Base de datos mundial de UNICEF basada en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: abril de 2021.

Proporción de niños y jóvenes: a) en el segundo o tercer grado; b) al final de la enseñanza primaria; y c) al final del primer ciclo de la

enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas – Base de datos de la División de Estadística de las Naciones Unidas. Última actualización: junio de 2021.

Tasa de alfabetización de jóvenes – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: marzo de 2021.

NOTAS

– Datos no disponibles.

D Los datos se refieren a años o periodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.

TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^H 2012-2019 ^R			Matrimonio infantil (%) ^H 2014-2020 ^R			Registro del nacimiento (%) ^H 2011-2020 ^R			Mutilación genital femenina ^H 2012-2020 ^R				Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) ^H 2014-2020 ^R		Disciplina violenta (%) ^H 2012-2020 ^R			Violencia sexual en la infancia (%) 2012-2019 ^R	
	Total	Niños	Niñas	Niñas		Niños	Total	Niños	Niñas	Prevalencia		Actitudes		Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Niños	Niñas
				Casadas a los 15 años	Casadas a los 18 años	Casadas a los 18 años				Mujeres (Fa)	Niñas (Fb)	Quieren que la práctica se termine (Fc)								
Afganistán	21	23	20	4	28	7	42	43	42	-	-	-	-	71 y	78 y	74 x,y	75 x,y	74 x,y	-	1 y
Albania	3 x,y	4 x,y	3 x,y	1	12	1	98	99	98	-	-	-	-	11	5	48 y	49 y	45 y	-	-
Alemania	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	19	17	20	8	30	6	25	25	25	-	-	-	-	24	25	-	-	-	-	5
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	99 y	100 y	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	4 y	5 y	4 y	0	4	-	100	100	100	-	-	-	-	-	25	84	85	83	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	2 x	72 y	74 y	71 y	-	-
Armenia	4	5	3	0	5	0	99	99	99	-	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	-	-	-	2 x	11 x	0 x	94 x	93 x	94 x	-	-	-	-	-	24 x	77 x,y	80 x,y	74 x,y	-	0 x
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	7	9	5	15	51	4 x	56	56	56	-	-	-	-	-	17	89	89	89	-	3 y
Barbados	1 y	2 y	1 y	1 x	11 x	-	99	99	99	-	-	-	-	-	5 x	75 y	78 y	72 y	-	-
Belarús	1 y	1 y	1 y	0	5	2	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	0	1	57	59	55	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	3	4	3	6	34	22	96	95	96	-	-	-	-	8	6	65	67	63	-	-
Benin	25	24	26	9	31	5	86	85	86	9	0	89	86	17	29	91	91	91	-	5
Bhután	4 x,y	3 x,y	4 x,y	6 x	26 x	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	-	70 x	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14	14	13	3	20	5	92 y	-	-	-	-	-	-	-	34 y	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	0 x	3 x	0 x	100 x	100 x	99 x	-	-	-	-	5 x	1 x	55 y	60 y	50 y	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	88 y	87 y	88 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	5	5	5	6 x	26 x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	42 x,y	44 x,y	40 x,y	10 x	52 x	4 x	77 x	77 x	77 x	76 x	13 x	87 x	90 x	40 x	39 x	83 x,y	84 x,y	82 x,y	-	-
Burundi	31	30	32	3	19	1	84	84	83	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4
Cabo Verde	-	-	-	3 x	18 x	3 x	91 x	-	-	-	-	-	-	24 x	23 x	-	-	-	-	-
Camboya	13	12	14	2	19	4	73	74	73	-	-	-	-	26 y	46 y	-	-	-	-	2
Camerún	39 y	40 y	38 y	11	30	3	62	62	62	1 x	-	85 x	84 x	34	28	85	85	85	2	7
Canadá	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	39	37	41	24	61	8	26	26	26	34	7	49 x	53	-	74	85	85	86	-	2
Chequia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	6	7	5	-	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	4	4	3	5	23	7	97	-	-	-	-	-	-	5	4	-	-	-	0	2
Comoras	28	25	32	10 x	32 x	12 x	87	87	87	-	-	-	-	29 x	43 x	-	-	-	-	3
Congo	14	13	15	7	27	6 x	96	96	96	-	-	-	-	45	56	83	83	82	-	-
Costa Rica	4	4	3	2	17	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	3	49	50	49	-	-
Côte d'Ivoire	22	22	23	7	27	4	72	75	71	37	10	82	79	29	43	87	88	85	-	-
Croacia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	5	29	6	100	100	100	-	-	-	-	1	3	42	43	40	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	1 x	5 x	-	92 x	93 x	91 x	94	43	-	51 x	-	-	72 x,y	73 x,y	71 x,y	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	4	22	-	82 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	5	6	4	2 y	17 y	0 x	99	99	99	87	14 y	28	38	-	46 y	93	93	93	-	-
El Salvador	7	6	7	6	26	-	90 y	89 y	90 y	-	-	-	-	-	10	52	55	50	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	13 x	41 x	2 x	-	-	-	83 x	33 x	85 x	82 x	60 x	51 x	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	9 x,y	11 x,y	8 x,y	1	13	-	99	99	99	-	-	-	-	-	18	90	92	88	4 y	2 y
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	8 x,y	8 x,y	7 x,y	1	5	1	54	51	50	-	-	-	-	29	32	88	89	88	-	-
Etiopía	45	51	39	14	40	5	3	3	3	65	16	87	79	33	60	-	-	-	-	5
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 x,y	-	-	-	-
Filipinas	-	-	-	2	17	3 x	92	92	91	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	2

TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^H 2012-2019 ^R			Matrimonio infantil (%) ^H 2014-2020 ^R			Registro del nacimiento (%) ^H 2011-2020 ^R			Mutilación genital femenina ^H 2012-2020 ^R				Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) ^H 2014-2020 ^R		Disciplina violenta (%) ^H 2012-2020 ^R			Violencia sexual en la infancia (%) ^H 2012-2019 ^R	
	Total	Niños	Niñas	Niñas		Niños	Total	Niños	Niñas	Prevalencia		Actitudes		Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Niños	Niñas
				Casadas a los 15 años	Casadas a los 18 años					Casadas a los 18 años	Mujeres (Fa)	Niñas (Fb)	Quiéren que la práctica se termine (Fc)							
Nepal	22	20	23	8	33	9	77	76	78	-	-	-	-	25	22	82	83	81	-	3
Nicaragua	-	-	-	10 x	35 x	19 x	85	-	-	-	-	-	-	-	19 x,y	-	-	-	-	-
Níger	34 y	34 y	34 y	28 x	76 x	6 x	64	65	62	2	-	91	82	41 x	54 x	82 y	82 y	81 y	-	-
Nigeria	31	32	31	16	43	3	43	43	42	20	19	62	67	26	30	85	86	84	-	5
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	1	4	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	11	13	10	4 y	18 y	5 y	42 y	43 y	42 y	-	-	-	-	58 p,y	51 y	-	-	-	-	1 y
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	2	3	1	7 x	26 x	-	97	97	97	-	-	-	-	-	9 x	45	47	43	-	3
Papua Nueva Guinea	-	-	-	8	27	4	13	13	14	-	-	-	-	72	69	-	-	-	-	7
Paraguay	18	20	13	4	22	-	69 y	69 y	69 y	-	-	-	-	-	7	52	55	49	-	-
Perú	15	14	15	3	17	-	98 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	0 x	4 x	1 x	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	22 x	5 x	50 y	53 y	46 y	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	0 y	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 y	7 y
República Árabe Siria	-	-	-	2 x	13 x	-	96 x	96 x	96 x	-	-	-	-	-	-	89 x,y	90 x,y	88 x,y	-	-
República Centroafricana	30 x,y	29 x,y	32 x,y	26	61	17	45	46	44	22	1	-	69	38	61	90	90	90	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	15	13	17	8	29	6	40	40	40	-	-	-	-	52	60	89	90	88	-	13
República Democrática Popular Lao	28	27	29	7	33	11	73 y	73 y	73 y	-	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-
República de Moldova	-	-	-	0 x	12 x	1 x	100	99	100	-	-	-	-	14 x	13 x	76 y	77 y	74 y	-	5 x
República Dominicana	7	8	6	12	36	8 x	88	88	88	-	-	-	-	-	3	63	64	61	-	1
República Popular Democrática de Corea	4	5	4	0	0	0	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-
República Unida de Tanzania	25	26	24	5	31	4	26	28	25	10	0	89 x	95	50	59	-	-	-	-	7
Rumania	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	19 y	17 y	21 y	0	7	1	56	56	56	-	-	-	-	24	45	-	-	-	0	10
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	1	7	2	67	-	-	-	-	-	-	28	34	91	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	3 y	5 y	2 y	4 x,y	24 x,y	-	92	91	93	-	-	-	-	-	15 x	68 y	71 y	64 y	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	18	17	19	5	28	3	99	99	98	-	-	-	-	10	17	84	84	82	-	3 x
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	23	27	19	9	31	1	79	80	77	25	16	78	79	40	42	-	-	-	-	0
Serbia	10	11	8	1	6	1 x	100	100	100	-	-	-	-	-	2	45	46	43	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	25	26	25	9	30	4	90	90	91	86	8	40	34	29	44	87	87	86	0	3
Singapur	-	-	-	0 y	0 y	-	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	-	-	-	17	36	6	4 y	4 y	3 y	99 y	26	-	19 y	-	75 x,y	-	-	-	-	-
Sri Lanka	1	1	1	1	10	-	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	-	54 x,y	-	-	-	-	-
Sudáfrica	4 y	4 y	3 y	1	4	1	89 y	-	-	-	-	-	-	14	7	-	-	-	-	1 y
Sudán	18	20	16	12	34	-	67	69	66	87	30	64 x	53	-	36	64	65	63	-	-
Sudán del Sur	-	-	-	9 x	52 x	-	35 x	35 x	36 x	-	-	-	-	-	72 x	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 y	13 y
Suiza	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	4 y	5 y	4 y	9	36	20	98 y	98 y	99 y	-	-	-	-	8	6	87	89	86	-	-
Tailandia	-	-	-	3	20	10	100	100	100	-	-	-	-	8	8	58	61	55	-	-
Tayikistán	-	-	-	0	9	-	96	96	96	-	-	-	-	-	44	69	70	68	-	0
Timor-Leste	9	9	10	3	15	1	60	60	61	-	-	-	-	48	69	-	-	-	-	3
Togo	39	38	39	6	25	3	83	84	82	3	0	96	95	22	25	92	92	91	-	4
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26	33	19	0	10	3	98	97	98	-	-	-	-	22	31	87	89	84	-	0
Trinidad y Tabago	1 x,y	1 x,y	1 x,y	3 x	11 x	-	97	97	97	-	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y
Túnez	2 y	3 y	1 y	0	1	0	100	100	100	-	-	-	-	22	14	88	89	87	-	-
Turkmenistán	0	0	0	0	6	-	100	100	100	-	-	-	-	-	46	69	70	67	-	-
Turquía	-	-	-	2	15	-	98 y	98 y	99 y	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	0 x	50 x	49 x	51 x	-	-	-	-	83 x	69 x	-	-	-	-	-
Ucrania	3 y	3 y	3 y	0 x	9 x	4 x	100	100	100	-	-	-	-	2 x	2 x	61 y	68 y	55 y	-	2 x
Uganda	18	17	19	7	34	6	32	32	32	0	1 x	-	83 x	53	58	85	85	85	1	5
Uruguay	4 x	5 x	3 x	1 x	25 x	-	100	100	100	-	-	-	-	-	3 x	55 y	58 y	51 y	-	-

TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^H 2012–2019 ^R			Matrimonio infantil (%) ^H 2014–2020 ^R			Registro del nacimiento (%) ^H 2011–2020 ^R			Mutilación genital femenina ^H 2012–2020 ^R				Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) ^H 2014–2020 ^R		Disciplina violenta (%) ^H 2012–2020 ^R			Violencia sexual en la infancia (%) ^H 2012–2019 ^R	
	Total	Niños	Niñas	Niñas		Niños	Total	Niños	Niñas	Prevalencia		Actitudes		Niños	Niñas	Total	Niños	Niñas	Niños	Niñas
				Casadas a los 15 años	Casadas a los 18 años					Casadas a los 18 años	Mujeres (Fa)	Niñas (Fb)	Quiéren que la práctica se termine (Fc)							
						Hombres							Mujeres							
Uzbekistán	-	-	-	0 x	7 x	7 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	2 x	21 x	5 x	43 y	44 y	43 y	-	-	-	-	63 x	56 x	84 y	83 y	84 y	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	13	13	14	1	11	3 x	96	96	96	-	-	-	-	28	68	72	65	-	-	-
Yemen	-	-	-	9 x	32 x	-	31	31	30	19	15	-	75	49 x	79 y	81 y	77 y	-	-	-
Zambia	23	23	23	5	29	3	14	14	14	-	-	-	-	32	47	-	-	-	-	3
Zimbabwe	28	33	22	5	34	2	49	48	49	-	-	-	-	49	54	64	65	63	-	2
DATOS CONSOLIDADOS																				
Asia Oriental y el Pacífico	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	7	8	6	4	22	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	4	5	4	2	15	-	92	92	92	-	-	-	-	38	87	88	86	-	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	7	28	4	70	70	70	-	-	-	-	39	41	-	-	-	-	2
África Subsahariana	26	27	25	11	34	4	46	45	44	36	17	-	72	34	43	84	83	-	-	5
África Oriental y Meridional	26	28	25	9	31	5	38	35	34	44	-	-	-	34	43	-	-	-	-	4
África Occidental y Central	26	26	26	13	37	4	53	54	52	30	19	63	68	34	42	86	86	85	-	7
Países menos adelantados	22	23	21	10	36	6	44	45	44	-	-	-	-	40	45	83	84	82	-	5
Mundo	-	-	-	5	19	-	74	75	74	-	-	-	-	35	37	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Trabajo infantil – Porcentaje de niños de 5 a 17 años que trabajan en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está implicado en el trabajo infantil en las siguientes condiciones (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos una hora de actividad económica y/o más de 21 horas tareas domésticas no remuneradas, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos 14 horas de actividad económica y/o más de 21 horas de tareas domésticas no remuneradas, (c) niños de 15 a 17 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos 43 horas de actividad económica.

Matrimonio infantil – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron por primera vez o estuvieron en pareja antes de los 15 años; porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que se casaron por primera vez o estuvieron en pareja antes de los 18 años; porcentaje de hombres de 20 a 24 años que se casaron por primera vez o estuvieron en pareja antes de los 18 años.

Registro del nacimiento – Porcentaje de niños menores de 5 años que estaban registrados en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye a los niños que declaran tener un certificado de nacimiento, independientemente de que el entrevistador lo haya visto o no, y a los que no tienen certificado de nacimiento y cuya madre o cuidador dice que el nacimiento ha sido registrado.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas de Demografía y Salud (EDS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: febrero de 2021.

Matrimonio infantil – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: (mujeres) febrero de 2021; (hombres) junio de 2021.

Registro de nacimientos – DHS, MICS, otras encuestas nacionales, censos y sistemas de registro civil. Última actualización: febrero de 2021.

Mutilación genital femenina – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: (a) febrero de 2021; (b, c) junio de 2021.

Mutilación genital femenina – (Fa) Mujeres: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a la mutilación genital femenina; (Fb) niñas: porcentaje de niñas de 0 a 14 años que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (según informan sus madres); (Fc) quieren que la práctica cese: porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que han oído hablar de la mutilación genital femenina y piensan que la práctica debería cesar.

Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes – Porcentaje de jóvenes de ambos sexos de 15 a 19 años que consideran que está justificado que el marido pegue o golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas, es decir, si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decirselo, descuida a los hijos o se niega a mantener relaciones sexuales.

Disciplina violenta – Porcentaje de niños de 1 a 14 años que han sufrido algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica y/o castigo físico) en el último mes.

Violencia sexual en la infancia – Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 29 años que han sufrido violencia sexual a los 18 años.

Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: junio de 2021.

Disciplina violenta – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: febrero de 2021.

Violencia sexual en la infancia – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: febrero de 2021.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- v Se asumieron estimaciones del 100% dado que los sistemas de registro civil en estos países son completos y todos los eventos vitales (incluidos los nacimientos) están registrados. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística, última actualización de enero de 2021.
- p Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.
- H Una explicación más detallada de la metodología y los cambios en el cálculo de estas estimaciones se encuentra en la sección titulada, "Nota general sobre los datos".
- R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el título de la columna.
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del período de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.
- x Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010–2019 ^a	Proporción de niños cubiertos por la protección social 2010–2019 ^a	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010–2019 ^a			Proporción de los ingresos de los hogares (%) 2010–2019 ^a			Coeficiente de Gini 2010–2019 ^a	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2019 ^a	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010–2019 ^a	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2019 ^a
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior				
Afganistán	1,7	0,4	-	-	-	-	-	-	31,0	-	-	507
Albania	-	-	45,9	13,7	27,6	19,5	40,7	7,5	33,2	1,3	0,8	5.353
Alemania	100,0	100,0	-	-	-	20,4	39,6	7,6	29,7	1,1	0,8	46.468
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	28,0	1,0	-	40.886
Angola	-	-	-	-	-	11,5	55,6	3,8	51,3	3,5	0,6	2.791
Anguila	73,3	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	37,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.113
Arabia Saudita	-	3,0	-	-	-	-	-	-	42,2	-	-	23.140
Argelia	11,2	-	-	-	-	23,1	37,2	9,4	27,6	1,0	0,8	3.974
Argentina	31,7	79,6	74,8	5,5	48,6	14,2	47,9	4,7	42,5	2,1	0,7	9.912
Armenia	61,6	30,2	58,3	9,1	35,9	22,2	39,1	9,0	34,4	1,4	0,7	4.623
Australia	100,0	100,0	-	-	-	19,6	42,1	7,4	32,5	1,3	0,7	55.057
Austria	100,0	100,0	-	-	-	20,9	38,7	7,9	27,5	1,0	0,8	50.122
Azerbaiyán	16,0	16,9	29,0	32,9	17,4	-	-	-	26,6	0,7	0,8	4.793
Bahamas	46,5	-	-	-	-	-	-	-	41,4	2,0	-	34.864
Bahrein	-	56,7	-	-	-	-	-	-	59,6	-	-	23.504
Bangladesh	20,9	29,4	44,4	18,0	24,3	21,0	41,4	8,6	48,3	2,9	0,7	1.856
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	32,0	3,1	-	18.148
Belarús	100,0	-	50,4	16,6	27,1	24,3	35,4	10,0	25,2	0,9	0,8	6.698
Bélgica	100,0	100,0	-	-	-	23,2	36,4	8,9	25,1	0,9	0,8	46.345
Belice	19,9	3,0	-	-	-	-	-	-	53,3	3,9	0,5	4.815
Benin	41,0	11,6	-	-	-	12,8	52,1	3,2	47,8	2,9	0,6	1.219
Bhután	10,4	13,5	-	-	-	17,5	44,4	6,7	37,4	1,6	0,7	3.316
Bolivia (Estado Plurinacional de)	59,3	66,2	42,7	24,5	25,1	15,4	47,3	5,1	43,0	2,2	0,6	3.552
Bosnia y Herzegovina	100,0	-	36,5	24,7	16,5	19,8	40,7	7,5	33,0	1,3	0,7	6.109
Botswana	24,0	4,2	21,6	35,6	7,5	10,9	58,5	3,9	53,3	3,8	0,5	7.961
Brasil	47,8	67,7	59,3	3,6	33,1	10,5	57,8	3,1	53,8	4,1	0,5	8.717
Brunei Darussalam	62,9	-	-	-	-	-	-	-	56,4	5,0	-	31.087
Bulgaria	100,0	48,6	-	-	-	16,5	47,6	5,7	40,8	2,0	0,7	9.828
Burkina Faso	0,4	-	2,8	67,5	1,9	20,0	44,3	8,3	35,3	1,5	0,7	787
Burundi	-	-	-	-	-	17,9	46,3	6,9	38,6	1,7	0,7	261
Cabo Verde	19,3	37,9	-	-	-	15,4	48,7	5,7	46,0	2,1	0,6	3.604
Camboya	1,5	4,5	-	-	-	-	-	-	30,8	1,2	0,7	1.643
Camerún	0,6	1,8	1,4	50,9	0,0	13,0	51,7	4,5	46,6	2,7	0,6	1.507
Canadá	100,0	39,7	-	-	-	19,5	40,6	7,1	30,3	1,1	0,7	46.190
Chad	-	-	2,9	64,6	1,4	14,6	48,8	4,9	43,3	2,2	0,6	710
Chequia	100,0	-	-	-	-	24,9	35,5	10,2	24,0	0,8	0,8	23.490
Chile	46,6	68,5	42,5	11,5	18,5	15,5	51,3	5,8	48,4	2,9	0,6	14.896
China	69,0	3,0	47,9	16,4	24,2	17,2	45,3	6,5	46,5	1,7	0,7	10.217
Chipre	100,0	60,3	-	-	-	20,9	41,4	8,4	31,1	1,2	0,7	27.858
Colombia	-	36,0	67,9	2,8	38,5	11,6	56,2	3,7	52,9	3,9	0,6	6.429
Comoras	-	-	-	-	-	13,6	50,4	4,5	45,3	2,5	0,6	1.370
Congo	-	-	-	-	-	12,4	53,7	4,2	48,9	3,1	0,6	2.280
Costa Rica	23,4	38,8	63,8	2,5	30,2	12,8	53,7	4,4	49,5	3,1	0,6	12.244
Côte d'Ivoire	-	-	3,8	57,0	1,2	15,9	47,8	5,7	60,7	6,4	0,7	2.276
Croacia	100,0	-	60,8	11,6	39,0	21,3	37,7	7,8	29,2	1,0	0,8	14.944
Cuba	42,7	0,2	-	-	-	-	-	-	27,0	0,9	-	8.822
Dinamarca	100,0	100,0	-	-	-	23,1	37,7	9,3	27,5	1,0	0,8	60.213
Djibouti	4,8	3,5	74,1	8,7	53,8	15,8	47,6	5,4	41,6	2,0	0,7	3.415
Dominica	38,6	-	-	-	-	-	-	-	44,4	2,5	-	8.111
Ecuador	6,8	8,6	59,9	6,1	32,4	13,6	51,0	4,5	45,6	2,5	0,6	6.184
Egipto	100,0	-	-	-	-	21,8	41,0	9,0	31,5	1,2	0,7	3.019
El Salvador	11,0	8,5	57,5	9,5	28,2	17,1	45,6	6,3	40,6	1,9	0,7	4.187
Emiratos Árabes Unidos	-	1,0	-	-	-	23,0	34,8	9,2	32,5	1,2	-	43.103
Eritrea	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	643
Eslovaquia	100,0	100,0	-	-	-	23,8	33,8	8,8	22,8	0,7	0,8	19.266
Eslovenia	96,0	79,4	-	-	-	24,7	34,9	10,1	23,9	0,8	0,8	25.941
España	100,0	100,0	-	-	-	18,4	41,0	6,2	33,0	1,3	0,7	29.565
Estado de Palestina	7,0	12,1	29,7	29,4	14,8	19,2	41,1	7,3	44,9	2,5	0,7	3.562
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	15,5	46,9	5,2	41,5	2,0	0,7	65.298
Estonia	100,0	100,0	-	-	-	20,9	38,3	8,1	30,5	1,1	0,7	23.718
Eswatini	13,8	-	46,9	12,6	23,0	10,5	60,3	3,7	54,6	4,1	0,5	3.895
Étiopía	-	4,5	38,6	26,9	17,3	19,4	43,0	7,3	33,0	1,5	0,7	856
Federación de Rusia	63,0	100,0	33,6	21,7	13,4	18,3	45,1	7,1	34,7	1,4	0,7	11.585
Fiji	24,5	2,6	35,2	24,4	17,2	18,8	44,7	7,5	36,7	1,6	0,7	6.176
Filipinas	12,4	31,1	54,7	12,8	28,4	16,1	49,2	6,2	44,4	2,3	0,6	3.485
Finlandia	100,0	100,0	-	-	-	23,3	36,8	9,3	26,2	0,9	0,8	48.771
Francia	100,0	100,0	-	-	-	20,9	40,8	8,0	29,2	1,1	0,7	40.496
Gabón	-	-	-	-	-	16,8	44,4	6,0	38,0	1,6	0,7	7.767
Gambia	-	-	87,3	8,0	4,1	19,0	43,6	7,4	35,9	1,5	0,7	778

TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010-2019 ^R	Proporción de niños cubiertos por la protección social 2010-2019 ^R	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010-2019 ^R			Proporción de los ingresos de los hogares (%) 2010-2019 ^R			Coeficiente de Gini 2010-2019 ^R	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010-2019 ^R	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010-2019 ^R	PIB per cápita (dólares actuales) 2010-2019 ^R
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior				
Georgia	26,0	48,1	66,3	7,9	44,0	18,5	43,0	6,8	36,4	1,5	0,7	4.698
Ghana	41,7	25,9	81,9	3,6	57,6	14,3	48,6	4,7	43,5	2,3	0,6	2.202
Granada	85,3	-	-	-	-	-	-	-	36,6	1,6	-	10.809
Grecia	100,0	-	-	-	-	19,6	40,1	7,2	31,0	1,1	0,7	19.581
Guatemala	18,1	2,6	56,2	10,0	30,5	13,1	53,6	4,5	45,0	2,4	0,6	4.620
Guinea	-	-	-	-	-	19,8	41,5	7,6	33,7	1,3	0,7	963
Guinea-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	50,7	3,3	0,5	697
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	50,2	-	-	8.132
Guyana	30,1	-	-	-	-	-	-	-	35,0	2,4	0,6	6.610
Haití	-	4,1	-	-	-	15,8	47,1	5,5	60,8	6,5	0,4	1.272
Honduras	-	19,4	54,7	16,1	27,9	11,6	52,2	3,6	49,4	3,1	0,6	2.575
Hungría	100,0	100,0	-	-	-	21,7	37,8	8,2	28,0	1,0	0,8	16.730
Islas Turcas y Caicos	57,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.353
India	41,6	24,1	43,3	17,3	22,9	19,8	44,4	8,1	51,9	3,6	0,7	2.100
Indonesia	28,4	25,6	57,7	6,0	30,7	17,7	45,5	6,9	37,8	1,7	0,7	4.136
Irán (República Islámica del)	13,1	16,4	-	-	-	15,8	48,5	5,8	40,8	1,9	0,7	5.550
Iraq	-	-	26,8	35,5	12,4	21,9	38,5	8,8	40,9	2,0	0,8	5.955
Irlanda	100,0	100,0	-	-	-	21,4	40,0	8,4	28,3	1,0	0,7	78.779
Islandia	100,0	-	-	-	-	23,9	35,9	9,7	23,2	0,8	0,8	67.084
Islas Cook	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.788
Islas Salomón	23,8	-	-	-	-	18,4	44,6	7,0	37,1	1,6	0,7	2.374
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	100,0	-	-	-	-	15,7	44,2	5,1	34,8	1,4	0,7	43.589
Italia	100,0	-	-	-	-	18,0	42,1	6,0	32,8	1,3	0,7	33.226
Jamaica	7,0	27,0	52,1	2,0	31,7	16,3	47,9	6,1	37,5	1,7	0,6	5.582
Japón	-	85,4	-	-	-	20,5	41,1	7,7	33,9	1,3	0,8	40.247
Jordania	4,8	8,8	-	-	-	-	-	-	40,1	1,9	0,7	4.405
Kazajstán	44,2	57,4	39,4	20,1	19,4	23,3	37,9	9,8	27,5	1,0	0,8	9.813
Kenya	30,2	3,6	38,4	24,0	20,0	16,5	47,5	6,2	40,8	1,9	0,7	1.817
Kirguistán	23,8	16,9	61,8	6,6	35,0	22,8	39,5	9,6	27,7	1,0	0,8	1.310
Kiribati	-	1,3	-	-	-	-	-	-	37,0	1,6	0,7	1.655
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	36,0	2,4	-	32.000
Lesotho	-	10,4	47,6	10,4	23,3	13,5	49,8	4,6	44,9	2,4	0,5	1.118
Letonia	100,0	100,0	-	-	-	18,9	42,3	7,0	35,2	1,4	0,7	17.819
Libano	-	-	-	-	-	20,6	40,0	7,9	31,8	1,2	0,8	7.584
Liberia	-	5,8	40,0	16,5	22,5	18,8	42,8	7,2	35,3	1,4	0,7	622
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	30,2	-	-	7.686
Liechtenstein	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	181.403
Lituania	100,0	-	-	-	-	18,6	42,8	6,6	35,4	1,5	0,7	19.551
Luxemburgo	100,0	100,0	-	-	-	18,5	42,2	6,6	32,3	1,2	0,7	114.685
Macedonia del Norte	100,0	-	-	-	-	18,5	38,8	6,1	30,7	1,1	0,7	6.022
Madagascar	-	-	-	-	-	15,7	49,4	5,7	42,7	2,1	0,6	523
Malasia	46,5	2,8	47,8	12,2	24,6	15,9	47,3	5,8	41,0	2,0	0,7	11.414
Malawi	-	9,8	37,3	17,0	17,9	16,2	51,7	6,4	44,7	2,4	0,6	412
Maldivas	26,2	8,2	34,6	23,2	15,1	21,2	39,8	8,3	31,3	1,2	0,7	10.627
Malí	-	5,4	-	-	-	-	-	-	33,0	1,3	0,7	879
Malta	100,0	-	-	-	-	22,2	37,5	8,6	28,0	1,0	0,8	29.737
Marruecos	-	-	-	-	-	17,4	47,0	6,7	39,6	1,8	0,7	3.204
Mauricio	-	-	28,9	27,2	11,8	18,8	44,6	7,2	36,8	1,6	0,7	11.099
Mauritania	-	-	-	-	-	19,9	40,2	7,5	32,6	1,3	0,7	1.679
México	10,5	23,4	51,0	15,6	28,0	14,9	51,7	5,4	46,4	2,6	0,6	9.946
Micronesia (Estados Federados de)	-	6,8	-	-	-	16,2	46,0	5,5	40,1	1,8	0,7	3.568
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185.829
Mongolia	100,0	85,0	44,7	17,9	23,8	20,2	40,9	7,9	32,7	1,3	0,7	4.340
Montenegro	100,0	-	60,9	10,6	43,1	16,4	43,9	5,2	34,1	1,3	0,7	8.910
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	0,3	0,3	-	-	-	11,8	59,5	4,2	47,0	3,8	0,5	504
Myanmar	1,6	2,1	49,6	13,1	33,4	21,9	40,0	8,9	30,7	1,2	0,7	1.408
Namibia	24,8	22,8	34,9	25,6	17,6	8,6	63,7	2,8	56,0	6,2	0,5	4.957
Nauru	-	-	-	-	-	19,4	42,7	7,5	-	1,9	-	9.397
Nepal	9,8	22,9	-	-	-	-	-	-	32,8	1,3	0,7	1.071
Nicaragua	17,8	3,1	-	-	-	14,3	52,0	5,1	46,2	2,6	0,6	1.913
Níger	-	4,2	29,4	16,8	13,3	19,6	42,4	7,8	34,3	1,4	0,7	554
Nigeria	0,1	12,0	45,4	16,2	21,4	18,7	42,4	7,1	35,1	1,4	0,6	2.230
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	100,0	100,0	-	-	-	23,0	36,6	8,9	25,4	0,9	0,8	75.420
Nueva Zelanda	100,0	67,1	-	-	-	-	-	-	34,1	1,4	-	41.558
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	39,9	-	-	15.343
Países Bajos	100,0	100,0	-	-	-	22,7	37,2	8,9	27,5	1,0	0,8	52.295

TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010-2019 ^R	Proporción de niños cubiertos por la protección social 2010-2019 ^R	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010-2019 ^R			Proporción de los ingresos de los hogares (%) 2010-2019 ^R			Coeficiente de Gini 2010-2019 ^R	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010-2019 ^R	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010-2019 ^R	PIB per cápita (dólares actuales) 2010-2019 ^R
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior				
Pakistán	-	5,4	60,4	8,3	33,4	21,7	41,1	9,1	33,5	1,4	0,7	1.285
Palau	-	60,0	-	-	-	-	-	-	51,0	3,8	-	14.902
Panamá	19,2	21,5	51,5	11,5	24,9	11,7	54,4	3,6	50,6	3,4	0,6	15.731
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	41,9	2,1	0,7	2.829
Paraguay	8,2	18,6	58,1	3,6	27,7	14,0	51,2	4,8	47,3	2,8	0,6	5.415
Perú	8,8	16,1	81,2	1,6	51,1	15,4	47,2	5,2	42,9	2,2	0,6	6.978
Polonia	100,0	100,0	62,4	9,4	38,0	21,5	38,6	8,2	28,5	1,0	0,8	15.695
Portugal	100,0	93,1	-	-	-	20,0	41,4	7,4	31,9	1,2	0,7	23.214
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	40,4	-	-	62.088
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100,0	65,6	-	-	-	18,6	42,1	6,8	35,1	1,3	0,7	42.329
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	34,2	1,2	0,7	1.178
República Centroafricana	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	56,2	4,5	0,5	468
República de Corea	-	40,0	-	-	-	20,5	39,1	7,5	34,5	1,4	0,8	31.846
República Democrática del Congo	-	1,3	8,5	64,1	3,5	15,5	48,4	5,5	42,1	2,1	0,6	581
República Democrática Popular Lao	12,7	-	-	-	-	17,8	46,4	7,0	36,4	1,6	0,7	2.535
República de Moldova	100,0	-	50,6	13,0	30,2	24,4	36,0	10,2	25,7	0,9	0,8	4.494
República Dominicana	17,4	62,1	44,9	12,3	20,6	16,1	48,6	6,0	43,2	2,2	0,6	8.282
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	0,4	-	53,9	9,2	17,9	17,4	48,1	6,9	40,5	1,9	0,7	1.122
Rumania	100,0	100,0	52,2	15,1	32,3	17,3	41,2	5,4	34,8	1,4	0,8	12.913
Rwanda	1,3	5,2	31,0	33,7	13,7	15,8	50,8	6,0	43,7	2,3	0,6	820
Saint Kitts y Nevis	78,0	-	-	-	-	-	-	-	40,0	-	-	19.935
Samoa	28,5	0,0	-	-	-	17,9	46,3	6,8	38,7	1,8	0,7	4.324
San Marino	100,0	-	-	-	-	-	-	-	27,7	-	-	48.995
Santa Lucía	39,4	-	-	-	-	11,0	55,4	3,1	51,2	3,5	0,6	11.611
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	2,0	-	-	-	-	11,5	61,2	3,9	56,3	4,2	0,8	1.947
San Vicente y las Granadinas	28,6	-	-	-	-	-	-	-	40,0	-	-	7.458
Senegal	3,0	1,0	7,4	69,4	3,2	16,5	46,9	6,1	40,3	1,9	0,7	1.447
Serbia	-	-	50,7	18,3	34,5	17,3	41,5	5,2	33,3	1,3	0,7	7.412
Seychelles	-	-	-	-	-	19,6	39,1	7,0	46,8	2,6	0,6	17.448
Sierra Leona	-	0,8	-	-	-	19,6	44,2	7,9	35,7	1,5	0,7	528
Singapur	89,3	-	-	-	-	-	-	-	47,3	1,9	-	65.233
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	40,5	1,9	-	127
Sri Lanka	29,4	32,0	59,3	7,3	32,6	17,9	47,2	7,1	45,0	2,5	0,7	3.853
Sudáfrica	7,6	76,6	50,5	10,5	25,5	7,2	68,2	2,4	67,0	10,1	0,4	6.001
Sudán	-	-	-	-	-	19,9	42,4	7,8	34,2	1,4	0,7	442
Sudán del Sur	-	17,7	-	-	-	-	-	-	46,3	2,7	0,6	1.120
Suecia	100,0	100,0	-	-	-	21,4	37,8	7,7	27,6	1,0	0,8	51.648
Suiza	100,0	100,0	-	-	-	19,9	40,8	7,5	30,6	1,2	0,7	81.989
Suriname	0,0	57,9	-	-	-	-	-	-	38,1	5,8	0,5	6.360
Tailandia	40,0	21,0	51,8	12,0	26,5	19,2	42,8	7,7	36,4	1,5	0,7	7.807
Tayikistán	66,5	14,0	15,0	42,7	7,6	19,4	41,7	7,4	34,0	1,4	0,7	871
Timor-Leste	-	38,2	41,9	24,8	13,9	22,8	38,4	9,4	28,7	1,1	0,8	1.561
Togo	-	49,0	-	-	-	14,5	48,6	5,0	43,1	2,2	0,6	679
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26,3	3,3	-	-	-	18,2	45,4	6,8	37,6	1,6	0,7	4.903
Trinidad y Tabago	40,4	14,6	-	-	-	-	-	-	40,3	1,9	0,7	17.398
Túnez	25,3	28,6	-	-	-	20,1	40,9	7,8	32,8	1,3	0,7	3.317
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	26,5	2,0	0,7	6.967
Turquía	-	-	63,7	5,7	37,8	15,5	48,0	5,4	41,7	2,0	0,6	9.127
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	39,1	1,8	0,7	4.059
Ucrania	100,0	100,0	45,6	15,8	22,1	23,7	36,5	9,7	26,1	0,9	0,8	3.659
Uganda	5,3	-	10,0	79,3	3,4	15,9	49,8	6,1	42,8	2,1	0,6	794
Uruguay	100,0	-	59,3	13,4	36,7	16,2	45,9	5,8	39,2	1,8	0,7	16.190
Uzbekistán	16,0	29,2	49,3	14,4	29,7	18,8	43,7	7,1	39,7	1,5	0,7	1.725
Vanuatu	-	12,9	-	-	-	-	-	-	37,6	1,6	0,7	3.115
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-	37,8	1,6	0,6	16.054
Viet Nam	44,0	1,0	82,8	2,6	63,8	18,6	42,9	6,7	42,4	1,5	0,7	2.715
Yemen	-	-	-	-	-	18,8	44,7	7,3	36,7	1,6	0,7	774
Zambia	4,1	21,1	8,9	59,0	1,0	8,9	61,3	2,9	57,1	5,0	0,5	1.305
Zimbabue	-	6,7	61,0	16,2	49,3	15,1	51,1	6,0	44,3	2,3	0,6	1.464

TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010–2019 ^R	Proporción de niños cubiertos por la protección social 2010–2019 ^R	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010–2019 ^R			Proporción de los ingresos de los hogares (%) 2010–2019 ^R			Coeficiente de Gini 2010–2019 ^R	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2019 ^R	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010–2019 ^R	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2019 ^R
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior				
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	56,6	14,2	51,3	14,0	27,4	17,7	44,8	6,7	43,2	1,7	0,7	11.386
Europa y Asia Central	85,3	90,8	46,5	16,1	25,0	19,6	41,5	7,4	32,3	1,3	0,7	24.694
Europa del Este y Asia Central	66,3	80,6	45,0	16,8	23,8	18,9	43,3	7,2	34,4	1,4	0,7	8.437
Europa Occidental	100,0	99,5	-	-	-	20,2	40,1	7,5	30,5	1,1	0,8	38.421
América Latina y el Caribe	31,0	44,6	59,2	7,6	33,4	12,9	53,4	4,3	48,2	3,1	0,6	8.810
Oriente Medio y África del Norte	48,8	-	-	-	-	19,7	42,8	7,8	36,3	1,5	0,7	7.756
América del Norte	-	-	-	-	-	15,9	46,3	5,4	40,4	1,9	0,7	63.369
Asia Meridional	37,8	22,0	45,6	16,2	24,4	20,1	43,8	8,3	48,7	3,2	0,7	1.961
África Subsahariana	7,5	13,6	34,5	31,3	16,7	16,2	48,3	6,0	41,8	2,6	0,6	1.604
África Oriental y Meridional	9,1	18,7	38,8	27,6	18,0	15,4	50,9	5,8	43,7	3,0	0,6	1.628
África Occidental y Central	6,0	9,5	30,6	34,6	15,4	17,1	45,4	6,3	39,7	2,0	0,7	1.578
Países menos adelantados	9,4	11,6	33,0	33,2	16,2	17,9	46,0	6,9	40,5	2,2	0,7	1.078
Mundo	48,4	27,4	47,5	16,7	25,3	18,0	45,3	6,9	42,8	2,2	0,7	11.562

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) – Proporción de mujeres que dan a luz que reciben prestaciones de maternidad: relación entre las mujeres que reciben prestaciones de maternidad en metálico y las mujeres que dan a luz en el mismo año (estimación basada en las tasas de fecundidad por edad publicadas en las Perspectivas de la población mundial de las Naciones Unidas o en el número de nacidos vivos corregido para tener en cuenta la proporción de nacimientos de gemelos y trillizos).

Proporción de niños cubiertos por la protección social – Proporción de niños cubiertos por las prestaciones de protección social: relación entre los niños/hogares que reciben prestaciones económicas por hijos o familiares y el número total de niños/hogares con hijos.

Distribución de las prestaciones de protección social – Porcentaje de las prestaciones que van al primer quintil, al 40% inferior y al 5º quintil en relación con el total de las prestaciones que van a la población. La cobertura de la protección social incluye: la prestación de asistencia social a través de transferencias monetarias a quienes las necesitan, especialmente los niños; las prestaciones y ayudas a las personas en edad de trabajar en caso de maternidad, discapacidad; y la cobertura de las pensiones para las personas mayores.

Proporción de los ingresos de los hogares – Porcentaje de los ingresos percibidos por el 20% de los hogares con mayores ingresos, por el 40% de los hogares con menores ingresos y por el 20% de los hogares con menores ingresos.

Coeficiente de Gini – El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución de la renta (o, en algunos casos, del gasto de consumo) entre los individuos u hogares de una economía se desvía de una distribución perfectamente

igualitaria. Una curva de Lorenz traza los porcentajes acumulados de los ingresos totales recibidos en relación con el número acumulado de beneficiarios, comenzando por el individuo u hogar más pobre. El índice de Gini mide el área entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de igualdad absoluta, expresada como porcentaje del área máxima bajo la línea. Así, un índice de Gini de 0 representa una igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 implica una desigualdad perfecta.

Índice de desigualdad de ingresos de Palma – El índice Palma se define como la relación del ingreso nacional bruto del 10% más rico de la población dividida por la del 40% más pobre.

PIB per cápita (en dólares actuales) – El PIB per cápita es el producto interior bruto dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor bruto añadido por todos los productores residentes en la economía más los impuestos sobre los productos y menos las subvenciones no incluidas en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por la depreciación de los activos fabricados o por el agotamiento y la degradación de los recursos naturales. Los datos se expresan en dólares actuales.

VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) – El índice de ingresos de la gran mayoría mide el índice de ingresos del primer 80% (gran mayoría) en la clasificación de ingresos.

Perfil de pobreza infantil – El indicador de perfil infantil mide la prevalencia de niños gravemente pobres en una, dos, tres, cuatro o más dimensiones de la pobreza multidimensional.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) – Informe mundial sobre la protección social de la OIT, 2017-2020. Última actualización: mayo de 2021.

Proporción de niños cubiertos por la protección social – Informe mundial sobre la protección social de la OIT, 2017-2020. Última actualización: mayo de 2021.

Distribución de las prestaciones de protección social – El Atlas de la Protección Social: Indicadores de resiliencia y equidad. Última actualización: mayo de 2021.

Proporción de los ingresos de los hogares – Indicadores de Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

Coeficiente de Gini – Base de datos mundial sobre la desigualdad de

ingresos. Última actualización: mayo de 2020.

Índice de desigualdad de ingresos de Palma – Base de datos mundial de desigualdad de ingresos. Última actualización: mayo de 2020.

PIB per cápita (en dólares actuales) – Indicadores de Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

VMI (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) – Estimaciones de UNICEF basadas en los Indicadores de Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

Perfil de la pobreza infantil – Estimaciones de UNICEF basadas en las encuestas DHS y MICS.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.
- CS Existen datos desglosados por sexo en el Datawarehouse de UNICEF

TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2019									Centros de salud 2019					
	Uso de servicios básicos de agua potable (%)			Uso de servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Secund- aria	Total	Pri- maria	Secund- aria	Total	Pri- maria	Secund- aria						
Guyana	96	100	94	86	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	67	85	43	37	46	25	22	28	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	-	-	-	6
Honduras	96	100	90	84	86	80	-	-	-	68	65	52	82	-	-	12	5	21	58	1	-	-	-	-
Hungría	100	100	100	98	98	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
India	90	94	89	71	79	67	68	82	60	67	67	75	64	64	73	53	53	53	-	-	-	-	-	-
Indonesia	92	98	86	86	92	80	94	96	91	73	72	75	40	37	50	59	59	57	80	-	-	-	66	-
Irán (República Islámica del)	97	99	94	90	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	98	100	95	100	100	100	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	97	97	98	91	90	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	-	-	-	-
Islas Marshall	89	87	94	84	91	59	85	86	80	3	3	-	27	27	-	36	36	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	67	91	59	35	78	21	-	-	28	17	20	19	27	22	34	17	-	-	74	-	-	-	12	-
Islas Vírgenes Británicas	100	-	-	-	-	-	-	-	-	93	100	84	100	100	100	95	91	100	-	-	-	-	-	-
Israel	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Italia	100	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Jamaica	91	95	85	87	83	91	-	-	-	95	94	96	95	94	96	97	96	97	-	-	-	-	-	-
Japón	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	99	99	97	97	97	95	-	-	-	93	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	95	98	92	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	62	87	52	33	36	32	27	33	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-
Kirguistán	92	99	87	98	95	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Kiribati	78	92	61	46	51	39	56	59	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65	-	-	-	17	-
Kuwait	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Lesotho	72	93	64	50	47	52	6	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letonia	99	99	99	92	96	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Líbano	93	-	-	99	-	-	-	-	-	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	-	-	64	-
Liberia	75	86	64	18	29	6	-	-	-	50	44	65	27	24	35	69	67	75	-	-	-	-	31	-
Libia	100	-	-	92	-	-	-	-	-	17	-	-	61	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	43
Liechtenstein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	98	100	94	94	98	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	99	93	-	
Luxemburgo	100	100	99	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	98	98	97	98	99	97	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100
Madagascar	53	80	36	12	19	8	27	38	20	-	-	-	62	62	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malasia	97	99	90	-	100	-	-	-	-	98	97	99	100	100	100	98	97	98	-	-	-	-	-	-
Malawi	70	86	67	27	34	25	8	14	7	78	87	82	65	75	56	21	28	-	76	3	27	42	-	
Maldivas	100	99	100	99	100	99	96	97	95	100	100	100	96	-	-	-	-	55	15	80	30	-	-	
Malí	83	96	72	45	56	37	17	27	9	70	70	-	30	30	20	63	63	-	-	-	-	-	52	
Malta	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	90	98	77	87	96	71	-	-	-	84	74	91	70	70	-	89	81	98	-	-	-	-	-	-
Mauricio	100	100	100	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	86	89	84	-	-	-	-	-	-
Mauritania	72	89	50	50	75	19	-	-	-	-	-	21	20	32	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
México	100	100	98	92	94	86	-	-	-	-	-	49	74	74	80	-	-	82	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Mongolia	85	97	61	68	76	51	86	89	81	74	73	73	63	70	63	41	44	66	-	-	-	-	-	-
Montenegro	99	99	98	98	100	94	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	85	100	100	100	100
Montserrat	98	-	-	89	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Mozambique	63	88	49	37	61	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	43	-	-	-	-	-
Myanmar	84	95	78	74	79	71	75	83	71	75	72	82	68	65	71	59	54	62	-	-	-	-	-	-
Namibia	84	96	71	35	50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	100	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	90	90	90	77	76	77	62	75	59	47	39	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Nicaragua	82	97	59	73	81	61	-	-	-	54	-	-	12	-	-	40	-	-	58	-	-	-	31	-
Níger	47	86	39	15	52	7	23	39	20	16	16	-	25	23	-	15	15	-	25	0	4	36	-	
Nigeria	78	92	62	43	52	33	33	41	25	36	32	53	38	35	46	28	28	24	46	17	66	43	-	
Niue	97	-	-	96	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Noruega	100	100	100	98	98	98	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	92	95	76	99	99	99	97	-	-	100	-	-	96	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	100	100	100	98	98	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Pakistán	90	93	89	68	82	60	80	90	74	57	52	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	100	100	100	100	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	94	98	86	85	93	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	45	86	39	19	49	15	30	62	25	47	46	65	46	46	69	12	11	16	70	-	-	-	10	-
Paraguay	100	100	99	93	95	88	80	85	72	67	67	-	-	-	-	62	62	-	85	26	-	6	-	
Perú	93	97	81	79	84	60	-	-	55	80	79	76	61	62	67	-	-	46	7	-	-	28	-	
Polonia	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Portugal	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Qatar	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	94	95	92	90	90	90	83	85	80	49	49	49	49	51	47	21	22	23	69	-	-	-	-	-
República Centroafricana	37	50	28	14	25	6	22	34	12	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	100	-	-	100	-																			

TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2019									Centros de salud 2019			
	Uso de servicios básicos de agua potable (%)			Uso de servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Secund- aria	Total	Pri- maria	Secund- aria	Total	Pri- maria	Secund- aria				
República Democrática Popular Lao	85	97	78	79	98	69	56	73	46	-	-	-	16	16	-	35	35	-	-	-	-	-
República de Moldova	91	97	85	79	87	73	-	-	-	92	-	-	81	-	-	100	100	100	-	-	-	-
República Dominicana	97	98	90	87	89	77	47	50	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	94	97	89	85	92	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	61	89	45	32	47	23	48	63	40	-	-	-	-	-	-	21	21	-	56	-	-	28
Rumania	100	100	100	87	97	76	-	-	-	72	64	85	72	64	87	72	64	87	-	-	-	-
Rwanda	60	83	56	69	50	73	5	13	3	55	53	65	65	61	73	52	50	49	73	6	65	52
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84	79	100	-	-	-	84	79	100	-	-	-	-
Samoa	92	92	92	97	95	97	79	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
San Marino	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
Santa Lucía	97	97	97	83	79	84	-	-	-	100	99	100	100	99	100	100	99	100	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	78	80	74	48	51	39	55	59	44	-	-	-	76	70	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	99	100	99	99	100	99	-	-	-	-
Senegal	85	95	75	57	68	46	22	35	10	45	42	79	16	9	40	22	25	9	66	-	-	16
Serbia	95	95	96	98	100	96	-	-	-	72	63	91	74	66	92	73	66	91	98	6	86	85
Seychelles	-	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	80
Sierra Leona	64	78	53	17	25	10	21	24	19	63	55	71	20	46	25	-	-	21	-	-	-	19
Singapur	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Somalia	56	79	37	39	56	25	25	32	19	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-	-	-	13
Sri Lanka	92	100	91	94	93	94	-	-	-	83	84	88	96	93	94	-	-	99	-	-	-	27
Sudáfrica	94	99	83	78	77	81	44	53	27	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	60	74	53	37	60	24	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán del Sur	41	70	34	16	42	9	-	-	-	51	51	-	37	37	-	18	18	-	-	-	-	-
Suecia	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Suriname	98	99	97	90	94	82	72	75	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tailandia	100	100	100	99	99	98	85	87	83	-	-	-	-	-	-	-	-	88	61	93	98	-
Tayikistán	82	96	77	97	94	98	73	87	68	79	-	-	47	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	85	96	80	57	74	49	28	43	22	69	69	62	38	37	43	60	61	52	-	-	-	9
Togo	69	91	52	19	33	8	17	27	10	20	20	-	65	62	68	-	-	-	-	-	-	-
Tokelau	100	-	100	97	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	-	-	67
Tonga	99	100	98	93	95	92	70	80	66	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	63
Trinidad y Tabago	99	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	98	99	94	97	98	97	84	91	67	70	-	-	63	63	-	38	38	-	-	-	-	-
Turkmenistán	100	100	100	99	99	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	97	97	96	99	100	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	94	91	100	98	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	74	93	-	-	-	-
Uganda	56	79	48	20	28	17	23	36	18	68	70	-	80	80	-	30	31	56	44	-	-	48
Uruguay	99	100	95	98	98	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistán	98	100	96	100	100	100	-	-	-	90	90	89	92	93	91	89	90	89	-	-	-	-
Vanuatu	91	100	88	53	65	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	94	-	-	96	-	-	-	-	-	97	97	-	90	90	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	97	99	96	89	96	85	86	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	61	77	51	54	79	39	-	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Zambia	65	87	48	32	41	25	18	29	9	79	78	94	66	-	-	57	55	58	-	-	-	40
Zimbabwe	63	93	48	35	42	32	42	56	36	66	64	69	-	-	-	-	-	81	17	58	78	-
DATOS CONSOLIDADOS																						
Asia Oriental y el Pacífico	94	98	89	91	95	85	-	-	-	69	75	51	47	63	62	62	60	89	-	-	38	-
Europa y Asia Central	98	99	97	97	98	93	-	-	-	96	97	98	95	97	98	94	96	98	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	96	98	94	94	97	88	-	-	-	-	-	-	-	-	81	84	92	-	-	-	-	
Europa Occidental	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	
América Latina y el Caribe	97	99	90	89	93	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	95	98	89	92	95	84	-	-	83	82	81	81	87	90	95	85	87	90	-	-	-	-
América del Norte	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Asia Meridional	91	94	89	69	77	65	68	81	60	67	65	78	63	61	71	51	50	52	-	-	-	-
África Subsahariana	64	86	49	33	47	23	28	39	21	44	40	52	47	43	52	26	26	26	46	29	-	40
África Oriental y Meridional	62	86	48	33	50	24	30	43	22	49	46	43	55	54	62	20	21	26	48	44	-	47
África Occidental y Central	68	87	50	32	44	22	27	36	19	39	36	58	40	36	46	32	31	26	45	15	59	35
Países menos adelantados	67	85	57	37	48	31	37	47	31	53	51	67	51	46	58	30	29	34	50	37	-	30
Mundo	90	96	82	78	88	66	71	-	60	69	66	74	63	60	71	57	56	58	76	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población que utiliza al menos servicios básicos de agua potable – Porcentaje de la población que utiliza una fuente mejorada de agua potable, en la que el tiempo de recogida no supera los 30 minutos para un viaje de ida y vuelta, incluidas las filas de espera (entre las fuentes mejoradas figuran las siguientes: agua canalizada; pozos de sondeo o pozos tubulares; pozos excavados y protegidos; manantiales protegidos; agua de lluvia; y agua embotellada o agua suministrada).

Población que utiliza al menos servicios de saneamiento básico – Porcentaje de la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada que no se comparte con otros hogares. Las instalaciones mejoradas incluyen: sistemas de alcantarillado con cisternas o fosas sépticas o letrinas de pozo; letrinas de pozo mejoradas y ventiladas; inodoros de compostaje o letrinas de pozo con losas.

Población con instalaciones básicas de higiene – Porcentaje de la población con una instalación para el lavado de manos con agua y jabón disponible en las instalaciones.

Proporción de escuelas con servicios básicos de agua – Porcentaje de escuelas con agua potable de una fuente mejorada disponible en el momento de la encuesta.

Proporción de escuelas con servicios básicos de saneamiento – Porcentaje de escuelas con instalaciones mejoradas de saneamiento, que son de un solo sexo y utilizables.

Proporción de escuelas con servicios básicos de higiene – Porcentaje de escuelas con instalaciones disponibles para lavarse las manos con agua y jabón.

Proporción de centros de salud con servicios básicos de abastecimiento de agua – Porcentaje de centros de atención de la salud con agua disponible procedente de una fuente mejorada situada en un local.

Proporción de centros de salud con servicios de saneamiento básico – Porcentaje de centros de atención de la salud con instalaciones de saneamiento mejoradas y utilizables con al menos un retrete dedicado al personal, al menos un retrete separado por sexo con instalaciones de higiene menstrual y al menos un retrete accesible para personas con movilidad limitada.

Proporción de centros de salud con servicios básicos de higiene – Porcentaje de centros de atención de la salud con instalaciones funcionales para la higiene de las manos (con agua y jabón y/o desinfectante de manos a base de alcohol) disponibles en los puntos de atención, y a menos de cinco metros de los aseos.

Proporción de centros de salud con servicios básicos de gestión de desechos – Porcentaje de establecimientos de atención de la salud donde los desechos se separan en forma segura en por lo menos tres recipientes, y donde los objetos punzantes y los desechos infecciosos se tratan y eliminan en forma segura.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Servicios básicos de agua potable, saneamiento e higiene en los hogares – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: julio de 2021.

Servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en las escuelas – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: agosto de 2020.

Servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en los centros de salud – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: agosto de 2020.

NOTAS

– Datos no disponibles.

TABLA 15. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2020		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo 2012-2020 ^R					
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia de pareja íntima 2012-2020 ^R	Acoso escolar 2011-2018 ^R		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Mujeres	Hombres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Afganistán	9.822	25	17	9	29	42	45	-	-	-	-	31	69	15 ^y	22 ^y	9	22
Albania	362	13	1	24	-	17	18	56	59	38	58	21	17	34	19	1 ^x	3 ^x
Alemania	7.931	9	1	25	-	21	21	79	79	76	84	-	-	9	10	-	-
Andorra	8	10	1	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7.882	24	8	11	24	-	-	-	-	-	-	15	24	17	15	15	19
Anguila	2	13	-	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	17 ^x	25 ^x	-	-
Antigua y Barbuda	14	14	3	25	-	24 ^x	27 ^x	-	-	-	-	-	-	30 ^x	36 ^x	-	-
Arabia Saudita	4.860	14	8	35	-	-	-	12	11	34	62	-	-	37	65	-	-
Argelia	6.732	15	6	29	-	48	55	18	21	15	28	-	-	32	38	1	1
Argentina	7.137	16	1	34	-	25	24	35	27	45	51	13 ^y	14 ^y	32	42	-	-
Armenia	369	12	2	18	0 ^p	19	15	48	52	-	-	21	12	40	33	0	1
Australia	3.130	12	1	33	-	-	-	78	77	76	85	-	-	21	17	-	-
Austria	876	10	2	26	-	20	21	79	78	71	82	10	5	10	12	-	-
Azerbaiyán	1.335	13	3	18	12 ^x	25	26	-	-	-	-	-	-	13	15	-	-
Bahamas	64	16	3	34	-	25	22	-	-	-	-	-	-	38	46	-	-
Bahrein	182	11	6	34	-	36	23	36	43	-	-	-	-	10	21	-	-
Bangladesh	30.674	19	18	8	28 ^y	27	17	62	52	55	54	10	30	12	18	0	4
Barbados	37	13	4	26	-	15	11	-	-	-	-	-	-	50	29	0	0
Belarús	929	10	2	22	-	-	-	71	70	72	82	-	-	17	18	0	0
Bélgica	1.312	11	1	23	-	16	18	82	79	75	82	4	4	20	20	-	-
Belize	78	20	4	27	-	30	31	-	-	-	-	17	34	15 ^y	34 ^y	1	3
Benin	2.779	23	7	11	14	47	52	-	-	-	-	10 ^x	20 ^x	3 ^x	5 ^x	15	26
Bhután	136	18	15	9	-	31	29	-	-	-	-	-	-	5	7	2 ^x	5 ^x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.298	20	1	27	-	32	28	-	-	-	-	7	9	16	12	-	-
Bosnia y Herzegovina	346	11	2	21	-	-	-	42	43	38	55	14	13	39	57	-	-
Botswana	472	20	6	16	-	53 ^x	52 ^x	-	-	-	-	23	24	52 ^y	48 ^y	-	-
Brasil	31.160	15	3	26	-	-	-	34	30	44	56	16	20	37	49	-	-
Brunei Darussalam	65	15	6	25	-	25	22	50	54	42	55	14	17	29	33	-	-
Bulgaria	686	10	2	27	-	35	33	55	56	45	62	12	15	29	-	-	-
Burkina Faso	5.030	24	8	8	5 ^x	-	-	-	-	-	-	31	44	9	8	9 ^x	29 ^x
Burundi	2.725	23	7	10	38	-	-	-	-	-	-	4	3	3	1	21	30
Cabo Verde	100	18	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	47	-	-
Camboya	3.100	19	11	10	7	23	22	11	9	6	9	4	7	-	1	2	6
Camerún	6.176	23	6	12	20	-	-	-	-	-	-	9	18	3	5	8	22
Canadá	3.971	11	1	31	-	36	40	84	84	82	90	17	15	24	23	-	-
Chad	4.039	25	9	8	15	-	-	-	-	-	-	27	44	3	1	20	40
Chequia	1.061	10	2	26	-	17	19	79	80	74	85	2	3	21	22	-	-
Chile	2.494	13	1	34	-	16	14	32	24	64	73	11	12	28	40	8	10
China	166.605	12	4	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	142	12	1	32	-	-	-	60	66	46	67	6	9	28	-	-	-
Colombia	8.120	16	2	24	-	-	-	40	30	48	52	16	26	21	36	1	3
Comoras	191	22	7	12	4	-	-	-	-	-	-	18	24	22	23	15	28
Congo	1.258	23	8	11	-	-	-	-	-	-	-	11 ^{x,y}	15 ^{x,y}	17 ^x	12 ^x	8	9
Costa Rica	719	14	2	30	-	18 ^x	20 ^x	45	35	55	61	12	14	47	65	1	0
Côte d'Ivoire	6.105	23	6	12	20 ^y	-	-	-	-	-	-	23	38	-	4	11	22
Croacia	408	10	2	26	-	23	21	70	68	72	85	16	12	44	60	-	-
Cuba	1.247	11	4	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 ^x	13 ^x	-	-
Dinamarca	676	12	1	24	-	12	15	85	86	79	89	3	2	16	14	-	-
Djibouti	179	18	6	16	-	44 ^x	36 ^x	-	-	-	-	13	19	88	85	-	-
Dominica	9	13	3	31	-	29 ^x	26 ^x	-	-	-	-	-	-	37 ^x	40 ^x	-	-
Ecuador	3.116	18	1	27	-	-	-	34	24	47	52	10	20	7 ^y	16 ^y	-	-
Egipto	18.385	18	3	35	17	70	70	20	23	-	-	6	20	10	34	1	5
El Salvador	1.166	18	2	29	7 ^y	21	24	-	-	-	-	15	33	10	16	7	20
Emiratos Árabes Unidos	843	9	5	34	-	33	22	45	48	46	68	8	9	28	25	-	-
Eritrea	861	24	8	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	545	10	1	22	-	20	19	75	75	62	75	7	6	45	-	-	-
Eslovenia	196	9	1	25	-	26	23	83	84	75	89	4	3	-	26	-	-
España	4.736	10	1	32	-	10	9	75	75	80	87	11	10	50	61	-	-
Estado de Palestina	1.109	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	16	39	41	1	2
Estados Unidos de América	42.332	13	1	41	-	26 ^x	25 ^x	74	72	77	85	9	8	18	17	-	-
Estonia	137	10	2	19	-	30	30	90	90	86	92	3	5	37	-	-	-
Eswatini	277	24	4	16	-	33	31	-	-	-	-	17	25	37	43	2 ^x	3 ^x
Etiopía	26.829	23	10	8	24	-	-	-	-	-	-	5	11	1	3	49 ^x	58 ^x
Federación de Rusia	15.256	10	2	19	-	31	35	78	78	73	83	-	-	22	26	-	-
Fiji	158	18	4	33	47 ^{x,y}	33	26	-	-	-	-	8	13	16	32	-	-
Filipinas	21.370	20	10	12	11	53	49	18	20	15	23	10	11	4	6	-	-
Finlandia	607	11	1	25	-	27	24	83	87	80	93	5	6	32	27	-	-
Francia	7.883	12	1	29	-	13	16	79	79	75	84	8	6	24	29	-	-

TABLA 15. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2020		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo 2012-2020 ^R					
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia de pareja íntima 2012-2020 ^R	Acoso escolar 2011-2018 ^R		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Gabón	423	19	6	15	40	-	-	-	-	-	-	-	27 ^x	38 ^x	6	7	
Gambia	557	23	7	11	14	-	-	-	-	-	-	41	39	23	36	3	17
Georgia	471	12	3	19	-	17	20	38	40	28	44	19	15	43	45	0	0
Ghana	6.617	21	6	10	23 ^{x,y}	-	-	-	-	-	-	23	26	5	7	13	19
Granada	16	14	4	25	-	29 ^x	26 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	1.069	10	1	35	-	18	21	63	65	61	78	10	10	31	50	-	-
Guatemala	3.872	22	1	27	9	26	20	12	10	28	33	10	41	4	4	-	-
Guinea	3.199	24	7	9	-	-	-	-	-	-	-	6	14	4	9	11	18
Guinea-Bissau	450	23	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	9	
Guinea Ecuatorial	265	19	8	10	56 ^{x,p}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	145	18	6	24	-	40 ^x	37 ^x	-	-	-	-	28	43	29	51	2	3
Haití	2.347	21	4	26	28	-	-	-	-	-	-	6	13	7	10	19	13
Honduras	2.065	21	2	26	16	13 ^y	12 ^y	19	12	28	31	13	40	49	62	-	-
Hungría	969	10	2	27	-	27	28	69	65	70	79	6	6	24	27	-	-
Islas Turcas y Caicos	6	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	252.202	18	27	6	18	-	-	-	-	-	-	10	27	28	14	-	-
Indonesia	46.303	17	10	14	-	24	19	26	30	24	36	19 ^x	28 ^x	17	18	-	-
Irán (República Islámica del)	11.748	14	9	25	-	-	-	34	34	-	-	12	26	19	27	-	-
Iraq	8.711	22	5	30	-	32	22	-	-	-	-	17	56	19	7	1	6
Irlanda	669	14	<1	29	-	32	32	84	84	85	91	10	9	23	22	-	-
Islandia	45	13	1	27	-	12	11	77	82	66	81	4	-	16	12	-	-
Islas Cook	3	15	<1	62	6 ^y	29	32	-	-	-	-	7	14	2	5	-	-
Islas Marshall	15	25	<1	58	27 ^y	-	-	-	-	-	-	30	21	28	-	-	-
Islas Salomón	149	22	1	24	-	64	68	-	-	-	-	5	6	1	1	6	9
Islas Vírgenes Británicas	4	14	-	-	-	18 ^x	17 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	1.405	16	1	34	-	29	18	63	69	60	77	-	-	7	7	-	-
Italia	5.733	9	1	34	-	11	12	64	61	72	81	14	14	46 ^y	51 ^y	-	-
Jamaica	467	16	2	28	11 ^y	26	25	-	-	-	-	-	-	-	58 ^x	1	0
Japón	11.267	9	2	13	-	-	-	89	89	79	87	-	-	6	4	-	-
Jordania	2.180	21	4	30	15	46 ^x	37 ^x	40	41	46	71	25	27	48	34	0	2
Kazajstán	2.721	14	2	19	-	15	16	51	51	29	43	-	-	2	3	-	-
Kenya	12.747	24	8	11	23	57 ^x	57 ^x	-	-	-	-	7	12	8	7	-	-
Kirguistán	1.101	17	3	15	3	-	-	-	-	-	-	10	13	9	12	5	11
Kiribati	24	20	<1	54	67 ^p	42	32	-	-	-	-	40	26	30	35	17	19
Kuwait	533	12	4	43	-	36	28	20	16	-	-	-	-	39 ^x	41 ^x	-	-
Lesotho	429	20	6	15	-	-	-	-	-	-	-	6	10	22	42	11	16
Letonia	189	10	2	20	-	44	49	83	83	71	84	3	2	29	17	-	-
Líbano	1.135	17	5	31	-	24	12	36	34	28	36	16	20	28	29	-	-
Liberia	1.175	23	7	10	58	43	51	-	-	-	-	7	11	-	-	18	21
Libia	1.186	17	6	31	-	40 ^x	31 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	243	9	3	19	-	51	51	73	76	68	83	3	2	26	21	-	-
Luxemburgo	66	11	1	25	-	21	23	74	72	66	76	3	-	29	37	-	-
Macedonia del Norte	233	11	2	25	-	18	18	37	41	34	57	10	10	47	49	1	1
Madagascar	6.343	23	7	10	19	-	-	-	-	-	-	3	3	3	2	17	26
Malasia	5.116	16	8	25	-	19 ^y	14 ^y	56	60	47	61	-	-	14	15	-	-
Malawi	4.738	25	6	10	28	43 ^x	47 ^x	-	-	-	-	17	28	7	8	5	11
Maldivas	59	11	14	16	4	30	30	-	-	-	-	31	26	19	33	-	-
Malí	5.009	25	8	10	21 ^y	-	-	-	-	-	-	16	32	1	1	13	24
Malta	41	9	1	35	-	29	21	61	63	55	74	8	11	21	-	-	-
Marruecos	6.097	17	6	26	-	44	32	14	15	22	32	-	-	17	11	-	-
Mauricio	175	14	7	14	-	29	22	-	-	-	-	16	15	27	47	-	-
Mauritania	1.008	22	8	13	-	48 ^x	46 ^x	-	-	-	-	22	35	19	23	13	23
México	22.350	17	2	34	-	-	-	47	41	52	58	10	21	7	9	2	2
Micronesia (Estados Federados de)	23	20	<1	50	35 ^y	-	-	-	-	-	-	14	19	-	29	-	-
Mónaco	3	8	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	42	-	-
Mongolia	500	15	2	17	8 ^y	36	25	-	-	-	-	9	11	16	25	18	14
Montenegro	79	13	2	24	-	-	-	55	52	48	63	-	-	44	-	0	0
Montserrat	<1	12	-	-	-	32 ^x	25 ^x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	7.595	24	4	12	10 ^y	45	46	-	-	-	-	-	-	7	5	-	-
Myanmar	9.917	18	13	11	22	51	49	-	-	-	-	8	15	3	1	-	-
Namibia	526	21	8	14	52 ^p	48	45	-	-	-	-	17	20	37	39	-	-
Nauru	2	20	<1	64	-	40	38	-	-	-	-	22	39	33	61	-	-
Nepal	6.120	21	16	7	17	56	45	-	-	-	-	16	31	23	26	7	17
Nicaragua	1.240	19	2	28	-	-	-	-	-	-	-	2	3	6	11	-	-
Níger	5.901	24	10	8	-	-	-	-	-	-	-	57	71	19	17	18	25
Nigeria	47.703	23	10	8	13	-	-	-	-	-	-	20	33	-	20	7	9
Niue	<1	16	<1	58	-	38 ^x	-	-	-	-	-	-	-	16 ^x	14 ^x	-	-

TABLA 15. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2020		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo 2012-2020 ^a					
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia de pareja íntima 2012-2020 ⁿ	Acoso escolar 2011-2018 ^R		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Noruega	643	12	1	27	-	16	14	79	83	74	88	3	2	16	16	-	-
Nueva Zelanda	625	13	<1	38	-	-	-	79	78	77	86	-	-	18	19	-	-
Omán	530	10	7	30	-	45	39	20	27	-	-	-	-	39	51	-	-
Países Bajos	1.954	11	1	24	-	12	12	84	85	71	81	2	2	11	11	-	-
Pakistán	45.427	21	19	9	17 y	45 x	35 x	-	-	-	-	7	43	9	6	-	-
Palau	2	13	<1	62	8 y	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-	-	-
Panamá	727	17	2	28	-	-	-	21	17	33	39	10	10	25	38	-	-
Papua Nueva Guinea	1.918	21	1	31	60	-	-	-	-	-	-	21 x	21 x	3 x	2 x	-	-
Paraguay	1.336	19	2	27	-	19	15	11	6	30	34	10	23	13	27	4	9
Perú	5.135	16	1	26	18	47 x	48 x	43	36	43	49	23	26	8 y	8 y	3	5
Polonia	3.709	10	2	24	-	23	18	85	86	80	90	4	2	18	17	-	-
Portugal	1.015	10	1	30	-	17	19	77	77	76	84	5	4	29	36	-	-
Qatar	228	8	5	37	-	49	35	36	37	36	62	-	-	0	0	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	7.642	11	1	30	-	38	37	82	80	79	86	9	8	19	13	-	-
República Árabe Siria	3.325	19	6	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19 x	27 x	-	-
República Centroafricana	1.265	26	8	10	32 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	23
República de Corea	4.753	9	2	25	-	-	-	84	86	81	89	-	-	10	8	-	-
República Democrática del Congo	21.000	23	10	10	36	-	-	-	-	-	-	12	21	8	5	7	17
República Democrática Popular Lao	1.466	20	9	13	14 y	15	11	-	-	-	-	31	35	18	16	5	11
República de Moldova	419	10	3	17	15 x	43	44	49	50	49	66	15	8	13	16	-	-
República Dominicana	1.936	18	3	31	22	26	22	10	9	16	26	23	30	14	28	2	4
República Popular Democrática de Corea	3.561	14	5	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	14.089	24	7	11	30	25 y	28 y	-	-	-	-	11	16	3	4	4	7
Rumania	2.075	11	3	23	-	31	30	54	53	52	67	11	12	30	32	-	-
Rwanda	2.906	22	6	11	-	-	-	-	-	-	-	25	31	18	21	22	31
Saint Kitts y Nevis	7	14	4	27	-	25	20	-	-	-	-	-	-	18 x	18 x	-	-
Samoa	42	21	<1	51	-	43	34	-	-	-	-	27	21	34	64	-	-
San Marino	3	9	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 y	42 y	-	-
Santa Lucía	24	13	4	22	-	24	29	-	-	-	-	25	23	60	52	3	1
Santa Sede	<1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	54	25	6	13	28 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11
San Vicente y las Granadinas	17	16	4	28	-	31 x	29 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	3.864	23	10	9	3	-	-	8	7	8	9	22	34	3	2	6	23
Serbia	1.000	11	2	26	-	17	19	60	61	55	70	11	8	40	42	1	2
Seychelles	14	14	6	21	-	45	50	-	-	-	-	21	20	19	17	-	-
Sierra Leona	1.867	23	7	10	43	60	57	-	-	-	-	7	9	13	7	12	20
Singapur	506	9	2	21	-	-	-	92	95	86	92	-	-	3	15	-	-
Somalia	3.938	25	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	3.386	16	15	12	-	50	29	-	-	-	-	14	16	24	32	-	-
Sudáfrica	10.409	18	4	26	-	-	-	-	-	-	-	13	12	71	75	1	2
Sudán	10.124	23	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	17 x	33 x	29 x	33 x	4	8
Sudán del Sur	2.582	23	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	1.127	11	2	23	-	18	19	81	82	77	86	3	3	40	35	-	-
Suiza	835	10	<1	21	-	14	18	84	83	72	82	5	5	9	9	-	-
Suriname	102	17	4	30	-	25	25	-	-	-	-	8	9	23	62	1	2
Tailandia	8.492	12	8	20	-	38	28	43	51	31	49	9	10	5	7	-	-
Tayikistán	1.788	19	4	14	6	7 x	7 x	-	-	-	-	20 x	38 x	12	7	-	-
Timor-Leste	307	23	11	11	38	39	25	-	-	-	-	11	15	-	13	-	-
Togo	1.915	23	7	10	13	-	-	-	-	-	-	15	25	11	2	19	31
Tokelau	<1	17	-	-	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	24	22	<1	57	-	46	31	-	-	-	-	23	17	5	19	3	0
Trinidad y Tabago	186	13	6	23	-	13	18	43	52	48	67	-	-	11	10 y	0 x	0 x
Túnez	1.640	14	7	24	-	37 x	24 x	27	24	23	33	15 x	20 x	33	26	1	1
Turkmenistán	1.009	17	3	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Turquía	13.595	16	5	28	18 y	39	33	41	43	68	79	14	25	20	23	-	-
Tuvalu	2	20	<1	57	-	40	15	-	-	-	-	15	23	11	61	-	-
Ucrania	4.384	10	2	20	2 x	40	41	65	63	68	81	-	-	29	27	2	2
Uganda	11.449	25	6	10	31	50 x	41 x	-	-	-	-	19	26	16	14	7	18
Uruguay	479	14	2	32	-	18	20	51	48	53	63	14	14	41	53	1 x	2 x
Uzbekistán	5.461	16	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	67	22	2	29	-	60	46	-	-	-	-	35	36	26	23	1	0
Venezuela (República Bolivariana de)	5.159	18	2	33	-	-	-	-	-	-	-	16	25	13 y	16 y	-	-
Viet Nam	13.599	14	14	9	16 x,y	26	26	79	83	81	91	14	15	7	8	2	4
Yemen	6.750	23	14	18	-	47	33	-	-	-	-	18	58	25	29	-	-
Zambia	4.550	25	6	12	27	63 x	67 x	2	3	4	6	25	35	32	30	8	9

TABLA 15. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2020		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo 2012–2020 ^a					
	Población de 10–19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia de pareja íntima 2012–2020 ^R	Acoso escolar 2011–2018 ^R		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Zimbabue	3.560	24	6	14	31	-	-	-	-	-	-	30	41	25	29	4	10
DATOS CONSOLIDADOS																	
Asia Oriental y el Pacífico	306.037	13	6	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	106.137	11	2	25	-	26	26	-	-	-	-	10	11	23	25	-	-
Europa del Este y Asia Central	54.027	13	3	21	-	33	32	-	-	-	-	-	-	22	24	-	-
Europa Occidental	52.110	10	1	28	-	20	20	-	-	-	-	8	7	25	26	-	-
América Latina y el Caribe	105.911	16	2	29	-	-	-	-	-	-	-	13	21	22	30	-	-
Oriente Medio y África del Norte	77.679	17	6	29	-	51	46	-	-	-	-	12	33	21	29	1	4
América del Norte	46.319	13	1	40	-	-	-	-	-	-	-	10	8	19	18	-	-
Asia Meridional	347.827	19	24	7	19	-	-	-	-	-	-	10	30	24	14	-	-
África Subsahariana	263.554	23	8	10	23	-	-	-	-	-	-	16	24	12	13	9	15
África Oriental y Meridional	135.794	23	7	11	25	-	-	-	-	-	-	11	17	15	15	8	13
África Occidental y Central	127.760	23	9	9	20	-	-	-	-	-	-	20	31	8	12	10	17
Países menos adelantados	237.402	22	10	9	26	-	-	-	-	-	-	15	27	10	11	8	16
Mundo	1.253.463	16	11	17	-	-	-	-	-	-	-	12	22	17	17	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Delgadez – Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con un índice de masa corporal (IMC) < -2 DS de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Sobrepeso – Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con IMC > 1 DS de la mediana de acuerdo con la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Violencia por parte de la pareja íntima – Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja actual o anterior durante los últimos 12 meses.

Acoso escolar – Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años de edad que informaron haber sufrido acoso durante uno o más días en los últimos 30 días.

Competencia en matemáticas – Porcentaje de niños y jóvenes al final del primer ciclo de secundaria que logran por lo menos un nivel mínimo de competencia en matemáticas.

Competencia en matemáticas – Porcentaje de niños y jóvenes al final del primer ciclo de secundaria que logran por lo menos un nivel mínimo de competencia en matemáticas.

No estudia, trabaja ni recibe capacitación (NEET) – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que no estudia, trabaja ni recibe capacitación.

Desempleo – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad en la fuerza laboral que están desempleados.

Participación en las tareas domésticas – Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que, durante la semana de referencia, dedicaron al menos 21 horas a tareas domésticas no remuneradas.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población adolescente – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la población mundial 2019, edición en línea.

Delgadez y sobrepeso (niños en edad escolar) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en las tendencias mundiales en el índice de masa corporal, el peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad de 1975 a 2016: un análisis combinado de 2.416 estudios de medición basados en la población en 128,9 millones de niños, adolescentes y adultos. *The Lancet* 2017, 390 (10113): 2627–2642. Última actualización: agosto de 2019.

Violencia por parte de la pareja íntima – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: julio de 2021.

Acoso escolar – Estudio de Comportamiento de Salud en Niños en Edad Escolar (HBSC) y Encuestas Globales de Salud Estudiantil (GSHS). Última actualización: julio de 2021.

Competencia en matemáticas y lectura – División de Estadística de las Naciones Unidas. Última actualización: abril de 2019.

No estudia, no trabaja ni recibe capacitación – Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: junio de 2021.

Desempleo – Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: junio de 2021.

Participación en las tareas domésticas – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: julio de 2021.

NOTAS

– Datos no disponibles.

R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

p Basado en denominadores pequeños (normalmente 25–49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

x Los datos se refieren a años o periodos distintos a los especificados en el título de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

TABLA 16. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos del gobierno como % del PIB 2010-2019 ^R	Gasto público 2010-2019 ^R							Asistencia Oficial al Desarrollo 2010-2019 ^R			
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Afganistán	13,0	-	0,5	4,1	1,8	1,8	15,7	4,1	4.284	21,9	-	-
Albania	25,3	11,5	2,8	3,6	9,5	9,7	12,4	32,5	28	0,2	-	-
Alemania	29,4	20,4	8,9	4,9	19,7	20,0	11,0	43,7	-	-	24.736	0,7
Andorra	-	-	4,6	3,2	-	18,6	19,3	-	-	-	-	-
Angola	16,4	10,3	1,1	-	-	5,4	-	-	50	0,1	-	-
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	16,4	2,9	-	-	11,7	-	-	27	1,7	-	-
Arabia Saudita	31,2	23,8	4,0	-	-	10,9	-	-	-	-	-	-
Argelia	-	16,9	4,1	-	-	10,7	-	-	176	0,1	-	-
Argentina	18,8	15,8	5,9	5,5	-	15,2	13,3	-	18	0,0	-	-
Armenia	23,8	12,5	1,2	2,7	6,7	5,3	10,4	26,1	420	3,0	-	-
Australia	26,0	19,0	6,4	5,1	9,5	17,9	13,6	26,4	-	-	3.278	0,3
Austria	44,0	19,4	7,5	5,4	20,1	15,5	11,0	41,6	-	-	1.635	0,4
Azerbaiyán	42,8	10,8	0,9	2,5	6,4	2,8	7,4	19,9	121	0,3	-	-
Bahamas	17,9	14,2	3,1	-	-	15,9	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	16,3	2,4	2,3	-	7,2	7,2	-	-	-	-	-
Bangladesh	10,2	6,3	0,4	1,3	-	3,0	9,3	-	4.483	1,4	-	-
Barbados	29,6	11,3	2,9	4,4	-	9,9	12,9	-	-	-	-	-
Belarús	30,2	15,9	4,0	4,8	14,1	10,6	12,3	33,8	214	0,3	-	-
Bélgica	37,9	23,0	7,8	6,4	19,5	15,0	12,5	37,2	-	-	2.300	0,5
Belice	29,4	17,5	3,9	7,6	-	12,5	21,4	-	38	2,2	-	-
Benin	-	10,3	0,5	2,9	-	3,0	17,7	-	602	4,2	-	-
Bhután	22,2	18,3	2,4	6,9	-	7,6	22,8	-	181	7,9	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	18,1	4,5	-	-	12,1	-	-	716	1,8	-	-
Bosnia y Herzegovina	38,2	19,5	6,2	-	-	15,1	-	-	465	2,3	-	-
Botswana	27,5	18,4	4,5	-	-	14,3	-	-	69	0,4	-	-
Brasil	29,7	20,3	4,0	6,3	-	10,3	16,5	-	290	0,0	-	-
Brunei Darussalam	-	25,0	2,3	4,4	-	7,1	11,4	-	-	-	-	-
Bulgaria	34,7	16,8	4,2	4,1	11,6	11,6	12,7	31,8	-	-	-	-
Burkina Faso	18,7	19,0	2,4	5,4	-	8,8	22,7	-	1.149	7,5	-	-
Burundi	-	27,6	1,9	5,1	-	8,5	19,9	-	589	19,5	-	-
Cabo Verde	28,8	17,6	3,2	5,2	-	10,4	16,4	-	153	7,9	-	-
Camboya	22,8	4,8	1,3	2,2	-	5,2	8,8	-	984	3,9	-	-
Camerún	15,7	10,9	0,2	3,1	-	1,1	16,9	-	1.335	3,5	-	-
Canadá	18,8	21,2	7,9	5,3	11,2	19,5	12,2	29,8	-	-	3.930	0,3
Chad	-	3,6	0,7	2,5	-	5,2	16,4	-	707	6,3	-	-
Chequia	32,2	19,7	6,3	3,9	12,6	15,5	9,9	30,5	-	-	260	0,1
Chile	21,4	14,6	4,6	5,4	-	18,3	21,3	-	70	0,0	-	-
China	16,5	16,8	3,0	-	8,1	8,9	-	26,2	-590	0,0	-	-
Chipre	40,2	16,6	2,9	5,8	12,6	6,6	15,9	31,0	-	-	-	-
Colombia	24,2	15,4	5,5	4,5	-	19,6	16,0	-	903	0,3	-	-
Comoras	-	10,3	0,4	2,5	-	2,6	13,3	-	78	6,7	-	-
Congo	25,8	12,2	0,8	3,5	-	3,5	15,6	-	187	2,0	-	-
Costa Rica	25,2	17,4	5,5	7,0	10,4	27,8	26,1	31,3	60	0,1	-	-
Côte d'Ivoire	12,3	10,1	1,2	3,3	-	5,1	18,3	-	1.201	2,1	-	-
Croacia	40,3	19,7	5,7	3,9	14,6	12,3	8,7	31,0	-	-	-	-
Cuba	-	30,1	9,9	-	-	15,2	-	-	500	3,0	-	-
Dinamarca	39,7	23,8	8,4	7,8	21,6	16,6	15,3	43,5	-	-	2.369	0,8
Djibouti	-	20,6	1,2	3,6	-	4,3	14,0	-	272	8,4	-	-
Dominica	-	-	4,3	5,6	-	7,0	9,4	-	51	9,0	-	-
Ecuador	-	14,5	4,2	5,0	-	11,4	12,6	-	525	0,5	-	-
Egipto	21,0	7,7	1,4	-	9,5	4,7	-	29,0	1.741	0,6	-	-
El Salvador	24,0	16,0	4,5	3,6	4,4	18,8	14,9	16,8	306	1,2	-	-
Emiratos Árabes Unidos	4,6	13,3	2,2	-	2,3	7,2	-	8,1	-	-	-	-
Eritrea	-	26,6	0,6	-	-	2,4	-	-	277	6,5	-	-
Eslovaquia	39,0	19,7	5,3	3,9	14,3	12,7	9,8	33,6	-	-	106	0,1
Eslovenia	38,8	18,4	6,0	4,8	16,6	13,8	12,0	38,1	-	-	81	0,2
España	28,0	18,9	6,3	4,2	17,4	15,2	10,2	42,0	-	-	4.278	0,3
Estado de Palestina	-	20,2	-	5,3	-	-	-	-	2.234	12,0	-	-
Estados Unidos de América	17,5	14,0	8,5	5,0	7,5	22,5	-	19,9	-	-	34.412	0,2
Estonia	35,2	19,9	4,9	5,0	13,2	12,5	12,8	33,9	-	-	-	-
Eswatini	-	20,7	2,1	7,1	-	6,0	24,8	-	73	1,8	-	-
Etiopía	7,8	9,2	0,8	4,7	-	4,8	27,1	-	4.810	5,0	-	-
Federación de Rusia	27,4	18,3	3,2	4,7	12,0	9,8	13,5	31,6	-	-	-	-
Fiji	24,9	19,8	2,3	3,9	-	7,2	14,3	-	139	2,8	-	-
Filipinas	16,1	12,5	1,4	-	-	6,6	-	-	905	0,2	-	-
Finlandia	36,6	23,0	7,1	6,4	24,0	13,3	11,9	45,1	-	-	1.060	0,4
Francia	43,5	23,1	8,3	5,5	23,9	14,8	9,7	42,9	-	-	9.622	0,4

TABLA 16. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos del gobierno como % del PIB 2010-2019 ^R	Gasto público 2010-2019 ^R							Asistencia Oficial al Desarrollo 2010-2019 ^R			
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Gabón	19,4	11,0	1,6	2,7	-	9,4	11,2	-	117	0,8	-	-
Gambia	-	8,2	0,9	2,4	-	4,4	11,2	-	194	10,8	-	-
Georgia	20,8	13,0	2,8	3,5	6,7	10,3	13,0	23,4	497	2,9	-	-
Ghana	15,0	8,9	1,4	4,0	-	6,4	18,6	-	936	1,4	-	-
Granada	-	-	1,7	3,2	-	7,7	14,0	-	15	1,3	-	-
Grecia	45,8	19,5	4,0	-	19,3	8,5	-	41,8	-	-	369	0,2
Guatemala	11,2	11,1	2,1	3,2	-	16,7	24,2	-	394	0,5	-	-
Guinea	-	14,8	0,6	2,3	-	4,1	14,9	-	581	4,8	-	-
Guinea-Bissau	13,3	9,7	0,6	2,1	-	3,0	16,2	-	121	8,4	-	-
Guinea Ecuatorial	19,2	26,0	0,6	-	-	3,2	-	-	64	0,8	-	-
Guyana	-	-	3,7	5,5	-	10,7	16,0	-	113	2,2	-	-
Haití	-	7,5	0,9	2,8	-	4,8	14,4	-	726	5,1	-	-
Honduras	23,4	13,5	2,8	6,1	-	10,7	23,0	-	458	2,0	-	-
Hungría	37,6	19,6	4,6	4,7	13,3	9,9	10,1	28,5	-	-	199	0,2
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	2,9	-	-	12,1	-	-	-	-	-
India	13,1	12,0	1,0	3,8	-	3,4	14,1	-	2.611	0,1	-	-
Indonesia	12,3	8,8	1,4	3,6	1,3	8,5	20,5	8,0	-630	-0,1	-	-
Irán (República Islámica del)	-	11,6	4,0	4,0	-	21,8	21,1	-	210	0,0	-	-
Iraq	38,5	23,6	2,0	-	-	6,2	-	-	2.212	0,9	-	-
Irlanda	24,4	12,0	5,1	3,5	8,9	20,2	13,5	36,3	-	-	803	0,3
Islandia	28,9	24,3	7,0	7,7	10,8	16,6	17,7	25,5	-	-	59	0,3
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	10,8	-	-	-	-
Islas Marshall	32,2	56,3	7,6	-	-	12,1	15,0	-	66	19,2	-	-
Islas Salomón	26,3	-	3,5	-	-	7,9	-	-	224	14,2	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	31,2	22,6	4,9	6,1	11,1	12,1	15,7	28,4	-	-	-	-
Italia	40,2	18,7	6,4	4,0	21,2	13,2	8,3	43,5	-	-	5.087	0,3
Jamaica	29,6	13,5	3,9	5,2	-	13,0	17,3	-	127	0,8	-	-
Japón	-	19,8	9,2	3,2	16,2	23,6	8,4	41,8	-	-	10.417	0,2
Jordania	22,0	15,0	3,8	3,1	-	12,4	10,0	-	2.797	6,3	-	-
Kazajstán	14,9	9,1	1,8	2,6	5,9	9,1	13,9	30,2	54	0,0	-	-
Kenya	20,1	13,1	2,2	5,3	-	8,5	19,1	-	3.251	3,5	-	-
Kirguistán	28,6	16,8	2,8	6,0	10,4	8,4	15,7	31,0	449	5,7	-	-
Kiribati	114,8	73,9	9,3	-	2,2	6,0	-	2,2	57	14,8	-	-
Kuwait	-	22,7	4,4	-	-	8,9	-	-	-	-	-	-
Lesoto	37,0	39,6	5,4	7,0	-	11,6	13,9	-	146	5,2	-	-
Letonia	40,4	19,1	3,7	4,4	12,1	9,6	12,0	31,5	-	-	-	-
Libano	19,2	15,9	4,2	2,4	-	13,3	8,6	-	1.525	3,0	-	-
Liberia	-	19,7	1,7	2,6	-	5,2	8,1	-	597	22,0	-	-
Libia	-	-	3,8	-	-	6,4	-	-	316	0,6	-	-
Liechtenstein	-	-	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	31,9	16,8	4,3	3,8	12,4	12,7	11,8	35,5	-	-	-	-
Luxemburgo	41,6	17,1	4,5	3,6	18,0	10,7	8,5	42,7	-	-	391	1,0
Macedonia del Norte	28,5	14,0	3,8	-	-	12,4	-	-	142	1,2	-	-
Madagascar	11,6	14,3	1,7	2,8	-	10,5	19,8	-	756	5,6	-	-
Malasia	17,5	11,7	1,9	4,2	-	8,5	17,9	-	6	0,0	-	-
Malawi	17,9	13,9	2,7	4,7	-	9,8	15,8	-	1.206	16,1	-	-
Maldivas	-	15,4	6,6	4,1	-	21,4	11,3	-	72	1,4	-	-
Malí	15,4	15,7	1,1	3,8	-	5,4	16,5	-	1.863	11,1	-	-
Malta	37,2	17,2	5,7	4,8	10,8	15,6	13,5	29,1	-	-	-	-
Marruecos	25,5	19,4	2,1	-	-	7,2	-	-	758	0,6	-	-
Mauricio	23,0	15,3	2,5	4,7	6,8	10,0	18,7	26,5	22	0,1	-	-
Mauritania	-	12,8	1,6	1,9	-	6,1	9,5	-	412	5,5	-	-
México	18,6	11,4	2,7	4,5	-	10,5	17,6	-	536	0,0	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	44,7	-	3,3	12,4	-	4,8	22,3	-	93	24,0	-	-
Mónaco	-	-	1,4	1,5	-	6,6	7,0	-	-	-	-	-
Mongolia	28,7	12,1	2,2	4,1	6,4	7,7	12,6	21,3	315	2,5	-	-
Montenegro	-	17,8	5,1	-	-	10,6	-	-	97	1,7	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	28,9	21,7	1,7	5,5	-	5,6	17,9	-	1.908	12,7	-	-
Myanmar	13,9	18,3	0,7	1,9	0,9	3,5	10,5	4,6	2.080	2,8	-	-
Namibia	34,1	25,9	3,7	-	-	10,7	-	-	148	1,2	-	-
Nauru	108,5	-	7,9	-	6,1	7,4	-	5,9	54	31,2	-	-
Nepal	25,0	11,6	1,5	5,1	-	4,6	14,1	-	1.361	4,4	-	-
Nicaragua	19,1	15,6	5,1	4,4	-	18,8	17,9	-	389	3,2	-	-
Níger	-	17,2	2,4	3,5	-	8,4	16,8	-	1.490	11,1	-	-
Nigeria	-	5,9	0,6	-	-	4,4	-	-	3.517	0,8	-	-

TABLA 16. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos del gobierno como % del PIB 2010-2019 ^R	Gasto público 2010-2019 ^R							Asistencia Oficial al Desarrollo 2010-2019 ^R				
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes	
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social					
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	47,8	24,4	8,6	7,9	19,8	17,4	16,0	38,2	-	-	4.380	1,1	-
Nueva Zelanda	33,7	18,5	6,9	6,3	10,6	19,3	16,7	29,3	-	-	438	0,3	-
Omán	-	24,6	3,6	5,0	-	8,0	11,1	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	39,4	24,5	6,5	5,2	15,4	15,4	12,2	36,7	-	-	4.966	0,6	-
Pakistán	-	11,7	1,1	2,9	-	5,3	14,5	-	2.171	0,8	-	-	-
Palau	28,4	33,1	6,4	-	-	16,8	-	-	25	8,7	-	-	-
Panamá	13,6	11,9	4,6	3,2	-	21,4	13,0	-	71	0,1	-	-	-
Papua Nueva Guinea	14,2	-	1,7	1,9	-	7,4	8,7	-	667	2,8	-	-	-
Paraguay	17,4	11,8	2,9	3,4	-	15,3	18,2	-	130	0,4	-	-	-
Perú	19,6	13,3	3,3	3,8	-	15,3	17,5	-	476	0,2	-	-	-
Polonia	34,5	18,0	4,5	4,6	16,8	10,8	11,1	40,0	-	-	663	0,1	-
Portugal	37,4	16,9	5,8	5,0	17,0	13,4	11,1	39,7	-	-	343	0,2	-
Qatar	-	18,5	1,9	2,7	-	6,3	8,6	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	35,4	18,8	7,9	5,4	14,8	19,2	14,2	36,0	-	-	18.053	0,7	-
República Árabe Siria	-	-	1,6	-	-	4,5	-	-	10.250	-	-	-	-
República Centroafricana	8,8	15,0	0,7	1,1	-	4,2	7,8	-	754	31,6	-	-	-
República de Corea	28,0	17,2	4,4	4,3	5,2	14,0	-	21,9	-	-	2.246	0,2	-
República Democrática del Congo	-	6,5	0,5	1,5	-	4,5	14,0	-	3.026	6,2	-	-	-
República Democrática Popular Lao	-	14,0	0,9	2,9	-	4,4	11,8	-	632	3,6	-	-	-
República de Moldova	27,1	14,2	3,7	5,4	11,1	12,0	17,5	35,4	343	2,7	-	-	-
República Dominicana	15,5	11,1	2,5	-	-	15,4	-	-	134	0,2	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	151	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	13,7	8,5	1,6	3,7	-	9,4	20,6	-	2.153	3,5	-	-	-
Rumania	29,7	17,3	4,4	3,1	-	12,7	10,1	-	-	-	-	-	-
Rwanda	20,7	15,8	2,4	3,1	-	8,9	10,8	-	1.191	11,9	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	27,9	-	2,5	2,6	-	7,4	8,6	-	30	3,6	-	-	-
Samoa	29,0	-	3,8	4,2	-	11,0	10,5	-	124	15,2	-	-	-
San Marino	41,1	19,4	6,0	3,6	18,4	23,4	14,0	41,2	-	-	-	-	-
Santa Lucía	19,4	-	2,1	3,3	-	8,2	14,4	-	32	1,6	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	2,8	5,1	-	10,8	20,1	-	51	12,3	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	27,2	-	3,1	5,7	-	10,1	18,8	-	84	10,3	-	-	-
Senegal	19,7	13,6	0,9	4,8	-	4,3	21,5	-	1.444	6,3	-	-	-
Serbia	41,1	16,6	5,1	3,6	16,5	12,4	8,8	37,5	571	1,2	-	-	-
Seychelles	37,7	21,4	3,8	4,4	6,4	10,2	11,7	16,9	16	1,1	-	-	-
Sierra Leona	-	8,4	1,6	7,7	-	7,2	33,9	-	595	14,6	-	-	-
Singapur	21,2	10,3	2,2	2,9	0,9	15,3	28,8	5,6	-	-	-	-	-
Somalia	0,0	11,9	-	-	0,0	-	-	0,4	1.866	-	-	-	-
Sri Lanka	12,6	9,4	1,5	2,1	-	8,3	11,3	-	197	0,2	-	-	-
Sudáfrica	32,4	21,3	4,5	6,5	6,0	13,3	19,5	13,5	971	0,3	-	-	-
Sudán	9,5	3,6	1,0	-	-	6,8	-	-	1.625	5,6	-	-	-
Sudán del Sur	-	7,3	0,7	1,5	-	2,1	0,9	-	1.885	15,9	-	-	-
Suecia	32,9	25,9	9,3	7,6	19,1	18,6	15,8	38,7	-	-	4.894	0,9	-
Suiza	18,4	11,9	3,7	5,1	12,9	11,0	15,6	39,4	-	-	3.582	0,5	-
Suriname	-	-	5,3	-	-	16,8	-	-	23	0,7	-	-	-
Tailandia	19,3	16,1	2,9	4,1	3,1	15,0	19,1	15,0	-338	-0,1	168	0,0	-
Tayikistán	-	17,8	2,0	5,2	-	6,1	16,4	-	367	3,9	-	-	-
Timor-Leste	68,0	47,4	2,6	6,8	14,0	5,4	7,9	11,0	236	8,7	-	-	-
Togo	19,4	16,0	1,1	5,4	-	4,3	21,8	-	412	7,5	-	-	-
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	18,9	3,2	-	-	7,5	-	-	108	20,1	-	-	-
Trinidad y Tabago	29,7	-	3,4	-	-	11,0	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	31,4	20,5	4,2	6,6	-	13,6	22,6	-	984	2,6	-	-	-
Turkmenistán	-	7,8	1,2	3,0	-	8,7	22,8	-	25	0,1	-	-	-
Turquía	30,6	15,5	3,2	-	10,6	9,3	-	30,6	825	0,1	6.488	0,8	-
Tuvalu	-	-	15,2	-	-	13,7	-	-	36	55,8	-	-	-
Ucrania	31,9	19,9	3,7	5,4	15,1	8,9	13,1	36,4	1.148	0,7	-	-	-
Uganda	13,2	8,8	1,0	2,1	0,2	5,1	10,9	1,5	2.100	6,1	-	-	-
Uruguay	34,0	15,0	6,7	5,0	-	20,2	15,2	-	42	0,1	-	-	-
Uzbekistán	21,0	16,4	2,0	5,3	6,5	7,9	23,0	23,7	1.156	2,0	-	-	-
Vanuatu	31,5	14,9	2,1	4,5	-	7,0	12,7	-	131	13,8	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	14,6	1,7	-	-	3,7	-	-	284	0,0	-	-	-
Viet Nam	-	6,5	2,7	4,2	-	9,3	14,5	-	1.095	0,4	-	-	-
Yemen	-	-	0,5	-	7,1	2,2	-	20,3	4.397	19,5	-	-	-

TABLA 16. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos del gobierno como % del PIB 2010–2019 ^R	Gasto público 2010–2019 ^R							Asistencia Oficial al Desarrollo 2010–2019 ^R			
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Zambia	19,6	17,7	1,9	4,6	-	7,0	17,0	-	976	4,3	-	-
Zimbabue	23,2	25,6	1,3	5,9	-	7,6	19,0	-	975	4,9	-	-
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	16,6	15,3	3,1	-	7,3	9,8	-	23,7	-	0,2	-	-
Europa y Asia Central	32,5	18,5	5,3	4,8	15,4	12,8	12,3	36,3	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	28,6	16,7	3,2	4,5	11,2	9,5	14,0	31,0	-	1,0	-	-
Europa Occidental	35,7	20,0	7,1	5,0	18,5	15,6	11,2	40,4	-	-	-	0,5
América Latina y el Caribe	23,6	16,0	3,9	5,2	-	12,4	16,9	-	-	0,3	-	-
Oriente Medio y África del Norte	25,8	15,2	2,8	-	-	10,0	-	-	-	2,3	-	-
América del Norte	17,6	14,7	8,5	5,0	7,9	22,2	-	20,9	-	-	-	0,2
Asia Meridional	13,0	11,4	0,9	3,5	-	3,6	13,7	-	-	0,8	-	-
África Subsahariana	16,3	11,2	1,3	4,0	-	6,3	18,5	-	-	5,0	-	-
África Oriental y Meridional	16,4	13,1	1,8	4,5	-	7,6	19,5	-	-	5,5	-	-
África Occidental y Central	-	9,1	0,9	3,1	-	4,8	17,0	-	-	4,4	-	-
Países menos adelantados	13,6	10,8	1,0	3,1	-	5,1	15,7	-	-	6,7	-	-
Mundo	19,0	14,2	2,9	4,1	9,2	9,1	15,0	26,0	-	1,3^u	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite data.unicef.org/regionalclassifications. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Ingresos del gobierno como % del PIB – Los ingresos son cobros en efectivo procedentes de impuestos, cotizaciones sociales y otros ingresos como multas, tasas, alquileres e ingresos procedentes de la propiedad o de las ventas. Las subvenciones también se consideran ingresos, pero se excluyen aquí.

Gasto público – El gasto general de consumo final del gobierno (antes consumo general del gobierno) incluye todos los gastos corrientes del gobierno para la adquisición de bienes y servicios (incluida la remuneración de los empleados). También incluye la mayoría de los gastos en defensa y seguridad nacional, pero excluye los gastos militares del gobierno que forman parte de la formación de capital del gobierno.

Gasto público expresado como porcentaje del PIB – Gasto público total, así como los gastos específicos en salud, educación y protección social.

Gasto público expresado como % del gasto público total – Gasto específico en salud, educación y protección social.

AOD (Ayuda oficial al desarrollo neta) – Los flujos de ayuda oficial al desarrollo se definen como los flujos destinados a los países y territorios que figuran en la lista de beneficiarios de la AOD del CAD y a las instituciones multilaterales de desarrollo que son (a) proporcionados por organismos oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o por sus agencias ejecutivas; (b) cada una de cuyas transacciones se administra teniendo como objetivo principal la promoción del desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo; y (c) tiene carácter concesional.

AOD (ayuda oficial al desarrollo neta) para los países donantes – expresada como salida de recursos (en dólares y como porcentaje del Ingreso Nacional Bruto).

AOD (ayuda oficial al desarrollo neta) para los países receptores – expresada como flujo de recursos (en dólares y como porcentaje del Ingreso Nacional Bruto).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

ODA – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Última actualización: mayo de 2021.

Ingresos del gobierno como % del PIB – Indicadores de Desarrollo Mundial. Última actualización: mayo de 2021.

Gasto público – Indicadores de Desarrollo Mundial. Última actualización: junio de 2021. FMI *Government Finance Statistics*. Última actualización: abril de 2021.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- R Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el título de la columna.
- u La media corresponde a todos los países de acogida del mundo.

TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019	Prestaciones por licencia de maternidad 2021	Prestaciones por licencia de paternidad 2021	Nivel de estudios 2014-2019 ^R			Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2020 ^R						Tasa de desempleo 2010-2020 ^R						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2020 ^R		Inclusión financiera 2014-2020 ^R	
					Secundaria superior		Masculino			Mujer			Masculino			Mujer			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
					Hombres	Mujeres	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total					
Afganistán	Muy alto	-	No	Sí	-	-	75	72	75	24	17	22	10	12	10	8	35	14	-	-	23	7	
Albania	Bajo	80	Sí	Sí	-	-	64	70	68	50	54	53	10	13	12	9	12	11	-	-	42	38	
Alemania	Muy bajo	100	Sí	Sí	87	80	68	67	67	57	55	56	2	4	4	2	3	3	-	-	99	99	
Andorra	-	-	-	-	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	-	-	No	Sí	20	12	87	73	79	90	66	76	2	11	7	1	14	7	-	-	36	22	
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua y Barbuda	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	-	No	Sí	55	53	76	79	78	22	22	22	2	3	3	24	23	23	98	95	81	58	
Argelia	-	-	Sí	Sí	-	-	74	65	68	13	19	17	8	11	10	19	21	20	93	83	56	29	
Argentina	-	60	No	Sí	55	59	69	75	73	49	53	51	7	10	9	9	12	11	-	-	46	51	
Armenia	Bajo	80	Sí	No	90	90	68	63	65	49	39	43	11	23	18	11	27	20	76	77	56	41	
Australia	Muy bajo	100	Sí	Sí	80	77	68	73	71	58	62	61	4	6	5	4	6	5	-	-	100	99	
Austria	Muy bajo	100	Sí	Sí	86	74	67	67	67	56	55	55	2	6	5	2	6	4	-	-	98	98	
Azerbaiyán	Bajo	-	Sí	No	92	85	66	72	70	60	65	63	3	5	4	4	7	6	88	79	29	28	
Bahamas	-	-	No	No	-	-	79	83	82	68	71	70	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	
Bahrein	-	-	No	Sí	66	63	84	89	87	44	46	45	0	1	1	4	5	5	100	100	86	75	
Bangladesh	Muy alto	20	Sí	No	36	27	81	82	82	39	31	36	3	4	3	6	9	7	54	31	65	36	
Barbados	-	50	No	No	-	-	67	70	69	60	63	62	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	
Belarús	Bajo	50	Sí	No	-	-	68	74	72	55	60	58	4	7	6	2	4	4	94	96	81	81	
Bélgica	Muy bajo	-	Sí	Sí	71	68	60	59	59	52	49	49	4	6	6	4	5	5	-	-	98	99	
Belice	-	-	Sí	No	-	-	83	79	81	43	58	50	3	6	4	9	10	10	-	-	44	52	
Benin	Mediano	-	Sí	Sí	-	-	76	69	73	72	65	69	1	4	2	1	4	3	-	-	49	29	
Bhután	-	-	No	Sí	20	14	73	76	74	64	49	60	1	3	2	2	6	3	-	-	39	28	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Bajo	70	No	Sí	46	39	93	75	81	78	58	64	1	5	3	1	5	4	-	-	55	54	
Bosnia y Herzegovina	Bajo	-	Sí	Sí	75	52	58	58	58	34	42	37	12	16	14	19	18	19	-	-	63	55	
Botswana	-	-	No	No	-	-	78	75	76	63	67	65	13	15	14	20	21	21	-	-	56	47	
Brasil	Bajo	80	Sí	Sí	45	50	68	76	74	38	58	55	8	11	10	13	14	14	83	86	73	68	
Brunei Darussalam	-	-	No	No	-	-	68	74	73	53	57	56	11	5	6	13	7	8	91	99	-	-	
Bulgaria	Bajo	100	Sí	Sí	78	75	56	67	64	40	55	50	8	3	5	8	3	4	-	-	71	74	
Burkina Faso	Mediano	-	Sí	Sí	4	2	77	70	75	60	56	59	4	7	5	3	10	5	-	-	51	35	
Burundi	-	-	No	Sí	8	4	79	70	78	84	58	81	1	8	2	0	8	1	25	12	8	7	
Cabo Verde	-	70	No	Sí	20	20	61	71	67	40	60	53	9	14	13	8	13	12	73	71	-	-	
Camboya	Bajo	-	No	No	15	5	89	84	88	80	69	77	0	0	0	0	0	32	33	22	22		
Camerún	Muy alto	50	Sí	Sí	-	-	84	78	81	78	63	71	1	5	3	1	8	4	-	-	39	30	
Canadá	Muy bajo	-	Sí	Sí	84	85	68	71	70	59	62	61	6	6	6	5	5	5	-	-	100	100	
Chad	Alto	-	Sí	Sí	-	-	82	66	77	68	55	64	1	4	2	1	4	2	-	-	29	15	
Chequia	Muy bajo	90	Sí	Sí	95	87	68	69	69	51	54	53	2	2	2	2	2	2	96	96	84	79	
Chile	Mediano	80	Sí	Sí	60	58	75	73	73	43	53	52	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71	
China	-	-	Sí	Sí	-	-	85	70	76	68	56	61	4	6	5	3	5	4	97	95	84	76	
Chipre	Bajo	90	Sí	Sí	74	72	63	71	70	51	60	58	6	6	6	9	8	8	99	98	87	90	
Colombia	Muy bajo	90	Sí	Sí	48	51	85	79	80	43	59	56	4	9	8	10	13	13	72	74	49	42	
Comoras	-	-	Sí	No	-	-	57	57	57	35	34	34	5	8	6	9	12	10	-	-	26	18	
Congo	-	-	Sí	No	-	-	78	67	71	77	61	68	3	14	9	3	17	10	-	-	31	21	
Costa Rica	Bajo	60	Sí	No	38	41	79	77	77	43	55	52	8	10	9	16	15	15	86	86	75	61	
Côte d'Ivoire	Alto	80	Sí	Sí	15	7	68	59	63	45	44	45	1	5	3	1	6	4	71	64	47	36	
Croacia	Muy bajo	100	Sí	Sí	-	-	58	58	58	41	48	45	6	6	6	8	7	7	-	-	90	83	
Cuba	-	-	-	-	-	-	63	68	66	39	42	41	1	2	2	1	2	2	-	-	-	-	
Dinamarca	Muy bajo	90	Sí	Sí	78	80	64	68	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100	
Djibouti	-	-	Sí	Sí	-	-	72	65	69	53	48	51	9	13	11	9	14	11	61	52	17	9	
Dominica	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	Bajo	80	No	Sí	44	43	87	78	81	64	52	55	1	4	3	2	6	5	62	58	60	43	
Egipto	-	-	No	No	67	67	73	69	71	18	20	19	6	8	7	18	26	21	100	98	39	27	
El Salvador	Bajo	90	Sí	Sí	31	28	79	74	76	35	51	45	3	5	4	4	4	4	81	78	38	24	
Emiratos Árabes Unidos	-	60	No	Sí	70	66	90	95	93	51	53	52	1	2	1	5	7	6	100	100	93	76	
Eritrea	-	-	No	No	-	-	92	74	86	76	62	72	4	13	6	4	13	7	-	-	-	-	
Eslovaquia	Muy bajo	100	Sí	No	91	83	68	68	68	51	53	52	7	5	6	7	5	6	-	-	85	83	
Eslovenia	Muy bajo	90	Sí	Sí	87	78	63	62	63	53	53	53	4	4	4	5	5	5	98	97	98	97	
España	Muy bajo	100	Sí	Sí	50	50	59	64	64	46	53	52	12	13	13	17	16	16	97	97	96	92	
Estado de Palestina	-	40	No	No	42	43	76	69	70	19	18	18	12	23	21	29	44	41	79	70	34	16	
Estados Unidos de América	Muy bajo	-	No	Sí	89	90	63	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-	
Estonia	Muy bajo	100	Sí	Sí	84	91	65	74	71	52	60	58	5	4	4	5	5	5	-	-	98	98	
Eswatini	-	-	No	No	-	-	52	71	57	43	64	49	23	15	21	25	22	24	-	-	30	27	
Etiopía	Bajo	30	Sí	Sí	-	-	89	73	85	77	63	73	1	4	2	2	6	3	-	-	41	29	
Federación de Rusia	Bajo	-	Sí	No	-	-	65	72	70	48	57	55	7	4	5	7	4	4	97	97	75	76	
Fiji	-	80	Sí	Sí	42	47	81	72	77	37	39	38	2	5	4	4	6	5	-	-	-	-	
Filipinas	Muy alto	100	Sí	Sí	-	-	74	72	73	45	49	47	2	3	2	2	3	3	-	-	30	39	
Finlandia	Muy bajo	100	Sí	Sí	75	76	59	65	63	52	57	56	6	8	7	5	7	6	99	98	100	100	
Francia	Muy bajo	90	Sí	Sí	73	67	59	60	60	51	51	51	6	10	9	7	9	8	80	78	97	91	
Gabón	Alto	-	Sí	Sí	-	-	59	64	62	41	45	43	12	15	14	27	28	28	-	-	64	54	
Gambia	-	-	Sí	Sí	-	-	66	69	68	53	50	51	4	9	7	10	14	12	85	74	-	-	

TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019	Prestaciones por licencia de maternidad 2021	Prestaciones por licencia de paternidad 2021	Nivel de estudios 2014-2019 ^R		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2020 ^R						Tasa de desempleo 2010-2020 ^R						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2020 ^R		Inclusión financiera 2014-2020 ^R		
					Secundaria superior		Masculino			Mujer			Masculino			Mujer			Hom-bres	Mu-jeres	Hom-bres	Mu-jeres	
					Hom-bres	Mu-jeres	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Hom-bres	Mu-jeres
Georgia	Bajo	-	Sí	No	93	92	80	67	73	66	48	55	6	19	13	5	16	10	92	88	58	64	
Ghana	Mediano	-	No	No	-	-	72	71	72	65	63	64	2	6	4	3	6	4	80	68	62	54	
Granada	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	95	-	-	
Grecia	Bajo	100	Sí	Sí	57	52	58	61	60	41	46	45	12	15	14	19	22	22	-	-	86	85	
Guatemala	Bajo	60	No	Sí	26	27	90	83	86	32	48	41	1	3	2	3	4	3	-	-	46	42	
Guinea	Muy alto	50	Sí	No	12	3	64	51	60	67	54	63	3	11	5	2	7	3	86	69	27	20	
Guinea-Bissau	-	-	No	No	-	-	84	67	79	70	57	66	2	6	3	2	6	3	87	61	-	-	
Guinea Ecuatorial	-	-	No	Sí	-	-	64	69	67	52	56	55	6	9	8	6	9	8	-	-	-	-	
Guyana	-	-	No	No	-	-	69	62	67	40	50	43	12	12	12	17	16	17	-	-	-	-	
Haití	Mediano	-	No	No	-	-	78	67	73	70	58	64	6	17	11	10	23	16	-	-	35	30	
Honduras	Bajo	60	No	No	22	24	92	81	86	43	58	52	2	8	5	5	8	7	-	-	50	41	
Hungría	Bajo	90	Sí	Sí	81	72	67	66	66	48	49	48	5	3	3	4	3	4	-	-	78	72	
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
India	Mediano	40	Sí	No	-	-	77	75	76	22	19	21	5	6	5	3	10	5	-	-	83	77	
Indonesia	Alto	-	No	Sí	38	31	85	80	82	56	52	54	3	5	4	3	4	3	69	58	46	51	
Irán (República Islámica del)	Muy alto	-	Sí	Sí	48	49	77	71	72	19	17	18	6	11	10	14	20	18	80	56	96	92	
Iraq	Muy alto	70	Sí	No	-	-	76	74	74	7	13	12	10	10	10	13	34	31	85	86	26	20	
Irlanda	Muy bajo	90	Sí	Sí	68	73	67	70	69	54	58	56	5	6	5	5	5	5	83	83	95	95	
Islandia	-	100	Sí	Sí	-	-	79	79	79	68	71	70	4	4	4	3	3	3	-	-	-	-	
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Salomón	-	-	No	No	-	-	90	81	86	86	78	82	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	77	-	-	
Israel	-	70	Sí	No	82	81	70	68	68	64	59	60	3	4	4	3	4	4	95	94	92	94	
Italia	Muy bajo	-	Sí	Sí	50	48	58	59	59	39	42	41	9	9	9	11	11	11	93	90	96	92	
Jamaica	Bajo	50	No	No	-	-	76	71	73	59	61	60	5	7	6	8	11	10	96	97	79	78	
Japón	Bajo	70	Sí	Sí	-	-	69	73	72	52	54	54	2	3	3	2	3	2	93	91	98	98	
Jordania	Muy alto	40	No	Sí	-	-	67	61	64	15	14	15	13	18	15	21	27	24	-	-	56	27	
Kazajistán	Bajo	70	Sí	No	98	97	72	78	76	59	65	63	3	5	4	4	6	5	89	88	57	60	
Kenya	Mediano	90	No	Sí	-	-	75	79	77	74	68	72	1	4	2	1	6	3	48	47	86	78	
Kirguistán	Bajo	40	Sí	No	-	-	75	74	75	49	41	44	4	6	6	7	10	9	-	-	93	41	
Kiribati	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	53	-	-	
Kuwait	-	-	No	No	27	39	85	89	88	48	50	50	1	1	1	5	7	6	99	99	83	73	
Lesoto	Mediano	-	No	No	-	-	79	72	76	63	58	60	18	23	20	26	30	28	84	87	45	46	
Letonia	Muy bajo	100	Sí	Sí	88	92	65	70	68	52	58	56	9	6	7	7	5	5	-	-	94	93	
Líbano	Muy alto	50	No	No	-	-	68	75	72	22	24	23	3	6	5	7	11	10	-	-	57	33	
Liberia	Alto	-	Sí	No	-	-	89	73	80	83	63	72	1	6	4	1	4	2	-	-	44	28	
Libia	-	-	Sí	No	-	-	62	67	65	32	35	34	13	16	15	23	25	24	-	-	71	60	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	Muy bajo	100	Sí	Sí	89	86	63	71	68	53	60	57	10	5	7	7	5	6	96	96	85	81	
Luxemburgo	-	100	Sí	Sí	70	68	63	67	65	52	57	55	4	7	6	4	6	6	-	-	99	98	
Macedonia del Norte	-	80	Sí	Sí	-	-	70	65	66	46	45	45	14	18	17	18	18	18	-	-	80	73	
Madagascar	Alto	40	Sí	No	-	-	91	80	89	87	73	83	1	5	2	1	6	2	42	32	20	16	
Malasia	-	30	No	No	58	59	77	80	77	53	45	51	2	5	3	3	6	4	97	94	88	82	
Malawi	Alto	70	No	No	-	-	81	76	80	74	62	73	4	7	5	5	14	7	-	-	38	30	
Maldivas	-	-	No	Sí	-	-	83	86	85	41	42	42	5	8	6	4	7	5	-	-	-	-	
Mali	Alto	-	Sí	Sí	11	4	83	76	81	62	48	58	7	6	7	7	13	8	-	-	45	26	
Malta	Bajo	90	Sí	Sí	47	43	73	67	67	52	48	48	2	3	3	3	4	4	-	-	98	97	
Marruecos	Muy alto	70	Sí	Sí	-	-	83	62	70	26	19	22	6	10	9	8	13	11	95	94	41	17	
Mauricio	-	90	Sí	Sí	-	-	67	73	71	43	46	45	3	5	4	7	11	9	84	78	93	87	
Mauritania	-	-	Sí	Sí	-	-	63	63	63	26	30	28	6	12	10	8	15	12	-	-	26	15	
México	Bajo	80	No	Sí	37	35	82	77	79	34	49	46	2	4	4	3	4	4	73	70	41	33	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	Bajo	-	Sí	No	-	-	80	66	71	69	49	55	3	8	6	3	6	5	95	94	91	95	
Montenegro	-	60	Sí	No	-	-	60	66	64	45	49	48	13	16	15	14	17	16	-	-	69	68	
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	Bajo	70	No	Sí	12	6	83	72	79	86	63	77	1	7	3	1	11	4	37	26	51	33	
Myanmar	Alto	-	Sí	Sí	-	-	78	72	76	47	45	46	0	1	0	0	1	1	68	57	26	26	
Namibia	Bajo	70	No	No	-	-	54	71	63	49	61	56	16	24	21	13	22	19	-	-	81	81	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	Mediano	60	Sí	Sí	-	-	86	75	84	86	64	82	2	7	3	1	10	3	-	-	50	42	
Nicaragua	Muy bajo	-	No	Sí	-	-	91	80	85	37	58	50	2	8	5	5	5	5	-	-	37	25	
Níger	-	-	Sí	Sí	-	-	88	71	84	66	40	61	0	2	1	0	2	0	77	55	20	11	
Nigeria	Alto	30	No	No	-	-	64	63	63	47	50	49	6	14	9	5	11	8	49	32	51	27	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	Muy bajo	100	Sí	Sí	78	78	67	68	68	58	62	61	4	4	4	3	4	3	-	-	99	100	
Nueva Zelanda	Muy bajo	90	Sí	No	72	68	79	74	75	68	64	65	3	4	4	4	5	4	-	-	99	99	
Omán	-	-	No	No	45	63	78	85	84	25	40	36	0	1	1	6	8	7	98	96	84	64	
Países Bajos	Muy bajo	100	Sí	Sí	75	68	69	70	70	59	59	59	2	4	3	3	3	3	86	82	99	100	

TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019	Prestaciones por licencia de maternidad 2021	Prestaciones por licencia de paternidad 2021	Nivel de estudios 2014-2019 ^R		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2020 ^R						Tasa de desempleo 2010-2020 ^R						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2020 ^R		Inclusión financiera 2014-2020 ^R	
					Secundaria superior		Masculino			Mujer			Masculino			Mujer			Hom-bres	Mu-jeres	Hom-bres	Mu-jeres
					Hom-bres	Mujeres	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total	Rural	Urba-na	Total				
Pakistán	Muy alto	20	Sí	No	33	21	84	79	82	28	12	22	4	5	4	3	10	4	65	26	35	7
Palau	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	80	Sí	Sí	-	-	86	78	80	52	56	55	2	5	4	3	7	6	-	-	51	42
Papua Nueva Guinea	-	-	No	No	-	-	46	54	48	46	50	46	3	6	3	1	3	1	-	-	-	-
Paraguay	Mediano	100	Sí	Sí	39	39	87	84	85	55	62	60	4	6	5	8	9	8	-	-	51	46
Perú	Bajo	100	Sí	Sí	63	53	95	83	85	88	66	71	0	4	3	0	4	3	84	79	51	34
Polonia	Muy bajo	100	Sí	Sí	87	83	66	66	66	47	50	49	3	3	3	4	3	4	-	-	85	88
Portugal	Muy bajo	100	Sí	Sí	35	39	63	65	65	49	56	55	5	6	6	7	7	7	-	-	94	91
Qatar	-	-	No	No	37	60	92	96	95	53	58	57	0	0	0	0	1	0	100	100	69	62
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Muy bajo	90	Sí	Sí	78	77	65	69	68	55	59	58	3	4	4	2	4	4	-	-	97	96
República Árabe Siria	-	-	Sí	No	-	-	78	71	74	15	14	15	4	8	6	17	24	20	-	-	27	20
República Centroafricana	Alto	-	Sí	Sí	-	-	85	68	80	69	55	65	2	8	4	3	9	4	-	-	18	10
República de Corea	Bajo	70	Sí	Sí	83	70	76	72	73	56	53	54	3	4	4	3	4	4	97	95	95	95
República Democrática del Congo	Mediano	-	Sí	Sí	39	17	72	59	66	73	46	61	2	10	5	1	8	3	53	33	27	24
República Democrática Popular Lao	Bajo	-	Sí	Sí	-	-	83	75	80	80	70	77	0	1	1	0	1	1	84	73	26	32
República de Moldova	Bajo	90	Sí	Sí	77	74	40	54	45	34	44	38	6	5	6	4	5	4	-	-	43	45
República Dominicana	Muy bajo	90	Sí	Sí	46	51	82	79	80	46	56	54	3	5	4	10	10	10	71	70	58	54
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	94	75	88	78	63	74	1	7	3	1	5	2	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	Alto	80	No	Sí	-	-	90	83	87	85	72	80	1	3	2	1	6	3	69	52	52	42
Rumania	Muy bajo	100	Sí	Sí	73	63	66	65	65	42	48	46	5	4	4	4	3	3	97	95	62	54
Rwanda	Bajo	90	No	Sí	12	8	85	78	83	87	71	84	0	4	1	0	5	1	-	-	56	45
Saint Kitts y Nevis	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	No	Sí	-	-	54	61	56	29	41	31	7	10	7	10	10	10	-	-	-	-
San Marino	-	-	Sí	No	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	No	No	-	-	72	79	76	65	71	69	12	15	14	15	18	17	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	Sí	No	-	-	78	71	74	43	40	42	7	11	9	18	23	21	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	No	No	40	44	73	80	77	54	59	57	19	21	20	15	18	17	-	-	-	-
Senegal	Mediano	-	Sí	Sí	17	5	61	54	57	34	36	35	3	9	6	3	10	7	-	-	47	38
Serbia	Muy bajo	100	Sí	Sí	78	66	67	61	63	48	48	48	8	11	10	10	12	11	93	92	73	70
Seychelles	-	-	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	Alto	-	No	No	-	-	51	63	58	48	63	58	11	3	5	6	3	4	65	45	25	15
Singapur	Bajo	-	Sí	Sí	77	71	76	79	78	60	63	62	2	3	3	2	4	3	89	88	100	96
Somalia	-	-	Sí	No	-	-	79	63	74	24	19	22	9	23	13	9	24	13	-	-	44	34
Sri Lanka	Alto	-	No	No	62	64	74	73	74	34	30	34	3	3	7	6	7	-	-	-	74	73
Sudáfrica	Bajo	-	Sí	Sí	62	60	49	69	63	37	56	50	31	26	27	33	30	31	58	61	68	70
Sudán	-	-	No	No	-	-	71	65	68	31	27	29	11	13	11	23	39	29	70	54	20	10
Sudán del Sur	-	-	No	Sí	-	-	79	63	74	75	61	71	8	20	11	9	24	13	-	-	13	5
Suecia	Muy bajo	100	Sí	Sí	77	76	66	69	68	59	62	61	6	7	7	6	7	7	-	-	99	100
Suiza	Muy bajo	90	Sí	No	89	83	75	73	73	65	62	63	3	4	4	4	5	5	-	-	98	99
Suriname	-	60	Sí	Sí	-	-	61	66	64	37	41	39	3	5	4	9	13	11	94	93	-	-
Tailandia	Mediano	60	No	No	34	33	76	75	75	58	60	59	1	1	1	1	1	88	88	84	80	
Tayikistán	Mediano	-	Sí	No	85	76	46	52	50	27	30	29	5	9	8	3	6	5	-	-	52	42
Timor-Leste	-	-	No	Sí	-	-	75	66	73	65	51	62	2	8	3	3	17	6	-	-	-	-
Togo	Alto	-	Sí	Sí	-	-	62	61	61	58	54	56	3	7	5	1	5	3	49	39	53	38
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	No	No	-	-	58	52	56	39	36	38	3	3	3	4	4	4	88	84	-	-
Trinidad y Tabago	Bajo	80	Sí	No	-	-	68	72	71	48	51	50	3	4	4	3	4	4	-	-	88	74
Túnez	Alto	-	No	Sí	-	-	70	69	69	17	29	25	11	13	12	22	22	22	83	77	46	28
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	68	74	72	42	46	44	3	6	5	1	3	2	-	-	91	46
Turquía	Bajo	-	Sí	Sí	46	33	68	75	72	33	35	34	10	14	12	14	18	16	-	-	83	54
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	Bajo	50	Sí	No	-	-	61	64	63	45	48	47	10	8	9	8	8	8	-	-	65	61
Uganda	Alto	80	No	Sí	-	-	73	74	73	68	65	67	1	2	1	1	6	2	-	-	66	53
Uruguay	Bajo	90	Sí	Sí	27	34	77	73	73	50	56	56	2	8	8	7	12	11	76	78	68	61
Uzbekistán	-	-	Sí	No	97	95	74	76	75	48	50	49	4	7	6	4	7	6	77	59	38	36
Vanuatu	-	-	No	No	-	-	83	71	79	64	54	61	1	4	2	1	3	1	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	Sí	Sí	59	65	75	75	75	42	42	42	4	7	7	6	8	8	-	-	77	70
Viet Nam	Bajo	80	Sí	Sí	-	-	86	75	82	78	64	73	2	3	2	2	3	2	-	-	31	30
Yemen	Muy alto	-	No	No	-	-	70	72	71	5	8	6	12	10	12	24	28	25	-	-	11	2
Zambia	Mediano	-	Sí	No	-	-	82	75	79	74	67	70	12	10	11	12	14	13	44	45	52	40
Zimbabwe	Mediano	70	Sí	No	16	9	92	83	89	87	64	78	1	11	5	1	16	6	73	72	59	52

TABLA 18. MIGRACIÓN

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2020				Refugiados por país de origen 2020		Personas internamente desplazadas 2020				Nuevos desplazamientos internos 2020			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menos de 18	Por cada 1,000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menos de 18	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)
Afganistán	144	54	0	72.278	40.491	2	136	2.594.775	1.118.572	4.664.000	2.277.869	76	24	450.000	219.777	90	10
Albania	49	24	2	115	58	0	0	15.536	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alemania	15.762	1.149	19	1.210.636	389.185	14	25	76	-	0	0	-	-	2	0	0	100
Andorra	46	3	59	-	-	-	-	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	656	128	2	25.806	-	1	9	8.264	-	790	419	0	100	15.000	7.954	0	100
Anguila	6	1	38	0	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	29	2	30	0	-	0	0	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	13.455	2.329	39	340	106	0	0	2.030	-	0	0	-	-	610	174	0	100
Argelia	250	34	1	97.671	-	2	24	4.698	-	23	8	0	100	9.600	3.363	0	100
Argentina	2.282	346	5	4.045	309	0	0	139	-	16	5	0	100	3.700	1.075	0	100
Armenia	190	13	6	107.930	38.708	36	23	10.518	-	3.500	853	23	77	800	195	100	0
Australia	7.686	633	30	57.451	-	2	1	35	-	5.100	1.169	0	100	51.000	11.687	0	100
Austria	1.738	139	19	141.866	-	16	3	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	252	28	2	1.582	506	0	0	101.531	36.281	735.000	200.087	100	0	84.000	22.867	100	0
Bahamas	64	7	16	25	0	0	0	544	-	250	66	0	100	0	0	-	-
Bahrein	936	59	55	256	59	0	0	554	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2.115	589	1	866.534	448.685	5	447	18.993	-	772.000	248.181	55	45	4.443.230	1.428.402	0	100
Barbados	35	3	12	0	-	0	0	245	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	1.067	46	11	2.915	-	0	0	3.199	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélgica	2.005	196	17	65.033	-	6	1	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	62	5	16	29	-	0	0	78	-	0	0	-	-	6.300	2.198	0	100
Benin	394	88	3	1.401	397	0	1	666	-	6.000	2.905	58	42	7.000	3.389	0	100
Bhután	54	4	7	-	-	-	-	6.808	2.056	0	0	-	-	120	36	0	100
Bolivia (Estado Plurinacional de)	164	62	1	1.156	-	0	0	580	-	13.000	4.662	0	100	13.000	4.662	0	100
Bosnia y Herzegovina	36	5	1	5.257	-	2	1	15.621	-	99.000	17.195	100	0	910	158	0	100
Botsswana	110	16	5	637	251	0	0	206	-	780	305	0	100	780	305	0	100
Brasil	1.080	244	1	59.147	-	0	6	1.588	-	20.000	5.006	0	100	358.000	89.603	0	100
Brunei Darussalam	112	8	26	0	-	0	0	20	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	184	66	3	21.168	-	3	2	525	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	724	139	3	20.252	11.504	1	26	15.768	8.298	1.095.000	559.526	98	2	535.000	273.376	96	4
Burundi	345	102	3	75.476	42.330	6	270	373.036	197.214	98.000	50.539	22	78	51.310	26.461	1	99
Cabo Verde	16	1	3	0	-	0	0	25	-	0	0	-	-	750	249	0	100
Camboya	79	7	0	0	-	0	0	11.901	-	260	94	0	100	66.000	23.830	0	100
Camerún	579	207	2	436.406	244.264	16	291	78.560	39.154	1.033.000	502.046	97	3	239.000	116.156	51	49
Canadá	8.049	633	21	109.264	-	3	2	85	-	18	3	0	100	26.000	4.907	0	100
Chad	547	144	3	478.664	267.127	29	684	10.488	5.116	342.680	182.900	100	0	150.000	80.060	53	47
Chequia	541	29	5	1.959	-	0	0	1.127	0	0	0	-	-	43	8	0	100
Chile	1.645	201	9	2.078	-	0	0	694	-	210	48	0	100	3.400	781	0	100
China	1.040	210	0	303.410	-	0	29	175.585	-	158.000	33.300	0	100	5.074.000	1.069.386	0	100
Chipre	190	20	16	14.037	-	12	1	15	-	228.000	45.696	100	0	0	0	-	-
Colombia	1.905	692	4	997	320	0	0	189.889	72.894	4.943.000	1.329.769	100	0	170.000	45.734	62	38
Comoras	12	2	1	5	0	0	0	793	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	388	88	7	27.107	13.542	5	16	12.635	-	241.000	114.750	56	44	0	0	-	-
Costa Rica	521	78	10	9.648	-	2	1	233	-	530	132	0	100	4.200	1.046	0	100
Côte d'Ivoire	2.565	276	10	2.111	791	0	1	37.601	15.531	308.070	148.340	100	0	16.900	8.138	89	11
Croacia	528	7	13	966	326	0	0	23.456	-	5.200	903	0	100	42.000	7.294	0	100
Cuba	3	<1	0	232	31	0	-	8.980	-	3	1	0	100	639.000	122.297	0	100
Dinamarca	718	69	12	36.718	-	6	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	120	22	12	21.208	8.472	21	6	2.444	-	11	4	0	100	11	4	0	100
Dominica	8	2	12	0	-	0	0	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	785	305	4	104.652	12.374	6	17	1.699	-	490	159	0	100	1.200	390	0	100
Egipto	544	91	1	272.856	107.949	3	101	26.604	-	11.600	4.526	28	72	9.400	3.668	11	89
El Salvador	43	6	1	63	5	0	0	45.640	-	62	20	0	100	131.000	41.607	87	13
Emiratos Árabes Unidos	8.716	1.351	88	1.330	425	0	0	191	-	0	0	-	-	610	105	0	100
Eritrea	14	3	0	201	123	0	-	521.949	185.450	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	197	31	4	1.036	-	0	0	1.368	-	0	0	-	-	60	11	0	100
Eslovenia	278	18	13	858	-	0	0	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	6.842	547	15	103.679	-	2	3	52	39	0	0	-	-	7.800	1.347	0	100
Estado de Palestina	273	31	5	-	-	-	-	100.317	-	131.010	58.101	100	0	1.110	492	90	10
Estados Unidos de América	50.633	3.325	15	340.881	-	1	5	368	-	126.000	27.901	0	100	1.714.000	379.543	0	100
Estonia	199	8	15	297	-	0	0	277	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	33	7	3	970	332	1	0	198	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiopía	1.086	465	1	800.464	481.841	7	942	151.335	42.884	2.693.000	1.253.876	76	24	2.356.000	1.096.967	72	28
Federación de Rusia	11.637	620	8	20.325	-	0	2	52.717	-	1.230	264	89	11	250	54	0	100
Fiji	14	3	2	14	6	0	0	516	-	14.000	4.771	0	100	37.000	12.610	0	100
Filipinas	226	61	0	744	145	0	0	493	-	298.000	105.904	51	49	4.550.000	1.616.988	2	98
Finlandia	386	45	7	23.483	-	4	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	8.525	694	13	436.100	-	7	10	49	-	230	49	0	100	10.000	2.119	0	100
Gabón	417	103	19	482	114	0	0	459	-	2	1	0	100	2	1	0	100
Gambia	216	47	9	4.383	1.844	2	6	10.601	-	1.600	807	0	100	17.000	8.575	0	100

TABLA 18. MIGRACIÓN

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2020				Refugiados por país de origen 2020		Personas internamente desplazadas 2020				Nuevos desplazamientos internos 2020			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menos de 18	Por cada 1,000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menos de 18	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)
Georgia	79	15	2	1.800	485	0	0	7.358	-	304.010	71.717	100	0	160	38	0	100
Ghana	476	95	2	12.411	4.219	0	6	13.877	7.451	550	237	0	100	2.000	863	0	100
Granada	7	<1	6	5	0	0	0	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	1.340	96	13	103.136	-	10	5	95	-	4.800	797	0	100	13.000	2.159	0	100
Guatemala	84	13	0	462	-	0	0	24.559	-	242.000	95.812	100	0	339.000	134.216	0	100
Guinea	121	31	1	6.034	2.380	0	6	26.836	-	2.600	1.298	0	100	2.400	1.198	0	100
Guinea-Bissau	18	6	1	1.861	856	1	2	1.643	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea Ecuatorial	231	4	16	-	-	-	-	170	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	31	4	4	33	-	0	0	277	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	19	5	0	5	0	0	0	25.659	-	41.900	16.073	19	81	20.900	8.017	38	62
Honduras	39	13	0	85	-	0	0	34.473	-	247.000	90.372	100	0	937.000	342.828	0	100
Hungría	585	74	6	5.898	-	1	0	4.617	-	0	0	-	-	14	2	0	100
Islas Turcas y Caicos	26	2	67	8	0	0	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	4.879	307	0	195.403	-	0	92	12.428	-	1.402.000	440.913	34	66	3.859.900	1.213.894	0	100
Indonesia	356	48	0	10.134	2.455	0	3	13.039	-	201.000	62.010	20	80	709.600	218.916	1	99
Irán (República Islámica del)	2.797	1.171	3	800.025	-	10	-	134.767	-	79	23	0	100	52.000	14.985	0	100
Iraq	366	104	1	270.392	113.786	7	47	333.418	110.346	1.224.000	535.935	100	0	68.200	29.862	98	2
Irlanda	871	153	18	9.070	1.856	2	0	5	-	0	0	-	-	51	13	0	100
Islandia	65	8	19	1.510	-	4	0	10	10	0	0	-	-	590	136	0	100
Islas Cook	5	1	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	3	<1	6	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	3	<1	0	-	-	-	-	37	-	310	143	0	100	320	148	0	100
Islas Virgenes Británicas	22	3	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	1.954	83	23	1.898	-	0	0	398	-	70	23	0	100	13.000	4.223	23	77
Italia	6.387	412	11	128.033	-	2	4	72	-	22	3	0	100	2.000	315	0	100
Jamaica	24	7	1	32	-	0	0	2.518	-	0	0	-	-	2	1	0	100
Japón	2.771	271	2	1.137	-	0	0	40	31	61.000	9.185	0	100	186.000	28.006	0	100
Jordania	3.458	1.580	34	702.506	339.438	69	159	2.494	-	0	0	-	-	140	54	0	100
Kazajstán	3.732	361	20	445	158	0	0	2.776	-	1.800	595	0	100	32.000	10.575	0	100
Kenya	1.050	297	2	452.941	248.871	8	259	7.452	3.683	394.000	178.011	48	52	338.900	153.116	1	99
Kirguistán	199	11	3	334	117	0	0	2.896	-	770	287	100	0	250	93	100	0
Kiribati	3	<1	3	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	3.110	591	73	737	226	0	-	1.442	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	12	2	1	281	76	0	0	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letonia	239	10	13	667	-	0	0	153	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	1.713	515	25	870.418	483.498	128	118	5.495	-	7.000	2.080	100	0	0	0	-	-
Liberia	88	14	2	8.233	3.891	2	14	5.237	1.704	1.200	563	0	100	3.700	1.737	0	100
Libia	827	161	12	4.184	1.329	1	1	17.595	-	278.000	90.632	100	0	39.000	12.714	100	0
Liechtenstein	26	4	68	154	-	4	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	145	17	5	1.915	-	1	0	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	298	27	48	5.213	-	8	0	5	0	0	0	-	-	2	0	0	100
Macedonia del Norte	131	19	6	314	104	0	0	1.596	457	140	28	100	0	0	0	-	-
Madagascar	36	6	0	127	38	0	0	283	-	1.600	745	94	6	23.000	10.713	0	100
Malasia	3.477	426	11	129.942	36.926	4	12	1.078	-	8	2	0	100	24.000	6.754	0	100
Malawi	191	42	1	14.897	7.864	1	39	524	-	0	0	-	-	29.000	14.455	0	100
Maldivas	70	4	13	-	-	-	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	486	87	2	47.385	28.512	2	54	164.601	96.959	332.700	179.237	98	2	284.400	153.217	97	3
Malta	115	8	26	9.208	-	21	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	102	20	0	8.161	2.658	0	3	4.489	-	340	107	0	100	340	107	0	100
Mauricio	29	2	2	20	5	0	0	191	-	0	0	-	-	110	23	0	100
Mauritania	182	73	4	93.637	53.561	20	56	37.941	20.171	1.600	733	0	100	1.600	733	0	100
México	1.198	684	1	45.469	-	0	5	15.408	-	456.000	140.697	78	22	110.700	34.156	9	91
Micronesia (Estados Federados de)	3	<1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	27	2	68	22	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	21	4	1	10	0	0	0	2.290	-	3.500	1.236	0	100	4.200	1.483	0	100
Montenegro	71	4	11	176	64	0	0	545	105	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	1	<1	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	339	81	1	4.757	1.804	0	10	91	-	769.000	391.759	88	12	617.000	314.324	96	4
Myanmar	76	13	0	0	-	0	0	1.103.298	529.641	509.600	157.239	99	1	120.000	37.026	58	42
Namibia	109	12	4	3.588	1.693	1	1	467	-	0	0	-	-	200	85	0	100
Nauru	2	<1	20	1.084	260	100	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	488	34	2	19.565	-	1	18	7.497	-	28.000	9.742	0	100	48.000	16.701	0	100
Nicaragua	42	9	1	326	27	0	0	8.711	-	9.100	3.167	0	100	232.000	80.737	0	100
Níger	348	102	1	233.308	137.864	10	389	18.874	12.758	524.000	295.772	49	51	412.000	232.554	33	67
Nigeria	1.309	363	1	66.081	33.300	0	33	352.948	208.535	2.873.000	1.436.900	95	5	448.000	224.062	38	62
Niue	<1	<1	36	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	852	97	16	49.713	-	9	1	5	-	84	17	0	100	1.000	207	0	100
Nueva Zelanda	1.382	157	29	1.808	-	0	0	35	-	370	86	0	100	4.900	1.134	0	100
Omán	2.373	279	46	3.918	98	0	0	52	-	0	0	-	-	120	30	0	100
Países Bajos	2.358	190	14	78.911	-	5	1	61	37	0	0	-	-	4.000	765	0	100
Pakistán	3.277	192	1	1.438.955	636.297	7	1.021	133.146	67.189	910.000	370.664	11	89	829.390	337.830	0	100

TABLA 18. MIGRACIÓN

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2020				Refugiados por país de origen 2020		Personas internamente desplazadas 2020				Nuevos desplazamientos internos 2020			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menos de 18	Por cada 1,000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menos de 18	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)
Palau	5	<1	28	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	313	75	7	2.627	-	1	0	85	-	0	0	-	-	3.700	1.160	0	100
Papua Nueva Guinea	31	10	0	10.801	-	1	4	515	-	16.700	6.894	84	16	3.900	1.610	0	100
Paraguay	170	27	2	1.701	365	0	0	119	-	5	2	0	100	5	2	0	100
Perú	1.225	405	4	4.332	-	0	1	2.854	-	66.800	19.483	90	10	8.000	2.333	0	100
Polonia	817	177	2	2.811	-	0	0	925	17	22	4	0	100	420	76	0	100
Portugal	1.002	64	10	2.445	-	0	0	32	-	0	0	-	-	28	4	0	100
Qatar	2.226	324	77	201	62	0	0	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	9.360	920	14	132.349	-	2	3	67	-	200	42	0	100	4.900	1.025	0	100
República Árabe Siria	869	151	5	15.329	6.105	1	-	6.689.579	3.081.102	6.568.000	2.371.692	100	0	1.847.000	666.948	99	1
República Centroafricana	89	21	2	9.083	5.102	2	17	642.442	361.928	686.200	349.576	99	1	333.000	169.643	95	5
República de Corea	1.728	216	3	3.498	-	0	0	156	-	300	45	0	100	19.000	2.878	0	100
República Democrática del Congo	953	166	1	490.243	296.743	5	925	840.450	452.523	5.332.000	2.790.230	99	1	2.488.000	1.301.968	89	11
República Democrática Popular Lao	49	6	1	-	-	-	-	6.681	-	2.000	753	0	100	12.000	4.520	0	100
República de Moldova	104	14	3	435	46	0	0	2.221	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	604	77	6	172	19	0	0	590	-	3.700	1.206	0	100	31.000	10.105	0	100
República Popular Democrática de Corea	50	5	0	-	-	-	-	694	-	5.300	1.274	0	100	5.300	1.274	0	100
República Unida de Tanzania	426	91	1	234.655	127.769	4	217	714	-	38.000	19.060	0	100	57.000	28.591	0	100
Rumania	705	302	4	3.631	934	0	0	1.358	-	0	0	-	-	290	54	0	100
Rwanda	514	161	4	139.501	69.313	11	168	245.806	-	4.600	2.107	0	100	6.000	2.749	0	100
Saint Kitts y Nevis	8	2	15	0	-	0	0	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4	2	2	0	-	0	0	0	-	0	0	-	-	55	24	0	100
San Marino	6	<1	16	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	8	2	5	0	-	0	0	731	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	<1	<1	100	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	2	<1	1	-	-	-	-	28	6	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	5	1	4	0	-	0	0	742	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	275	76	2	14.366	6.647	1	10	14.004	-	10.400	5.096	81	19	3.300	1.617	0	100
Serbia	823	19	9	26.120	-	3	4	29.995	-	0	0	-	-	880	165	0	100
Seychelles	13	1	13	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	54	10	1	342	96	0	1	5.759	-	5.500	2.582	100	0	0	0	-	-
Singapur	2.524	186	43	5	0	0	0	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	59	20	0	11.235	5.335	1	-	814.551	372.480	2.968.000	1.577.146	100	0	1.330.000	706.740	22	78
Sri Lanka	40	13	0	1.013	346	0	0	142.718	-	28.400	8.035	95	5	19.000	5.375	0	100
Sudáfrica	2.860	275	5	76.754	13.419	1	13	494	-	5.014	1.693	100	0	5.370	1.813	93	7
Sudán	1.379	600	3	1.040.308	508.829	24	1.763	787.755	452.081	2.730.000	1.265.209	83	17	533.000	247.017	15	85
Sudán del Sur	882	272	8	314.453	193.644	28	-	2.189.141	1.313.105	1.542.000	737.312	93	7	714.000	341.401	38	62
Suecia	2.004	232	20	248.425	-	25	4	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	2.491	170	29	115.868	-	13	1	5	-	0	0	-	-	13	2	0	100
Suriname	48	12	8	24	-	0	0	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tailandia	3.632	500	5	96.214	37.082	1	13	184	-	41.320	8.304	99	1	13.000	2.613	0	100
Tayikistán	276	17	3	5.588	-	1	5	2.224	988	0	0	-	-	1.500	638	0	100
Timor-Leste	8	2	1	0	-	0	0	11	-	1.100	481	0	100	1.100	481	0	100
Togo	280	100	3	10.808	5.653	1	16	7.725	2.136	-	-	-	-	-	-	-	-
Tokelau	1	<1	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	4	1	4	0	-	0	0	36	-	93	38	0	100	2.700	1.111	0	100
Trinidad y Tobago	79	19	6	3.224	-	2	0	297	-	6	1	0	100	33	8	0	100
Túnez	60	11	1	2.620	928	0	1	1.653	-	0	0	-	-	10.000	2.826	0	100
Turkmenistán	195	14	3	20	0	0	-	515	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turquía	6.053	1.258	7	3.652.362	1.666.861	43	377	93.735	20.155	1.143.000	326.557	96	4	41.000	11.714	0	100
Tuvalu	<1	<1	2	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	400	159	0	100
Ucrania	4.997	280	11	2.274	-	0	1	35.180	-	734.240	137.943	100	0	2.074	390	4	96
Uganda	1.720	928	4	1.421.133	839.974	31	1.822	7.390	-	34.000	17.998	3	97	40.079	21.216	0	100
Uruguay	108	29	3	719	170	0	0	20	-	0	0	-	-	370	90	0	100
Uzbekistán	1.162	92	3	18	0	0	0	3.133	-	0	0	-	-	70.000	23.361	0	100
Vanuatu	3	<1	1	0	-	0	0	0	-	64.000	28.437	0	100	80.000	35.546	0	100

TABLA 18. MIGRACIÓN

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2020				Refugiados por país de origen 2020		Personas internamente desplazadas 2020				Nuevos desplazamientos internos 2020			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menos de 18	Por cada 1,000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menos de 18	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)	Total †	Menos de 18	Proporción debida a conflictos y violencia (%)	Proporción debida a catástrofes (%)
Venezuela (República Bolivariana de)	1.324	160	5	68.119	40.558	2	-	171.127	-	2.300	743	0	100	2.400	776	0	100
Viet Nam	77	11	0	5	0	0	0	316.722	-	162.000	44.117	0	100	1.267.000	345.038	0	100
Yemen	387	117	1	166.936	29.387	6	-	33.369	10.252	3.858.000	1.743.043	94	6	366.000	165.359	39	61
Zambia	188	34	1	66.075	31.687	4	46	269	-	1.000	509	0	100	6.000	3.056	0	100
Zimbabwe	416	53	3	9.266	4.587	1	7	8.614	1.283	21.000	10.181	0	100	380	184	0	100
DATOS CONSOLIDADOS																	
Asia Oriental y el Pacífico	28.972	2.984	1	616.527	198.989	0	53	1.646.024	790.288	1.544.112	465.522	49	51	12.238.523	3.424.439	2	98
Europa y Asia Central	99.035	8.835	11	6.784.825	2.854.626	7	269	415.850	119.729	3.277.248	808.477	98	2	320.037	85.786	27	73
Europa del Este y Asia Central	32.472	3.215	8	3.853.775	1.746.270	9	464	406.635	118.112	3.043.890	761.869	98	2	276.114	77.595	31	69
Europa Occidental	66.563	5.620	13	2.931.050	939.701	6	74	9.215	527	233.358	46.608	98	2	43.923	8.191	0	100
América Latina y el Caribe	14.795	3.603	2	309.546	92.622	0	28	538.867	206.859	6.054.572	1.709.021	96	4	3.026.050	926.016	8	92
Oriente Medio y África del Norte	44.421	9.004	10	3.216.168	1.507.800	7	250	7.476.108	3.392.064	12.078.122	4.806.170	98	2	2.417.130	904.912	86	14
América del Norte	58.709	3.961	16	450.145	-	1	7	453	-	126.018	27.904	0	100	1.740.050	384.458	0	100
Asia Meridional	11.066	1.197	1	2.593.748	1.227.558	1	1.302	2.916.448	1.266.746	7.804.400	3.355.404	59	41	9.649.640	3.222.016	4	96
África Subsahariana	23.601	5.919	2	6.679.356	3.721.041	6	4.054	7.421.336	3.983.465	24.116.897	12.089.180	90	10	11.071.892	5.556.887	61	39
África Oriental y Meridional	12.843	3.676	2	4.714.758	2.602.502	8	2.631	5.121.998	2.710.067	11.319.795	5.515.679	85	15	6.127.840	2.979.353	48	52
África Occidental y Central	10.757	2.242	2	1.964.598	1.118.407	4	1.342	2.299.338	1.272.560	12.797.102	6.573.501	95	5	4.944.052	2.577.535	78	22
Países menos adelantados	16.185	4.899	2	6.715.900	3.684.732	6	5.673	10.716.448	5.384.753	29.162.651	14.169.966	88	12	15.622.870	6.989.716	45	55
Mundo	280.598	35.503	4	20.650.315	10.041.692	3	1.657	20.415.086	9.837.823	55.001.369	23.261.679	87	13	40.463.322	14.504.514	24	76

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página sobre Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas del Estado Mundial de la Infancia.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población migrante internacional – Número de personas nacidas en un país distinto al de residencia, incluidos los refugiados.

Refugiados – Personas que se ven obligadas a huir de su país de origen para escapar de la persecución o de una amenaza grave para su vida, integridad física o libertad. Las cifras de esta tabla se refieren únicamente a los refugiados bajo el mandato del ACNUR. Otros refugiados palestinos registrados en la UNRWA están presentes en el Estado de Palestina, el Líbano, Siria y Jordania, pero no figuran en esta lista.

Personas internamente desplazadas – Personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida en un momento dado.

Nuevos desplazamientos internos – Número de movimientos de personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o a abandonar sus hogares o lugares de residencia habitual y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida en un periodo determinado.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población migrante internacional – Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (2020). Stock Internacional de Migrantes 2020.

Refugiados – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Tendencias mundiales: *Forced Displacement in 2020*, ACNUR, Ginebra, 2021

Desplazamiento interno – Centro de Vigilancia de los Desplazamientos Internos, Base Mundial de Datos de Desplazamientos Internos (GIID), IDMC, 2021.

NOTAS

– Datos no disponibles.

T Los totales son la suma de las cifras redondeadas relacionadas con los conflictos, la violencia y las catástrofes, respectivamente, publicadas por el Observatorio de los Desplazamientos Internos.

Los refugiados cuyo origen figura como "otros", "desconocido", "varios" o "apátridas" no se incluyen en los agregados, lo que hace que los totales globales sean menores que el total comparable de refugiados por país de acogida.

Los valores regionales y mundiales se basan en más países y zonas que los que aparecen aquí. Por lo tanto, los valores de los países no suman los valores regionales y mundiales correspondientes.

La pandemia de COVID-19 ha suscitado una enorme preocupación por la salud mental de toda una generación de niños y niñas. Pero puede que la pandemia sea solamente la punta del iceberg de la salud mental, un iceberg que hemos pasado por alto durante demasiado tiempo. Por primera vez en su historia, el *Estado Mundial de la Infancia* examina la salud mental de los niños y los adolescentes. Con el trasfondo de una mayor concienciación sobre los problemas de salud mental, ahora tenemos una oportunidad singular para promover una buena salud mental entre todos los niños y niñas, y proteger a los niños y niñas vulnerables que afrontan los mayores desafíos. Hacerlo exigirá una inversión urgente en la salud mental de los niños y adolescentes en todos los sectores, no solo en el de la salud, para llevar a cabo intervenciones que han demostrado su eficacia. También será necesario que las sociedades rompan el silencio que rodea a la salud mental, aborden el estigma, promuevan la comprensión y tomen en serio las experiencias de los niños y los jóvenes.



ISBN: 978-92-806-5293-2



© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Enero de 2022