

FLORES VILLAVICENCIO | GONZÁLEZ PÉREZ | VEGA LÓPEZ (coords.)

# Problemas de salud en los adolescentes

## Una perspectiva socioepidemiológica



EDITORIAL  
UNIVERSITARIA

Centro  
Universitario  
de Ciencias  
de la Salud

Universidad  
de Guadalajara



# **Problemas de salud en los adolescentes**

**Una perspectiva  
socioepidemiológica**



FLORES VILLAVICENCIO | GONZÁLEZ PÉREZ | VEGA LÓPEZ (coords.)

# Problemas de salud en los adolescentes

## Una perspectiva socioepidemiológica



Centro  
Universitario  
de Ciencias  
de la Salud

Universidad  
de Guadalajara



Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla  
Rectoría General

Miguel Ángel Navarro Navarro  
Vicerrectoría Ejecutiva

José Alfredo Peña Ramos  
Secretaría General

Jaime Andrade Villanueva  
Rectoría del Centro Universitario  
de Ciencias de la Salud

José Antonio Ibarra Cervantes  
Corporativo de Empresas Universitarias

Edgardo Flavio López Martínez  
Encargado del despacho de la Editorial  
Universitaria

Primera edición, 2014

#### Coordinación

© María Elena Flores Villavicencio  
Guillermo Julián González Pérez  
María Guadalupe Vega López

#### Textos

© María Elena Flores Villavicencio, Guillermo Julián González Pérez, María Guadalupe Vega López, Carlos Enrique Cabrera Pivaral, María Ana Valle Barbosa, Armando Muñoz de la Torre, Osmar Juan Matsui Santana, Francisco Javier Hernández Mora, Agustín Vega López, Laura Patricia Haro Jiménez, Carmen Lizette Tornero González, Irma Patricia González Rojas, Gabriela Carrillo Núñez, Pedro Pablo Quintero Vega, Lorena Vega López, Martha Leticia Gómez Martínez, Guillermo Alonso Cervantes Cardona, Martha Villaseñor Fariñas, Laura Teresa Flores González, Adriana Nápoles Echauri, Ivis Jennifer Meza Flores, José Raúl Robles Bañuelos, Corey Villavicencio Rodríguez, Martha Cruz Ávila

#### Coordinación editorial

Sayri Karp Mitastein

#### Diseño de interiores y portada

Edgardo Flavio López Martínez  
Virginia Ramírez Moreno

#### Diagramación y cuidado tipográfico

Virginia Ramírez Moreno  
Gustavo Alonso Ortega López

#### Corrección

Raúl Olvera Mijares

D.R. © 2014, Universidad de Guadalajara



#### Editorial Universitaria

José Bonifacio Andrada 2679  
Colonia Lomas de Guevara  
44657 Guadalajara, Jalisco

01 800 834 54276  
[www.editorial.udg.mx](http://www.editorial.udg.mx)

ISBN 978 607 742 109 2

Noviembre de 2014

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier sistema de recuperación de información, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, existente o por existir, sin el permiso por escrito del titular de los derechos correspondientes.

# Índice

- 9 **Prólogo**  
SARALYN LÓPEZ Y TAYLOR
- 
- 11 **Introducción**  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ
- 
- 15 **Capítulo 1. La mortalidad en la adolescencia: niveles, tendencias y causas**  
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL  
PEDRO PABLO QUINTERO VEGA
- 
- 26 **Capítulo 2. Violencia y armas de fuego: a problemas en aumento, soluciones inciertas**  
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
LORENA VEGA LÓPEZ  
ARMANDO MUÑOZ DE LA TORRE  
MARÍA ANA VALLE BARBOSA  
MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO
- 
- 37 **Capítulo 3. Violencia entre pares en escuelas de la Zona Metropolitana de Guadalajara**  
MARÍA ANA VALLE BARBOSA  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO
- 
- 45 **Capítulo 4. Consumo de alcohol en adolescentes**  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ  
MARÍA ANA VALLE BARBOSA  
MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO  
CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL  
AGUSTÍN VEGA LÓPEZ
-

**56 Capítulo 5. Adicciones en el embarazo de las adolescentes: un problema de salud pública**

FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ MORA  
MARTHA LETICIA GÓMEZ MARTÍNEZ  
GUILLERMO ALONSO CERVANTES CARDONA  
IVIS JENNIFER MEZA FLORES

---

**66 Capítulo 6. Consumo de cultura, tiempo libre y medios de comunicación en estudiantes adolescentes en Guadalajara**

CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL  
LAURA PATRICIA HARO JIMÉNEZ  
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ  
CARMEN LIZETTE TORNERO GONZÁLEZ  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
IRMA PATRICIA GONZÁLEZ ROJAS  
GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ

---

**75 Capítulo 7. La pediculosis en el sector educativo: medidas de control a través de la historia**

MARÍA ANA VALLE BARBOSA  
JOSÉ RAÚL ROBLES BAÑUELOS  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
ARMANDO MUÑOZ DE LA TORRE  
GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ

---

**82 Capítulo 8. Infecciones de transmisión sexual: un problema para los adolescentes**

OSMAR JUAN MATSUI SANTANA  
MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS  
LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ

---

**99 Capítulo 9. Perspectiva psicosocial de los adolescentes ante las epidemias**

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO  
IVIS JENNIFER MEZA FLORES  
MARTHA CRUZ ÁVILA  
MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ  
GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ  
KOREY VILLAVICENCIO RODRÍGUEZ

---

**106 Capítulo 10. Conductas de salud ante la enfermedad  
de la influenza**

**MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO**

**GUILLERMO ALONSO CERVANTES CARDONA**

**ADRIANA NÁPOLES ECHAURI**

**MARTHA CRUZ ÁVILA**

**IVIS JENNIFER MEZA FLORES**

---







# Prólogo

SARALYN LÓPEZ Y TAYLOR

---

La adolescencia es un concepto, relativamente reciente aunque todavía difícil de definir, la cual se asume como una etapa específica en el ciclo de la vida humana, reflejada en el paso de la niñez a la edad adulta, el inicio de esta fase -que pudiera remitirse al arranque de la pubertad, aún a sabiendas de que niños y niñas la viven en momentos sumamente diferentes- depende en gran medida de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida, caracterizado por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que pueden generar crisis y conflictos pero que, a la larga, resultan necesarios y por lo general positivos.

En términos cronológicos, la Organización Mundial de la Salud ha considerado la adolescencia como la etapa de vida comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. De acuerdo con este criterio, en la actualidad habitan en México algo más de 22 millones de adolescentes -cifra récord en la historia del país- los cuales representan casi la quinta parte de la población nacional. De ahí la importancia de estudiar a fondo este grupo poblacional el cual, por su complejidad y vulnerabilidad, enfrenta problemas y desafíos de variada naturaleza -sociales, económicos, psicológicos y culturales- que ponen en riesgo el estado de salud.

En tal sentido, el presente libro, *Problemas de salud en los adolescentes. Una perspectiva socioepidemiológica*, busca difundir los resultados de diversos estudios, de carácter social y epidemiológico, realizados principalmente por investigadores del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano -pero en el que también participan otros investigadores procedentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud- consagrados a analizar algunos de los problemas de salud más relevantes en la adolescencia, en el contexto jalisciense, e incluso a nivel nacional.

Espero que este documento aporte al conocimiento indispensable para tomar conciencia de la magnitud e impacto de estos problemas salud en el adolescente, brinde una información que pueda ser útil para fundamentar de manera adecuada las políticas públicas en favor de la adolescencia y fomente una cultura

de prevención que incluya a la sociedad para buscar soluciones y mecanismos participativos en la vigilancia de la salud, relacionados con la forma de vida que, en la actualidad, llevan los adolescentes.

Agradezco asimismo la oportunidad que se me ha dado de escribir este prólogo y exponer algunas reflexiones sobre este inquietante tema.



# Introducción

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

---

Los y las adolescentes constituyen un segmento social que reclama atención particular. Una vez aceptada la idea de que es una etapa del ciclo vital, que coincide con la prolongación de dependencia económica y el reconocimiento de la relativa autonomía del individuo con respecto de ciertas decisiones acerca de su futuro inmediato, se identifican las necesidades específicas. Distinguir las necesidades de la adolescencia no significa que, de forma obligada, se satisfagan. Con frecuencia se advierten resultados adversos en la parquedad de las oportunidades para alcanzar pleno bienestar por parte de los adolescentes y los jóvenes. De esta manera, las limitaciones en la obtención de diplomas escolares, el abandono de la escuela sin posibilidad, en su lugar, de obtención de empleo, la pobreza compartida con su familia, la exclusión de los servicios sociales, por ejemplo de salud, se resumen en un estado de vulnerabilidad que provoca incluso lo impensable: una alta mortalidad en un grupo etario –en México al menos– que desde el punto de vista biológico se caracteriza por su baja morbimortalidad.

El presente trabajo se propone exhibir los resultados de la investigación con adolescentes donde se echan de ver ciertos problemas de salud; dificultades que, por otro lado, aparecen en un contexto determinado, debido a un tipo de relaciones en que la cohesión social se vislumbra debilitada y la familia transita hacia una organización incierta.

El libro se subdivide de manera implícita en tres apartados. En su conjunto, se plantean problemas humanos que sustentan y afectan la salud. Sin duda, la respuesta sanitaria queda rebasada por su propia habilidad clínico-técnica y obliga a recurrir a estrategias de naturaleza integral, a enfoques inter- y transdisciplinarios y a competencias fundamentadas en el saber social.

En el primer apartado se analiza la condición extrema que puede ocurrir en un adolescente –la muerte violenta–. Una vida que se corta, de manera temprana, provoca estupor. Y si, a la vez, le antecede la inseguridad de transitar libremente por un espacio físico, el atractivo ejemplo en el uso de armas de fuego, dada la facilidad de su obtención y la firme creencia de ser un único medio de alcanzar

justicia, lo que se desprende de todo esto es una serie de inquietantes consideraciones acerca de los límites de la interacción social y una incertidumbre en general.

La hostilidad no se encuentra únicamente en situaciones que involucran el submundo de lo ilícito o lo pasional. Allí, donde debería ser escenario seguro y de formación para quienes transitan a la edad adulta, la escuela se convierte en campo de violencia entre coetáneos. El *bullying* representa un reto para la salud escolar.

El segundo apartado compila algunos resultados de comportamientos de riesgo en adolescentes: la utilización y/o adicción al alcohol y el uso de drogas entre adolescentes embarazadas. Los autores ponen de relieve el consumo temprano de alcohol, cuyo inicio es común al interior de la familia y con los amigos. Es posible que tal comienzo establezca sugerentes semejanzas con el patrón de consumo adulto de alcohol en lo que respecta al tipo de bebidas ingeridas, la frecuencia y la cantidad.

Por otra parte, se analizan aportes recientes en la literatura médica y de salud pública acerca del daño del consumo de drogas en mujeres embarazadas, de manera particular en adolescentes. Se destacan dificultades para los servicios de salud en lo que se refiere a la detección oportuna del abuso de drogas durante el embarazo, la cuasi ausencia de apoyo en la consulta prenatal y la necesidad de una atención de naturaleza más bien holística.

El tercer y último apartado aborda afecciones diversas. Incluye desde la casi olvidada —pero presente— infestación de piojos en niños y adolescentes hasta enfermedades de transmisión sexual. Ambos padecimientos tienen en común la estigmatización; el primero se ve asociado, de manera errónea, con suciedad y pobreza en forma exclusiva, mientras que las últimas se ven ligadas con conductas reprobables, desde el punto de vista moral, cuando se pone éstas en relación con las prácticas sexuales.

Ahora bien, las omisiones llegan a ser también un problema, por ejemplo, las carencias materiales que alteran el destino en el uso del tiempo libre por parte de los adolescentes y las ideas sobre su organización del día a día. Las actividades lúdicas se consideran como elemento propio de la niñez aunque se separan —de manera paulatina— de lo cotidiano, a partir de la adolescencia y hasta llegar a la vida adulta. Parecería que existiese una alienación entre consumo cultural, por una lado, estudio y trabajo, por el otro. El adolescente queda atrapado en el intersticio o coyuntura del uso creativo del tiempo libre y la formación individual.

Para terminar, se registran diversas reacciones por parte de la población adolescente frente a la enfermedad y el desastre natural. La sensación de pérdida tiene un significado variable respecto de los patrones socio-culturales y la edad de las víctimas. La enfermedad y la muerte de un ser querido impacta en las emociones y, con frecuencia, en la economía de los más allegados. De manera específica la edad de quienes ofrecen testimonios de eventos de gran magnitud marca la pro-

fundidad, y el alcance de sus efectos, como experiencia de vida.

Con independencia respecto de la intención de ordenar el texto en grandes temas, el lector podrá encontrar en un determinado capítulo un conjunto de ideas más o menos independientes del resto. La pretensión del libro es mostrar algunos problemas que se confrontan durante la adolescencia y señalar algunas carencias; por último, motivar la construcción de estrategias para dotar a los y las adolescentes de un mundo mejor.





## CAPÍTULO 1

# La mortalidad en la adolescencia: niveles, tendencias y causas

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL

PEDRO PABLO QUINTERO VEGA

---

## Introducción

México ha estado experimentando —durante las últimas décadas— una rápida transición demográfica: las tasas de fecundidad han descendido de manera notoria a partir de los años setentas y, a su vez, la mortalidad ha declinado en forma paulatina desde mediados del siglo pasado, lo cual se refleja en una disminución del ritmo de crecimiento poblacional (aunque la población sigue en aumento, se incrementa relativamente menos de lo que lo hacía décadas antes) y con modificaciones en la estructura por edades de la población, la cual comienza a ser cada vez más envejecida, o sea, la población en edades avanzadas —por encima de los 60 años— se está incrementando.

Este proceso de envejecimiento poblacional —y las demandas y desafíos de todo tipo que obviamente esto representa para el país— ha reducido en cierta medida la atención tradicional, desde el punto de vista socio-demográfico, que recibían aquellos grupos poblacionales históricamente mayoritarios en el país, como son los niños y adolescentes. De esta manera, en el segundo decenio del siglo XXI, es más común oír hablar sobre cuántos ancianos hay o habrá en los próximos años que de la población adolescente y, en particular, de las características de la mortalidad entre los 10 y 19 años.

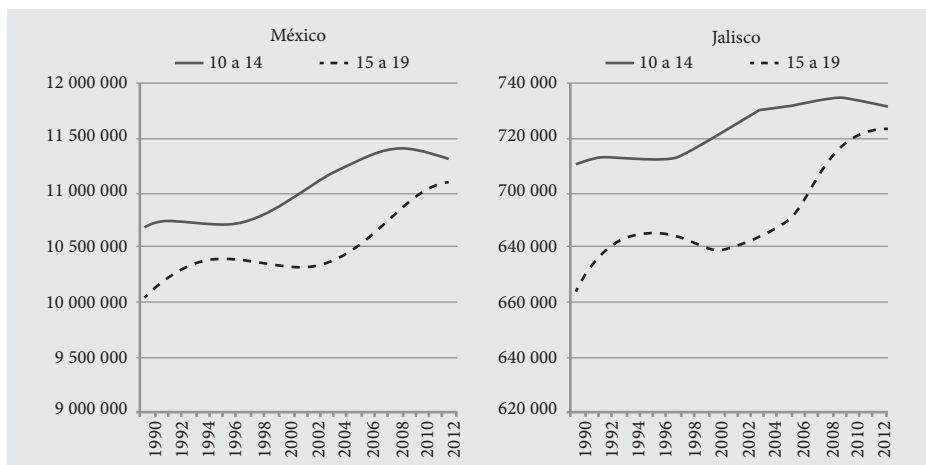
A pesar de que no existe una definición única de adolescencia que se acepte a nivel internacional, las Naciones Unidas han establecido que los adolescentes son aquellas personas cuyas edades oscilan entre los 10 y los 19 años; definir la



adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este periodo de transición. En la actualidad se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, la cual requiere de atención y protección especial (UNICEF, 2011). El presente estudio intenta analizar la mortalidad en la adolescencia en México y Jalisco, utilizando para ello la información disponible de distintas instituciones oficiales, como son el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014) y el Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud (SINAIS, 2014).

## Algunos comentarios sobre el volumen y estructura de la población adolescente en México

Un primer asunto que se impone, a partir de la información existente (CONAPO, 2014), es considerar la evolución de la población adolescente en México entre 1990 y 2012, tanto en términos absolutos (número de habitantes) como relativos, es decir, la proporción de adolescentes del total de habitantes del país durante los años del análisis. En la figura 1 puede apreciarse que, entre 1990 y 2012, el número absoluto de adolescentes aumentó de forma notable tanto en México como en el estado de Jalisco, alcanzando —al sumar los grupos de edad 10 a 14 y 15 a 19— la cifra de 22,460,494 a nivel nacional y 1,455,759 en Jalisco. Esto significa que en la actualidad México y Jalisco tienen el mayor número de adolescentes en toda la historia.

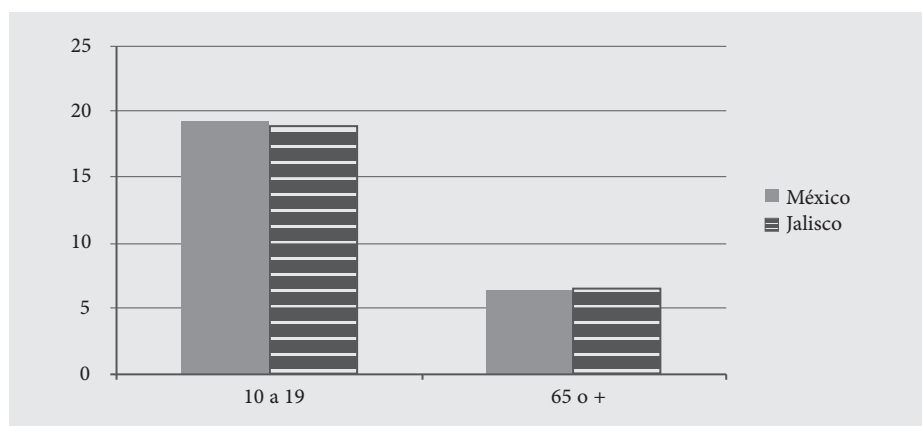


**Figura 1.** México y Jalisco: Población en los grupos de edad 10-14 años y 15-19 años entre 1990 y 2012  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CONAPO (2014)

Este crecimiento puede observarse tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19; aunque es manifiesto que a lo largo del periodo de análisis hay más adolescentes menores de 15 años que de 15 a 19, la distancia que separa a ambos grupos es cada vez más estrecha y cabría esperar que en años venideros se incrementara la cantidad de adolescentes “tardíos” (15 a 19 años) que la de adolescentes tempranos (10 a 14 años). De hecho, la cifra de adolescentes en el grupo de 10 a 14 años ha comenzado a descender a nivel nacional, al igual que en Jalisco.

A no dudarlo, este cambio en la estructura interna de la población adolescente se encuentra ligado al descenso de la fecundidad, el cual se ve reflejado, de alguna manera, en el hecho de que las generaciones más jóvenes sean relativamente más reducidas. Pero, a su vez, pone de relieve la necesidad de que las autoridades se preparen con tiempo para atender de manera oportuna las demandas de una población adolescente que en los próximos años van a ser estructuralmente distintas a las que hemos conocido hasta ahora, con menos estudiantes de secundaria y más jóvenes exigiendo una plaza para estudios universitarios, un empleo, o espacios culturales, deportivos y recreativos diferentes, por solo mencionar algunas implicaciones de estos cambios.

Si bien el peso proporcional de la población adolescente ha disminuido ligeramente entre 1990 y 2012, en la actualidad casi la quinta parte de los habitantes del país —y también de Jalisco— tiene entre 10 y 19 años. Esta proporción triplica el porcentaje de personas de 65 años o mayores, tanto a nivel nacional como estatal, ofreciendo una idea de la relevancia que presenta este grupo para la sociedad mexicana actual (figura 2).

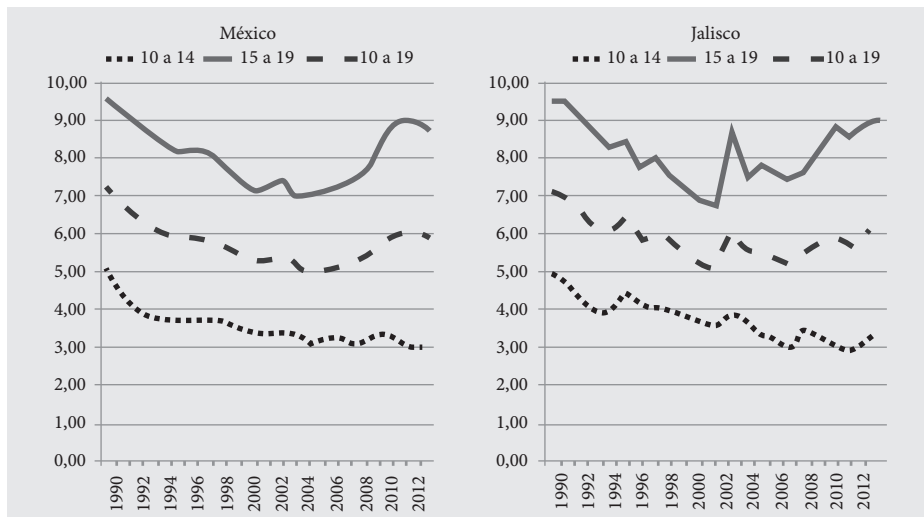


**Figura 2.** México y Jalisco: porcentaje que representa la población entre 10 y 19 años y de 65 años y más de la población total, 2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CONAPO (2014)

## La mortalidad de los adolescentes en México y Jalisco

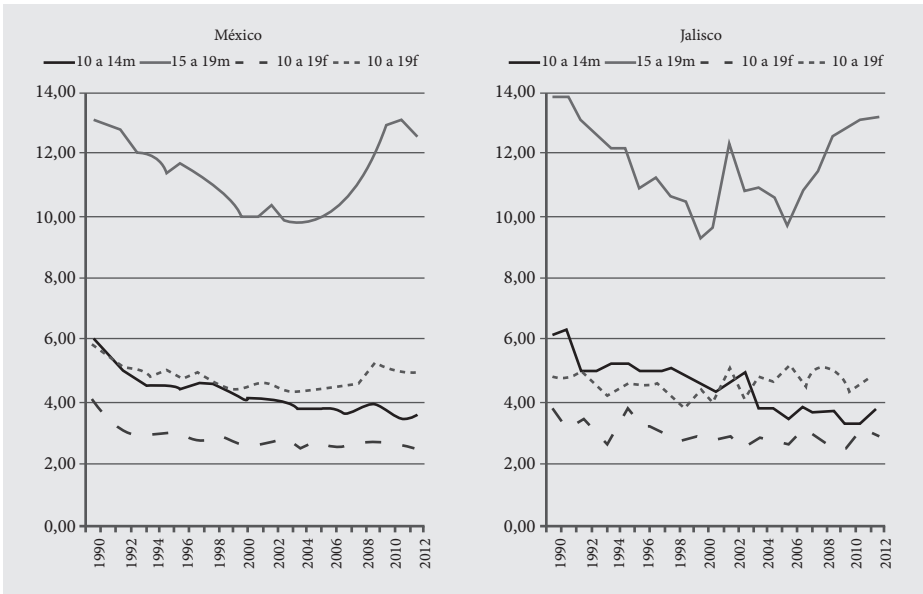
Los indicadores de mortalidad son un reflejo de las condiciones de salud que imperan en una comunidad determinada. En tal sentido, el cálculo de las tasas de mortalidad en la adolescencia entre 1990 y 2012 revela las diferencias en el comportamiento de este indicador entre el grupo 10 a 14 años y el de 15 a 19.



**Figura 3.** México y Jalisco: tasas de mortalidad (por 10,000 habitantes) en los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años 1990 y 2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2014) y CONAPO (2014)

Mientras entre los adolescentes tempranos se observa una notable disminución de la mortalidad en las dos décadas estudiadas —pasando la tasa nacional de este grupo de edades de 5,1 por 10,000 en 1990 a 3,1 en 2012 (un descenso del 40%) y la de Jalisco de 4,9 a 3,4 (una reducción del 31%)— en el grupo de 15 a 19 se aprecian dos patrones diferentes: descenso marcado entre 1990 y 2000 y, a partir de ese año, una clara tendencia al incremento de la tasa, tanto en México, en que aumentó en un 22%, como en Jalisco, donde el aumento fue de 34%, aun cuando quepa señalar que las tasas al final del lapso de análisis se hallan todavía por debajo de las tasas observadas en 1990 (figura 3). Este incremento antes descrito es lo suficientemente fuerte como para que la tasa de mortalidad en la adolescencia (10 a 19 años) presente en años recientes una leve tendencia hacia al alza.



**Fuente 4.** México y Jalisco: Tasas de mortalidad según sexo (por 10,000 habitantes). En los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, 1990-2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)

Al analizar las tasas de mortalidad por sexo y grupos de edad (figura 4), se percibe un notable contraste entre las tasas de los adolescentes masculinos entre 15 y 19 años y el resto, en México como en Jalisco: tasas claramente más elevadas que, aunque disminuyen hasta alrededor del año 2000, se incrementan a partir de esa fecha, un comportamiento que marca incluso la tendencia del grupo en general, como se había descrito de manera previa.

Otro hecho digno de destacarse es que la tasa de mortalidad entre las adolescentes “tardías” prácticamente no disminuye en México y, en Jalisco incluso aumenta ligeramente en 2012, con relación a 1990. Pero además, en ambos casos, se advierte que, a partir de comienzos de la primera década del siglo, la mortalidad de las adolescentes de 15 a 19 años rebasa las tasas masculinas de 10 a 14 años, las cuales sí presentan una clara reducción en el lapso analizado, de alrededor del 40%.

Tanto para el grupo de 10 a 14 como de 15 a 19 años, se aprecia una notable sobremortalidad masculina, un indicador que se calcula al dividir la tasa masculina entre la tasa femenina: mientras que para el grupo de 10 a 14 años la tasa masculina excede alrededor del 50% a la femenina, a lo largo del período de estudio, en el caso del grupo de 15 a 19 años la tasa masculina más que duplica la tasa femenina; este exceso de mortalidad masculina —mayor entre los adolescentes que en otros grupos de edades— es reflejo de condiciones sociales y culturales y

de estilos de vida que llevan a los jóvenes a estar expuestos a un mayor riesgo de morir que el de las mujeres.

Ahora bien, ¿de qué mueren los adolescentes mexicanos? En los cuadros 1 y 2 se presenta una primera aproximación a dicho tópico.

<b>Cuadro 1. México y Jalisco: Principales causas de mortalidad en población de 10 a 14 años. Defunciones y tasas (por 10,000 habitantes) en 2000 y 2012 y cambio de la tasa entre ambas fechas</b>					
<b>México</b>	<b>2000</b>		<b>2012</b>		<b>Cambio tasa(%)</b>
	<b>Muertes</b>	<b>Tasa</b>	<b>Muertes</b>	<b>Tasa</b>	
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	563	5.16	440	3.89	-24.66
Otros accidentes	398	3.65	263	2.32	-36.30
Leucemia	318	2.92	260	2.30	-21.18
Agresiones (homicidios)	197	1.81	249	2.20	21.85
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	109	1.00	208	1.84	83.96
Enfermedades infecciosas y parasitarias	232	2.13	206	1.82	-14.40
Anomalías congénitas	197	1.81	189	1.67	-7.51
Enfermedades cardiovasculares	131	1.20	183	1.62	34.67
Parálisis cerebral infantil	111	1.02	167	1.48	45.04
Ahogamiento y sumersión accidentales	222	2.04	127	1.12	-44.85
<b>Jalisco</b>	<b>2000</b>		<b>2012</b>		<b>Cambio tasa(%)</b>
	<b>Muertes</b>	<b>Tasa</b>	<b>Muertes</b>	<b>Tasa</b>	
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	59	8.18	39	5.32	-34.88
Agresiones (homicidios)	5	0.69	18	2.46	254.63
Parálisis cerebral infantil	11	1.52	18	2.46	61.20
Lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidios)	10	1.39	17	2.32	67.46
Anomalías congénitas	16	2.22	16	2.18	-1.49
Leucemia	26	3.60	13	1.77	-50.75
Enfermedades infecciosas y parasitarias	14	1.94	13	1.77	-8.53
Enfermedades cardiovasculares	11	1.52	12	1.64	7.46
Otros accidentes	17	2.36	9	1.23	-47.85
Eventos de intención no determinada	3	0.42	8	1.09	162.69

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAI (2014) y CONAPO (2014)

**Cuadro 2. México y Jalisco: Principales causas de mortalidad en población de 15 a 19 años. Defunciones y tasas (por 10,000 hab.) en 2000 y 2012 y cambio de la tasa entre ambas fechas**

México	2000		2012		Cambio tasa(%)
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	
Agresiones (homicidios)	973	9.43	2,413	21.65	129.60
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,301	12.61	1,583	14.20	12.65
Lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidios)	472	4.57	826	7.41	62.02
Otros accidentes	862	8.35	642	5.76	-31.05
Enfermedades cardiovasculares	307	2.98	401	3.60	20.93
Leucemia	259	2.51	342	3.07	22.25
Eventos de intención no determinada	212	2.05	304	2.73	32.76
Ahogamiento y sumersión accidentales	360	3.49	287	2.58	-26.19
Enfermedades infecciosas y parasitarias	313	3.03	269	2.41	-20.43
Insuficiencia renal	146	1.41	256	2.30	62.34
Jalisco	2000		2012		Cambio tasa(%)
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	138	20.32	147	20.33	.02
Agresiones (homicidios)	35	5.15	125	17.29	235.33
Lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidios)	35	5.15	76	10.51	103.88
Enfermedades cardiovasculares	28	4.12	32	4.43	7.31
Insuficiencia renal	14	2.06	23	3.18	54.25
Otros accidentes	29	4.27	23	3.18	-25.53
Leucemia	17	2.50	21	2.90	15.99
Ahogamiento y sumersión accidentales	18	2.65	20	2.77	4.33
Eventos de intención no determinada	13	1.91	20	2.77	44.45
Enfermedades infecciosas y parasitarias	19	2.80	18	2.49	-11.05

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAI (2014) y CONAPO (2014)

Para los adolescentes entre 10 y 14 años, los accidentes de tráfico de vehículo de automotor son la principal causa de muerte, tanto en Jalisco como en México, durante los dos años del estudio. Tanto a nivel nacional como en Jalisco las tasas se han reducido en forma considerable durante la última década.

De igual modo, la tasa de mortalidad por otros accidentes ha disminuido en forma sustancial en ambos territorios, aunque continúa siendo la segunda causa de muerte más importante a nivel nacional. También la mortalidad por leucemia, enfermedades infecciosas y parasitarias y anomalías congénitas se ha reducido entre ambas fechas.

Sin embargo, llama la atención la notoria alza en las tasas de homicidio y suicidio: en Jalisco el homicidio llega incluso a ocupar el segundo lugar, con una tasa que rebasa la tasa nacional, mientras los suicidios en ambos sitios se han incrementado en forma drástica, ubicándose entre las primeras causas de defunciones. A su vez, también ha sido relevante el aumento de la mortalidad por parálisis cerebral infantil.

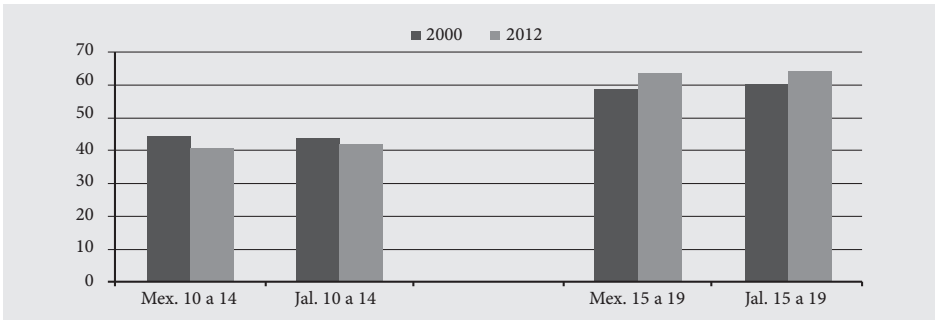
Por su parte, en el grupo de 15 a 19 años los accidentes de tráfico de vehículos de automotor siguen teniendo un gran impacto en la mortalidad (primer lugar en Jalisco, segundo a nivel nacional), aunque el incremento de la tasa ha sido leve a nivel nacional y casi nulo en Jalisco.

No obstante, es evidente que la primera causa de muerte a nivel nacional son los homicidios, cuya tasa más que se duplicó en el lapso analizado y, aunque en Jalisco constituyen aún la segunda causa, la tasa se ha triplicado entre 2000 y 2012. Por otra parte, los suicidios se han convertido en la tercera causa de muerte, tanto en México como en Jalisco; en este último estado, la tasa se ha duplicado y alcanza cifras mayores que el promedio nacional.

De igual modo, cabe destacar el incremento que ha tenido la tasa de mortalidad por eventos (lesiones) de intención no determinada y el aumento de la mortalidad por leucemia e insuficiencia renal.

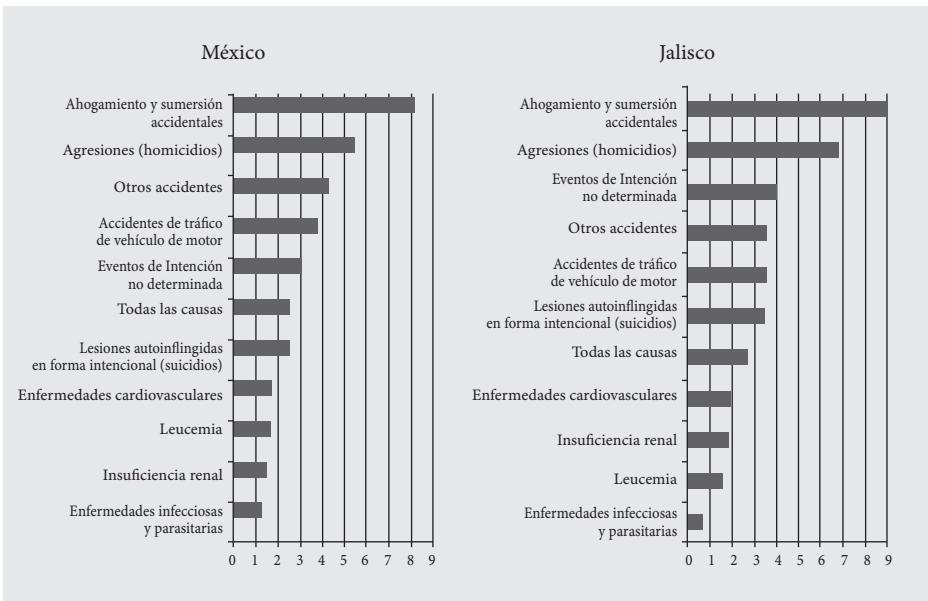
Lo anterior pone de manifiesto la importancia de la violencia en la mortalidad adolescente, sobre todo en el grupo de 15 a 19 años: casi dos tercios de todos los decesos en este grupo se debieron a la violencia interpersonal o autoinfligida o bien fueron producto de accidentes, sobre todo vehiculares, es decir, fueron muertes evitables. En contraste, este porcentaje roza el 40% en el grupo de 10 a 14 años, tanto en Jalisco como en México. Y con una importante diferencia: mientras en el grupo 10 a 14 esta proporción ha descendido en el lapso analizado, en el grupo de 15 a 19 se ha incrementado (figura 5).

Un último aspecto a analizar es el relativo a las diferencias en la mortalidad de mujeres y hombres adolescentes; ya en forma previa se había mencionado que la mortalidad de los jóvenes entre 15 y 19 años más que duplicaba a las de las mujeres. Sin embargo, al analizar causas de muerte en particular, los resultados son especialmente relevantes.



**Figura 5.** México y Jalisco: porcentaje que representan las muertes violentas (accidentes, homicidios, suicidios, eventos de intención no determinada) del total de las defunciones, por grupo de edad, 2000 y 2012  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)

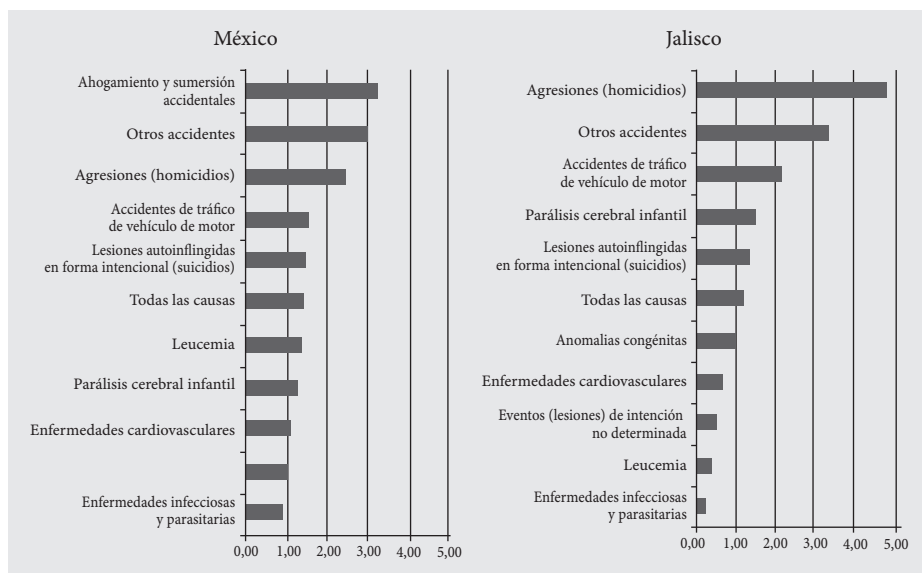
En particular en 2012, la sobremortalidad masculina en la adolescencia es francamente mayor por aquellas causas relacionadas con hechos violentos tanto en México como en Jalisco, destacando la mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales, los homicidios y los accidentes de tránsito, con un riesgo de muerte para los hombres de 15 a 19 años que al menos triplica el de las mujeres. En Jalisco, además, el suicidio presenta una sobremortalidad masculina que rebasa el promedio observado para todas las causas en su conjunto (2.7); esto sugiere la existencia de un perfil de mortalidad por causas claramente definido y diferente para hombres y mujeres adolescentes tardías (figura 6).



**Figura 6.** México y Jalisco: índice de sobremortalidad masculina según principales causas de mortalidad en adolescentes entre 15 y 19 años, 2012  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)



Aun cuando la sobremortalidad masculina es evidentemente más baja entre los adolescentes tempranos (1.4 en México y 1.3 en Jalisco), no deja de llamar la atención que son las muertes por causas violentas aquellas que presentan los índices más elevados: la tasa de homicidios de los chicos entre 10 y 14 años más que duplica la tasa de las chicas en México y la quintuplica en Jalisco, y de igual forma en los accidentes de tráfico de vehículo de motor —en ambos sitios la principal causa de muerte en estas edades— o en los suicidios, la tasa masculina excede claramente a la femenina (figura 7).



**Figura 7.** México y Jalisco: índice de sobremortalidad masculina según principales causas de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años, 2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)

## Comentarios Finales

En un contexto en el cual la población adolescente en México (y en Jalisco) ha alcanzado su mayor volumen en la historia del país —triplicando todavía a la cada vez más creciente población de adultos mayores de 64 años— y en cual se avecina un predominio numérico del grupo de adolescentes, entre 15 y 19 años con respecto al de 10 a 14 años, es indudable la existencia de grandes desafíos sociales y sanitarios que vienen dados por la coexistencia de demandas y necesidades, tanto de la población adolescente como la adulta mayor.

En tal sentido, el análisis de la mortalidad adolescente permite poner en primer plano la necesidad de reducir la mortalidad en estas edades y en especial en el grupo de 15 a 19 años, grupo en el cual la tasa se ha venido incrementando en los últimos años. Junto con la relevancia que ha adquirido como causa de muerte tanto la leucemia como la insuficiencia renal, es imprescindible disminuir la probabilidad de que los adolescentes —sobre todos los hombres— mueran por causas violentas, que son las principales causas de muerte en estas edades: es inadmisibles, por ejemplo, el incremento observado en las tasas de homicidios y suicidios en edades tan tempranas, lo cual está en relación con el estancamiento reciente de la esperanza de vida en México (González-Pérez *et al.*, 2012).

Para lograr la reducción de las muertes violentas es necesario adoptar políticas públicas intersectoriales que impacten, no solo en el ámbito de la seguridad y el sistema judicial, sino también en mejorar las condiciones de vida de la población adolescente, tanto de México en general como de Jalisco en particular.

## Bibliografía

- CONAPO (2014). Estimaciones demográficas 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. Recuperado de <http://www.conapo-gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones> el 16 de junio de 2014
- GONZÁLEZ PÉREZ, G. J.; VEGA LÓPEZ, M. G.; CABRERA PIVARAL C. E. (2012) Impacto de la Violencia Homicida en la Esperanza de Vida Masculina de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(5): 335-342.
- SINAIS (2014). Base de datos de defunciones 1979-2010. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Recuperado de <http://www.sinais.salud.gob.mx> el 12 junio de 2014.
- UNICEF (2011). Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York.



## CAPÍTULO 2

# Violencia y armas de fuego: a problemas en aumento, soluciones inciertas

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

LORENA VEGA LÓPEZ

ARMANDO MUÑOZ DE LA TORRE

MARÍA ANA VALLE BARBOSA

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

---

## Introducción

Desde hace más de una década la Organización Mundial de la Salud ha considerado la violencia como un problema de salud pública (Krug *et al.*, 2003), y de manera particular, ha definido la violencia armada como “el uso intencional de un arma de fuego, ya sea de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad [...] que cause lesiones, muerte, daños o trastornos del desarrollo” (Solano, 2007), destacando el papel de las armas de fuego como principal causa de muerte entre los 15 y 24 años de edad en tantos de los países latinoamericanos (UNICEF, 2007).

Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha lanzado su Plan de Acción de la Campaña Mundial de Prevención de la Violencia 2012-2020 (OMS, 2012) con el propósito de priorizar la prevención de la violencia en la agenda de la salud pública mundial. Una de las estrategias que hay que desarrollar está encaminada a aplicar medidas para reducir los riesgos de muerte y lesiones por armas de fuego, lo que da una idea de la trascendencia del problema a escala internacional.

En el primer capítulo de esta obra se ha puesto de manifiesto la relevancia de la violencia —tanto de los accidentes como de la violencia interpersonal y la violencia autoinfligida— en la mortalidad de los adolescentes de México y Jalisco:

prácticamente dos de cada tres muertes entre los 15 y 19 años y cuatro de cada 10 entre los 10 y 14 años se debieron a estas causas en 2012.

En particular, las tasas de homicidios y suicidios se han incrementado de manera sustancial en este grupo etario en años recientes y, según diversos autores, (UNICEF, 2007; Banco Mundial, 2012; González *et al.*, 2014) detrás de este alto grado de violencia juvenil que puede observarse hoy en día —tanto en el país en general como en Jalisco— está el uso cada vez más común de las armas de fuego, propiciado en buena medida por el crecimiento del mercado de armas y drogas asociados al crimen organizado (Buvinic, 2008), lo cual ha aumentado la disponibilidad de éstas —incluso de alto poder— en el mercado ilegal, hecho al que se ha sumado el ineficiente control del Estado en esta materia.

Aunque las armas de fuego tienen una presencia cada vez más notable en el quehacer cotidiano de los adolescentes mexicanos y jaliscienses, tanto en su entorno real como en el virtual, no hay suficientes estudios que analicen desde un enfoque socio-epidemiológico el impacto de estas armas sobre la salud de dicho grupo poblacional, y además, son escasos los trabajos que abordan la violencia y el uso de armas de fuego desde la perspectiva de los adolescentes.

En tal sentido, el presente trabajo consta de dos partes. En la primera, se analiza el comportamiento de la mortalidad por armas de fuego en jóvenes entre 10 y 19 años en Jalisco de 1990 a 2012. En una segunda fase, se explora la visión que tienen sobre ellas estudiantes adolescentes universitarios de Guadalajara (Jalisco, México) y se identifican factores asociados con su actitud hacia este tipo de armas.

## Aspectos metodológicos

La información sobre mortalidad se obtuvo del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la Secretaría de Salud (2014). Los datos de población para el cálculo de las tasas de mortalidad por armas de fuego según sexo, para los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años, entre 1990 y 2012 de Jalisco se tomaron de las estimaciones de población elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) entre 1990 y 2010 y las proyecciones de población entre 2010 y 2030 elaboradas por la misma dependencia (CONAPO, 2013). Igualmente, se calcularon tasas de mortalidad por armas de fuego para el trienio 2010-2012 para el grupo de 15 a 19 años, por regiones del estado.

Para tener el conjunto de defunciones por armas de fuego se agruparon todos los rubros que en la 9ª y la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) hacen referencia a una muerte provocada por éstas: accidentes (E922 y W32-W34), suicidios (E955.0-E955.4 y X72-X74), homicidios (E965.0-E965.4 y X93-X95) y eventos de intención no determinada (E970, E985.0-E985.4 y Y22-Y24, Y35).

Por otra parte, entre febrero y mayo de 2013 se estudió una muestra representativa de estudiantes menores de 20 años de centros universitarios de la Universidad de Guadalajara, ubicados en la zona metropolitana de Guadalajara. Se diseñó una muestra polietápica, seleccionándose primero centros universitarios (5), luego aulas (24) y en ellas, a todos los alumnos menores de 20 años. El tamaño de la muestra fue de 452 estudiantes pero, tras eliminar aquellos cuestionarios incompletos o con errores, el número de alumnos estudiados fue finalmente de 434 (96%).

Se aplicó a los estudiantes un cuestionario con preguntas que incluían tanto tópicos sociodemográficos como referidos a sus puntos de vista acerca de la violencia y las armas en los ámbitos social, familiar y escolar y sobre aspectos de su infancia y adolescencia. Para evaluar sus opiniones al respecto se utilizó un elemento de tipo Lickert con cinco niveles de respuesta, desde estar totalmente de acuerdo con el enunciado propuesto hasta estar totalmente en desacuerdo. El cuestionario lo administraron profesores previamente entrenados para tal efecto.

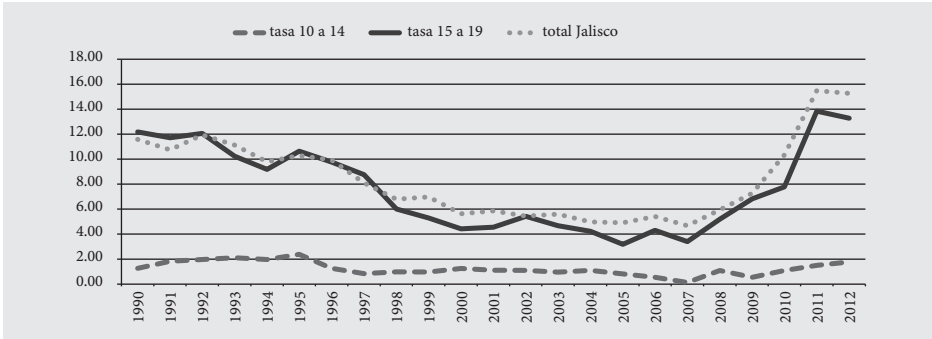
Según el tipo de variable del análisis, se calcularon medias o proporciones y se estimó la significación estadística mediante la prueba Chi Cuadrado con corrección de Yates para las variables categóricas y con la prueba T de Student para las variables numéricas.

## Resultados

### La mortalidad por armas de fuego en la adolescencia

Tras una notable reducción de la tasa de mortalidad por armas de fuego en el grupo de 15 a 19 años entre 1990 y 2005, a partir de esa fecha —y con especial énfasis después de 2007— se aprecia en Jalisco un marcado incremento de la tasa, que incluso llega a situarse, en los años finales del lapso de análisis, por encima de la tasa observada a comienzos de los años noventa (figura 1). Aun cuando la tasa se ha mantenido por debajo de la tasa promedio estatal en los últimos años, sus valores se mantienen cercanos. Por otra parte, en el grupo de 10 a 14 años, si bien las tasas son evidentemente más bajas, también se observa un alarmante aumento a partir de 2007.

El incremento proporcional en las tasas en este grupo etario ha resultado en definitiva mayor que el del grupo de 15 a 19 años entre 2007 y 2012: 1200% versus 289%, lo que en la práctica significa que la tasa de mortalidad por armas de fuego en el grupo de 10 a 14 en 2012 fue 12 veces mayor que la observada en 2007 y casi tres veces mayor en el caso del grupo 15 a 19 años. En ambos casos, el aumento ha sido mayor que el de la tasa promedio estatal 226%, entre 2007 y 2012.

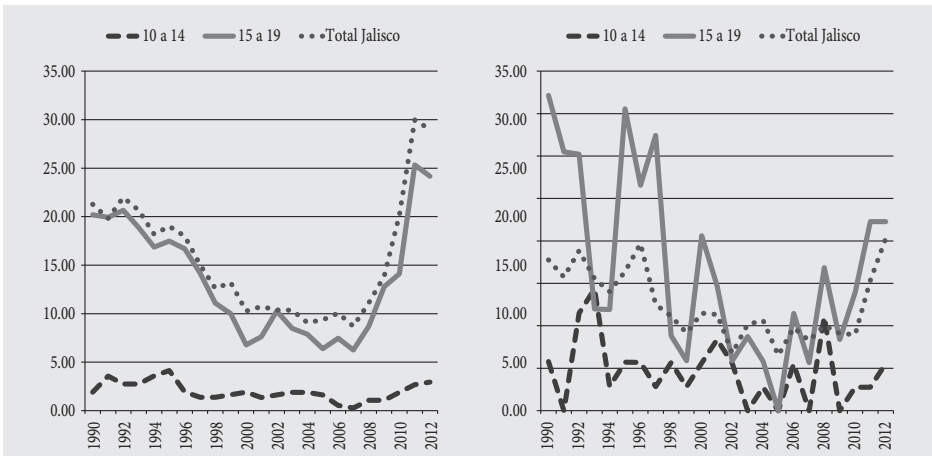


**Figura 1.** Jalisco: Tasa de mortalidad por armas de fuego (por 100,000 habitantes), total y por grupos de edad entre 10-19 años, 1990-2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)

Al efectuar un análisis por sexo (figura 2), puede notarse que las tasas masculinas son mucho mayores que las femeninas, en especial en el grupo de 15 a 19 años, donde la tasa masculina (24.2 por 100,000) es 10 veces más alta que la femenina (2.2) durante el 2012.

Mientras las tasas masculinas siguen un comportamiento semejante a la tasa de ambos sexos en ambos grupos de edad, la tasa femenina se comporta de forma irregular; no obstante, llama la atención cómo en los últimos años del análisis la tasa del grupo 15 a 19 ha ido en aumento y ha sobrepasado incluso la tasa femenina promedio del estado.



**Figura 2.** Jalisco: tasa de mortalidad por armas de fuego (por 100,000 habitantes), total y por grupos de edad entre 10-19 años, según sexo, 1990-2012

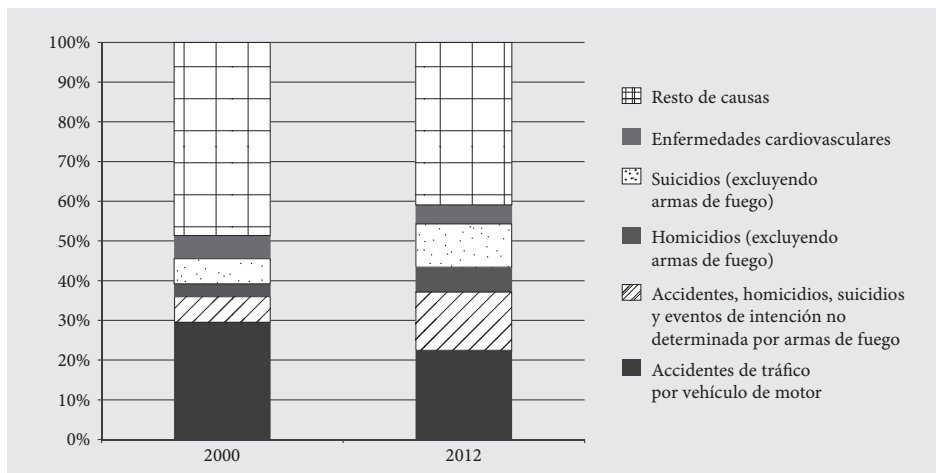
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014) y CONAPO (2014)

El evidente aumento de la tasa de mortalidad por armas de fuego en el grupo de 15 a 19 años permite entender que las armas de fuego —si se consideraran en sí

mismas como una causa de muerte— serían en 2012 la segunda causa de defunción en este grupo de edad, solo superada por los accidentes de tránsito (figura 3).

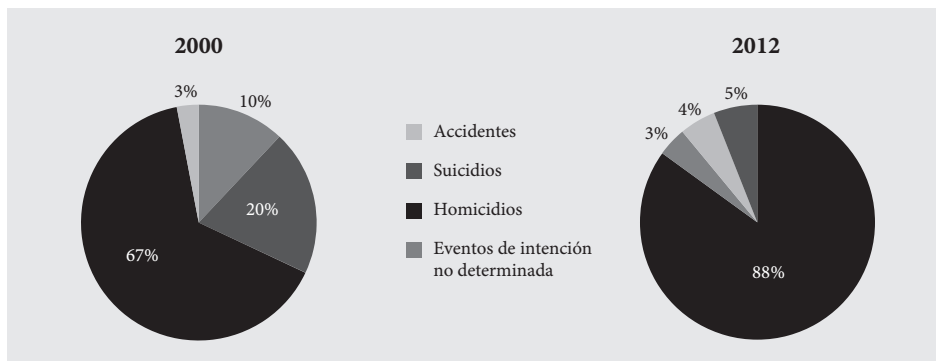
De representar apenas el 6% de todas las defunciones en el grupo de 15 a 19 años en el año 2000, las armas han pasado a ser responsables de alrededor del 15% en el año 2012.

A su vez, es evidente el cambio en la estructura de la mortalidad por armas de fuego en el grupo de 15 a 19 años, pues mientras en el año 2000 dos de cada tres muertes eran producto de homicidios, en 2012 casi nueve de cada 10 defunciones eran debidas a un agresión. (Figura 4)



**Figura 3.** Jalisco: porcentaje de defunciones según principales causas de muerte en el grupo de edad 15 a 19 años, 2000 y 2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014)

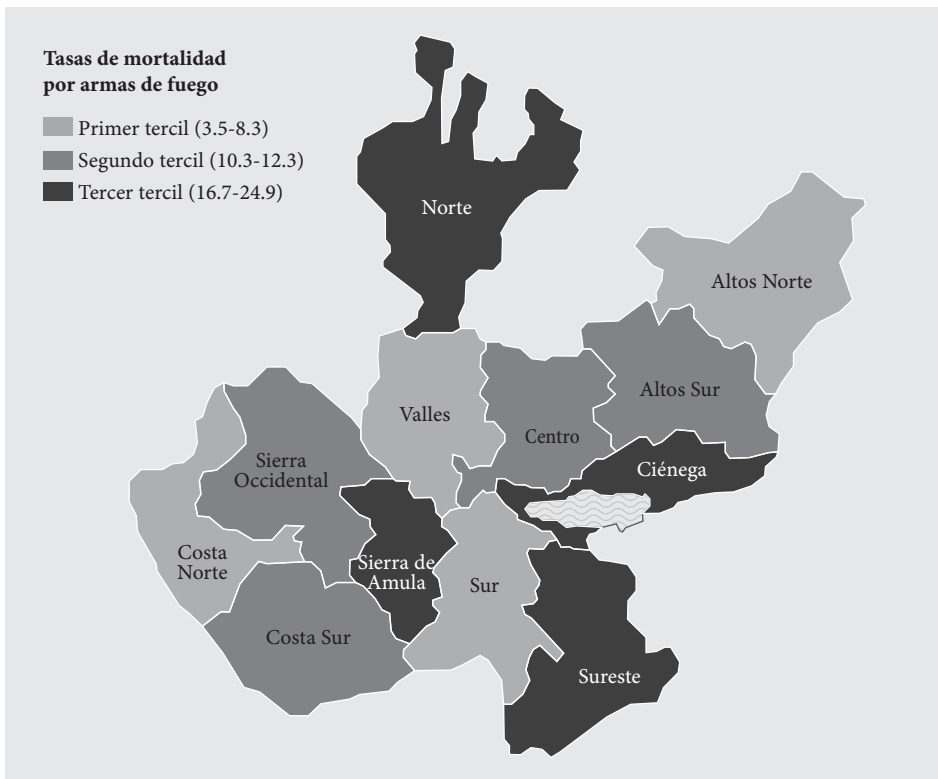


**Figura 4.** Jalisco: porcentaje de defunciones por arma de fuego según causas de muerte en el grupo de edad 15 a 19 años, 2000 y 2012

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAIS (2014)

El análisis a nivel regional (figura 5), por su parte, permite advertir cuáles son las áreas, dentro del estado, donde el riesgo de morir siendo víctima de un arma de fuego para un adolescente entre 15 y 19 años es mayor. En tal sentido, son las regiones: Sureste, Sierra de Amula, Norte y Ciénega —en ese orden— las que presentan las tasas más elevadas en el trienio 2010-2012, mientras que la tasa más baja la exhibe la región Altos Norte. La tasa de la región Sureste (24.9 por 100,000) es seis veces mayor que la de la región Altos Norte (3.5).

Obviamente las condiciones de difícil acceso, rezago social y contigüidad de zonas con altos niveles de violencia que presentan las regiones que tienen las más elevadas tasas de mortalidad por armas de fuego en adolescentes parecen indicar que el crimen organizado puede ser un factor importante para entender este hecho.



**Figura 5.** Jalisco: tasas de mortalidad por armas de fuego (por 100,000 habitantes) en el grupo de 15 a 19 años, ordenadas de menor a mayor según regiones. Primer tercil, 4 tasas más bajas, tercer tercil 4 tasas más altas. Trienio 2010-2012

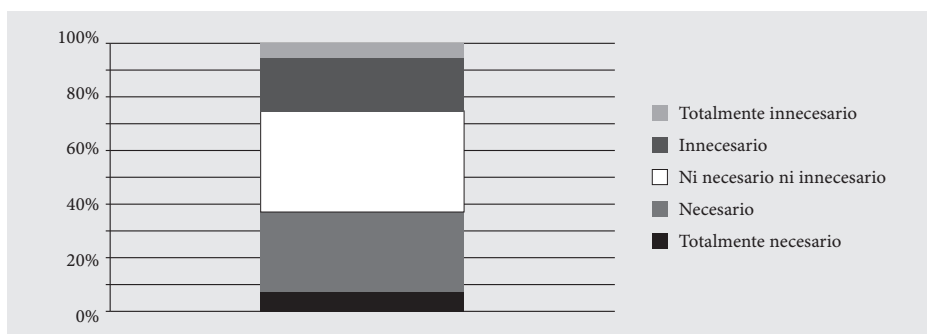
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SINAI (2014)



## ¿Qué opinan los adolescentes de las armas de fuego?

Como se había mencionado antes, se estudiaron 434 adolescentes universitarios, menores de 20 años. La edad promedio de la muestra fue 19.07 años y la desviación estándar 0.74. El 44.9% eran varones y el 55.1% eran mujeres. El 47.7% de los alumnos se encontraba en su primer año de estudios universitarios.

Un primer aspecto a indagar fue lo concerniente a la necesidad de tener un arma en el hogar ante la situación de violencia que se vive en el país hoy en día. Los resultados que se presentan en la figura 6 reflejan que el 37 % de los estudiantes considera necesario o totalmente necesario tener un arma en casa, en comparación con el 25% que señala que esto no es necesario.



**Figura 6.** Porcentaje de adolescentes universitarios estudiados según necesidades de tener un arma de fuego en casa ante la situación de violencia que se vive en el país. Guadalajara, 2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación.

En tal sentido, la gran mayoría de los alumnos estudiados que considera necesario tener un arma de fuego en el hogar lo hace porque asume esto como algo indispensable para su defensa personal, seguridad y protección de la familia. En realidad, son pocos los que quisieran tener un arma para uso recreativo o bien de colección (figura 7).



**Figura 7.** Motivos por los que se cree necesario tener un arma de fuego en casa. Adolescentes universitarios. Guadalajara, 2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación

Por otra parte, a los alumnos se les pidió que evaluaran varias declaraciones en relación con las armas de fuego según su criterio subjetivo, manifestando el grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. En el cuadro 1 puede apreciarse que los alumnos que consideran necesario tener un arma en casa son mucho más proclives a estar de acuerdo con enunciados que favorecen la tenencia, uso o portación que aquellos que no consideran necesario tener un arma. Estas diferencias encontradas —que alcanzan su mayor grado cuando se valora que tener un arma de fuego en casa permite una mejor defensa contra la delincuencia— son estadísticamente significativas.

A pesar de lo anterior, debe señalarse que, aun entre los alumnos que consideran necesario tener un arma en casa, aquellos que están de acuerdo con su portación en la calle o de reducir restricciones para su adquisición de forma legal, son franca minoría.

**Cuadro 1. Porcentaje de adolescentes universitarios estudiados según consideran necesario o innecesario tener un arma de fuego en casa y están de acuerdo con declaraciones que favorecen el uso de armas de fuego. Guadalajara 2013**

	Armas de fuego		Estadístico Z	Probabilidad (p)
	Necesarias	Inecesarias		
¿Las personas que tienen un arma de fuego legalmente registrada deberían poder andar con ellas en la calle de forma legal?	24.8%	4.1%	3.9699	0.0001
¿Si todos tuviéramos algún arma de fuego en la casa, podríamos defendernos mejor de los delincuentes?	93.3%	7.2%	12.0804	0.0000
¿Deben existir tiendas dedicadas a la venta de armas de fuego de forma legal, sin que existan muchas restricciones para adquirirlas?	23.1%	3.0%	4.0893	0.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación

De igual modo, se evaluó el grado de acuerdo de los alumnos con declaraciones relacionadas con la existencia de armas de fuego y posibles acciones para reducir su impacto social (cuadro 2). Si bien existe prácticamente un consenso favorable a la instalación obligatoria de detectores de armas en lugares de asistencia masiva de público (niveles de acuerdo mayores al 90%), la proporción de aprobación disminuye de forma notoria cuando se trata de la disposición a pagar

más impuestos si éstos se destinaran a combatir el ingreso ilegal de armas en el país, aunque debe señalarse que esta proporción sigue siendo mayoritaria.

Sin embargo, la proporción de alumnos que está de acuerdo con la idea de que el ejército y la policía dispongan de mejor armamento que el crimen organizado es clara minoría. Es de destacarse también que en ninguno de los tres enunciados existen diferencias significativas en el porcentaje de acuerdo entre quienes juzgan necesario tener arma en casa y quienes no lo hacen.

**Cuadro 2. Porcentaje de adolescentes universitarios estudiados según consideran necesario o innecesario tener un arma de fuego en casa y están de acuerdo con declaraciones sobre la existencia de armas de fuego y como reducir su impacto social. Guadalajara 2013**

	Armas de fuego		Estadístico Z	Probabilidad (p)
	Necesarias	Innecesarias		
¿Estaría dispuesto a pagar más impuestos si estos se destinaran a reducir el ingreso ilegal de armas de fuego al país?	56.8%	62.8%	0.7187	0.4723
¿El ejército y la policía tienen armas de fuego de alto poder, más modernas y mejores que las que usa el crimen organizado?	29.5%	19.8%	1.424	0.1544
¿Deben instalarse obligatoriamente detectores de armas de fuego en todos los lugares de asistencia masiva de público —sean públicos o privados—?	95.4%	92.1%	0.8218	0.4112

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de investigación

## Consideraciones Finales

A partir de 2005, y sobre todo de 2007, se ha incrementado de manera sustancial la tasa de mortalidad, tanto entre los adolescentes tempranos como entre los de 15 a 19 años; en la actualidad las defunciones por homicidio, suicidio, accidentes o eventos de intención no determinada mediante el uso de armas de fuego se han convertido en la segunda causa de muerte en Jalisco en el grupo de 15 a 19 años, con tasas mucho más altas entre los hombres que entre las mujeres, aunque cabe destacar que la tasa femenina de 15 a 19 años es incluso superior al promedio estatal.

Los homicidios han sido responsables de casi 9 de cada 10 defunciones por armas de fuego en 2012, por lo que el análisis de la distribución regional de la mortalidad en el grupo de 15 a 19 años en el estado supone entender que las regiones con mayor riesgo son aquellas que colindan con áreas con una presencia importante del crimen organizado pero que presentan igualmente alta marginación social y aislamiento geográfico (como la región Norte).

Por otra parte, más de un tercio de los adolescentes estudiados considera necesario tener un arma en casa, dados los niveles de violencia que prevalecen y la falta de confianza en las instituciones encargadas de velar por la seguridad en el estado; es alta la proporción que está de acuerdo con la idea de que las armas de fuego permitirían defenderse mejor contra los delincuentes y existe un acuerdo general en cuanto a que el ejército y la policía cuentan con un armamento inferior al del crimen organizado.

Todo lo expuesto de manera previa pone en evidencia la necesidad de políticas públicas integrales dirigidas a la población adolescente y juvenil —más allá de las zonas urbanas— que mejoren sus condiciones de vida y disminuyan los niveles de inseguridad existentes, así como la necesidad de establecer un debate, tanto a nivel estatal como nacional, sobre las armas de fuego desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial, para intentar reducir la creciente mortalidad por esta causa entre los jóvenes.

## Bibliografía

- BANCO MUNDIAL (2012). La violencia juvenil en México. Reporte de la situación, el marco legal y los programas gubernamentales. Banco Mundial, Washington, DC.
- BUVINIC, M. (2008) Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. *Pensamiento Iberoamericano*, 2: 37-54.
- CONAPO (2014). Estimaciones demográficas 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Consejo Nacional de Población. Recuperado de <http://www.conapo-gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
- GONZÁLEZ PÉREZ, G. J.; VEGA LÓPEZ, M. G. (2014) "Entre el peligro y la necesidad: juventud y armas de fuego en México". En Basail Rodríguez, Alain y Contreras Montellano, Óscar (coordinadores), *La Construcción del Futuro: los retos de las Ciencias Sociales en México. Memorias del 4 Congreso Nacional de Ciencias Sociales*, CESMECA-UNICACH-COMECOSO, Tuxtla Gutiérrez / Tijuana, 2014.
- KRUG, E. G; DAHLBERG, L. L; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

OMS (2012). Plan de acción de la campaña mundial de prevención de la violencia 2012-2020. Recuperado el 25 de junio de 2014 de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/acti onplan/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/acti onplan/es/).

SINAIS (2014). Base de datos de defunciones 1979–2010. Sistema Nacional de Información en Salud. Recuperado el 12 junio de 2014 de: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.

SOLANO, M. (2007) “Prevención de la violencia por armas de fuego en la política municipal. En Fundación Friedrich Ebert: Seguridad Ciudadana, *El ciudadano en el centro*, San José, Costa Rica”.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

## CAPÍTULO 3

# Violencia entre pares en escuelas de la Zona Metropolitana de Guadalajara

MARÍA ANA VALLE BARBOSA

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

---

## Introducción

Desde la Asamblea Mundial de la Salud en 1996 (OPS-OMS 2003, p. 6), la *violencia* es considerada un problema de salud pública en todas sus manifestaciones, cuyos efectos pueden observarse de diversas formas en todos los países del mundo. Las cifras que refleja el problema son contundentes. Según el Informe Mundial sobre Salud y Violencia, editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), millones de personas pierden la vida cada año por actos violentos y muchos más sufren lesiones no mortales como consecuencia de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva (Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Organización Mundial de la Salud 2003). Además, se considera como factor de riesgo psicosocial, con gran magnitud de daño y, en algunos casos, se concluye en invalidez y/o muerte, teniendo consecuencias múltiples y causando complicaciones en el nivel social, individual, psicológico y biológico (Araujo y Díaz, 2000).

Este fenómeno se presenta en las escuelas, afectando tanto a maestros como a alumnos, los últimos viven expuestos a las agresiones de sus propios compañeros (Palomera, 2001). El carácter cotidiano que ha asumido el problema hace que los alumnos, a pesar de las consecuencias, lo vean como algo natural, como si se tratara de cualquier cosa. Toleran los enfrentamientos físicos y psicológicos porque se sienten importantes cuando se dan los desafíos violentos (Carbonero, 2002).

En México, al igual que en el resto del mundo, la violencia tiene la peculiaridad y la capacidad de multiplicarse y expandir su dinámica y consecuencias, manifestándose también la conformación de pandillas, que van desde el *grupo o collera y barras bravas* que se definen por enfrentarse en nombre de sus escuelas, causando daños materiales y físicos (Torres, 2005).

Salmerón (2007) señaló que los interesados en el tema de la violencia la describen como un comportamiento antisocial, además, en las escuelas siempre han existido los se gozan en molestar a los demás y buscan popularidad con ello, y cuando las mofas y bromas entre los compañeros traspasan la frontera del respeto y se convierten en constantes agresiones y humillaciones, se está ante un caso de *bullying*, desencadenándose en un grave problema social e institucional, el cual afecta a un considerable número de alumnos, permaneciendo oculta bajo afirmaciones como “son cosas de adolescentes”. Como consecuencia de los brotes de violencia en los jóvenes, se han desencadenado las agresiones en las aulas, en el patio o a la salida de las escuelas, estos espacios son los escenarios donde los *bullies*<sup>1</sup> ejecutan su propia ley, sin que el personal académico pueda evitarlo. Incluso los profesores, en ocasiones, son víctimas del acoso de sus propios alumnos o de sus familias (Salmerón, 2007, p. 3-6.)

El principal objetivo de este escrito es puntualizar la importancia que tiene la violencia escolar como problema de salud pública, cuya presencia se intensifica conforme pasan los años a pesar de los programas implementados por el Estado y las instituciones educativas así como las instituciones descentralizadas y las asociaciones civiles.

## Resultados

Los resultados se organizaron de la siguiente manera: se analizan las respuestas a las preguntas (ítems) sobre violencia, en seguida se muestran las víctimas de violencia escolar según el tipo, víctimas de acuerdo al grado escolar y sexo, lugares donde las víctimas identifican que ocurre más la violencia y, finalmente, prevalencia de víctimas de violencia escolar en la muestra de estudio.

Esta investigación se realizó en quince escuelas de nivel medio básico de la zona metropolitana de Guadalajara en el turno matutino y vespertino, se seleccionaron aleatoriamente de los cuatro municipios, quedando distribuidas: siete de Guadalajara, tres de Tonalá, tres de Tlaquepaque y dos de Zapopan.

Se obtuvieron 1,177 registros, 417 del turno matutino y 760 del vespertino, 615 fueron del sexo masculino y 562 del sexo femenino; 409 pertenecían al primer año escolar, 398 al segundo y 370 al tercer grado.

---

<sup>1</sup> *Bullies* son el grupo de victimarios.

Las frecuencias y porcentajes obtenidos de cada uno de los ítems acerca de la violencia se describen en el cuadro 1. Como las 10 agresiones que se presentaron con más frecuencia en orden descendente, fueron: 1) les han puesto apodos 27.61%, 2) que hablan de ellos(as) o han hablado mal o han dicho chismes o mentiras 12.49%, 3) que piensan que algunos de sus compañeros no los quieren bien/no los aceptan 9.60%, 4) que los han insultado 9.43%, 5) que les han escondido mochila, cuaderno, lápices 9.26%, 6) que han recibido aventones por algunos de sus compañeros 9.18%, 7) que les han pegado 7.48%, 8) que les han dado sopapos o coscorriones 7.39%, 9) que los han jaloneado 6.63%, 10) que les han jalado el pelo y puesto el pie para que se caigan, ambas preguntas se encontraron en el 5.35%.

Cabe señalar que, aunque algunas acciones no se presentan con mucha frecuencia, resultan importantes por el impacto que pueden generar en el individuo, como el que les hayan impedido participar con algún grupo, hablar mal, decir chismes o mentiras, que les robaron algunas de sus cosas, dando puntapiés o pellizcos.

Cuadro 1. Frecuencias y porcentajes de las víctimas obtenidos de los ítems del total de alumnos encuestados en las escuelas de la zona metropolitana de Guadalajara								
Pregunta	Siempre		A menudo		Alguna vez		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
¿Te sientes solo en la escuela?	39	3.31	84	7.14	406	34.49	648	55.06
¿Piensas que algunos de tus compañeros no te quiere bien?	113	9.60	153	13.00	531	45.11	380	32.29
¿Te han ignorado tus compañeros o no te han hecho caso?	42	3.57	77	6.54	511	43.42	547	46.47
¿Han impedido a alguien que interactúe contigo?	56	4.76	77	6.54	355	30.16	689	58.54
¿Te han insultado o se han burlado de ti?	111	9.43	153	13.00	569	48.34	344	29.23
¿Te han puesto motes o apodos?	325	27.61	184	15.63	398	33.81	270	22.94
¿Han hablado mal o han dicho chismes o mentiras acerca de ti?	147	12.49	170	14.44	513	43.58	346	29.39
¿Te han escondido mochila, cuaderno, lápices o algo?	109	9.26	151	12.83	434	36.87	483	41.04
¿Te han roto alguna de tus cosas?	39	3.31	47	3.99	306	26.00	785	66.69
¿Te han dado sopapos o coscorriones?	87	7.39	117	9.94	528	44.86	445	37.81

*Continúa...*



Pregunta	Siempre		A menudo		Alguna vez		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%
¿Algunos de tus compañeros te ha dado puntapiés?	38	3.23	67	5.69	455	38.66	617	52.42
¿Te han robado cosas o dinero?	56	4.76	76	6.46	504	42.82	541	45.96
¿Alguno de tus compañeros te ha aventado?	108	9.18	158	13.42	655	55.65	256	21.75
¿Te han jaloneado?	78	6.63	105	8.92	530	45.03	464	39.42
¿Te han jalado el pelo?	63	5.35	84	7.14	468	39.76	562	47.75
¿Te han rayado la ropa?	47	3.99	85	7.22	406	34.49	639	54.29
¿Te han puesto el pie para que te caigas?	63	5.35	119	10.11	446	37.89	549	46.64
¿Te han pellizcado?	53	4.50	115	9.77	466	39.59	543	46.13
¿Se han aprovechado de tu conocimiento?	52	4.42	87	7.39	444	37.72	594	50.47
¿Te han pegado?	88	7.48	130	11.05	549	46.64	410	34.83
¿Te han provocado moretones?	39	3.31	64	5.44	268	22.77	806	68.48
¿Te han lesionado (sangrado, quemaduras)?	15	1.27	27	2.29	122	10.37	1113	94.56
¿Te han ocasionado fracturas?	6	0.51	10	0.85	70	5.95	1091	92.69
¿Te han amenazado con (navaja, cuchillo u otros)?	7	0.59	8	0.68	47	3.99	1115	94.73
¿Te han amenazado con armas?	6	0.51	3	0.25	25	2.12	1143	97.11
¿Te han amenazado las pandillas?	21	1.78	37	3.14	197	16.74	922	78.33
¿Han llegado las padillas a amenazar a tu familia?	10	0.85	14	1.19	58	4.93	1095	93.03
¿Te has sentido obligado a comprar cosas para otros?	26	2.21	33	2.80	238	20.22	880	74.77
¿Te has inculpado por algo que no hicieras?	30	2.55	36	3.06	358	30.42	753	63.98

Fuente: directa 2008-2009

De acuerdo con la tipología de la violencia, se identificó que en las víctimas la distribución fue la siguiente: 2.08% refirieron haber sufrido amenazas, un 15.63% dijeron que sufrieron violencia física directa, por otro lado, 77.08% comentaron ser víctimas de violencia física indirecta, de la misma manera, 13.02% vivieron violencia material, verbal 18.75% e igualmente violencia social 1.56%. Estos porcentajes reflejan que en algunas situaciones los alumnos son víctimas de más de un tipo de violencia, situación por la que se reporta una cifra mayoral del 100%.

En las víctimas se encontró que, al momento de la encuesta, 63 de ellas cursaban el primer grado escolar, 29 hombres (46%) y 34 mujeres (54%); en segundo grado, hubo 81 víctimas, 34 hombres (42%) y 47 mujeres (58%); y, por último, en tercer año, 48 víctimas, 19 hombres (40%) y 29 mujeres (60%). Se observó que el número de víctimas aumentó durante el segundo año y el tercero disminuyó, a menor cantidad que los que iniciaron la secundaria, identificándose más víctimas del sexo femenino en los tres grados escolares (cuadro 2).

Cuadro 2. Víctimas según grado y sexo en escuelas estatales de la zona metropolitana de Guadalajara					
Grado	Víctimas	Sexo			
		Masculino		Femenino	
		F	%	F	%
Primero	63	29	46.00	34	54.00.
Segundo	81	34	42.00	47	58.00
Tercero	48	19	40.00	29	60.00
Total	192	82	42.7	110	57.3

Fuente: Directa 2008-2009

El rango de edad de los alumnos encuestados fue de 11 y 17 años. El mayor número de víctimas de violencia se encontró en el grupo entre 13 y 14 años de edad, quienes en el momento de la aplicación de la encuesta cursaban, algunos, el primer año de secundaria y, otros, el segundo año.

## Espacios físicos de la escuela donde se da más la violencia

La escuela tiene diferentes áreas para desarrollar actividades educativas y recreativas, sin embargo, los alumnos adaptan dichos espacios para otras actividades, como es el caso de ejercer actos violentos, y consideraron que el lugar donde siempre ocurre la violencia es en el aula, segundo, fuera de la escuela y, tercero, los sanitarios; también refirieron ambos grupos que a menudo las acciones de violencia se presentan en el aula, patio y baños, siendo el lugar donde menos se presenta la violencia según los alumnos encuestados el baño (se considera no víctima al resto del grupo en el cuadro 3).

**Cuadro 3. Lugares en porcentajes donde las víctimas identifican que ocurre más la violencia en las escuelas estatales de la zona metropolitana de Guadalajara**

En la escuela	Siempre		A menudo		Alguna vez		Nunca	
	Víctima	No víctima	Víctima	No víctima	Víctima	No víctima	Víctima	No víctima
En clase	26,60%	11,90%	25,50%	18,10%	27,60%	42,40%	20,30%	27,60%
En el patio	14,10%	5,10%	21,90%	17,50%	37,00%	44,20%	27,10%	33,30%
En los pasillos	10,40%	3,90%	21,90%	12,40%	32,80%	36,30%	34,90%	47,40%
En los sanitarios	6,80%	2,50%	13,50%	9,20%	22,90%	22,30%	56,80%	65,90%
Fuera de la escuela	19,30%	11,50%	19,80%	12,00%	29,20%	30,30%	31,80%	46,30%
Trayecto a casa	7,30%	4,40%	16,10%	8,80%	20,80%	22,20%	55,70%	64,60%

Fuente: Directa 2008-2009

Respecto de los lugares donde más se suscitan los eventos violentos, en este estudio se reporta el aula de la escuela, lo cual coincide con los resultados obtenidos por Collel y Escudé (2003), Del Barrio (2004) y Valadez (2008). Los autores antes señalados reportaron las aulas como espacio principal de violencia. De las 192 víctimas hay 108 mujeres, es decir un 56.25%, y 84 hombres, lo que representa 43.75%. La prevalencia de víctimas de violencia –ambos sexos– en la muestra de estudio fue 16%.

## Discusión y conclusiones

La relevancia social, que constituye el tema de la violencia, se destaca con el gran número de investigadores interesados en este campo que han puesto atención y esfuerzos en la comprensión y explicación del fenómeno.

Los tipos de violencia que más se presentaron en la muestra de estudio fueron la verbal y la patrimonial, los resultados concuerdan con los de Valadez (2008), donde se identificó el predominio de la violencia verbal.

Al comparar la prevalencia encontrada en el grupo de estudio se identificó un 16% de víctimas por violencia escolar, la cual es más alta que la observada en centros escolares de diferentes ciudades de España, donde la prevalencia de víctimas de violencia escolar es del 12.4% (Del Rey y Ortega, 2005). Así también lo manifestó el *Defensor del pueblo*, donde se advirtió que más del 9%

de estudiantes encuestados se dicen víctimas de violencia (Collel y Escudé, 2002), donde en algunas ciudades Italianas reportaron el 17% de víctimas en sus estudios (Gómez, *et al.*, 2007). La información anterior demuestra lo característico que puede ser el mismo entorno social, ya que en la misma Europa existen variaciones en la prevalencia de casos violentos, una ligera diferencia con la zona metropolitana de Guadalajara. Por su parte, en diferentes centros educativos de Nicaragua, se manifestó que un 35% de los alumnos de escuelas secundaria se sintieron víctimas de violencia (Cangas, Vázquez, Pérez, Padilla y Miras, 2007), esto es, más del doble de víctimas que las identificadas en la muestra de alumnos de la zona metropolitana de Guadalajara.

En relación con los tipos de violencia, la violencia física fue la que tuvo más presencia en el grupo de estudio, al comparar la proporción con la identificada en los alumnos de las escuelas de España, de acuerdo a los resultados de Briega (2004) y Gómez (2008).

Por otra parte, el sexo –el ser mujer– casi duplica la posibilidad de ser víctima de violencia entre compañeros. Ahora bien, si se compara este resultado con otros se observa, de acuerdo con Gómez (2008) en el estudio realizado en Andalucía, que el 82% de los hombres se sienten violentados y de las mujeres solo un 17.8%. Sin embargo, otros estudios como el de Cajigas (2006) y Velásquez (2005) señalan que la violencia se manifestó mayormente en mujeres.

Autores como Arianes (1999), Collel y Escudé (2002), Cerezo (2002) y Be-goña (2005) coinciden en que la mayor frecuencia de casos violentos es entre los 13 y 14 años, de manera similar a lo que se detectó entre los escolares de la zona metropolitana de Guadalajara.

La violencia generada entre pares, en los diferentes niveles de instrucción, es un fenómeno que parece aumentar conforme transcurre el tiempo; no hay grupos totalmente protegidos o límites sociales, condición ética o socioeconómica, geográfica o familiar, que evite la aparición de la violencia escolar, aunque puede potencializarse con las características inherentes de los sujetos, tanto físicas (sexo, edad, estado de desarrollo) como psicológicas.

## Bibliografía

- ARIANES, G. (1999). La violencia escolar afecta al 30% de los alumnos de secundaria. *Periódico digital de información educativa*. Año.XVII No. 645, 8 de diciembre de 1999, recuperado de: <http://defensordelpueblo.es>
- ARAUJO, R.; DÍAZ, G. (2000). Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24 (2): 85-90.
- BIEGRA, A. (2004). Sobre el debate de la violencia escolar en España. Bullying el enemigo silencioso. *Revista FERE*, (453): 1-5.
- CAJIGAS, N.; KAHAN, E.; LUZARDO, M.; NAJSON, S.; ZAMALVIDE, G. (2006). Agresión entre pares (*bullying*) en un centro educativo de Montevideo: Estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo. *Revista Médica del Uruguay* (online), 22 (2): 143-151.
- CANGAS, A.; GÁZQUEZ, J.; PÉREZ, F.; PADILLA, D.; MIRAS, M. (2007). Evaluación de la violencia escolar y su afectación personal en una muestra de estudiantes europeos. *Psicothème*, 19 (1):114-119. Disponible en: [www.psicothème.com](http://www.psicothème.com).
- CARBONERO, M., ANTÓN, L., ROJA, J., CUBERO, J. & BLANCO, A. (2002). Visión de la violencia escolar desde la familia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 5(1), 1-4. Recuperado en [http://aufop.com/aufop/uploaded\\_files/articulos/1227717230.pdf](http://aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1227717230.pdf)
- COLLEL, J.; ESCUDÉ, C. (2002). La violència entre iguals a l'escola: el Bullying, *Ambits*, 4 (1): 20-24.
- GÓMEZ, A. (2008). De la violencia en la escuela: El camino que muestra los estudios más recientes. *Revista Complutense de Educación*, 20 (1): 205-227.
- DEL BARRIO ET AL. (2003) Aspectos psicosociales de la violencia juvenil, *Revista de Juventud*, 62: 65-79. Recuperado de: [ialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3256015](http://ialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3256015)
- MARTÍNEZ. A.; BUELGA. S.; CAVA, M. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Revista Anuario de Psicología*, 38 (2): 293-303.
- PALOMERA, J. (2001). La violencia escolar: un punto de vista global. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, (41): 19-38.
- SALMERÓN, C. (2007). Violencia escolar o cosa de chicos. *El Universal*, miércoles 20 de junio.
- TORRES, C. (2005). Jóvenes y violencia: Violencia en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, (37): 55-92.
- VALADEZ, F. (2008). Violencia escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la zona metropolitana de Guadalajara. Colección Salud Materno Infantil. Impresión y terminación: impresora Mareva. Guadalajara, Jalisco. 40-49.



## CAPÍTULO 4

# Consumo de alcohol en adolescentes

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

MARÍA ANA VALLE BARBOSA

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL

AGUSTÍN VEGA LÓPEZ

---

## Introducción

Preparar, ingerir y compartir bebidas alcohólicas son prácticas enraizadas en la historia de los pueblos, vinculadas con frecuencia, a creencias y usos rituales o simplemente a la sensación de alegría. El exceso ha provocado efectos nocivos en el bebedor y el daño se extiende hacia las personas que conviven con él.

El estereotipo del alcohólico como individuo de bajos recursos, desempleado, de escaso nivel escolar se ha movido hacia la constatación del alcoholismo en distintos grupos sociales y en edades cada vez más tempranas. Ahora bien, es difícil aceptar el desplazamiento del consumo hacia preadolescentes. En parte, porque la noción de inocencia se ha subsumido en aquella de la de infancia y los inocentes no se alcoholizan; si bien la *infancia* ha sufrido una reconstrucción en cuanto a duración, su recorte le ha cedido espacio al nuevo concepto de adolescencia, emergente en el siglo xx. La familia y la sociedad misma han aceptado que entre los 10 y 18 años de edad, existe una dependencia económica —que pudiera prolongarse hasta la adultez temprana— y que a la vez, hay una búsqueda de autonomía e independencia enmarcada en el proceso de individuación de los adolescentes; se trata de un tiempo confuso y pleno de ambivalencia tanto para los propios adolescentes como para sus padres. Abrir la oportunidad de darles a conocer e intervenir en el mundo adulto ha tenido su lado oscuro. ¿Habrà que rendirse a las tendencias de la industria del ocio que incluyen la adhesión a bebi-

das embriagantes y cuyo blanco son los adolescentes? ¿Es posible mantener esa doble moral que, por un lado, protege a niños y adolescentes del uso nocivo del alcohol y, por otro, ignora ciertas prácticas favorables al alto consumo?

Analizar los patrones en el consumo nocivo de alcohol —en distintos contextos culturales— continúa manteniendo un papel preponderante en el ánimo de frenar las desastrosas consecuencias en materia de salud y de relaciones sociales y económicas. En ese sentido, el objetivo del presente capítulo es mostrar algunos patrones de consumo de alcohol en una población específica: adolescentes inscritos en escuelas secundarias públicas de la zona metropolitana de Guadalajara.

## Alcoholismo: la perspectiva de la salud pública

La Organización Mundial de la Salud reportó en 2012 la muerte —a escala internacional— de 3.3 millones de personas como consecuencia del uso nocivo del alcohol (alrededor del 6% del total de muertes), ese consumo se asoció también con el desarrollo potencial de más de 200 enfermedades y discapacidades. Se observó una morbilidad mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, entre la población femenina se ha venido registrando un incremento en el número de muertes relacionadas con el alcoholismo. Las distintas regiones de América y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes que beben alcohol, con el 53% y el 70% de manera respectiva, quienes admiten ser consumidores en la actualidad. Para esas regiones alrededor del 17% y 20% de la población de 15 a 19 años muere por causas atribuibles al alcohol (WHO, 2014).

En un periodo de 20 años (1987-2007) la población de 15 años o más en México se mantuvo estable con un consumo de 5 copas per cápita; a partir del 2008 se observa un incremento en la cantidad (Medina-Mora, 2012). En la región de América Central, México es uno de los países con una de las tasas más altas de mortalidad por causas atribuibles al alcohol (WHO, 2014).

La mayor parte de las naciones miembros de la Organización Mundial de la Salud se han comprometido en la realización de programas de prevención y control en el uso nocivo del alcohol, se han adoptado desde medidas macroeconómicas (impuestos, limitaciones en el marketing y medios de comunicación) hasta las microsociales (de carácter punitivo y/o de concientización). No es despreciable el costo material y social que genera la atención de enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol y la pérdida de vidas humanas.

No obstante, de forma paralela a las medidas descritas, se ofrecen otras que se le oponen. La industria del alcohol está estrechamente vinculada a la industria de la recreación. Por ejemplo, los más importantes torneos deportivos mundiales captan de manera amplia la atención popular, particularmente la de los adoles-

centes. Entre los patrocinadores figuran marcas que directa o subliminalmente colaboran con la elección de bebidas embriagantes. En la cantidad y frecuencia del consumo intervienen disímiles y complejos factores.

## Consumo de alcohol en alumnos de escuelas secundarias

En el ciclo escolar 2012-2013 se condujo una investigación sobre consumo de alcohol en adolescentes inscritos en escuelas secundarias públicas de la zona metropolitana de Guadalajara. El estudio fue de tipo transversal. Se obtuvo una muestra representativa de escuelas secundarias generales adscritas a la Secretaría de Educación de Jalisco de los municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque y Tonalá, la cual ascendió a 1,874 observaciones.

### Edad y sexo de los participantes

El rango de edad de los participantes fue de 11 a 15 años (con 2 casos de alumnos con 17 años de edad), con una edad promedio de 13.4 (DS 1.0479); la edad promedio se relaciona con el volumen de alumnos matriculados entre primero y segundo grado y el hecho de retirarse de la escuela, anticipadamente, en el último año de enseñanza media básica, según muestran los datos de matrícula por grado y la tasa de terminación del 75.9% en Jalisco (SEP, 2012).

De acuerdo con el sexo de quienes respondieron el cuestionario, el 51.87% fueron hombres y el 48.13% mujeres. Datos sobre matrícula de secundarias generales en Jalisco 2011-2012 indican una distribución por sexo del 49.6% hombres y 50.4% mujeres; la diferencia porcentual de la muestra con respecto de la matrícula obedece sustancialmente al azar (SEP, 2012).

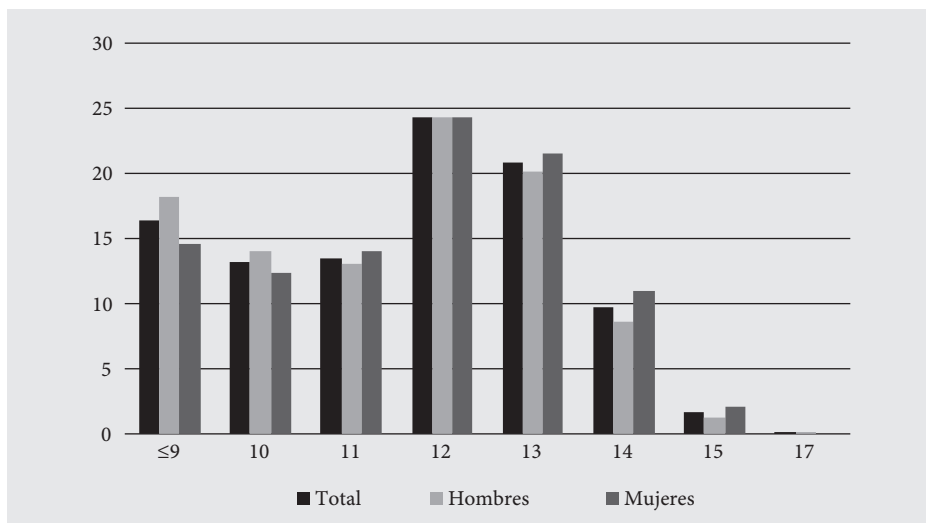
### Consumo de alcohol

Según las respuestas recabadas en la encuesta, 722 de los alumnos indicaron ser abstemios (38.53%) y 1,152 manifestaron haber bebido (61.7%), de ellos, 332 se catalogaron como bebedores —tomaron al menos “alguna vez” una bebida alcohólica— (28.82%) y 820 como permanentes— desde su primera copa y hasta el momento de la encuesta se han mantenido bebiendo— (71.18%).

Como se muestra en la figura 1, la primera experiencia con bebidas alcohólicas partió de los nueve años o menos de edad y, en su mayoría, consistió en



una degustación permitida por la propia familia: para reconocer el sabor de las bebidas embriagantes y participar en festejos colectivos. Entre los menores de 11 años de edad los hombres superaron a las mujeres en esos primeros ensayos, sin embargo, a partir de los 12 años la proporción de mujeres que ingiere alcohol se incrementa. Se reconoce que para ambos sexos se presenta una temprana experiencia con la bebida.



**Figura 1.** Distribución de adolescentes según sexo y edad en la que ingirieron su primera copa. Alumnos de escuelas secundarias públicas de la zona metropolitana de Guadalajara

Fuente: Datos de investigación

De los encuestados que son bebedores permanentes y tuvieron un inicio temprano —11 años y menos— en el consumo de bebidas alcohólicas con respecto de los que iniciaron después de los 12 años se registra una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.0486$ ), es decir, al parecer ingerir alcohol en forma precoz favorece el hábito de consumirlo. Autores como DeWit (2000) y Sartor (2007) coinciden con el resultado al destacar una asociación entre un inicio temprano en la ingesta de alcohol y el abuso y dependencia exhibidos en forma posterior.

Por otra parte, al comparar el grupo de alumnos que han bebido, según sexo, puede apreciarse una distribución del 60.6% en hombres y del 62.4% en mujeres; esta diferencia entre ambos sexos no es estadísticamente significativa ( $p = 0.4464$ ). Sin embargo, la proporción de mujeres que beben actualmente (46.5%) supera a la de hombres (41.3%), diferencia que sí es estadísticamente significativa ( $p = 0.0265$ ).

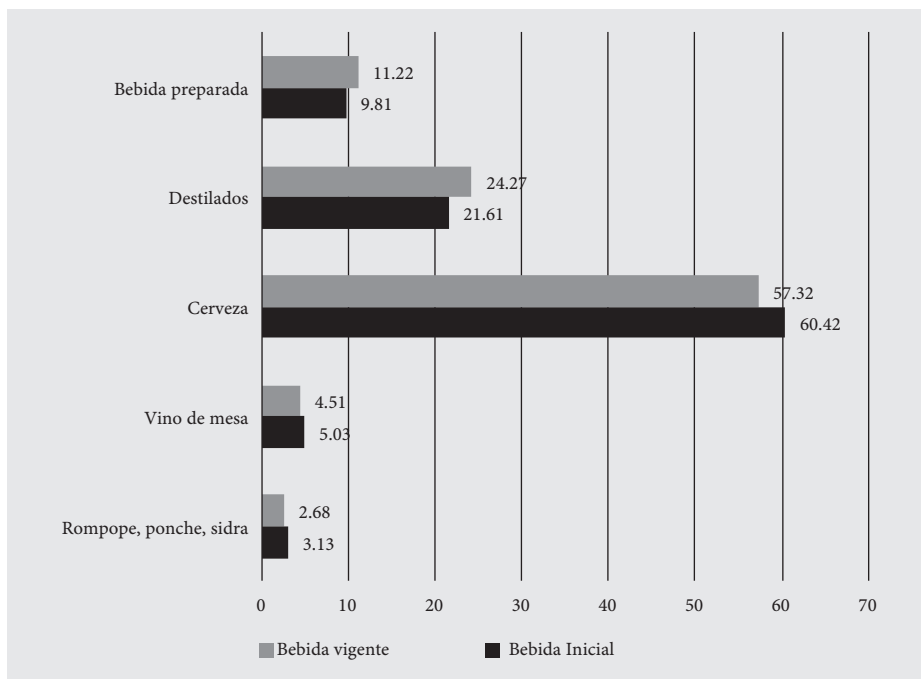
## Preferencia en las bebidas alcohólicas

En entrevistas abiertas con adolescentes se recuperó la noción cotidiana que clasifica a las bebidas en “para todos” y “fuertes”. Las bebidas catalogadas “para todos” son aquellas de gusto dulce, usualmente aromáticas y se las considera con baja graduación alcohólica como rompopo, sidra y ponche, en realidad, las dos primeras tienen aproximadamente de 10° a 15° y de 5° a 6° grados de alcohol, de manera respectiva, y la graduación del ponche varía por la cantidad y tipo de aguardiente añadido. De quienes dijeron tomar “bebidas para todos” el 33.3% lo hicieron cuando tenían nueve años o menos, casi el 39% entre los 11 y 12 años, la proporción tendió a disminuir con la edad. En opinión de los alumnos, los adultos aceptan la ingesta generalizada de esas bebidas, en especial, durante las celebraciones.

Se cuestionó sobre la preferencia inicial y la vigente en la elección de bebidas alcohólicas. En ambos casos, las fermentadas ocuparon el primer lugar. Aun cuando se observó un descenso de tales bebidas en el consumo vigente (la cerveza pasó del 60.42% al 57.32% y el vino de mesa del 5.3% al 4.51%). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la cerveza se ha mantenido como la bebida más consumida en el mundo (55.3%) (OMS, 2014). En México su consumo ha tenido un incremento sostenido, pasó de 32.6% en el año 2002 a 41.1% en 2011 (ENA, 2002; 2011;).

El segundo y tercer lugar en la preferencia lo obtuvieron las bebidas destiladas, cuyo índice aumentó alrededor de 2 puntos porcentuales en el consumo vigente y las bebidas preparadas que pasaron del 9.81% al 11.2%. Finalmente, en el conjunto de bebidas, el rompopo, ponche y sidra solo alcanzaron el 3.13% como bebidas de iniciación —como se mencionó en párrafo previo, la proporción tuvo mayor impacto entre los menores de 12 años— y el 2.68% como bebida vigente (figura 2).

Las bebidas destiladas aumentaron su proporción entre quienes se mantuvieron bebiendo o se iniciaron en la bebida con mayor edad. El mezcal y el tequila reclamaron la mayor proporción en consumo, el cual pasó de 82.43% como bebida inicial a 85.43% como bebida vigente. En proporción casi 10 veces menor que las derivadas del agave, le siguieron el consumo de whisky (10.44% inicial y 8.54% vigente) y otras referidas por alumnos como vodka, ron y brandy con variaciones entre uno o dos puntos porcentuales entre el inicio y el consumo actual así como entre cada una de ellas. Las bebidas destiladas —llamadas también en forma genérica aguardientes— contienen la más alta graduación de etanol, de hecho fluctúan entre los 30° y 60° de alcohol.



**Figura 2.** Distribución de adolescentes según tipo de bebida alcohólica consumida. Alumnos de escuelas secundarias de la zona metropolitana de Guadalajara

## Personas y lugar de ingesta de alcohol

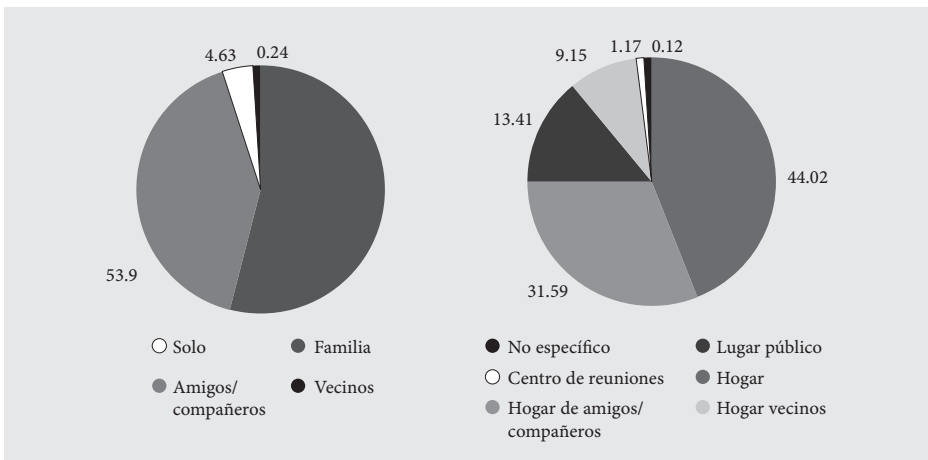
El 54% de los adolescentes apuntaron a los amigos como compañeros de bebida y el 41% a la familia. Con los amigos el adolescente ensaya formas de interacción humana y sus límites, se permite mostrarse como le gustaría ser identificado por los demás, ejercitar atributos propios de la masculinidad o femineidad. Como señala (Medina-Mora, 2012), la ingesta de alcohol facilita en los jóvenes desinhibirse y produce cierta euforia.

Por otro lado, casi la quinta parte de quienes bebieron en familia, lo hicieron en compañía de su familia nuclear. Ahlström (2010) ha destacado la proximidad respecto de patrones de consumo de alcohol entre padres e hijos. Llama la atención que cerca del 5% manifestó beber solo. Ahora bien, beber en aislamiento hace suponer que hay el deseo de ocultar esa práctica o lo hacen a hurtadillas de los padres y con el alcohol disponible en casa (figura 4).

Casi el 76% de alumnos bebieron en el hogar: 44% en el seno de su hogar familiar y el 32% en el de sus amigos y vecinos. Es decir, hay un consumo de alcohol frente a los adultos, ya sean sus propios padres o parientes o los de sus amigos; inclusive al referir centros sociales de reunión (13.3%) como lugares de fiesta y

restaurantes, se encuentran con adultos conocidos. Con excepción de los llamados “antros” (3%) —sitios de música, baile y bebidas, concurridos principalmente por jóvenes— y lugares públicos (9.2%): calle, parque —se incluyeron tiendas de abarrotes—, los adultos, con autoridad moral o legal sobre los adolescente estuvieron presentes en los encuentros sociales que incluyeron bebidas y tendrían la opción de limitar o impedir el consumo de alcohol. Es comprensible la coherencia entre beber con personas íntimas y hacerlo en el propio domicilio.

Divergente de la práctica descrita es la de adolescentes españoles. En algunas metrópolis la alcoholización de los chicos y chicas —botellón— ha ocurrido desde la década de los ochentas en la calle y se le ha tratado teóricamente como fenómeno urbano. El “botellón” designa la congregación de adolescentes que bajo prorrata adquieren bebidas embriagantes y beben en el colectivo durante horas (Hernández, 2007). El elemento común en adolescentes mexicanos y españoles es socializar; para estos últimos la calle los convoca, a los primeros la casa los aglutina, la diferencia cultural y de estilo de vida pudieran aproximar a una explicación de tales comportamientos.



**Figura 4.** Distribución de adolescentes según personas con quienes beben y lugares de ingesta de bebida. Bebedores permanentes

## La forma de beber: frecuencia y cantidad

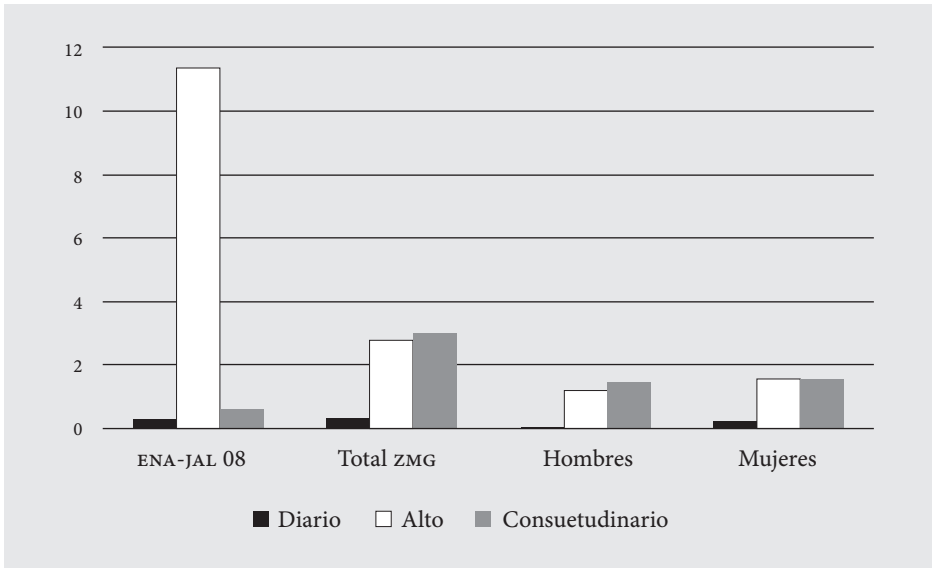
Se adoptaron los criterios sostenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (2008, 2011) para establecer la tendencia en el consumo así como la cuantificación de copas ingeridas. A escala nacional el consumo de alcohol en adolescentes (12-17 años) aumentó en el periodo comprendido entre 2002 a 2011 (ENA, 2011); se observó un incremento en las prevalencias: “alguna vez”, que pasó de 35.6% a

42.9%, “en el último año” de 25.7% a 30.0% y “en el último mes” de 7.1% a 14.5%. El índice de consumo diario se mantuvo aproximadamente estable (en 2002 era de 0.3 y en 2011 de 0.2). Y si bien disminuyó la prevalencia de los bebedores consuetudinarios (de 1.8 a 1.0) aumentó, la de quienes manifiestan dependencia (de 2.1 a 4.1) en el lapso de tiempo considerado.

En la zona metropolitana de Guadalajara, en el ciclo escolar 2012-2013, entre los alumnos que se identificaron como bebedores, aquellos que lo hicieron “alguna vez” fueron el 28.82%, con quienes tomaron bebidas embriagantes “en el último año” y “en el último mes” la proporción fue del 20.92% y 38.1%, en forma respectiva, y se encontró que consumieron a diario un 0.35%. En todas las categorías las cifras fueron inferiores a las nacionales.

Ahora bien, entre los bebedores con un riesgo mayor para desarrollar una dependencia al alcohol y/o enfermedades relacionadas con el alcoholismo, se observó al comparar resultados de la ENA 2008 para Jalisco con la muestra de los adolescentes inscritos en secundarias generales (2012-2013) que la cifra en el consumo diario de alcohol fue similar: en el consumo alto —en los últimos doce meses se ha bebido cinco copas o más— el valor que correspondió a la entidad (11.4%) cuadruplicó al de la muestra; en cambio, el consumo consuetudinario —una o más veces a la semana se consumen en una ocasión cuatro o más copas por las mujeres y cinco o más por los hombres— fue casi tres veces mayor en la muestra. Las mujeres exhibieron una proporción mayor a la de los hombres en el consumo (figura 5).

Con relación al número de copas consumidas en una ocasión, exceptuando el rango de uno a tres copas, cuya proporción fue sustancialmente mayor en los alumnos encuestados (84.4%) que en los adolescentes considerados en la ENA 2008 (57.3%), el resto de estudiantes se distribuyó en los rangos establecidos según número de copas ingeridas en cantidades inferiores a las registradas en la citada encuesta. El análisis de los datos permitió suponer que la ingesta de alcohol dentro del hogar y frente a adultos, en un nivel en el que adolescentes se muestran exaltados y locuaces es aceptada familiar y socialmente; inclusive pudiera ser visto como divertido que tras la animación le siga un estado de olvido del comportamiento anterior. Sin embargo, es difícil explicar la tolerancia a una ingesta de alcohol de riesgo: cinco o, seis copas o más, entre cuyos efectos se cuentan el incremento en la probabilidad de involucrarse en accidentes y un franco deterioro en la motricidad, juicio y malestar físico los cuales requieren intervención médica (cuadro 1).



**Figura 5.** Tendencia en el consumo de alcohol en población de 12 a 17 años. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, Jalisco, 2008 y escuelas secundarias generales de la zona metropolitana de Guadalajara, ciclo escolar 2012-2013

Cuadro 1. Número máximo de copas. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Jalisco, y escuelas secundarias generales de la zona metropolitana de Guadalajara, ciclo escolar 2012-2013		
Número máximo de copas	ENA- Jal. 2008	Bebedores ZMG
1 - 3	57.3	84.4
4 -	8.7	3.6
5 -7	16.0	7.8
8 - 11	9.5	3.1
12 - 23	6.2	1.1
24 o más	2.3	0

Se tomaron en cuenta los posibles efectos percibidos por el grupo de alumnos bebedores permanentes relacionados con su estatus escolar y de salud. La proporción de adolescentes que reconoció una relación entre la ingesta excesiva de alcohol y un posible resultado negativo fue reducida, no excedió del 6%. Apenas un 10% declaró haber solicitado ayuda para dejar de beber. Casi dos tercios pidió ayuda a su familia (principalmente a la madre), otro tercio recurrió a sus amigos y de forma muy insignificante se dirigieron hacia los profesores o instituciones de salud. Si bien la cantidad de alumnos que asistieron alcoholizados a la escuela

fue pequeña, no hay evidencia de que esa minoría fuera advertida por el personal escolar. Una pequeña proporción (3.41%) percibió haber reprobado alguna materia como resultante de la alcoholización (cuadro 2). White (2010) destacó las consecuencias escolares —ausentismo, reprobación, pérdida de habilidades— por el consumo inmoderado de alcohol.

**Cuadro 2. Ingesta de alcohol y estatus escolar y de salud**

	N (82-0)	%
¿Asiste alcoholizado a la escuela?	45	5.49
¿Ha reprobado asignaturas debido a la ingesta de alcohol?	28	3.41
¿Se ha enfermado por alcoholizarse?	45	5.49
¿Ha tenido que ser hospitalizado por la ingesta de alcohol?	11	1.34
¿Ha solicitado ayuda para dejar de beber?	82	10.0

## Conclusiones

Los datos confirman que en la población estudiada hay una iniciación temprana al consumo de alcohol, la cual favorece su adhesión. Niños y adolescentes mantienen patrones de consumo ya observados en adultos, por ejemplo, la preferencia de bebidas fermentadas —especialmente cerveza—, la creencia sobre el bajo grado de etanol en algunas bebidas, el uso de bebidas embriagantes en celebraciones familiares, la tendencia al consumo episódico de alcohol, la disminución de diferencias en la alcoholización entre hombres y mujeres que, en el caso de la población estudiada, las mujeres superaron a los hombres. El alcohol se comparte con amigos y familia y es en el hogar donde por regla general se ingiere.

## Bibliografía

- AHLSTRÖM, S. K. & ÖSTERBERG, E. L. (2004/2005). International Perspectives on Adolescent and Young Adult Drinking. *Alcohol, Research&health*. Volumen I, 28(4), 258-268. Recuperado el 25 de mayo de 2014 de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh284/258-268.htm>
- DEWIT, D. J., ADLAF, E. M., OFFORD, D. R., OGBORNE, A. C. (2000). Age at First Alcohol Use: A Risk Factor for the Development of Alcohol Disorders. *American Journal of Psychiatry* 157: 745-750.

- INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. INP-SS: México.
- \_\_\_\_\_. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones. INP-SS: México.
- \_\_\_\_\_. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones. INP-SS: México.
- \_\_\_\_\_. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones. INP-SS: México.
- MEDINA-MORA, M.E. (2012). El consumo de alcohol en las Américas y el papel de los traumatismos en la carga de morbilidad relacionada al alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: México.
- SARTOR C. E., LYNKEY M. T., HEATH A. C., JACOB T., TRUE W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102: 216–25.
- SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, M.J. (2007). De la observación a la construcción del objeto en la investigación etnográfica: un trabajo de campo sobre el botellón. *Athenea Digital*, 12: 156-182.
- SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (2012). Sistema educativo nacional por entidades. Recuperado el 3 de junio de 2012 de, [www.sep.gob.mx](http://www.sep.gob.mx)
- WHITE, A., & RALPH HINGSON, R. (S.F.). The Burden of Alcohol Use: Excessive Alcohol Consumption and Related Consequences Among College Students. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Recuperado el 25 de mayo de 2014 de, <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/201-218.htm>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). Global status report on alcohol and health. Luxemburgo: WHO Press



## CAPÍTULO 5

# Adicciones en el embarazo de las adolescentes: un problema de salud pública

FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ MORA

MARTHA LETICIA GÓMEZ MARTÍNEZ

GUILLERMO ALONSO CERVANTES CARDONA

IVIS JENNIFER MEZA FLORES

---

El consumo de sustancias adictivas representa un problema nacional de salud pública. Una de las principales características de las adolescentes es la necesidad de experimentar cosas nuevas sin medir las consecuencias de sus actos provocando que sean más vulnerables al consumo de drogas.

La prevalencia de consumo de droga entre los adolescentes aumenta cada vez más en los distintos estudios epidemiológicos. En Europa los datos del European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) arrojan un aumento en el uso de las drogas ilegales entre los jóvenes, con fines experimentales, pero también de consumo reciente y habitual (Hibbel 2009).

De acuerdo con la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998), los adolescentes abusarían de una variedad de drogas, tanto legales como ilegales. Las drogas legales disponibles incluyen, entre otras, las bebidas alcohólicas, las medicinas por receta médica, los inhalantes (vapores de pegamentos, aerosoles y solventes) y las medicinas de venta libre para la tos, la gripe, el insomnio y para adelgazar. Las drogas ilegales de mayor uso común son la marihuana (*pot*), los estimulantes (cocaína, *crack* y *speed*), la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), fenilciclidina (PCP), los derivados del opio, la heroína y las drogas diseñadas (éxtasis). El uso de las drogas ilegales va en aumento, especialmente entre los adolescentes. Primero el uso de la marihuana ocurre en la escuela secundaria y el uso del alcohol puede comenzar antes de los 12 años. El uso de la marihuana y el alcohol en la escuela preparatoria se ha convertido en algo común.

En los últimos años el consumo de drogas ha aumentado entre los jóvenes en particular en relación con la marihuana, los inhalables y la cocaína, ya que

estas sustancias son de fácil acceso con los riesgos implícitos de consumo. Su uso en embarazadas adolescentes es de gran interés público. Debido a que existe una fuerte evidencia basada en la literatura científica que este comportamiento puede causar complicaciones en los bebés *in utero* y al nacimiento, como lo reporta Vincovic(2008), así como las complicaciones maternas que refiere Pascual-Simón (2002), además de representar un gasto importante para el sistema de salud.

Este problema de salud pública de las adicciones es consecuencia de los cambios que experimentó la sociedad en la segunda mitad del siglo xx y que en los últimos 10 a 20 años se ha incrementado, debido a la globalización económica en casi todo el mundo.

Existen pocos estudios de esta problemática en nuestro medio, por esta razón en este capítulo se abordará el tema de las adicciones en las adolescentes y su repercusión durante el embarazo y los resultados perinatales. De entrada habría que precisar algunos conceptos básicos.

Pascual-Simón (2002) define como droga toda aquella sustancia que produce dependencia y que se emplea de manera voluntaria para provocar determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente (p. 2).

La Organización Mundial de la Salud (2004) define la dependencia de sustancias como un trastorno crónico recidivante, con una base biológica y genética, y que no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo (p.12).

La Organización Mundial de la Salud (2001) define la drogadicción como el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco que modifica el comportamiento y un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede presentarse o no acompañada de tolerancia (p. 5).

Según este mismo organismo (2004), el embarazo en la adolescencia se considera en la actualidad como un enorme problema social y de salud pública en todo el mundo. Sin embargo, este problema asume especial significado en los países en desarrollo donde el año de 1997 se atendieron 16 de los 17 millones de los partos en adolescentes que se dieron en el mundo entero. De hecho, el 85% de las madres adolescentes están en estos países y el 25% de la mortalidad materna se localiza en este segmento etario (p. 9).

Conjuntamente con el inicio temprano de las relaciones sexuales, el abuso de las drogas, la falta de educación sexual, el no emplear métodos anticonceptivos contribuyen de manera importante en el aumento del embarazo en la adolescencia.

En México “según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011)” las mujeres adolescentes, de 15 a 19 años, representan 19.1% de las mujeres en edad reproductiva. La tasa de nacimientos entre 15 y 19 años en México es de 64/1000.

En el año 2011 nacieron en México 2.58 millones de niñas y niños; de ellos, 473 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto, tenía me-

nos de 19 años de edad. Esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 niñas y niños que nacieron en 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes (INEGI, 2011).

Ramírez-Aranda (2013) refiere ya como un problema social, entre las causas que se relacionan con tasas elevadas de embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que atienden este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han realizado, las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que de manera tradicional se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin método anticonceptivo.
- La presión de los compañeros que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas puede producir una reducción en la inhibición y estimular actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres (2009), el embarazo en adolescentes es prematuro en función de su desarrollo biológico, fisiológico, psicológico y social. El riesgo de tener algún problema o complicación durante el embarazo, parto o puerperio es mayor, sin dejar de lado las condiciones de nutrición y salud previas al embarazo y uso de alguna droga así como el tipo de atención prenatal que reciben, todos estos son factores de riesgo para las mujeres en general.

De acuerdo con Mirkin (1976), una primera preocupación relacionada con el abuso de drogas durante el embarazo son los efectos adversos potenciales que estas sustancias pueden producir sobre el feto en desarrollo. La intensidad de estos efectos depende del grado de distribución de los fármacos en el feto. Dado que la madre, la placenta y el feto influyen en la velocidad y en el grado de distribución de las drogas en este último, nuestro conocimiento de la farmacocinética de las sustancias de abuso en los seres humanos es limitado por razones técnicas y éticas. Múltiples variables de confusión, que incluyen el uso de distintas drogas, la poca confiabilidad en la autocomunicación y la incapacidad para llevar una investigación experimental en los fetos, restringen los estudios de drogas en los seres humanos.

A pesar de estas limitaciones, existen pocas dudas de que las drogas tienen fácil acceso al sistema nervioso central, entre ellas, las sustancias de abuso atraviesan con facilidad la placenta por difusión simple y afectan en forma directa al feto. Brien (1985) menciona que el alcohol y las drogas habituales por regla general pasan al feto a los pocos minutos de la ingesta materna. El peso molecular menor y la liposolubilidad menor aumentan el pasaje transplacentario. La ionización y la unión con proteínas reducen el pasaje transplacentario. A pesar de la rápida

distribución en el feto, los niveles fetales de la mayoría de las drogas se mantienen por lo general más bajos que los niveles maternos tras una exposición única y varían entre el 50 y el 100%.

Según Dutton (1985) una cantidad de factores maternos influyen en la distribución de las drogas en el feto. Primero está la vía de administración. Las drogas administradas por vía oral pueden absorberse de manera lenta como consecuencia de la disminución de la motilidad gastrointestinal durante el embarazo y a menudo experimentan un metabolismo importante de primer paso en el hígado. El volumen sanguíneo materno y la perfusión renal aumentan de manera progresiva durante el embarazo. Por lo tanto, la concentración materna de las drogas tiende a reducirse durante la gestación avanzada.

Ciertos factores placentarios y fetales también influyen en la distribución de las drogas en el feto. La placenta produce enzimas activas que metabolizan las drogas. La eliminación fetal de las drogas ocurre a través de la excreción o de la biotransformación renal o bien de ambas. La depuración renal de las sustancias de abuso y de sus metabolitos por el feto puede conducir a la acumulación de líquido amniótico, lo cual puede dar por resultado un reservorio de droga *in utero*. La eliminación de las drogas del líquido amniótico puede ocurrir por difusión a través de las membranas en la circulación materna y por deglución fetal. La biotransformación hepática fetal se ha sugerido como otro método de eliminación de las drogas, sin embargo, aún no es posible evaluar la contribución de la biotransformación a la depuración global de las drogas (Dutton, 1985).

De acuerdo con Breckman (1986), los efectos teratógenos de las drogas pueden expresarse en forma de muerte, dimorfismo o cambios conductuales. Los principios básicos de las malformaciones producidas en el ambiente se aplican a las sustancias de abuso e incluyen los siguientes:

1. *Sensibilidad del estadio*: susceptibilidad variable a la teratogénesis durante la gestación, basada en tres estadios del desarrollo:
  - El primer estadio comienza con la *fertilización* y se extiende de manera temprana después de la implantación. Durante este estadio, el embrión tiene relativamente pocas células; sin embargo, éstas son multipotenciales. En consecuencia, una droga embriotóxica ejerce de un modo típico un efecto de “todo o nada”.
  - El segundo estadio es el período de *organogénesis*, el cual dura de dos a 10 semanas durante la posconcepción. Este estadio es el momento de mayor sensibilidad a las lesiones teratogénicas y el periodo en el que pueden inducirse malformaciones anatómicas. La exposición fetal a un teratógeno debe ocurrir durante un periodo de desarrollo de un órgano específico para producir una malformación en ese sistema orgánico.
  - El tercer estadio del desarrollo fetal comprende el *crecimiento celular*. En este momento, los agentes teratógenos pueden disminuir la población ce-

lular, lo cual produce retraso en el crecimiento o inhibe la diferenciación celular en un órgano.

2. *Relaciones dosis-respuesta*: capacidad de correlacionar cuantitativamente la magnitud de los efectos teratogénos con la dosis de droga.
3. *Efectos umbral*: dosificación de la exposición por debajo de la cual la incidencia de efectos teratogénos no es estadísticamente mayor que la de los controles.
4. *Variabilidad genética*: ésta determina diferencias en la absorción, el metabolismo y la distribución de drogas maternas y fetales, así como en el transporte placentario. Este fenómeno explica las variaciones en los efectos teratogénos entre los sujetos individuales.

La comprobación de los efectos teratogénos relacionados con las sustancias de abuso es problemática. Las sustancias de abuso pueden tomarse en forma intencional o accidental en dosis tóxicas. Más aún, los efectos combinados de la impureza de la mayoría de las drogas de la calle y la práctica frecuente del consumo de múltiples sustancias hace difícil adjudicar efectos específicos a una droga en particular. Pocas veces es posible realizar una evaluación precisa de la dosificación real y del periodo de exposición. El abuso de sustancias también puede conducir a cambios en los hábitos de cuidado de salud que hacen más complejos los efectos de la sustancia de abuso (Breckman, 1986).

Una segunda preocupación son los efectos que las drogas ejercen sobre la adolescente embarazada, en especial, los efectos negativos en forma de desórdenes psiquiátricos.

Mitsuhiro (2006), en su investigación en mil adolescentes embarazadas brasileñas consumidoras de marihuana y cocaína, reporta que 27.6% presentaban un problema psiquiátrico: 12.9% depresión, 10% desorden de estrés postraumático, 5.6% ansiedad, 3.5% psicosis, 1.9% problemas somatomorfos, 1.2% trastorno bipolar, 0.3% trastorno disociativo y 0.3% trastornos alimenticios.

Son múltiples los factores que, según Vega (1993) y Aguiler (2005), convierten el embarazo de la adolescente toxicómana en un embarazo de alto riesgo; por un lado, el policonsumo, asociación frecuente de alcoholismo, tabaquismo y sustancias tóxicas ilícitas; por otro lado, de acuerdo a Routi Cosp (2009) se encuentran las determinantes sociales; una población de nivel socioeconómico y cultural bajo, con condiciones de vida muy desfavorables; con una vigilancia prenatal escasa o inexistente y finalmente una mayor morbilidad materna y peores resultados perinatales.

Panduro *et al.* (2012), en un estudio realizado en Guadalajara en el Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, encontraron que las complicaciones más frecuentes del embarazo en la adolescencia fueron la ruptura prematura de membrana y el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, sin embargo, el problema

mayor es sociocultural y económico, el cual queda de manifiesto al observar en las adolescentes que el estado civil soltero fue más frecuente, vivían más con sus padres, con menor apoyo de su pareja, siendo en un gran porcentaje todavía estudiantes, sin haber planificado el embarazo, además de tener el riesgo de volverse a embarazar en corto tiempo.

Routi Cosp (2009) menciona que entre las mujeres de la población urbana se observa que las drogas de preferencia son la marihuana y la cocaína, el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico muestra una tendencia similar a la de la cocaína.

Al considerar solamente a las adolescentes (mujeres entre los 12 y 17 años), se observa que el consumo de marihuana se mantuvo estable desde 2008 a 2011, con una prevalencia de 0.6%; mientras que el consumo de cocaína se incrementó de 0.2% a 0.4% en el mismo periodo de tiempo.

La siguiente droga que prefieren las mujeres adolescentes son los inhalables.

Por otro lado, la Encuesta de Estudiantes (2006) refleja que existe una alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otras conductas problemáticas o de riesgo, como el tener relaciones sexuales sin protección, que es dos veces más frecuente entre las consumidoras de sustancias (6.8%) que entre las no consumidoras (2.3%) incrementando la posibilidad de un embarazo no planeado, no deseado y de alto riesgo (Villatoro-Velázquez, 2009).

Los precedentes datos reflejan la problemática que existe en la población femenina respecto del consumo de sustancias adictivas, la cual plantea la exposición del producto a la sustancia durante el embarazo y a través de la lactancia.

Kelly (2000) refiere que la exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos del consumo en sí, derivados de conductas relacionadas con el consumo de la sustancia, como una mala alimentación, un deficiente control prenatal y una alta posibilidad de contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En su artículo de revisión Routi Cosp (2009) menciona que los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga empleada; sin embargo, es importante mencionar que muchas de las usuarias de drogas no consumen una única sustancia, lo que dificulta conocer el efecto directo de una droga sobre el neonato. Se ha observado que el 39% de las adolescentes consumían dos o más drogas, lo que corrobora la hipótesis de que las usuarias de polisustancias continuarán con este patrón de consumo durante el embarazo.

Brollesse (2014) menciona que los efectos teratógenos relacionados con el alcohol están bien descritos. Pfinder (2013) y Murphy (2013) determinaron que el síndrome del alcoholismo fetal se asocia con cambios estructurales y retraso del crecimiento. Además han descrito cambios conductuales; de manera específica, retraso mental y retraso del desarrollo motor y del lenguaje.

El consumo de cocaína, según Kandall (1991), se ha relacionado con disminución de peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento, malformaciones cardíacas

y de maduración pulmonar en el feto, así como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y parto pretérmino como principales complicaciones obstétricas.

Asimismo, se ha observado alteraciones neuroconductuales en hijos de madres consumidoras de cocaína. Los efectos del consumo de anfetaminas durante el embarazo resultan similares a los del consumo de cocaína, por el mecanismo de acción similar en ambas drogas.

En el caso de la exposición prenatal a cannabinoides (marihuana), Wang (2003) observó una asociación con el retraso del crecimiento uterino, déficits de memoria, déficits en habituación a estímulos novedosos, alteración de la interacción de los sistemas hormonales materno y fetal, y se ha sugerido especial vulnerabilidad del hipocampo y la amígdala cuando existe exposición prenatal a cannabis.

Algunos estudios realizados en seres humanos y otros en animales de laboratorio, como el estudio reportado por Jones (1998), muestran que la exposición a disolventes durante el embarazo produce efectos teratogénicos. Se ha reportado un patrón de malformaciones similar al que se produce con el síndrome alcohólico fetal. Las principales alteraciones perinatales asociadas con la exposición a disolventes inhalables durante el embarazo son: muerte fetal, nacimiento prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, malformaciones craneofaciales y un retraso en el desarrollo neuroconductual.

Un dato que arroja la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), que debe llamar la atención de los profesionales involucrados en la atención a las mujeres, es el hecho de que, de las mujeres con dependencia a sustancias, solamente el 8.9% ha asistido a tratamiento; de tal suerte que se desconoce hacia dónde se dirigen las mujeres para solucionar el problema de consumo de drogas, o en el caso de que no busquen ayuda, cuál es el motivo de esto. En el caso de las mujeres que se embarazan, y son usuarias de drogas, se ha observado que ante programas específicos de tratamiento dirigidos a esta población, se obtienen buenos resultados; el porcentaje de mujeres que abandonan en forma total la sustancia o que disminuyen su consumo es mayor en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas. Sin embargo, en México este tipo de programas, encaminados al tratamiento de adicciones en el embarazo, prácticamente no existe.

Se ha observado que, a mayor número de visitas prenatales y mayor contacto con personal capacitado para el tratamiento de las adicciones, los resultados son mejores. A pesar de los profesionales de la salud responsables de la atención de las embarazadas adolescentes, los médicos ginecoobstetras, las enfermeras, las trabajadoras sociales, psicólogos, nutriólogas, neonatólogos, entre otros, no poseen la preparación adecuada para detectar a las pacientes que son consumidoras de drogas y si las detectan, en ocasiones, no se sabe a dónde referirlas para su atención integral.

Romero (1997) reporta que las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas no asisten a recibir atención médica porque desconfían de los sistemas de salud

y cuando asisten no cuentan con redes de apoyo para dejar a los niños que ya tienen al cuidado de otros o sienten temor de perder la custodia. Se les dificulta admitir el consumo y al cuestionarlas por qué no informan a sus médicos, afirman que nadie les pregunta, presentándose una doble complicidad: por una parte, la mujer no informa porque le da vergüenza admitir el consumo y por la otra el médico no pregunta pues no espera que una mujer embarazada sea usuaria de alcohol o drogas

Cuando admiten ante los médicos el consumo, en lugar de apoyo, reciben regaños e incluso insultos (a manera de ejemplo, malas madres o madres inconscientes), además de que hay un gran desconocimiento de la enfermedad y poco interés en la propia salud.

De tal manera que el embarazo constituye un periodo de oportunidad para la detección de mujeres usuarias de sustancias adictivas y para su inclusión en un programa de tratamiento, con una buena probabilidad de éxito (Connery, 2014).

Por último, el embarazo en una adolescente con un problema de adicción debe considerarse de alto riesgo, tanto por las repercusiones maternas como perinatales. Las instituciones de salud deben estar preparadas con un equipo multidisciplinario para el adecuado manejo, constituido por el médico gineco-obstetra, la trabajadora social, la enfermera, el neonatólogo, la nutrióloga, entre otros, no solo para que se realice un número adecuado de consultas prenatales, sino para también poder brindar el apoyo necesario en caso de intoxicación, intento de suicidio, depresión u otros. Asimismo considerar todas las determinantes sociales que han conducido a esta problemática. Es necesario desarrollar centros de apoyo para el tratamiento de la farmacodependencia que sean de fácil acceso para las adolescentes embarazadas aquejadas con este alarmante problema de salud pública.

## Bibliografía

AGUILER, A.; IZARRA, A. (2005). Abuso de sustancia tóxica durante el embarazo.

*Medicina Clínica*, 125: 714-6. Barcelona.

AACAP (1998). Los Adolescentes: el Alcohol y Otras Drogas. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/FFFo3.pdf>

BRECKMAN, D. A.; BRENT, R. L. (1986). Mechanism of Known Environmental Teratogens: Drugs and Chemicals. *Clinics in Perinatology*, 13: 649.

BRIEN, J. F.; CLARKE, D. W.; RICHARDSON, B.; PATRICK, J. (1985). Disposition of ethanol in maternal blood, and amniotic fluid of third trimester pregnant ewes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 152 (5): 583-90



- BROLESE, G. ET AL. (2014). Moderate prenatal alcohol exposure alters behavior and neurological parameters in adolescent rats. *Behavioral Brain Research*, 269 (269): 175- 84.
- CONNERY, H. S.; ALBRIGHT, B. B.; RODOLICO, J. M. (2014). Adolescent Substance Use and Unplanned Pregnancy: Strategies for Risk Reduction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 41 (2), 191-203.
- DUTTON, G. J.; LEAKEY, J. E. A. (1982). The perinatal development of drug metabolizing enzymes. *Progress in Drug Research*, 25: 189.
- HIBELL, B.; GUTTORMSSON, U.; AHLSTRÖM, S.; BALAKIREVA, O.; BJARNASON, T.; KOKKEVI, A.; KRAUS, L. (2009). The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group of the Council of Europe, Estocolmo.
- INEGI (2011). Estadísticas de natalidad. Registros administrativos. Consulta interactiva de datos. México, INEGI, México. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/lista\\_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=5](http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=5)
- INMUJERES (2009). Estimaciones con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID). Instituto Nacional de las Mujeres, INEGI, México.
- JONES, H. E.; BALSTER, R. L. (1998). Inhalant abuse on pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25: 153-167. Recuperado de <http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011.html>KANDALL, S. R. (1991). Perinatal effects of cocaine and amphetamine use during pregnancy. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 67: 240-255.
- KELLY, J. J.; DAVIS, P. G.; HENSCHKE, P. N. (2000). The drug epidemic: effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36: 262-264.
- MIRKIN, B. L.; SINGH, S. (1976). "Placental transfer of pharmacologically active molecules". en Mirkin B. L. (ed.), *Perinatal Pharmacology and Therapeutics*. Nueva York: New York Academic Press.
- MITSUHIRO, S. S. ET AL. (2006). Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), São Paulo.
- MURPHY, D. J.; MULLALLY, A.; CLEARY, B. J.; FAHEY, T.; BARRY, J. (2013). Behavioural change in relation to alcohol exposure in early pregnancy and impact on perinatal outcomes: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16; 13:8, doi: 10.1186/1471-2393-13-8.
- OMS (2001). Serie de Informes Técnicos de la OMS, No. 407, 1969. Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PANDURO, B. J. G. ET AL. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80 (11): 694-704.

- PASCUAL-SIMÓN, J. R., FERNÁNDEZ, R. B. L. (2002). Consideraciones generales sobre drogas de abuso. *Medisan*, 6: 58-71. Santiago de Cuba.
- PFINDER, M.; KUNST, A. E., FELDMANN, R.; EIJSDEN, M.; VRIJKOTTE, T. G. (2013). Preterm birth and small for gestational age in relation to alcohol consumption during pregnancy: Stronger associations among vulnerable women? Results from two large Western- European studies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22 (13), 49, doi: 10.1186/1471- 2393-13-49.
- RAMÍREZ ARANDA, J. M.; GÓMEZ GÓMEZ, C.; VILLARREAL PÉREZ, J. Z.; VILLARREAL PÉREZ, F. J.; GARCÍA ELIZONDO, I.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, C. H.; ROSAS HERRERA, M.; FLORES CAVAZOS, M. (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*, 15 (59): 64-72.
- ROMERO, M.; GÓMEZ, C.; RAMIRO, M.; DÍAZ, A. (1997). Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud Mental*, 20: 38-47.
- RUOTI-COSP, M.; ONTANO, M.; CALABRESE, E.; AIRALDI ,L. I.; GRUHN, E.; GALEANO, J.; ESPINOSA, A.; GALLO, V. M. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 5 (2), 32-44.
- VEGA, W. A.; KOLODY, B.; HWANG, J., NOBLE, A. (1993). Prevalence and magnitude of perinatal substance exposures in California. *The New England Journal of Medicine*, 329: 850.
- VILLATORO VELÁZQUEZ J. A.; GUTIÉRREZ LÓPEZ, M. L.; QUIROZ DEL VALLE, N.; MORENO LÓPEZ, N.; GAYTÁN LÓPEZ, N.; GAYTÁN FLORES, F. Y COLS. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32 (4): 287-297.
- VUCINOVIC, M.; ROJE, D.; VUCINOVIC, Z.; CAPKUN, V.; BUCAT, M.; BANOVIC, I. (2008). Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse Turing Pregnancy: Our Ten-year Experience. *Yonsei Medical Journal*, 49: 705-13.
- WANG, X.; DOW-EDWARDS, D.; KELLER, E.; HURD, Y. L. (2003). Preferential limbic expression of the cannabinoid receptor mRNA in the human fetal brain. *Neuroscience*, 118: 681-694.



## CAPÍTULO 6

# Consumo de cultura, tiempo libre y medios de comunicación en estudiantes adolescentes en Guadalajara

CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL

LAURA PATRICIA HARO JIMÉNEZ

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

CARMEN LIZETTE TORNERO GONZÁLEZ

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

IRMA PATRICIA GONZÁLEZ ROJAS

GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ

---

## Introducción

La salud pública, en el sentido más amplio, se refiere al conjunto de medidas empleadas por la sociedad para mantener y mejorar el estado de salud de cada individuo y de la colectividad. Salud pública y cultura de la salud se integran al conseguir en la colectividad prevenir la enfermedad, prolongar la vida, proteger y promover la salud y el bienestar, a través de esfuerzos organizados. Además incluye el conjunto total de las prácticas humanas: políticas, económicas, científicas, jurídicas, religiosas, discursivas, comunicativas, sociales en general (Bronfman, 1999). La palabra cultura engloba los significados, las normas y los valores que los hombres asocian con las prácticas de ésta.

Se parte del principio de que los factores que definen un estado de salud colectivo se caracterizan por ser: *determinantes*, los cuales están relacionados a la estructura económico-político y social del Estado; *condicionantes*, factores que vienen a generar un ambiente propicio para el desarrollo de los procesos de la salud y la enfermedad, como la cultura y la educación y el acceso a los servi-

cios básicos y, finalmente, los que ocasionan la *apreciación objetiva del fenómeno sanitario*, caracterizados por ser de orden biológico y psicológico individual (Modena,1999).

La participación comunitaria en salud genera un proceso independiente del Estado, dando capacidad de control de la realidad sanitaria a la propia comunidad y permitiéndole la atención de sus principales necesidades sentidas y expresadas. Dicha participación requiere de un proceso intencional en la conformación de la educación y la cultura que involucre tanto actividades como hechos y prácticas saludables.

Toda práctica humana que supere la meramente biológica es una práctica cultural. En general, se trata del conjunto de los actos humanos en comunidad, ya sean éstos prácticas económicas, artísticas, científicas o cualesquiera otras.

En las ciencias sociales la cultura abarca el conjunto de las producciones materiales (objetos) y no materiales de una sociedad (significados, regularidades normativas creencias y valores, aunque también (Bourdieu, 1990) han surgido tesis significativas acerca de la producción, circulación y consumo. Debe aceptarse que la producción y el consumo impulsan el desarrollo integral del ser humano y que no solo la primera se halle subordinada respecto del consumo cultural. Este último resulta de suma trascendencia, ya que permite la generación de conocimiento y creatividad, así como la innovación de soluciones propias del entorno social y familiar, de lo contrario, favorece el consumo irracional y la adaptación a la realidad sin posibilidad de enfrentarla y desafiar la adversidad contemporánea.

La comunicación mediante los medios masivos está íntimamente ligada tanto a la cultura como al desarrollo social y económico de los pueblos. Estos medios de comunicación han tenido cambios y tendencias paralelas en el devenir político y económico de cada nación, abarcando desde esquemas totalmente educativos hasta otros por completo comerciales, que han tenido gran impacto en los hábitos y conductas.

La comunicación mediante medios interpersonales se ha incrementado, sin embargo, ésta no se halla bajo un control total de la estructura del Estado, como ocurre con la de tipo masivo, donde la participación de dicha estructura es casi de naturaleza hegemónica.

La interdependencia de estos dos procesos se manifiesta al considerar que, en la sociedad, todo proceso educativo incluye de alguna manera la comunicación y la cultura y esta última, por lo general, conlleva la intención de intercambiar ideas, sentimientos, experiencias, valores o actitudes.

La comunicación interpersonal fomenta el proceso de enseñanza-aprendizaje desde una óptica participativa, en que los miembros cambian la relación vertical educando-educador y la convierten en una relación horizontal, que permite el intercambio de conocimientos y experiencias, dando lugar a una relación de igualdad, confianza y comprensión, donde todos tienen capacidad para analizar, criticar, decidir, resolver y transformar la situación.

El consumo cultural, definido como “el conjunto de procesos de apropiación y uso de productos en los que el valor simbólico prevalece sobre los valores de uso”, es un tema bastante estudiado en México y América Latina, aunque no en lo que respecta a los intereses y manifestaciones culturales de los jóvenes universitarios (De Garay, 2000), en los jóvenes universitarios sigue siendo una suerte de “realidad ignorada”. (Didou, 2000). De esta manera es como llega a entenderse que los jóvenes como estudiantes de la educación superior en México no hayan sido objeto prioritario de la investigación, pese a su importancia, a este actor se le conoce poco, salvo en momentos de transformaciones ocurridas durante los últimos años.

El adecuado consumo de cultura y tiempo libre de los medios de comunicación (CCTLM) en estudiantes se traduce en generación de conocimiento y creatividad; así como en la innovación de soluciones propias del entorno social y familiar; de lo contrario, propicia el consumo irracional y la adaptación a la realidad sin posibilidad de enfrentarla y desafiarla ante la adversidad contemporánea.

La oferta de la industria cultural se ha diversificado con el acceso a la “televisión de paga”, internet y otros servicios de productos transnacionales, ampliando las posibilidades de elección de información y entretenimiento para aquellos sectores socioeconómicos de la población con mayor poder adquisitivo. Sin embargo, como contraparte de la adopción de las políticas económicas neoliberales globalizadoras y la ausencia de una política de Estado congruente y consistente con la promoción y desarrollo de nuestras propias industrias culturales, la capacidad productiva se ha visto disminuida, así como ha aumentado la brecha de acceso al consumo entre los distintos sectores socioeconómicos del país.

Los problemas económicos por los que atraviesa la mayoría de nuestra población han conducido a que la clase trabajadora dedique mayor cantidad de tiempo a las actividades laborales, disminuyendo el ocio, ocasionando que la recreación se dé en un contexto dividido del trabajo y orientado a aliviar las tensiones generadas por el propio trabajo.

## Metodología

Estudio desarrollado durante el 2010 y 2013. La muestra se integra por 340 estudiantes adolescentes de educación media de la Universidad de Guadalajara.

La principal variable de estudio fue el Consumo de Cultura, Tiempo Libre y Medios Electrónicos (CCTLM); integradas por los indicadores de cultura, uso del tiempo libre y uso de los medios electrónicos. Además, las variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación y estado civil. El instrumento de recolección de los datos se integra con 46 preguntas; éstas fueron producto de una ronda de expertos (4 de 5) logrando un índice de 0.82 de confiabilidad.

Los instrumentos fueron aplicados por un grupo de académicos con formación en investigación educativa, el cual validó sus respuestas. Posteriormente se efectuó la captura en una base de datos y un análisis descriptivo e inferencial echando mano del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). En el cuadro descriptivo se incluyen la media, desviación estándar, mediana y proporción. El inferencial reconoce la variable principal como ordinal, CCTLM, y utiliza la U de Manwitney y Kruskal Wallis para muestras no relacionadas.

El análisis inferencial de la variable de estudio permitió integrar una puntuación, a partir de ponderar diversas actividades favorecedores del CTLM, logrando un límite superior e inferior, de tal modo que este rango permitió una medición ordinal mediante la fórmula de Pérez Padilla, definiendo el nivel alto, medio, bajo y al azar.

## Resultados

Respecto de la edad de los estudiantes considerados en la muestra de estudio, se encontró que el 96% se halla por debajo de los 16 años, con una media de 13.1 y una desviación estándar de 1 en rango de 5.

En referencia con el sexo de los estudiantes de educación media considerados en nuestro estudio, se encontró que el 49% (168) son de sexo femenino mientras el 51% (171) son de sexo masculino. En esta muestra de estudio se identificó que el 100% corresponden al estado civil soltero. La actividad laboral de los estudiantes se identificó con el 17%.

El punteo de la valoración global del consumo de cultura, tiempo libre y de los medios, el cual se integra con la ponderación de indicadores relativos al proceso de cultura, tiempo libre y medios electrónicos como internet, se observa que:

- a) Respecto al consumo de tiempo libre: el 23,3% de los adolescentes (79 casos) reportan un nivel alto de consumo de tiempo libre (tabla 1).

Valoración	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-10)	54 (15.9)	61 (17.9)
Medio (11-20)	74 (21.8)	72 (21.2)
Alto (21-30)	40 (11.8)	39 (11.5)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

- b) En el consumo de cultura el 1.5% los adolescentes (5 casos) se ubican en nivel alto de consumo (tabla 2).

Tabla 2. Valoración del consumo de cultura en estudiantes adolescentes		
Valoración	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-15)	142 (41.8)	151 (44.4)
Medio (16-30)	23 (6.8)	19 (5.6)
Alto (31-45)	3 (0.9)	2 (0.6)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

- c) En el consumo de lecturas el 1.2 % de los adolescentes (4 casos) se catalogan con nivel alto de consumo (tabla 3).

Tabla 3. Valoración del consumo de lectura en estudiantes adolescentes		
Valoración	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-10)	148 (43.5)	138 (40.6)
Medio (11-20)	18 (5.3)	32 (9.4)
Alto (21-30)	2 (0.6)	2 (0.6)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

- d) El 7.3% de los adolescentes (25 casos) se ubica en un nivel alto de consumo de internet (tabla 4).

Tabla 4. Valoración del consumo de medios (internet) en estudiantes adolescentes		
Valoración	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-20)	78 (22.9)	70 (20.6)
Medio (20-40)	77 (22.6)	90 (26.5)
Alto (>40)	13 (3.8)	12 (3.5)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

- e) Respecto a la percepción que tiene el adolescente sobre el CCTLM el 5.6 de ellos (19 casos) se reconoce con un nivel alto (tabla 5).

Valoración	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-10)	123 (36.2)	118 (34.7)
Medio (11-20)	38 (11.2)	42 (12.4)
Alto (21-30)	7 (2.1)	12 (3.5)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

Estos indicadores se relacionaron con variables como sexo, edad, año de escolaridad y actividad laboral y no mostraron diferencia estadística.

En el consumo global (valor que integra los indicadores anteriores) el 5% de los adolescentes (17 casos) tiene un punteo alto (+350) de un valor teórico posible de 650; le sigue el 31.7% (108 casos) con punteo medio (151-300) y se encontró que el 63% (215 casos) representan la valoración de nivel bajo (tabla 6). Respecto de la valoración global del consumo de cultura, tiempo libre y de los medios, no mostró diferencia significativa en la estadística al momento de ponerla en relación con las variables sociodemográficas.

Valoración global	Femenino N (%)	Masculino N (%)
Bajo (-150)	110 (32.3)	105 (30.8)
Medio (151-300)	51 (15)	57 (16.8)
Alto (350+)	7 (2.1)	10 (3)
Media (dst)	151.9 (82.3)	162.4 (85.8)
Total	168 (49.4)	172 (50.6)

p=NS

## Discusión

El estudio del consumo cultural en América Latina ha experimentado un desarrollo vertiginoso en la última década, fundamentalmente porque ha sido estimulado desde disciplinas y ámbitos diversos y por una amplia gama de demandas que abarcan desde la búsqueda de democratización de las políticas culturales hasta



la mejor mercantilización de las industrias culturales (Rosa, 2002). Mientras a principios de los años noventa del siglo xx era notoria la inexistencia de investigaciones sobre públicos, consumo y recepción de bienes culturales, a finales de la década, éstas no solo han adquirido centralidad en la agenda de los estudios sobre cultura y poder, sino que también han pasado a ser un ingrediente clave en los procesos de producción al interior de la industria cultural.

El consumo de cultura y tiempo libre tiene diversas manifestaciones en la población de estudiantes (Ruiz, 2000). Del total de alumnos la mitad son del sexo femenino, solteros y una mínima parte dedicados a actividad laboral diversa, sin diferenciación del consumo de cultura total.

El nivel de ponderación integrado de consumo de cultura, tiempo libre y medios electrónicos muestra un nivel alto en tan solo el 5%, muy por debajo de niveles reportados por Mureddu (2003). Estos valores manifiestan que nuestra sociedad no se ha preparado para un consumo de tiempo propicio y muchas veces, por carecer de los factores y espacios idóneos, se refugian en actividades monótonas y poco reflexivas (Fernández, 2005; Rodríguez, 1999).

Si bien es un estudio exploratorio, permite tener un acercamiento con la realidad del CCTLM, en una población joven que inicia su proceso de formación. Es importante resaltar que surge de una muestra de población de estudiantes de educación media, que en su mayoría representa el área metropolitana de Guadalajara, con un instrumento válido y confiable.

La importancia de impulsar una cultura en cuanto a la promoción y uso CCTLM en la sociedad moderna juega un papel importante en el desarrollo de la conducta y del pensamiento del hombre. Es en este tiempo donde se generan las potencialidades creadoras del hombre manifestándose luego en la actividad laboral. Este proceso de reproducción no es tan simple como aparenta serlo, de manera superficial, pues está relacionado con un conjunto de actividades que denota en las personas un estado emocional tanto positivo como negativo.

Los problemas económicos por los que atraviesa la mayoría de nuestra región han conducido a que los adultos dediquen mayor cantidad de tiempo a actividades laborales, lo que a su vez produce en los estudiantes de educación media la necesidad de incrementar actividades favorecedoras del consumo positivo del tiempo libre (Lerma, 1998). Si reconocemos que el CCTLM surge en un contexto en el cual se empieza a reconocer la existencia de un ámbito social de consumo, éste debe de entenderse como un conjunto complejo de actividades que busca compensar los desequilibrios entre las obligaciones y responsabilidades sociales.

En tal sentido, coincidimos con García (2003), quien define el consumo como “el conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos en beneficio cultural, social e individual”.

Reconocer que el CCTLM está en el 5% de la población en estudio, y que esta prevalencia no está determinada por la obligatoriedad académica, plantea un

reto fundamental para las instituciones de educación que tendrán que destinar parte de su desarrollo curricular e integral a responder a esta necesidad social.

Es indiscutible que el uso de tiempo libre en la realización de actividades de tipo recreativo, cultural, deportivo o social contribuye positivamente a la mejora de la vida individual y al enriquecimiento de la vida familiar y comunitaria.

El consumo de cultura, tiempo libre y medios de comunicación (CCTLM) se detectó alto en el 5% (17 casos) de los estudiantes, esto representa que solo la quinta parte de los estudiados en la serie encuentran, a través del CCTLM, un estímulo para un desarrollo integral congruente con las políticas nacionales e internacionales para ofrecer a la juventud de la región los mecanismos sólidos que le permitan enfrentar los retos del binomio consumo-creación.

El perfil de estos jóvenes se asocia con características sociodemográficas propias, como el estado civil, la escolaridad de padres y el propio sostén financiero de la familia, además de la desocupación laboral; sin embargo, ninguno de éstos fue suficiente para hacer una diferencia significativa en factores que propician el consumo de cultura, tiempo libre y medios electrónicos.

Finalmente el consumo de cultura no debe verse como una actividad inducida por la industria cultural, ni como el consumo de objetos, sino como un proceso integral donde se construye el sujeto, su interacción y su representación.

## Bibliografía

- AVILÉS, F. R. (2004). "El papel de la Universidad en la divulgación de la cultura", en *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- BOURDIEU, P. (1990). *Sociología y cultura*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México: Grijalbo.
- BRONFMAN, M. (1999). *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX-INSP.
- DE GARAY, A. (2004). *Integración de los jóvenes en el sistema universitario: Prácticas sociales, académicas y de consumo cultural*. Barcelona-México: Ediciones Pomares.
- DIDOU, S. (2000). Sociedad del conocimiento de internacionalización de la educación superior en México. México, DF: ANUIES.
- FERNÁNDEZ, J.; SERNA, E. (2004). Estudio transversal del uso del tiempo extraescolar en los escolares bogotanos. Recuperado el 27/07/06, de: <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso/congreso8/Upedagogica.html>
- GARCÍA, N. (1993). *El consumo cultural en México*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México: Pensar la cultura.

- JENICEK, M. (1996). *Epidemiología: La lógica de la medicina moderna*, Barcelona: Masson.
- LERMA, R. (1998). Recreación, tiempo libre y educación en el Uruguay. *Revista Prisma*, 11 (1): 22-28.
- MODENA, M. (1999). *Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa en salud, cambio social y política: Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX-INSP.
- MUREDDU, C. (2003). El uso del tiempo libre como sustituto valorativo en los estudiantes. *Revista Reencuentro*. Recuperado el 31/07/2006 de: [www.xoc.vam.nx/cuaree/no38/siete/tiempo.html-15k](http://www.xoc.vam.nx/cuaree/no38/siete/tiempo.html-15k)
- RODRÍGUEZ, J.; AGULLÓ, E. (1999). Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*, 11 (3): 24-9
- ROSA, A. (2002). Los estudios sobre consumo cultural en México, en Daniel Mato, Estudios y otras prácticas intelectuales latinoamericanas en cultura y poder, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-Universidad Central de Venezuela, Caracas. Venezuela. CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales).
- RUIZ, J.; GARCÍA, M.; HERNÁNDEZ, A. I. (2000). Actividades con que ocupa su tiempo libre el alumnado de la Universidad de Almería. Un estudio longitudinal. En VI Congreso de la Asociación Española de Investigación Social aplicada al Deporte "Deporte y cambio social en el umbral del siglo XXI". Granada: Asociación Española de Investigación Social.

## CAPÍTULO 7

# La pediculosis en el sector educativo: medidas de control a través de la historia

MARÍA ANA VALLE BARBOSA

JOSÉ RAÚL ROBLES BAÑUELOS

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

ARMANDO MUÑOZ DE LA TORRE

GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ

---

## Introducción

La pediculosis es un problema de salud pública cuya presencia se remonta a periodos bíblicos, no obstante, la relevancia que se le asigna varía según los lugares y culturas del mundo.

La información encontrada en los diferentes archivos históricos hace mención de la importancia que tiene la higiene en el control de las plagas y epidemias, reafirmando que la falta de limpieza es un factor de riesgo para contraer enfermedades, en el caso de la plaga de piojos no se pensó de manera diferente. Se tomaron en cuenta estas observaciones para los reglamentos de la instrucción escolar, se sabe que a finales del siglo XIX, se solicitó que las escuelas de Guadalajara fueran construidas de manera que contaran con buena ventilación, estuvieran pintadas de blanco y fueran pulcras, debían ser barridas y regadas todos los días, una o más veces si fuera necesario, además de vigilarse la limpieza del cuerpo, de la cabeza a los pies, incluyendo la ropa y los libros. El profesor debía realizar dicha inspección de manera ordinaria con los alumnos al entrar a clase (Tolentino, 1883; Ayuntamiento de Guadalajara, 1835; Terán, 1891).

Lo anterior manifiesta la antigüedad del problema en nuestra ciudad, por tanto; el principal objetivo que los autores se proponen lograr con este documento es señalar la importancia que tiene la pediculosis como problema de salud pública, cuya presencia es continua y se agudiza conforme pasan los años, a pesar de las medidas de control que se han implementado a través del tiempo.

Los autores abordan el fenómeno de la pediculosis desde una perspectiva social y de salud pública, que encuentra fundamento dentro de una revisión bibliográfica y de documentos históricos, pudiendo señalar de esta manera que el aumento percibido en el número de casos de esta enfermedad, dentro de las escuelas y en la población en general durante las últimas fechas, encuentra como principal causa la carencia de higiene y formas de vida en hacinamiento, además del uso indiscriminado de tratamientos farmacológicos sin la necesaria supervisión médica.

## Características de la pediculosis y del agente causal

La pediculosis es una enfermedad que se presenta en todo el mundo, fomentada por la mala higiene, la promiscuidad y el fenómeno migratorio, constituyendo un problema de salud pública que no distingue sexo, edad, raza o estrato socioeconómico.

Las características del agente causal de esta enfermedad hacen que influyan las condiciones de vivienda, el número de miembros en la familia y el tipo de cabello, como tenerlo largo y de color oscuro (Villanueva, 2008).

El término *artrópodo* deriva del griego *arthron* (articulación, unión) y *podos* (pies, patas). Se conocen más de 6 millones de especies del *phylum* arthropoda, siendo los organismos vivos más abundantes del planeta. Son parásitos invertebrados con simetría bilateral, multicelulares y de cuerpo segmentado, además cuentan con visión de 360° gracias a sus ojos facetados. Existen tanto machos como hembras, a menos que se describa a los más primitivos (Tay, 1994, pp. 256-258).

Los piojos, miembros de la familia *pediculidae*, son insectos hematófagos de gran relevancia médica. *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza), *pediculus humanus corporis* (piojo del cuerpo) y *pthirus pubis* (ladillas) son los artrópodos que parasitan al ser humano (Tay, 1994, p. 283-286).

En su anatomía estos parásitos, cuya longitud varía de entre 3 a 4 mm en la hembra y 2 a 3mm en el macho, presentan cabeza ensanchada en la porción media, antenas con tres o cinco segmentos, aparato bucal de tipo punzante o succionador, tórax trisegmentado no aparente y abdomen de siete a nueve segmentos, en el caso del macho se encuentra al final el edeago (órgano de la reproducción). Además presentan tres pares de patas con cinco artejos cada una y en el último se encuentra una uña en forma de gancho, que utilizan para fijarse al pelo o fibras de la ropa. Su color varía del amarillo al grisáceo. Los huevecillos (*liendres*) son blanquecinos y miden menos de 1mm de longitud. *Pthirus pubis* o ladilla es conocido también como piojo chato, por ser corto y ancho, y mide alrededor de 2mm de longitud (Herranz, 2008; Viovy, 1999).

Al nacer (*ninfas*) miden menos de 1mm y son casi transparentes, por sus señas particulares no es fácil visualizarlos ya que adquieren tonos similares al del pelo

del huésped, las más de las veces se colocan en la parte del cabello cercana a la piel. Necesitan nutrirse varias veces al día, de no ser así, mueren en corto tiempo, las ninfas sucumben en horas y los adultos en uno o dos días. Las hembras viven de tres a cuatro semanas, en ese tiempo pueden poner más de siete huevos al día, aunque no todos factibles. Los huevecillos (llamados habitualmente *liendres*, aunque propiamente la *liendre* es la cáscara de queratina del huevo) se fijan con firmeza al pelo mediante un pegamento que no se disuelve al agua. Para que el huevecillo prospere, se necesita una temperatura de incubación superior a 22° C, por eso el huevecillo se deposita cerca del cuero cabelludo, sobre todo en la nuca y tras las orejas (Herranza, 2008).

En los medios informativos se ha evidenciado que la pediculosis es una de las tantas enfermedades que causan daño habitual y significativo en los escolares de todo el mundo. Desde hace aproximadamente tres años, en diferentes medios de comunicación, surgió la noticia que difundía el brote de piojos en los alumnos de varias escuelas del país, tales brotes causaron gran preocupación entre los maestros, autoridades educativas y diversos niveles de gobierno, ya que se trata de una enfermedad que impacta en lo económico, escolar, laboral, psicológico y social, dado el estigma que se produce como consecuencia de la estrecha relación que el padecimiento guarda con las deficientes condiciones de higiene (Moncada, 2008).

Particularmente, en la ciudad de Guadalajara, se detectó la presencia de estos parásitos en algunas escuelas primarias (se mantiene en el anonimato el nombre), en consecuencia las autoridades se propusieron agudizar las medidas de higiene personal en los alumnos, así como en uniformes y útiles escolares, además de implantarse otras medidas de prevención como evitar el uso compartido de gorras, pañuelos, peines o cepillos (fuente Azteca Noticias, 2011). El 21 de enero del 2014, se notificó que la epidemia persistía en el alumnado, reportándose que el 10% se encontraban afectados, sin embargo, no se especificó si ese porcentaje pertenecía al 100% de los alumnos o si este reporte se refería a un nivel escolar específico (Mendo, 2014).

Además, cabe recordar que se publicó en el periódico *El Universal* de la ciudad de México (2010), la nota que describía los casos de contagio por piojos en diversos estados de la república, como Sonora, Jalisco, Nuevo León, Tamaulipas, Tabasco, Guerrero y el Distrito Federal, ante esto el senador Lázaro Mazón Alonso consideró necesario que las autoridades sanitarias correspondientes evaluaran de manera inmediata las fuentes de contagio para combatir este flagelo, dada la rápida reproducción de estos insectos, por lo que vio como indispensable hacer un llamado a la población en general y pidió que dicha epidemia se considerase un problema de salud pública, a falta de una definición puntual de los factores específicos que provocaron el esparcimiento de la epidemia, luego de puntualizar que esta plaga no reconoce barreras geográficas ni límites socioeconómicos, siendo cualquier ser humano susceptible a la enfermedad que es objeto de este trabajo.

## Pediculosis: características de la enfermedad y tratamiento

Los piojos pueden alojarse en la región occipital de la cabeza, en el vello torácico y axilar, así como en el vello púbico para las ladillas. Estos ectoparásitos cosmopolitas están presentes por lo general en hospederos con hábitos de aseo deficientes, de condición socioeconómica baja y que viven en hacinamiento, aunque no reconocen barreras geográficas ni culturales.

El signo más característico que refieren los pacientes es el prurito, es decir la comezón en el cuero cabelludo, causado por la presencia de la saliva del piojo que irrita la pequeña porción de la picadura.

La forma más común de contagio es el contacto persona-persona, además del uso compartido de cepillos, peines, gorras, bufandas y otras prendas. El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (2014) indicó que la presencia de piojos es de manera invariable más común entre los niños de cuatro a seis años de edad, y con menor incidencia entre los seis y los 10. Por el motivo anterior, manifestó la importancia de las medidas higiénicas adecuadas en la totalidad de los niveles educativos, sin olvidar que son los infantes quienes demuestran más propensión al contagio.

El tipo de tratamientos empleados para esta enfermedad y su eficacia han variado a través del tiempo. El primer registro identificado, en que se describe cómo tratar la infesta de piojos en Guadalajara, data de 1926, éste propone el uso del petróleo y resalta la importancia de la higiene. En dicho documento puede leerse:

“Se practicará una revisión de aseo individual a los alumnos, donde el maestro observe el estado de la cabeza, cara, oídos, nariz, boca y pies. Si se observa que se tenga alguna enfermedad contagiosa, como tiña, deberá separarlos de los demás y comunicarlo al inspector médico o, si presenta ptiriasis (liendres), se les aconseja que se laven con agua tibia vertiéndose vinagre, insistiendo con los padres de los alumnos hasta conseguir su completa curación. Así como si padecen de pediculosis (piojos) se recomendará que se les empape el cabello con una mezcla a partes iguales de petróleo y aceite de olivo hasta que desaparezca el problema” (Ayala, 1916).

Entre otros tratamientos que han existido para la *pediculosis capitis* se encuentran: la lندrera eléctrica, unas púas metálicas que dan una pequeña descarga eléctrica cuando el piojo o liendre queda atrapado; los tratamientos naturales, los agentes oclusivos, sustancias pegajosas, aceite de oliva, vaselina, margarina, mayonesa, calor y otros, incluyendo el uso generalizado de insecticidas como el DDT; tratamiento con extractos de plantas, hay aceites esenciales vegetales, como el aceite de árbol de té (malaleuca), coco, *ylang-ylang* o flor de cananga, *neem*

o nim, y diversas plantas aromáticas (anís estrella, lavanda, menta, eucalipto y otras) que son pediculicidas por mecanismos no bien conocidos (Herranz, 2008).

En el acervo popular de cada región existen múltiples remedios a base de plantas, maceradas generalmente en vinagre o alcohol. Los cuales pueden ser tóxicos dependiendo de su concentración y absorción, de manera que su origen natural no es garantía de inocuidad. Los químicos son tratamientos con insecticidas clásicos, que actúan interfiriendo el metabolismo neuronal del insecto, y pueden tener efectos adversos sobre el hombre y el ecosistema, además pierden su eficacia con el desarrollo de resistencias, los tres más utilizados durante décadas han sido permetrina, malatión y lindano (Herranz, 2008).

Hay otros más inofensivos como el alcohol, del que no se ha reportado efectividad. Recientemente para el actual brote de piojos en escuelas públicas y privadas que reportaron a la Secretaría de Educación Pública (SEP) se sugirió el uso de champú y jabones, los últimos fueron proporcionados por la SEP para los alumnos afectados.

## Uso indiscriminado de tratamientos contra los piojos

De manera ordinaria no se tiene control en la venta de estos insecticidas (que pueden ser organoclorados, organofosforados o piretrinas/piretroides), por lo que habitualmente los pediculicidas se automedican entre la población sin tomar en cuenta los efectos secundarios en la salud de la persona, representando un peligro la facilidad para adquirirlos y tenerlos en casa. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre (Benenson, 1992).

Lo que es tóxico para el parásito, lo es también para el huésped. No se ha encontrado un insecticida que “dentro de las dosis farmacológicas recomendadas” demuestre carácter inocuo para quien lo utiliza causando, en mayor o menor grado, trastornos a la salud que pueden ser letales (Corredor, 1994).

En la actualidad se desconocen las cifras de brotes de pediculosis en nuestro país pero se sabe que la resistencia, que estos parásitos generan a los tratamientos por su uso inadecuado, es la principal causa de una mayor incidencia en la población (Sánchez, 2008).

## Conclusiones

Como consecuencia de la poca atención que recibe este conjunto de problemas, a pesar de su clara identificación por parte de la población, aunado a la inadecua-



da implementación de medidas preventivas y tratamientos efectivos, esta plaga considerada *flagelo de los pobres*, hasta hace unos años, se presenta de nuevo con aumento en el número de casos sin ejercer preferencias socioeconómicas (Carrasco, 2010, p. 56-63).

La revisión bibliográfica llevada a cabo para la elaboración de este capítulo, arroja datos que sugieren que el registro de los problemas de salud en México es errático y por tanto inconsistente, pues no se han llevado a cabo los estudios sistemáticos apropiados de edad, sexo y contexto social que demuestren las tendencias de predominancia en la población y sugieran medidas de prevención y tratamiento apropiadas conforme a casos específicos.

Además, resulta indispensable generar conciencia no solo en las instituciones del sector educativo y aquellas cuya labor es el cuidado de la salud, sino que la población en general debe ser notificada respecto al problema de la pediculosis, mediante campañas de información, prevención y detección, sin dejar olvidar que son los infantes quienes resultan más afectados, para adoptar así los tratamientos necesarios que permitan combatir de manera eficaz este grave problema de salud pública.

## Bibliografía

- AYALA, A. (1916). Dirección general de educación primaria y espacial del estado de Jalisco. Instrucción Pública, Legislación. Archivo Histórico de Jalisco. Guadalajara, 24 de agosto.
- AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE GUADALAJARA (1835). Reglamento para las escuelas municipales de esta capital y pueblos suburbios. Reglamento 111, caja 4. Archivo Municipal de Guadalajara, Jalisco.
- AZTECA NOTICIAS (2011). Detectan brote de piojos en escuelas de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, 11 de mayo. Servicio de Televisión abierta. Recuperado en [www.aztecanoticias.com.mx/notas/estados/53806/detectan-brote-de-piojos-en-escuelas-de-guadalajara](http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/estados/53806/detectan-brote-de-piojos-en-escuelas-de-guadalajara).
- BENENSON, A. S. (ed.) (1992) El control de las enfermedades transmitidas en el hombre. Publicación científica No. 507. Washington: OPS/OMS.
- CARRASCO, Z. I.; CARO, L. J. (2010). Pediculosis: una ectoparasitosis emergente en México. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, 29 (94): 56-63.
- CORREDOR, C.; RUIZ C. H.; CASTRO, L. M. (1994). Método fisicoquímica para el control de pediculus humanus capiti. *Biomédica*, 4: 48-53.
- GÓMEZ, A. E. (2009) Pediculosis. Combate permanente. Educación Sanitaria. *Offarm*, 28(6):75-86 Recuperado de [http://www.jano.es/farma/ctl\\_servlet?f=37&id=13141334](http://www.jano.es/farma/ctl_servlet?f=37&id=13141334).

- HERRANZ, J. B.; ABAD, I. E. (2008). Pediculosis de la cabeza. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 10 (38): 267-286.
- MENDO, I. (2014). Plaga de piojos. Guadalajara, Jalisco, 21 de enero. Servicio de televisión abierta.
- MONCADA, L. I. ET AL. (2008). Prevalencia y factores asociados a la pediculosis en niños en un jardín infantil de Bogotá. *Biomédica*, 28: 245-251. Recuperado de [www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/95](http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/95)
- NOTIMEX (2010). Piden considerar piojos problema de salud pública. *El Universal*, 18 de mayo. México. Recuperado de [www.eluniversal.com.mx/notas/6813.html](http://www.eluniversal.com.mx/notas/6813.html)
- SÁNCHEZ, S. (2008). Brotes de piojos. *El Sol de México*, diciembre 12. Ciencia y Tecnología. Cuidado con los piojos. Recuperado de [http://kiosko.net/mx/np/mx\\_sol\\_mexico.html](http://kiosko.net/mx/np/mx_sol_mexico.html)
- TAY, Z. J. (1994). *Microbiología y Parasitología Médicas*, 3: 256-258. México: Méndez itores, VILLANUEVA, R. J.; ARENAS, R. (2009). Pediculosis. *Dermatología Iberoamericana Online*, 32: 1-13. Colombia-México. Recuperado de <http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/03/Pediculosis.pdf>
- TERÁN, L. (1891). Proyecto de reglamento para las escuelas de párvulos. [Material manuscrito]. Instrucción Pública. IP-8 Caja 8. Archivo Histórico de Jalisco, Guadalajara, 28 noviembre.
- TOLENTINO, F. (1883). Reglamento de la Instrucción Pública [Material impreso]. Instrucción Pública, caja 2. Archivo Histórico Municipal de Guadalajara, Jalisco, 2 de mayo.
- VIOVY A. (1999). Ectoparasitosis. *Revista chilena de pediatría*, 70 (5): 446-450. Recuperado en 13 de noviembre de 2014, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41061999000500015&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41061999000500015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000500015&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41061999000500015).



## CAPÍTULO 8

# Infecciones de transmisión sexual: un problema entre los adolescentes

OSMAR JUAN MATSUI SANTANA

MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS

LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ

---

## Introducción

A finales del siglo xx las infecciones de transmisión sexual (ITS) presentaban diferentes tendencias en el mundo. En Europa nórdica y occidental las ITS habían disminuido notablemente, principalmente la sífilis y la gonorrea; se considera que esta declinación pueda obedecer a los programas de educación en la sexualidad en la escuela, los cambios conductuales, la promoción del uso del condón y la amplia disponibilidad de tratamientos para las ITS en los servicios de salud. En Estados Unidos de Norte América existen zonas geográficas y amplios grupos poblacionales donde hay baja incidencia de ITS, sin embargo, otros grupos de población continúan con frecuencias epidémicas de ITS; particularmente en grupos minoritarios dentro de las grandes ciudades estadounidenses. Por otro lado, los países menos desarrollados aún presentan incidencias y prevalencias altas de estas infecciones y son un grave problema de salud pública (Piot, 1993; Eng, 1997).

Existen más de 30 tipos de infecciones que se pueden transmitir por vía sexual, causadas por bacterias, virus, hongos, protozoos y artrópodos. Los síntomas principales pueden agruparse en afecciones conocidas como vulvovaginitis, uretritis, cervicitis y balanitis, además puede haber lesiones epidérmicas en la región genital o anal pero, también, pueden presentarse en otras partes del cuerpo. Cabe mencionar que varias de las ITS pueden además transmitirse por otras vías que no sea la sexual (AUPEX, 2011).

En el 2008 se estimó a nivel mundial la presencia de 499 millones de nuevos casos anuales de las cuatro ITS más frecuentes, sin incluir la infección por VIH/SIDA; de éstas corresponden: 276 millones tricomoniasis, 106 millones gonorrea,

106 millones clamidiasis y 10.6 millones sífilis. Se observa que hubo un incremento de lo estimado para el año 2005 y se cree que pueda ser el resultado de varios factores, como el incremento en los jóvenes de actividad sexual, cambios sociales que favorecen la diseminación de ITS y cambios en los patrones de prevención y tratamiento (OMS, 2012). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que durante el año 2012 existían 35 millones de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que anualmente se presentaban 2.3 millones de nuevas infecciones, cifra que muestra el 33% de disminución de lo estimado para el año 2001 (ONUSIDA, 2013).

En este capítulo se presenta información de las ITS más frecuentes en México, primero de forma general y después, en lo específico, la situación en adolescentes y jóvenes.

## Breve historia de las infecciones de transmisión sexual

La presencia de ITS se remonta a tiempos anteriores a la era cristiana. La infección uretral, probablemente gonorrea, era común en Egipto y pudo ser causa de la esterilidad de Sara, mujer de Abraham, ya que de acuerdo con la Biblia, durante su estancia en ese país, el faraón había tenido relaciones sexuales con ella, al creer que era hermana de Abraham (*Génesis*, 12). Así también, se describe la gonorrea en *Levítico*, 15, cuando Yahvéh instruyó a Moisés y Aarón sobre las impurezas sexuales relacionadas con el flujo seminal del hombre y con el flujo de la mujer; en *Números*, 31, Moisés ordena matar a los niños varones y a las mujeres que hayan conocido varón y únicamente aquellas que no hayan dormido con varón podrán quedar con vida para los jefes de la tropa (Biblia de Jerusalén, 1975).

Hipócrates 460-355 AC realiza una de las primeras descripciones científicas de la gonorrea y posteriormente Galeno 130 AC acuña el término de *gonorrea* como “flujo de semen”, al confundir la expulsión de la secreción purulenta por la uretra con el semen (Spence, 1993, p. 129-131) Aunque, a través de la historia, la gonorrea hubiera estado presente en Europa, fue Albert Neisser en 1879, quien descubrió el organismo causal y lo denominó *neisseria gonorrhoeae* (Condé-González, 1997, p. 543-579).

En relación con la *sífilis*, Girolamo Fracastoro, en 1530, la refirió como sífilis debido a que en su poesía didáctica, un pastor llamado Syphilus fue castigado con esta enfermedad por llevar una vida inmoral y llena de vicios. Esta infección sexual fue causa de epidemias durante los siglos XV y XVI, convirtiéndose con rapidez en algo bochornoso y cultural, de tal forma que los alemanes e ingleses la

llamaban “viruela francesa”, los rusos “enfermedad polaca”, los polacos “enfermedad alemana”, los franceses “enfermedad napolitana”, los holandeses, portugueses y norafricanos “enfermedad española o castellana” y, por su parte, los japoneses la conocían como “erupción cantonesa o úlcera china” (Rothschild, 2000; 2005).

Se ha sugerido que han padecido sífilis grandes personajes de la política, música y literatura en el mundo, tales como Justiniano el Grande (Lascaratos, 1999), Lenin (Lerner, Finkelstein y Witstum, 2004), Catalina la Grande (Morton, 1991), Joseph Haydn (Gordon, 1999), William Shakespeare (Ross, 2005), Edgar Allan Poe (Gordon, 1997), Oscar Wilde (Robins y Selfars, 2000) y, en Latinoamérica, Simón Bolívar (Auwaerter, Dove y Mackoiwiak, 2011). Incluso varias infecciones de transmisión sexual se atribuyen al legendario Giacomo Girolamo Casanova (Tampa *et al.*, 2014).

No fue sino hasta 1905, cuando Erich Hoffmann y Fritz Richard Schaudinn descubrieron que el microorganismo *treponema pallidum pallidum* era el causante de la sífilis. Cabe mencionar que existen otras enfermedades, aunque no de transmisión sexual, cuyo agente causal son otras especies o subespecies del *treponema* como el bejel, causada por el *treponema pallidum endemicum*, la frambesia por el *treponema pallidum pertenue* o el mal del pinto por el *treponema carateum* (Farnsworth y Rosen, 2006).

Existe gran controversia sobre el área geográfica donde surgió la sífilis. El debate actual, aún sin respuesta, conduce a plantearse el hecho de si la sífilis, en tanto que infección sexual, existía en Europa incluso antes del descubrimiento de América, o bien si esta enfermedad fue traída del nuevo continente por los navegantes de la flota de Colón (Tampa *et al.* 2014).

Otra ITS es la *clamidiasis* causada por la bacteria *clamidia trachomatis* descubierta por Ludwig Halberstädter y Stanislaus Josef Mathias von Prowazek en 1907. La clamidia es una bacteria intracelular, que al principio se le confundió con virus y hasta 1963 finalmente se le reconoció como bacteria. Las primeras referencias de esta enfermedad llegan de China en el siglo 27 AC, luego en Egipto en el siglo 15 AC (Hu *et al.*, 2010). Esta infección sexual se empieza a identificar con la presencia de uretritis que no eran causadas por la gonorrea al principio de los años cincuentas cuando ya existía la penicilina como tratamiento de la sífilis y gonorrea; llamó la atención que seguían presentándose casos de uretritis y que éstas eran negativas en los análisis para gonorrea (Budai, 2007).

Otra ITS frecuente es causada por el *virus del papiloma humano* (VPH). Aunque desde la década de 1930 Richard Shope, de la Universidad de Rochester, dedujo que era un virus el causante de los papilomas en el conejo, no fue sino hasta 1949, con la invención del microscopio electrónico, que pudo identificarse el VPH y de ahí en adelante se han ido descubriendo más de 120 tipos de esta familia de virus, de los cuales alrededor de 40 se relacionan con lesiones mucosas

anogenitales (Pelea y de Legaria, 2009). En 1976 Harald zur Hausen propuso la asociación de algunas de ellas con el cáncer cervical en las mujeres, motivo por el que recibió el premio Nobel de medicina en 2008, junto con los virólogos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier por el descubrimiento del VIH (The Nobel Organization, 2008). Al VPH también se le ha relacionado con el cáncer de pene y ano en el hombre (CDC, 1999).

Por último en la historia, el *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH) ha sido de reciente aparición ya que los primeros casos que llamaron la atención en el mundo, ocurrieron en 1981 (CDC, 1981).

## Síntomas generales de las ITS

En general, las infecciones de transmisión sexual suelen localizarse en piel o mucosas de la región genitoanal, también se les puede encontrar en la mucosa bucal o generalizarse en todo el organismo por medio de la circulación sanguínea como en el caso de la sífilis y la infección por VIH.

Para describir cómo las ITS afectan a las mucosas pondremos como ejemplo la clamidia o la gonorrea. Inicialmente entra a la uretra del hombre o de la mujer y puede manifestarse por secreción uretral y ardor al orinar, además en la mujer, puede alojarse en el cuello del útero donde, en ocasiones, provoca flujo vaginal. La clamidiasis, en la mayoría de los casos, puede ser asintomática, por lo que no se detecta, ni se trata oportunamente, lo que favorece su propagación en el útero y las trompas de Falopio en la mujer provocando dolor crónico, enfermedad inflamatoria pélvica con posibles consecuencias de infertilidad o embarazo ectópico. Mientras que en los hombres puede diseminarse a través de los conductos deferentes y el epidídimo causando dolor, fiebre y rara vez esterilidad (Alfieri, 2005). Si se da transmisión por la boca, durante las relaciones sexuales, puede ocasionar ardor o úlceras en boca, lengua o garganta; también puede transmitirse por el ano en las relaciones sexuales y los síntomas que pueden presentarse son dolor o ardor anal, secreción o dolor al defecar.

Los virus del *herpes genital* y el VPH además de infectar la mucosa uretral, vaginal, anal o bucal; pueden afectar directamente la piel de la zona genitoanal y producir lesiones ya sea: vesículas o ampollas que se rompen, en el caso del herpes, o verrugas cuando la infección es por VPH. Sin embargo, estas infecciones pueden ser de tipo asintomática por varios años (CDC, 2013). Otras ITS como la sífilis y el *chancroide* pueden ocasionar úlceras en la piel (OMS, 2008).

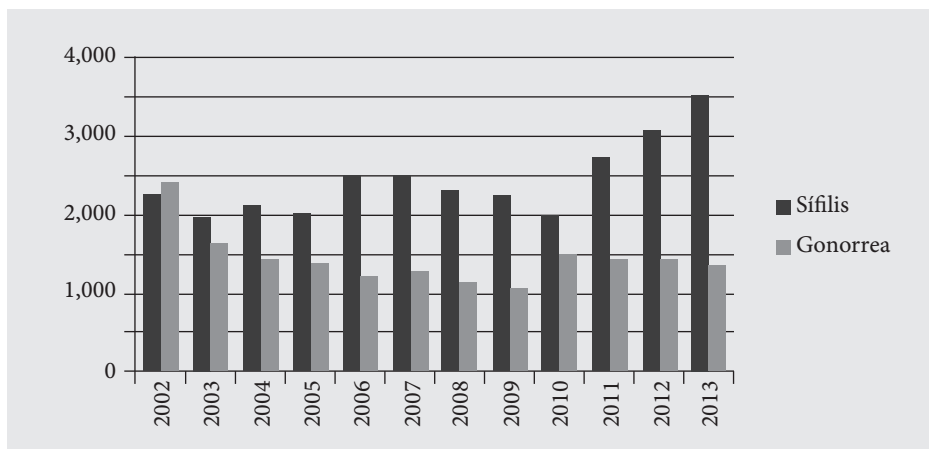
Si no se tratan las ITS oportunamente pueden provocar consecuencias que van desde el dolor pélvico crónico, dispareunia o coitalgia, esterilidad, cáncer o bien

otras manifestaciones en órganos como cerebro, corazón, piel, o bien sistemas como el inmunológico, padecimientos que pueden conducir a la muerte.

## Epidemiología de las ITS que en forma obligatoria se reportan en México

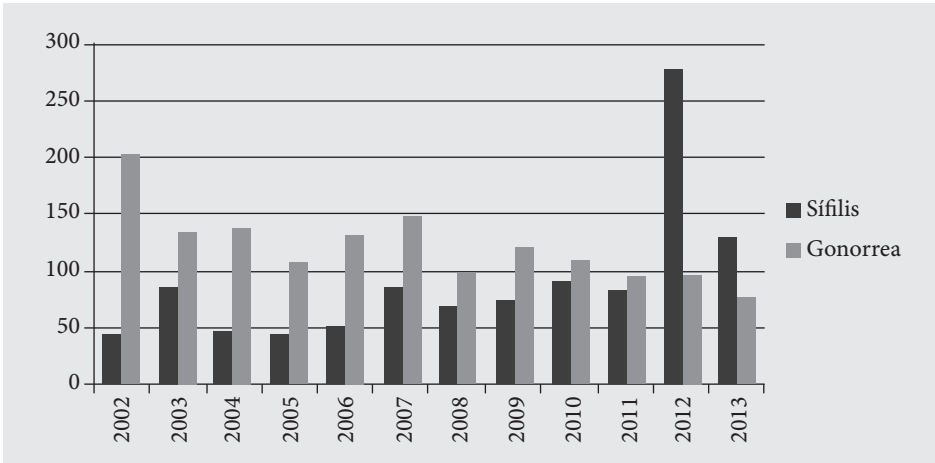
A continuación observaremos el comportamiento epidemiológico anual del número de casos de las ITS que aparecen en los boletines epidemiológicos del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud México (CENAVECE) por ser enfermedades de notificación obligatoria, que son: sífilis, gonorrea, SIDA, infección asintomática por VIH y desde 2005 el virus de papiloma humano (VPH).

La figura 1 muestra que en nuestro país se reportan más casos de sífilis que de gonorrea; los casos notificados de sífilis se habían mantenido más o menos constantes del 2002 al 2010, notándose un incremento importante en el último trienio 2011-2013. Sin embargo, en la figura 2 se observa que en el estado de Jalisco son más los casos notificados anualmente para gonorrea en el mismo periodo; sin embargo, en 2012 hubo un ascenso importante de los casos notificados de sífilis. Tanto en el país como en Jalisco pareciera presentar la gonorrea una tendencia a disminuir, al contrario de la sífilis, que pudiera ir en aumento.



**Figura 1.** Casos notificados de sífilis y gonorrea en México, 2002-2013

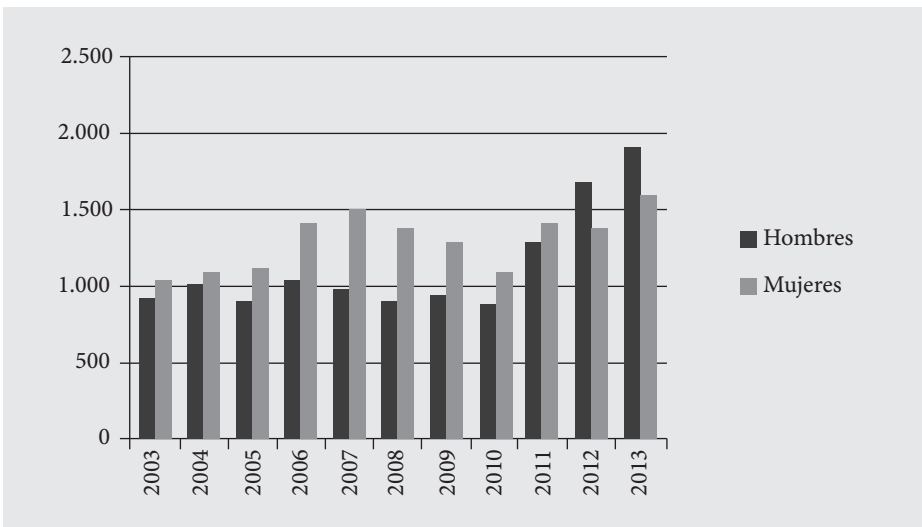
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013



**Figura 2.** Casos notificados de sífilis y gonorrea en Jalisco, 2002-2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

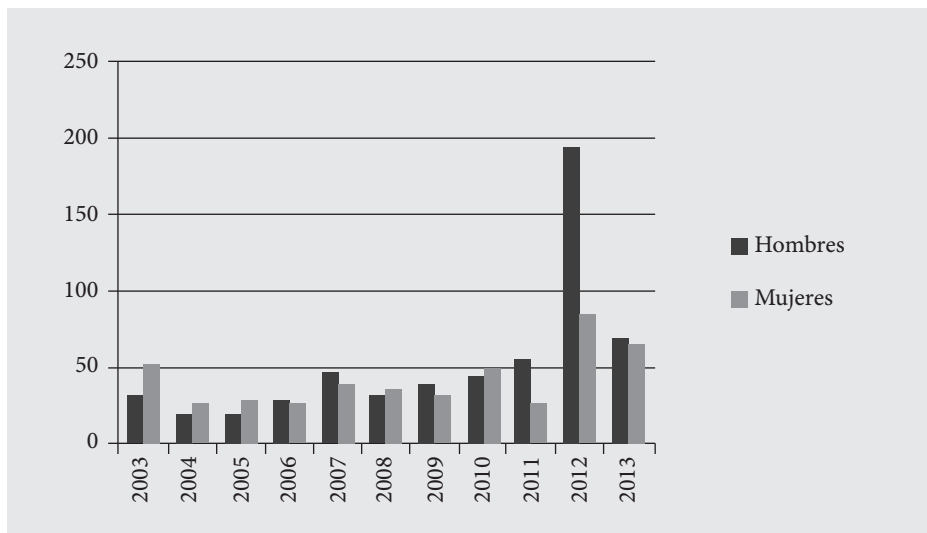
Al analizar en la figura 3 la distribución de la sífilis en México, ésta había sido notificada más en mujeres que en hombres pero, en los últimos dos años, el número de casos en el sexo masculino sobrepasó al de las mujeres. Mientras que Jalisco, en la figura 4 se muestra un comportamiento variable de casos entre los dos sexos, sin embargo, en el pico reportado del 2012 los casos en hombres representan más del doble que en las mujeres.



**Figura 3.** Casos notificados de sífilis por sexo en México, 2002-2013

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

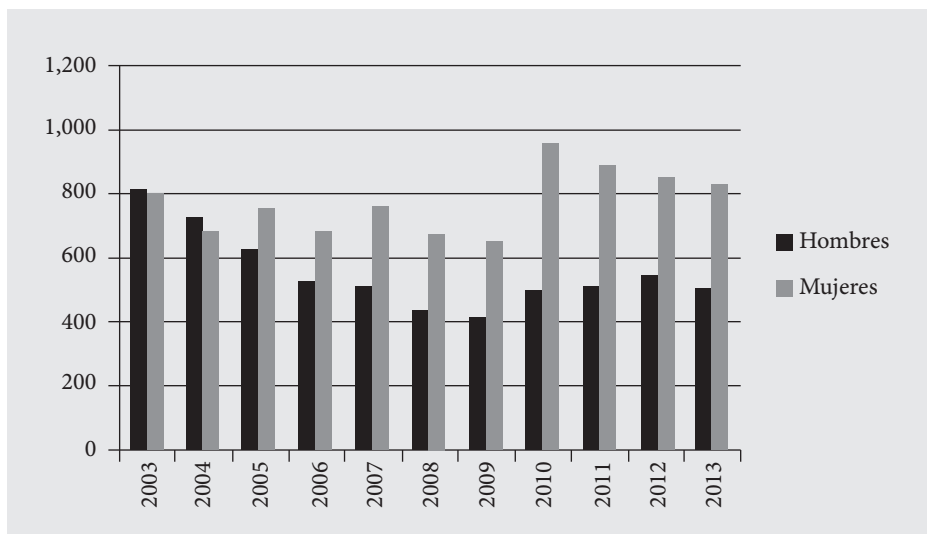




**Figura 4.** Casos notificados de sífilis por sexo en Jalisco, 2002-2013

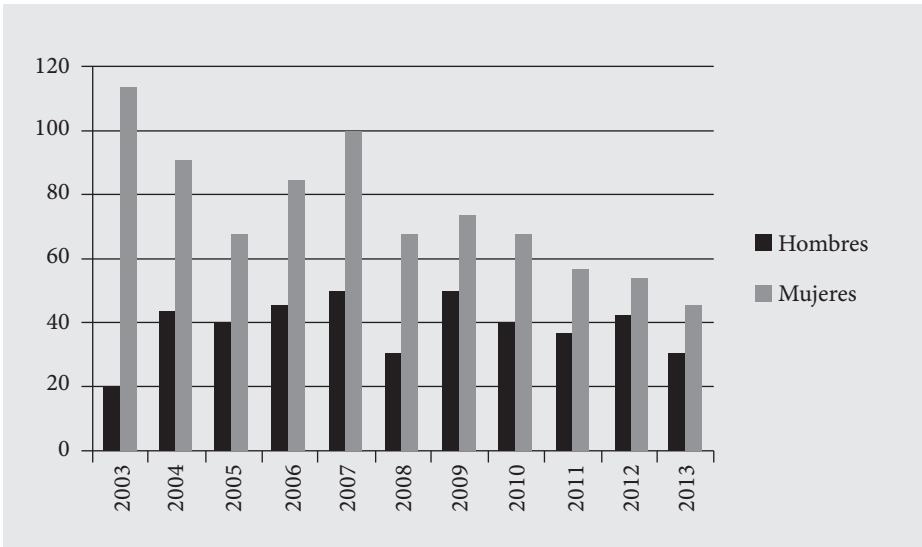
Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

En las figuras 5 y 6 se observa que tanto en México como en el estado de Jalisco, la gonorrea se ha notificado más en mujeres y pareciera que va en descenso. Aunque en el país la gonorrea en mujeres tuvo un aumento de los casos a partir del 2010, esta situación no se observa en Jalisco.



**Figura 5.** Casos notificados de gonorrea por sexo en México, 2002-2013

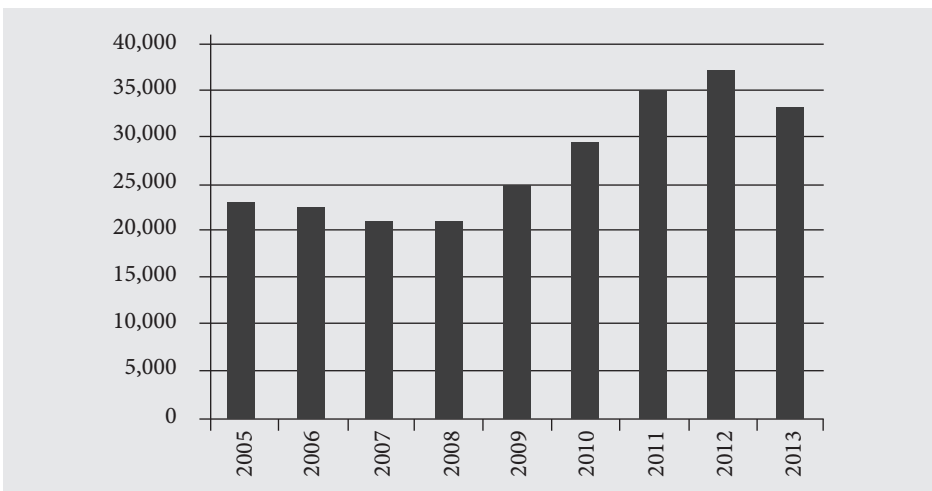
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013



**Figura 6.** Casos notificados de gonorrea por sexo en Jalisco, 2002-2013

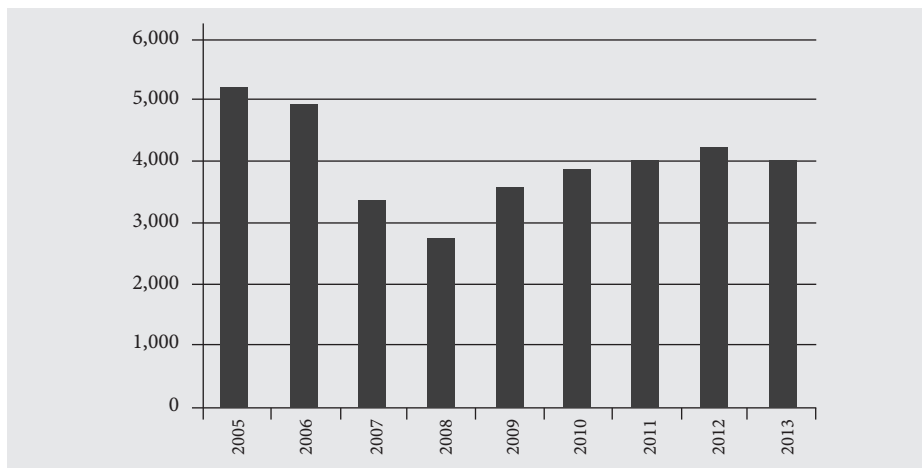
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

La infección por el virus de papiloma humano (VPH) empezó a notificarse de manera obligatoria a partir del año 2005, como se observa en la figura 7, en el país parecería que hubiera un aumento en la notificación de esta infección a partir del 2009; mientras que en Jalisco su notificación muestra, en la figura 8, una disminución en los primeros cuatro años y más tarde se eleva con una tendencia a estabilizarse.



**Figura 7.** Casos notificados de VPH en México, 2005-2013

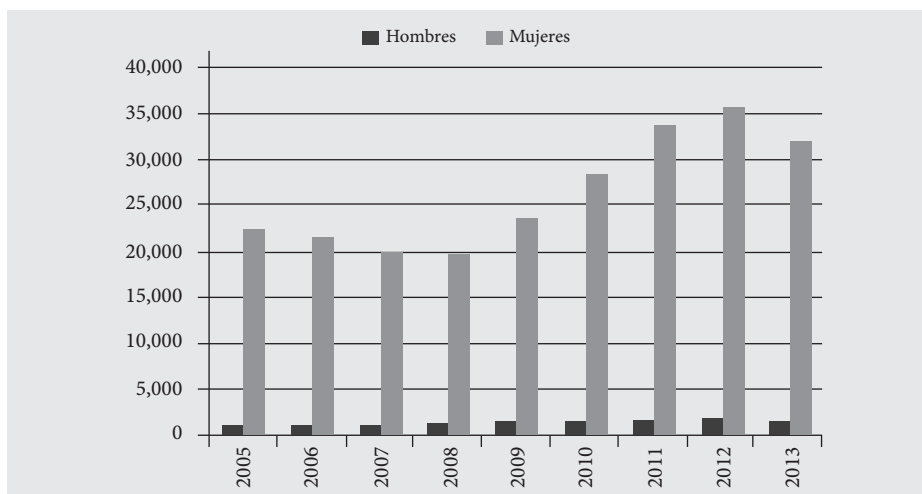
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013



**Figura 8.** Casos notificados de VPH en Jalisco, 2005-2013

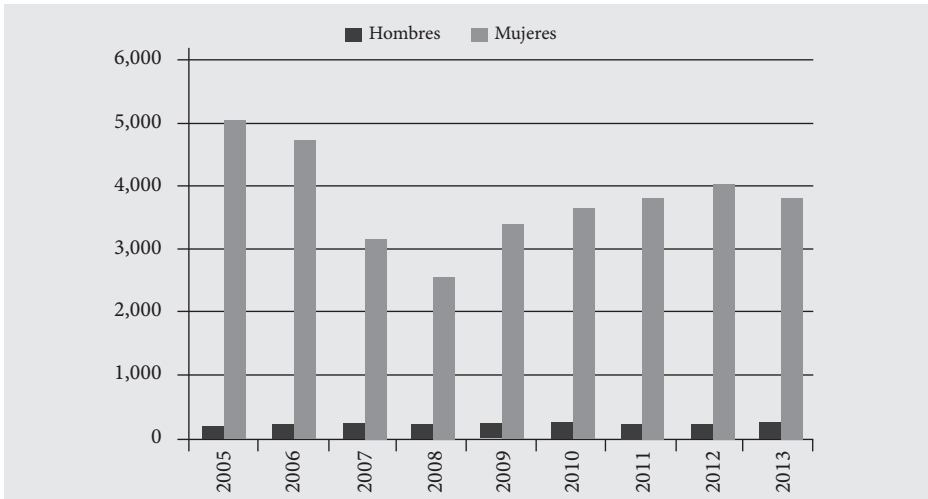
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

Como era de esperarse, en las figuras 9 y 10 se observa que la notificación de VPH es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres. Esto puede deberse a diferentes situaciones, por ejemplo, el VPH en los hombres se localiza principalmente en la uretra distal, se piensa que este virus puede lavarse con facilidad por medio de la orina, las mujeres acuden con mayor frecuencia a revisión ginecológica y muchos de los casos asintomáticos se detectan mediante la exploración vaginal o resultados sospechosos durante el examen Papanicolaou.



**Figura 9.** Casos notificados de VPH por sexo en México, 2005-2013

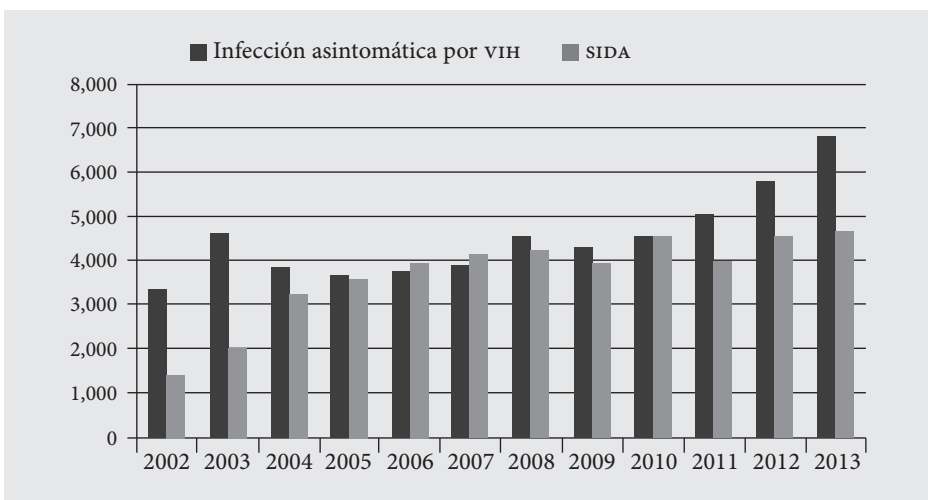
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013.



**Figura 10.** Casos notificados de VPH por sexo en México, 2005-2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

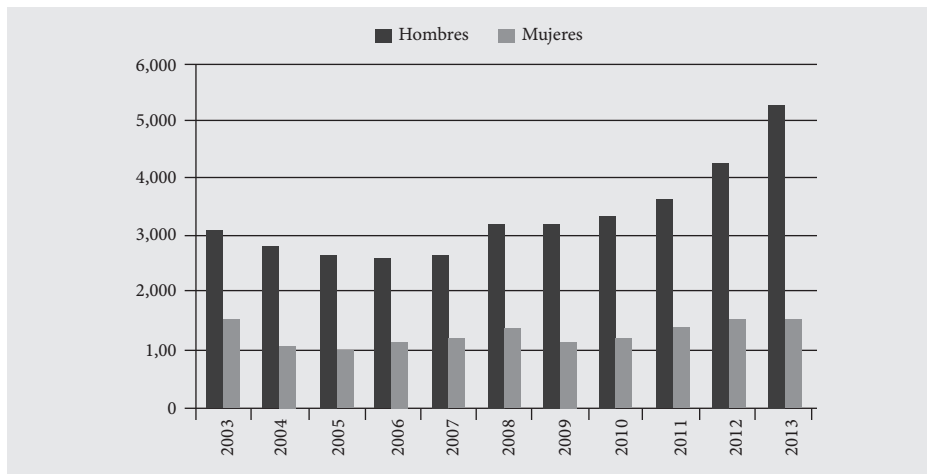
En relación a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se reconocen dos momentos: el primero cuando la Infección por VIH es asintomática y cuando reúne los parámetros sintomáticos y laboratoriales para el denominado síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). En el periodo analizado se observa en la figura 11 que tanto la infección asintomática por VIH y el SIDA, habían permanecido más o menos estables alrededor de 4,000 casos nuevos anuales; sin embargo, a partir del 2011 la primera muestra un incremento constante.



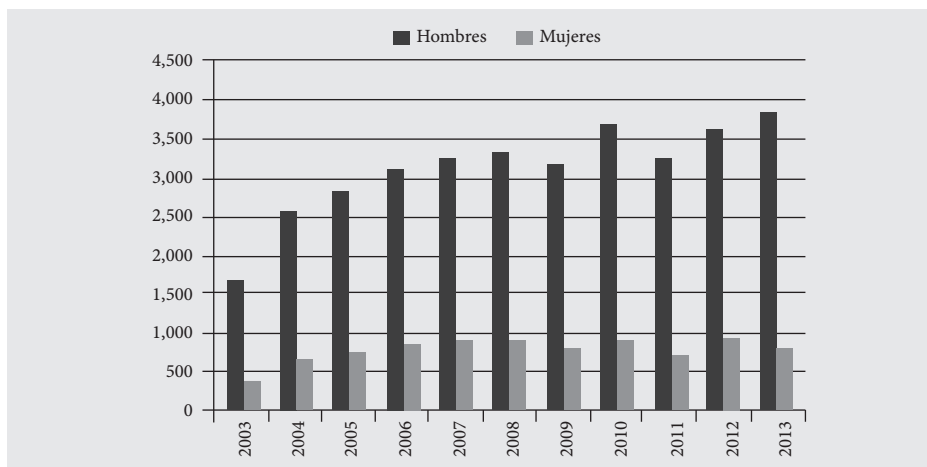
**Figura 11.** Casos notificados de infección asintomática por VIH y de SIDA en México, 2002-2013

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

Al analizarles por sexo en las figuras 12 y 13 se observa que el aumento de la infección asintomática por VIH en los últimos años es más notorio en los hombres, sobre todo, a partir del 2008; el SIDA también muestra una tendencia al aumento paulatino de casos durante este periodo.



**Figura 12.** Casos notificados de infección asintomática por VIH por sexo en México, 2003-2013  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013



**Figura 13.** Casos notificados de infección asintomática por VIH por sexo en México, 2003-2013  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los boletines epidemiológicos de CENAVECE, México, 2002-2013

Como puede observarse en este apartado, pareciera que, durante la actual década, las ITS van en aumento en México y Jalisco. Sin embargo, recordemos

que, a partir del mes de agosto de 2010, en todo el país se prohibió la venta de antibióticos sin receta médica y esta política puede ser un factor que explique el aumento de casos en ITS; debido a que personas con alguna ITS que no acudían a los servicios de salud para su atención, iban a una farmacia y ahí, por propia cuenta o recomendación de alguna persona en el mostrador de la farmacia, adquirirían los antibióticos para tratarse. Esos casos de ITS automedicados o atendidos en la farmacia no se notificaban ante las autoridades sanitarias, ahora las personas que sospechan tener una ITS están acudiendo más a los servicios de salud para su atención y ahí sí se efectúa la notificación correspondiente. Sin embargo, aún existe el grave problema del subregistro de casos de ITS, relacionado con los médicos privados, ya que en su mayoría no da parte de los casos de ITS, ni de otras enfermedades, aunque sean de carácter obligatorio.

Asimismo, el aumento de casos notificados de algunas ITS como la infección asintomática por VIH pueda deberse a la intensificación de campañas de detección oportuna por medio de la prueba rápida de VIH.

## El problema de las ITS en adolescentes

Después de haber revisado brevemente la epidemiología de las ITS en México, este apartado se consagra en forma principal a los adolescentes y jóvenes. Si bien solo la mitad de las ITS (VPH, gonorrea, sífilis, infección asintomática por VIH, SIDA, y hepatitis B) son de notificación obligatoria ante la Secretaría de Salud y aparecen en los boletines epidemiológicos semanales, existen otras ITS que se reflejan en los reportes de morbilidad nacional. De estos reportes de morbilidad se obtuvieron los casos registrados durante el 2013, clasificándolos por grupos de edad (cuadro 1).

Cuadro 1. Porcentaje de infecciones de transmisión sexual por grupos de edad. México 2013					
Infección de transmisión sexual México 2013	Casos totales	% de casos por grupos de edad			
		0-9	10 a 24	25-59	60 o +
Candidiasis urogenital	284,035	0.6	30.1	65.7	3.6
Tricomoniasis urogenital	100,039	0.5	29.1	68.1	2.4
Virus papiloma humano	33,164	0.1	15.0	79.9	5.0
Infección asintomática por VIH	6,849	1.2	26.1	70.6	2.0
SIDA	6,018	0.9	15.2	80.1	3.7

*Continúa...*

Infección de transmisión sexual México 2013	Casos totales	% de casos por grupos de edad			
		0-9	10 a 24	25-59	60 o +
Sífilis adquirida*	3,502	0.1	31.0	64.4	3.7
Herpes genital	2,797	0.6	25.4	66.2	7.8
Infección gonocócica genitourinaria	1,328	2.0	30.9	61.8	5.3
Hepatitis B	706	3.1	11.9	70.4	13.7
Chancro blando	588	1.9	28.4	57.5	12.1
Linfogranuloma venéreo	383	11.0	32.9	52.0	3.9

\* Se considera a partir del primer año de edad Fuente: Secretaría de Salud. Reporte de morbilidad diciembre 2013

En dicha tabla se observa el porcentaje de casos nuevos de ITS en la población adolescente y joven (10 a 24 años) supera el 30% para linfogranuloma venéreo, sífilis adquirida, infección gonocócica genitourinaria y candidiasis urogenital. Entre el 20 y 30% se encuentran la tricomoniasis urogenital, el chancro blando, la infección asintomática por VIH y el herpes genital. Y en el rango de 10 a 20% se encuentran el SIDA, el VPH y la hepatitis B.

Observamos en el cuadro anterior que la frecuencia de ITS en la población adolescente y joven es alta. Son varios los factores que influyen en la presentación de estas infecciones como el inicio temprano de actividades sexuales sin protección, aumento en el número de parejas sexuales, ingesta de sustancias que pueden obstaculizar el uso de protección como el condón, falta de servicios de salud sexual específico para adolescentes, falta de educación integral de la sexualidad, disponibilidad de condones, entre otros.

La Encuesta Nacional de Juventud (2005) mostraba que el 48.7% de los jóvenes, entre 12 y 29 años de edad, ya había tenido relaciones sexuales (SEP-IMJUVE, 2005); mientras que en la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012, se observó un incremento de 9%, ya que en esta última el 58% de los y las jóvenes refirieron haber tenido relaciones sexuales y que el 82% de ellos había iniciado su primera relación sexual antes de los 19 años (12% de los 10 a los 14 años y el 70% de los 15 a 19 años de edad). En relación a si su primer relación sexual fue por su propia voluntad, el 96% mencionó que sí, el 1% refirió que fue contra su voluntad, 0.3% otra situación y el restante 2.7% no contestó o no recuerda. De estos hombres y mujeres jóvenes sexualmente activos, el 66% utilizaban algún anticonceptivo durante el tiempo que se realizó la encuesta. Sin embargo, la principal razón que dieron los y las que no los usaban fue porque no les gustaba usar o no estar de acuerdo en su uso, ya sea la persona entrevistada o su pareja; solo el 2.5% refirió que no los usaba por no conocer alguno, por reacciones secundarias o por pena (SEP-IMJUVE, 2012).

El consumo de alcohol en adolescentes, entre 12 y 17 años, ha aumentado en forma considerable durante el periodo de 2002 a 2011, el consumo de alcohol alguna vez pasó de 35.6% a 42.9%, en el último año de 25.7% a 30% y en el último

mes de 7.1% a 14.5%. Este incremento, se ha dado en ambos sexos; por ejemplo, el consumo de alcohol en el último mes pasó de 11.5% a 17.4% en hombres y de 2.7% a 11.6% en mujeres (ENA, 2012a).

En el cuadro 2 se observa también que hay un aumento en el uso de drogas en adolescentes de 12 a 17 años en el periodo de 2002 a 2011, siendo un factor de riesgo para el inicio temprano de relaciones sexuales así como el no usar protección durante el sexo.

Cuadro 2. Uso de drogas en adolescentes de 12 a 17 años			
Encuestas nacionales de adicciones			
Drogas	2002	2008	2011
	%	%	%
Mariguana	0.5	1.2	1.3
Cocaína*	0.2	0.4	0.4
Cualquier droga ilegal	0.7	1.5	1.5
Cualquier droga	0.8	1.7	1.6
Hombres			
Mariguana	0.9	1.7	2.0
Cocaína*	0.3	0.6	0.4
Cualquier droga ilegal	1.3	2.1	2.2
Cualquier droga	1.4	2.1	2.2
Mujeres			
Mariguana	0.1	0.6	0.6
Cocaína*	0.1	0.2	0.4
Cualquier droga ilegal	0.2	0.9	0.9
Cualquier droga	0.3	1.3	1.1

\* En cocaína se incluye el crack

Fuente: Encuestas nacionales de adicciones 2012

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) muestra que mientras los adolescentes hombres que refieren haber usado el condón en su primera relación sexual fue de 80.4% y en su última relación el 78.3%, en las mujeres fue menor la frecuencia de uso con 61.5% y 45.9% de manera respectiva.



## Conclusiones

Ante el escenario aquí presentado, los y las adolescentes en el inicio de sus relaciones sexuales coitales se enfrentan a toda la variedad de infecciones de transmisión sexual que existen en nuestro país. En las últimas décadas, diversas investigaciones y encuestas nacionales muestran el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes (SEP-EMJUVE, 2005, 2012); a esto se une la postergación del matrimonio durante edades mayores, que permite un mayor tiempo de intercambio sexual con diferentes personas, ya sea por medio de varias parejas sexuales o la llamada monogamia serial (cuando una persona es fiel sexualmente a su pareja, mientras la relación de pareja dura y, al iniciar la siguiente relación, también sería fiel sexualmente a esta nueva pareja y así de manera sucesiva).

Otro factor para la transmisión de infecciones por vía sexual es la omisión en el uso del condón como barrera protectora contra las ITS. Asimismo, el aumento de uso de sustancias psicoactivas como el alcohol, mariguana, metanfetaminas y otras, también fomenta el incremento de las ITS en este grupo poblacional, ya que al tener alterada la conciencia durante el consumo de esas sustancias y tener relaciones sexuales, frecuentemente se olvida el uso de medidas de protección como el condón.

Durante la XVII Conferencia Internacional del SIDA, realizada en la ciudad de México en 2008, se reunieron los ministros de Educación y de Salud de América Latina y el Caribe. En dicha reunión se firmó la declaración ministerial “Prevenir con educación” con el objeto de disminuir las nuevas infecciones de VIH y otras ITS. El documento establece como una de las estrategias la educación integral en la sexualidad, así como el acceso y efectividad de los servicios de salud en materia de atención de la salud sexual y sexual reproductiva de adolescentes y jóvenes (FPNUM, 2008).

## Bibliografía

- ALFIERI, A., RAMÍREZ, L.G., ARCILA, N., GUEVARA, Y. (2005). Determinación de anticuerpos contra chlamydia trachomatis en pacientes del Servicio de Infertilidad del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, Valencia, Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología*, 25 (1), 47-49.
- AUWAERTER, P., DOVE, J., & MACKOIWIAK, P. (2011). Simon Bolivar’s Medical Labyrinth: An Infectious Disease Conundrum. *Clinical Infectious Diseases*, 52 (1), 78-85.
- CONDE-GONZÁLEZ, C.J. & URIBE SALAZAR F. (1997). Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual. *Salud Pública de México*, 39 (6): 543-579.

- EFE, (2010) Colón no trajo la sífilis a Europa. *El Mundo*. Londres. 28 de octubre de 2010.
- ENA (2012a). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud, México
- ENA (2012b). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Drogas Ilícitas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz / Secretaría de Salud, México.
- ENG, T. R. (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. National Academies Press, Washington, DC.
- ENSANUT (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- ESCUELA BÍBLICA DE JERUSALÉN. (1975). Biblia de Jerusalén. Les Editions du Cerf, París.
- FPNUM (2008). Declaración Ministerial Prevenir con Educación. Fondo de Población de las Naciones Unidas en México.
- GORDON, A. (1997). The Death of Edgar Allan Poe — A Case of Syphilis? *Maryland Medical Journal* 46, 289-290.
- GORDON, A. (1999). Seeking Haydn's Secrets. *Cerebrovasc. Dis*, 9, 54.
- HENNEBERG, M. & HENNEBERG, R.J. (1994). "Treponematosis in an ancient Greek colony of Metaponto, Southern Italy 580-250 BCE". En G. P. O. Dutour, *The origin of syphilis in Europe, before or after 1493?* Tolón-París: Errance..
- HENNEBERG, M. & HENNEBERG, R.J. (2002). "Reconstructing medical knowledge in ancient Pompeii from the hard evidence of bones and teeth". En y. G. J. Renn, *Homo faber: studies on nature* (p. 169-187). Roma: L'ERMA di Bretschneider.
- LASCARATOS, J. & POULAKOU-REBLAKOU E. (1999). Did Justinian the Great (527-565 CE) suffer from syphilis? *International Journal of Dermatology*, 38: 787-791.
- LERNER, V., FINKELSTEIN, Y., & WITSTUM, E. (2004). The enigma of Lenin's (1870- 1924) malady. *European Journal of Neurology*, 11, 371-376.
- LOBDELL, J. & OWSLEY, D. (1974). The Origin of Syphilis. *The Journal of Sex research*, 10(1), 76-79.
- MORTON, R. (1991). Did Catherine the Great of Russia have syphilis? *Genitourinary Medicine*, 67, 498-502.
- OMS. (2012). Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Organización Mundial de la salud, Ginebra.
- PIOT, P. I., ISLAM, M.P. (1993). Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control. *Sexually Transmitted Diseases*, 21((2 Suppl)), S7-13.
- ROBINS, A. H. & SELFARS, S.L. (2000). Oscar Wilde's terminal illness: reappraisal after a century. *Lancet* (356), 1841-1843.
- ROSS, J.J. (2005). Shakespeare's Chancre: Did the Bard Have Syphilis? *Clinical Infectious Diseases*, 40, 399-404.

- ROTHSCHILD, B., LUNA CALDERON, F., COPPA, A., & ROTHSCCHILD, C. (2000). First European Exposure to Syphilis: The Dominican Republic at the Time of Columbian Contact. *Clinical Infectious Diseases*, 936-41.
- ROTHSCHILD, B. (2005). History of Syphilis. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 1454- 63.
- SEP-IMJUVE, (2005). Encuesta Nacional de Juventud 2005. Instituto Mexicano de la juventud y Secretaría de Educación Pública. México.
- SEP-IMJUVE, (2012). Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012. IMJUVEIJI, UNAM. *Secretaría de Educación Pública*. México.
- SPENCE, R.M. (1983). Gonococcia. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1(3), 129-31.

## CAPÍTULO 9

# Perspectiva psicosocial de los adolescentes ante las epidemias

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

IVIS JENNIFER MEZA FLORES

MARTHA CRUZ ÁVILA

MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

KOREY VILLAVICENCIO RODRÍGUEZ

---

Desde antes del siglo xv las catástrofes demográficas han provocado alteraciones en la salud física y mental en la población y han ocasionado severas fracturas económicas y sociales (Huete, 1998), actualmente siguen siendo temas de gran interés para los investigadores de salud pública, por los riesgos psicosociales y de salud elevados que provocan en la población en general (OPS, 2002; García, 2008).

El impacto de las epidemias siempre trae consigo otros desastres, como un efecto dómimo, iniciando con altos índices de mortalidad en poblaciones más vulnerables como son los niños y ancianos, desintegrando familias desde los aspectos físicos y mentales, afectando la salud de comunidades enteras, provocando un caos en los servicios de salud, iniciando violencia en grupos sociales, trastornando el equilibrio social y ambiental y por ende generando ruina en la productividad que directamente va alterando la economía de los países (Nicolás *et al.*, 2000).

Por lo que surge la necesidad de partir de una definición de desastre que englobe la epidemia como elemento generador de cambios de manera individual o colectiva, que permita dimensionar la gravedad que tiene la epidemia en la salud de la población, el concepto que se apega más a la definición de este fenómeno que hace referencia al desastre como una “situación traumática que genera un alto grado de estrés a los individuos de una sociedad o una parte de ella, produciendo una alteración en el funcionamiento, tanto a nivel comunitario como individual, así como una serie de reacciones y consecuencias psicológicas en las personas implicadas, mientras que las demandas creadas exceden los recursos habituales de respuesta con los que cuenta la comunidad” (García-Renedo, Gil y Valero, 2007, citados en García-Renedo 2008, p. 40).

También se definen las epidemias como contingencias de salud, por la existencia de un número de casos de una enfermedad de la que se sabe o se sospecha que es de origen infeccioso o parasitario. A esta definición, faltaría agregar que una epidemia tiene además el potencial de causar gran impacto tanto en el sistema sanitario y económico de un país (OMS, 1987, citado en MINSAL, 2010, p. 237), así como su impacto en la estructura demográfica y a la vez en la esperanza de vida, que afectan de manera individual y socialmente al ser humano, provocando conflictos y desequilibrios en todos los aspectos de su vida cotidiana (OMS, 2004).

La transición demográfica prolongada, que vive actualmente el país, ha conducido a serios problemas de salud, siendo la población de los adolescentes la que comprende el 15% de la carga de morbilidad en todo el mundo y más de un millón mueren cada año, principalmente por causas prevenibles. Porque los jóvenes enfrentan serios desafíos de salud: predominando las enfermedades de origen infeccioso, como son las de vías respiratorias, gastrointestinales, urinarias, persistiendo las enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual/VIH, embarazos no planeados y abortos, así como la presencia de enfermedades transmisibles como el dengue, la influenza y otras (Primer Informe de Gobierno 2007; OPD-OMS, 2007).

La etapa de la adolescencia es un periodo crítico, sujeto a los cambios del desarrollo físico, psíquico, familiar y social, esta etapa es la base para la aparición de síntomas, de enfermedades físicas y emocionales no consideradas de importancia ni por el adolescente ni por los adultos (Herrera, 1999), pues la gran mayoría de los síntomas de enfermedad reportados por los adolescentes son leves y, muchas veces, no requieren de atención médica ni son fácilmente verificables con criterios objetivos, por lo que se tiende a considerar como de carácter psicossomático; figurando entre los más comunes las cefaleas, los dolores abdominales y las molestias musculares (Torsheim y Wold, 2001a, citado en Barra, 2005, p. 232).

Cuando se habla del impacto psicossocial se hace referencia a los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas. No todos los problemas psicossociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran impacto, los efectos se relacionan con muchas variables, entre las que se encuentran las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social, que deben también atenderse (Gerrity, 1997, citado en Rodríguez, 2006, p. 1 y OPS, 2002).

El término psicossocial se ha usado más para significar la dinámica y la gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situaciones de desastre, pero algunos autores e instituciones lo refieren básicamente a lo no patológico, desde una visión humanística, más que sanitaria (OPS/OMS, 2002, p. 6).

Desde esta perspectiva de salud mental, una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicossocial que puede exceder la capacidad de manejo de

la población afectada. Puede considerarse, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades, la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal (OPS/OMS, 2006).

Las consecuencias psicológicas adversas que van desde cambios de conductas normales (Shah, 1985), sufrimientos y crisis de amenaza a la integridad (Hernán, 1999) hasta ser generadora de estrés (citados en Nicolás *et al.*, 2000).

El conocimiento de los factores psicosociales, en relación con los problemas de salud en los adolescentes, tienen importantes implicaciones en la orientación de los programas preventivos y de promoción a la salud (Barra, 2005, p. 238), mediante la adopción de acciones preventivas de información y asesoramiento de manera colectiva, que ayuden a enfrentar las consecuencias de la enfermedad y por ende tengan una contribución en la disminución de problemas futuros de la salud del adolescente (Serra, 2005). Asimismo, debe considerarse la presencia de los factores psicosociales de riesgo ya que alteran el desenvolvimiento normal del adolescente, éstos deberían considerarse de importancia para la prevención de futuros problemas de salud y de intervención oportuna (Herrera, 1999).

Los trastornos psicológicos inmediatos más frecuentes en los sobrevivientes de una etapa epidémica, son los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. El riesgo de aparición de estos trastornos aumenta de acuerdo con las características de las pérdidas y otros factores de vulnerabilidad. En situaciones de emergencia también se ha observado de manera ocasional el incremento de las conductas violentas, así como el consumo excesivo de alcohol.

El conocer las conductas que manifiestan los adolescentes ante las enfermedades contagiosas, en especial el VIH, ha sido actualmente un reto urgente de la salud pública, porque implica reducir las conductas de riesgo como son las drogas y el sexo, que son las que aumentan la diseminación del virus. Se reconoce que las conductas principales que presentan los adolescentes ante esta enfermedad son la preocupación y temor por el desconocimiento acerca de la enfermedad, lo que vuelve urgente una educación continua sobre las repercusiones en la salud que afectan de manera directa su vida cotidiana (SSA, 2010).

En la actualidad se ha vuelto cotidiano vivir una situación de alerta que puede desestabilizar emocionalmente a cualquier persona, debido a la presencia de estrés o de enfermedades contagiosas en la comunidad, alterando la vida laboral, escolar, familiar y recreativa que de manera cotidiana se desarrolla en la sociedad, esta situación de alarma provoca un estado de incertidumbre y preocupaciones diversas, altos niveles de ansiedad, estrés o tristeza que en ocasiones resultan difíciles de

controlar, por el constante miedo a lo desconocido, a lo que pasará en su vida si se contagia o se siente vulnerable ante un desastre (Barra, 2005; Rodríguez, 2006).

La variedad de acontecimientos y factores ambientales, sociales y de salud, pueden tener un carácter de estrés asociado con sucesos vitales de la propia adolescencia y la forma de afrontarlos pueden manifestarse en problemáticas académicas, conductuales (consumo de drogas) o emocionales (estrés, ansiedad y otras), generando así complejos cambios biopsicosociales que caracterizan esta etapa de desarrollo y repercuten en problemas de gran relevancia social y personal (Barra, 2005).

En la tabla 1 se describen los principales síntomas psicosociales de la población ante los desastres, asociados a sentimientos de indefensión e incertidumbre por el escaso control de la duración y tipo de efectos, pues los problemas psicológicos tienden a ser más graves y duraderos cuando las causas son obra del ser humano y no accidentales (García, 2008).

Tabla 1. Diferencias psicosociales ante los desastres	
Desastre natural	Desastres causados por el hombre
<b>Síntomas psicológicos</b>	
Ansiedad	Ansiedad
Fobias referidas al suceso	Fobias referidas al suceso
Algo de culpa referida a otras víctimas	Culpa con respecto a los demás
Paranoia respecto de la función del gobierno	Moderada incomodidad respecto de la función del gobierno
<b>Procesos sociales</b>	
Sentimientos de pérdida	Sentimiento de pérdida
Aceptación por los demás	Rechazo a los demás
Ningún tipo de humillación	Humillación
Ninguna duda de los demás hacia la sinceridad de las demandas	Duda de los demás hacia la sinceridad de sus demandas
Cohesión a corto plazo	Cohesión a largo plazo

Fuente: Versión modificada de la propuesta por Frederick (1980) citado en García, 2008

Es comprensible que ante eventos de gran magnitud, como son una epidemia o un desastre natural, las personas se sientan preocupadas, ansiosas, deprimidas, impotentes, traducidos en agresividad, con constantes pensamientos obsesivos, aparecen rasgos de síntomas psicosomáticos, frustración o rabia; manifiestan recurrentes pesadillas sobre lo ocurrido, frustradas y sumamente estresadas (Páez, 2001; Rodríguez, 2006). Es recomendable actuar frente a estos factores y creando programas de intervención para restablecer nuevos hábitos sociales y de salud para evitar que los adolescentes incurran en factores sociales de riesgo como el consumo de fármacos o drogas.

También es claro que la exposición a eventos traumáticos deben producir un mayor nivel de tensión y angustia en las personas, así como que el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria. Pero se ha demostrado que solo algunos sujetos experimentarán problemas más serios o duraderos que podrán calificarse como psicopatología. La gran mayoría no sufre en ese momento de ninguna enfermedad mental, solo están experimentando reacciones esperadas ante un suceso vital significativo (OPS-OMS, 2006).

En la tabla 2 se señalan las principales reacciones y síntomas expresados tanto por niños como adolescentes en el caso de la presencia de un desastre o epidemia, siendo las principales preocuparse por presentar algún daño físico por algún contagio, sentirse atrapado en alguna situación, ser testigos de muertes, sufrir vivencias de tensión por riesgos a su salud y otras. Las reacciones psicológicas comunes que experimentan van desde sentimientos, ideas y sensaciones corporales como miedo, angustia, pena, aflicción, tristeza, desesperanza, preocupación, ansiedad, depresión, impotencia, frustración sintiéndose sumamente presionadas, respuestas psicológicas que se convierten en mecanismos de supervivencia, de lo contrario, estos escenarios podrían generar hábitos negativos de salud, como el inicio o el incremento del consumo de alcohol y tabaco, actos que eventualmente serían mecanismos de defensa para afrontar las vivencias traumáticas que pueden perdurar más tiempo después del evento ocurrido (OPS-OMS, 2002; Rodríguez, 2006).

Tabla 2. Reacciones psicológicas del niño y adolescente después de tres meses del acontecimiento de desastre y emergencia	
Edad	Reacciones psicológicas después de tres meses
3 a 5 años	Alteraciones del sueño
	Aumenta la tolerancia a la separación física
	Llanto injustificado
	Rechazan la escuela o la guardería
	Dolores de cabeza y del cuerpo
	Se niegan a comer o comen en exceso
	Juegan repetidamente al suceso traumático
6 a 18 años	Dificultad de concentración en la escuela
	Rechazan ir a la escuela
	Sienten culpa o suponen que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo
	Parecen retraídos o tímidos
	Juegan repetidamente al suceso traumático
6 a 18 años	Rebelión contra la familia o la autoridad en general
	Problemas de comportamiento
	Huida de la casa
	Rechazo a la escuela

Fuente: Rodríguez Jorge (2006). Guía práctica desalud mental en situaciones de desastres. Editado por la Organización Panamericana de la Salud



Sin embargo, debe tomarse en cuenta que cada persona vive asignando un significado diferente a las experiencias por las que ha atravesado. Los patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera distinta; los hombres tienden a reprimir y guardar las emociones dolorosas, así como sus sentimientos de angustia y miedo, les resulta difícil hablar, y lo consideran como un síntoma de debilidad; las mujeres tienden a comunicarse con más facilidad, a expresar sus temores y ansiedades, así como buscar apoyo y comprensión para sí mismas y sus hijos (OPS-OMS, 2002).

Rodríguez (2006) llega a la conclusión que debe destacarse que, ante los acontecimientos adversos, los niños y los adolescentes son los que mayor afectación psicológica sufren, a diferencia de los adultos, y son en estas etapas donde las secuelas afectan de manera directa su desarrollo físico, mental y social.

México tiene la necesidad de reconocer la importancia de la salud en los adolescentes, a pesar de su baja mortalidad, pero la realidad es que falta información más amplia sobre el estado de salud de este grupo etario. Es necesario redefinir indicadores, mejorar los sistemas de información y reorientar la atención hacia las áreas de prevención psicosociales, con programas de orientación e intervención, con el objeto de fomentar una población futura, apta para la continuación de la sociedad (OPS-OMS, 2006; Martínez, 2003, p. 3-4).

Es necesario intervenir de manera diferente para cada grupo etario, debido a que sus reacciones dependen de la intensidad del evento, la edad y la capacidad para adaptarse a las situaciones. Elementos que debe considerarse para prevenir futuras complicaciones en su devenir cotidiano, en su aprendizaje, en sus interrelaciones sociales y familiares, como la manera en que enfrentarán situaciones difíciles en el futuro (Rodríguez, 2006).

## Bibliografía

- BARRA ALMAGIÁ, E.; CANCINO FAJARDO, V.; LAGOS MUÑOZ, G.; LEAL GONZÁLEZ, P.; SAN MARTÍN VERA, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.
- GARCÍA-RENEADO, M. (2008). El 11M: Un estudio sobre su impacto psicológico desde el entorno familiar y escolar en alumnos de infantil primaria. Tesis Doctoral de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Jaume I. Madrid. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/10803/10526/1/grenedo.pdf>
- HERRERA SANTI, P. (1999). Principales Factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana Pediatría*, 71(1): 39-42.
- HUETE FUDIO, M. (1998). Las actitudes ante la muerte en tiempos de la peste negra: La península ibérica 1348-1500. *Cuadernos de Historia Medieval*, Sección Miscelánea, 1: 21-

58. Publicación electrónica de historia medieval. Universidad Autónoma de Madrid
- MARTÍNEZ SALGADO, H. (2003). Salud de adolescentes. *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.
- MINSAL (2010). Objetivos estratégicos de salud. MINSAL (Ministerio de Salud). Recuperado de [www.redsalud.gov.cl/portal/.../94a33f151ef4a574e04001011fo131dd.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/portal/.../94a33f151ef4a574e04001011fo131dd.pdf).
- NOJI, K. E. (2000). *Impacto de los desastres en salud pública*. División de Biblioteca y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia.
- OMS (2004). Informe sobre la salud del mundo: Consecuencias humanas, sociales y económicas. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2004/chapter1/es/index4.html>
- OPS-OMS (2002). Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. *Manuales y Guías sobre Desastres* (1): 5-85. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., ISBN 92 75 32421 2. Agosto de 2002.
- OPS-OMS (2006). Protección de la Salud Mental en situaciones de Epidemias. Documento elaborado por: Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación, Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. *THS/MH*, 17362(23): 1-26. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>.
- PÁEZ, D.; FERNÁNDEZ, I.; BERISTAIN, C. M. (2001). “Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales” en San Juan Guillén, C. (comp.), *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Barcelona: Icaria. pp. 85-148.
- PRIMER INFORME DE GOBIERNO (2007). Igualdad de oportunidades. México. 263-274. Disponible en línea en <http://biblioteca.itam.x/docs/infgobo7/escrito/3.2.pdf>
- RODRÍGUEZ, J., ZACCARELLO D. M.; PÉREZ, R. (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Serie manuales y guías sobre desastres No.7. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS.
- SERRA VALDÉS, M. A. (2005) Colectivo de autores. La historia del desarrollo de la Medicina como ciencia sociobiológica. Momentos trascendentales. En *Introducción a la Medicina General Integral*. Selección de Temas. Literatura básica. Ciencias Médicas, 13-55.
- SSA (2010). Programa de acción: Programa de atención a la salud de la adolescencia, Hospital General Adolfo López Mateos. Taxco, Guerrero, México. Recuperado de <http://hgtaxco.ses-gro.gob.mx/proacc/adolescencia.pdf>.

## CAPÍTULO 10

# Conductas de salud ante la enfermedad de la influenza

MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

GUILLERMO ALONSO CERVANTES CARDONA

ADRIANA NÁPOLES ECHAURI

MARTHA CRUZ ÁVILA

IVIS JENNIFER MEZA FLORES

---

## Introducción

Con la transición epidemiológica, que va operándose en el país, se ha observado una predominancia de las enfermedades virales e infecciosas y un incremento en la incidencia de las crónico-degenerativas en la población (González, Gutiérrez, Stevens y cols., 2007), este fenómeno está extendiéndose hacia los grupos de menor edad y comienza a observarse su efecto en la juventud (Rodríguez, 2009, p. 246).

México ha estado enfrentando serios problemas de salud, en relación a las enfermedades respiratorias derivadas de causas diversas, por lo que se ha tomado medidas básicas de control y protección epidémicas, además estas enfermedades respiratorias se han considerado como uno de los problemas sanitarios importantes en todos los países y también son las responsables de una gran morbilidad en la población en general, siendo una de las causas significativas de mortalidad en niños y personas de edad avanzada (OPS-OMS, 2006).

La influenza es una enfermedad respiratoria contagiosa que se transmite con facilidad de persona a persona. Se conocen tres tipos de virus de la influenza, denominados A, B y C. Los virus del tipo C raramente causan enfermedad en el humano, mientras que los del tipo B, son causa de la influenza denominada estacional, considerada como una de las enfermedades infecciosas que produce cada año un elevado porcentaje de morbilidad, caracterizado por un aumento inicial de padecimientos respiratorios graves en individuos jóvenes, sin embargo, la severidad de la enfermedad puede variar dependiendo de diversos factores, y aunque en la mayoría de

las personas produce un malestar leve, en otras puede convertirse en una afección seria que incluso puede causar la muerte (Fajardo-Dolci, 2009; OPS, 2010).

En contraste, los virus del tipo A no solo causan influenza estacional sino que se relacionan con las epidemias y pandemias (OPS, 2010, p. 6-7), en este caso, la amenaza de un nuevo agente frente al que la población carece de inmunidad, como lo es el virus de influenza A (H1N1), que ha alcanzado ya niveles de pandemia, es calificada como una emergencia provocada por un desastre natural (Romero, 2009).

En México la Secretaría de Salud cuenta también con un plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza y establece por norma, que la influenza es una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y requiere de notificación inmediata, la cual conlleva a una detección oportuna del virus que causa la influenza estacional, debido a que el virus muta en forma periódica, lo que obliga a modificar la composición de la vacuna utilizada para prevenirla (Fajardo-Dolci, 2009).

Es necesario, ante la epidemia de influenza, cultivar hábitos y conductas de salud para la vida en la sociedad, la Organización Mundial de la Salud (2004) reconoce que en la estrategia, empleada para proporcionar información a la población respecto de los cambios de conducta ante la enfermedad, deberá de existir una correlación entre la información y la adquisición de nuevos hábitos de salud, explorar la necesidad de la sustitución de la información por la práctica, lo que implica ejecutar una intervención para cambiar comportamiento insalubre y controlar la enfermedad (p. 137).

La salud en el periodo de la adolescencia es muy relativa, ya que los padecimientos de salud más comunes que surgen en la adolescencia son las infecciones respiratorias, intestinales, urinarias, gástricas y periodontales, aunque estas enfermedades no presentan un riesgo inmediato para la vida, son condiciones que no favorecen un desarrollo saludable, pero pueden ser un peligro para la salud que preestablece estados mórbidos que en periodos constantes favorece la aparición de enfermedades crónicas (SSA, 2006-2011).

Los adolescentes se han considerado como una población saludable, por las tasas de mortalidad y morbilidad que son relativamente bajas, en comparación con otros grupos de edad, en las principales causas de morbimortalidad surge una nueva forma de considerar el estado de la enfermedad, en el que se incluyen los factores y conductas que amenazan el bienestar y salud de los individuos (Corona, 2011, p. 69).

En la actualidad hay un interés por observar las conductas de salud en los adolescentes, en relación con lo que ellos piensan directamente sobre sus conductas de salud, y que no siempre es garantía de que lleven a cabo otros comportamientos saludables, en especial en aspectos de la vida diaria relativos a sus actividades escolares, a su higiene, a la ausencia de enfermedad y a los aspectos emocionales que habría que tener en cuenta para un concepto más completo (Pons, 2010).

Las conductas de salud, “son conductas que forman parte de un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad” (Becoña, 2004, p. 8) y para el establecimiento de las conductas de salud debe considerarse una serie de circunstancias que influyen en su recurrencia como son los determinantes demográficos, sociales, situacionales, de percepción del síntoma y psicológicos, que tienden a convertir las conductas en hábitos de salud (Aniorte, 2000; Becoña, 2004).

Los adolescentes están expuestos a conductas de riesgo que son en forma respectiva los elementos que propician la aparición de alguna enfermedad, o desencadenan algún hecho indeseable, enfermar o morir; las actuaciones repetidas fuera de determinados límites, pueden desviar o comprometer su desarrollo psicosocial normal, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura (Cornellá, y Magaña, 2005, citado en García, 2006, p. 1).

Las conductas de protección pueden reducir, neutralizar, inhiben, atenúan, o eliminan los factores de riesgo y agregan un componente importantísimo para aumentar la eficacia del trabajo preventivo (Tavera, 2012). Se entiende como conductas de protección aquellas “acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para la salud, son múltiples y pueden ser biopsicosociales” (Corona, 2011, p. 71).

En el campo de la salud hablar de conductas de protección es explorar las características y circunstancias positivas de la vida de una persona y buscar las oportunidades para fortalecerlas y sostenerlas como diseño de prevención. Donas Burak (2001) plantea que existen dos tipos de *factores protectores: de amplio espectro*, o sea, indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que favorecen el no acontecer de daños o riesgos; y *factores protectores específicos* contra ciertas conductas de riesgo para reducir la vulnerabilidad del daño, puede decirse que, desde una perspectiva de prevención, los factores de protección funcionan como variables mediatizadas que pueden detectarse para prevenir, posponer o reducir el impacto de uso (citado en Paramo, 2011, p. 86).

Las conductas preventivas se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación, higiene personal. Estas conductas se adquieren por aprendizaje, experiencia o moldeamiento y son importantes en el proceso de salud y de enfermedad (Aniorte, 2000, p. 1). En ésta se incluye actividades que disminuyan el riesgo de aparición de enfermedades, desarrollando factores de protección en los grupos de mayor vulnerabilidad, si se plantean programas de prevención desde el ámbito escolar (Rey, 2003).

La OPS-OMS (2002) refiere que el estado de salud mental en los adolescentes se identifica en gran medida como el temor al contagio y, por consiguiente, su repercusión en el futuro, esto se ha convertido actualmente en una situación de alerta por la presencia del factor catastrófico o de contingencias que se está viviendo porque, de alguna manera, desestabiliza la vida laboral, escolar, familiar y recreativa que se ha generado en la sociedad provoca un estado de incertidumbre

y diversas preocupaciones, así como niveles altos de ansiedad, estrés o tristeza que en ocasiones resultan difíciles de controlar.

Algunos miedos o temores pueden iniciar con algún acontecimiento inusualmente aterrador, ya que es comprensible que ante eventos de gran magnitud, como la epidemia de influenza, desarrolle el adolescente trastornos futuros de ansiedad, preocupación, depresión, impotencia, frustraciones y estrés (Ruiz, 2005).

Es necesario hablar también del temor e incertidumbre de los adolescentes que afectan su identidad y que son resultado de la situación social, generando en ellos miedo al fracaso, a la pobreza y a no hallar una relación de pareja. Teniendo como consecuencias respuestas que van desde la depresión, la ansiedad, la tristeza o a la desesperanza y, en otros casos, hasta el enojo (Mengíbar, 2010). Por temores del desarrollo nos referimos a “miedos normales presentes como expresión del funcionamiento de los sistemas de alarma dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia” (Ruiz, 2005, p. 266).

El objetivo del estudio consiste en conocer las conductas de salud que manifiestan los adolescentes ante el fenómeno epidemiológico de la influenza dentro del contexto escolar.

## Metodología

Se evaluaron a 195 alumnos de la Preparatoria Regional de la Universidad de Guadalajara, en Jalisco, México, de los tres grados escolares, del turno matutino, del ciclo escolar 2007.

Se les aplicó un cuestionario de conductas de salud conformado de 34 preguntas, el cual engloba seis apartados: percepción del estado de salud, el tipo de información sobre la influenza, conductas de salud, conductas de protección, conductas de prevención e información sobre los temores del adolescente ante la enfermedad de la influenza.

La información se concentró en una base de datos de Microsoft Excel y el análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS, versión 15.0 a fin de calcular las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables.

## Resultados

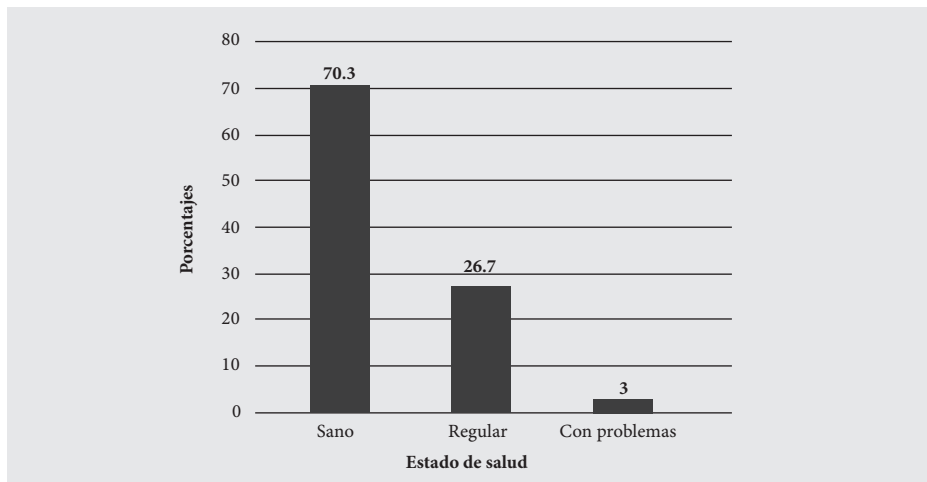
La muestra la integraron 195 adolescentes con una edad promedio de 16 años, siendo el 44.1% de los adolescentes y el 39.0% tenían una edad de 15 años y el 14.9% la edad de 17 años. La distribución por género se encontró que el 51.8%

eran mujeres y el 48.2% hombres. El grado escolar que predominó fue el 59.0% de segundo año y el 24.1% de primero y solo el 16.9% eran de tercero.

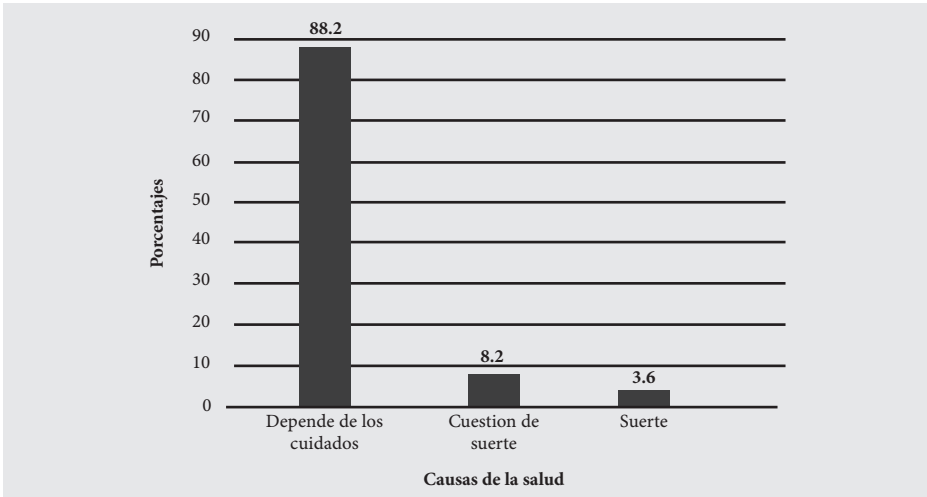
## Percepción del estado de salud

En relación con el estado de salud reportado por los adolescentes, se encontró que el 70.3% de los adolescentes se consideraban sanos y solo el 26.7 % consideraron que su salud era regular, siendo 77.7% de las mujeres las que expresaron ser más sanas y el 32.7% de los hombres juzgaron tener una salud regular (ver figura 1).

Estos datos se relacionan con los resultados obtenidos de la información suministrada por los adolescentes, respecto de las causas a las que ellos achacaban su salud, demostrándose que el 88.2% expresaron que su estado de salud sano dependía de los cuidados que ellos mismos tenían para no enfermarse, mientras que el 8.2% indicaron que era cuestión de suerte o bien por la suerte que ellos tienen de no enfermarse (ver figura 2). Estas variables se complementan con la información recabada respecto del consumo de medicamento, arrojando que los adolescentes indicaban que solo consumen medicamento sin prescripción médica, algunas veces cuando tenían dolor de cabeza, estomago, muscular o bien cuando presentaban algún problema respiratorio o de tos.



**Figura 1.** Distribución en porcentajes del estado de salud de los adolescentes evaluados  
Fuente: Elaboración propia

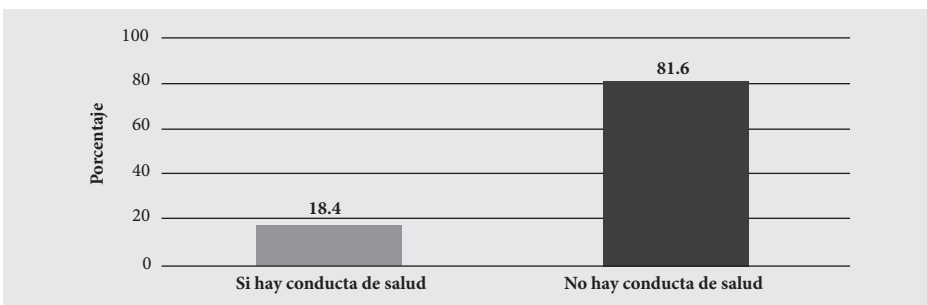


**Figura 2.** Distribución en porcentajes de las causas que depende el estado de salud de los adolescentes  
Fuente: Elaboración propia

## Conductas de salud

Con referencia a la información que el adolescente tenía sobre la enfermedad de la influenza, se identificó que el 87.1% de las mujeres como el 89.1% de los hombres manifestaron tener buena información sobre esta enfermedad, conocían los riesgos y los efectos que provocaban para su salud.

Sin embargo, a pesar de tener buena información, las conductas de salud en la población se identificó que en el 81.6% no tenían adecuadas conductas de salud ante la epidemia de la influenza y solo el 18.4% manifestaron tener conductas de salud, siendo las mujeres las que más utilizan las medidas de salud que los hombres (ver figura 4).

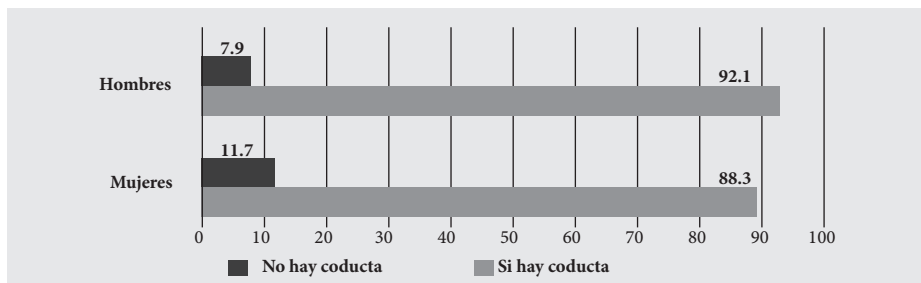


**Figura 4.** Distribución en porcentaje de las conductas de salud de los adolescentes ante la influenza H1N1  
Fuente: Elaboración propia



## Conductas de protección

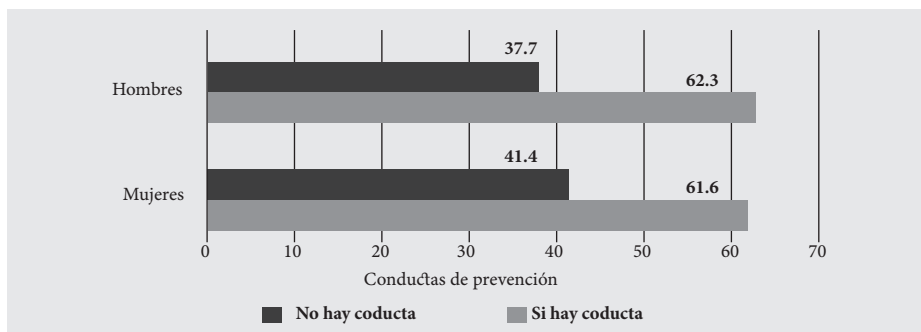
Aunque los adolescentes no tenían conductas de salud, en la figura 5 se demuestra que ellos identificaban las conductas de protección ofrecidas por el plantel educativo, señalándose que los hombres en un 92.1% identificaban más las conductas de protección que las mujeres en un 88.3%.



**Figura 5.** Distribución en porcentaje de la conducta de protección en los adolescentes ante la influenza H1N1  
Fuente: Elaboración propia

## Conductas de prevención

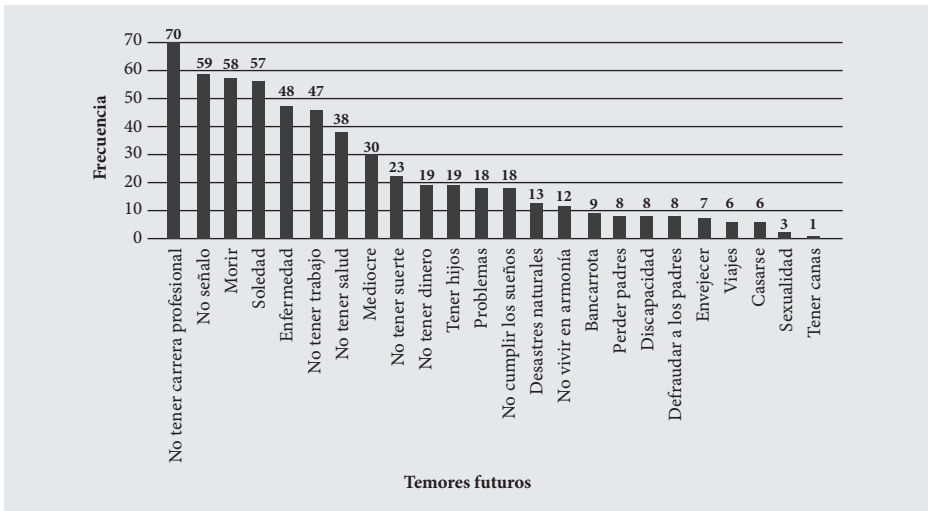
Con respecto al cambio de conductas de prevención que ayudarían a reducir la propagación de la gripe, se identificaron altos porcentajes de adolescentes que no realizaban conductas de prevención, siendo entre ellos el 41.4% de mujeres y el 37.7% de hombres, como son el no utilizar cubre bocas, utilizar el producto de gel sanitizante, emplear pañuelos desechables, etc. (ver figura 6).



**Figura 6.** Distribución en porcentaje de la conducta de prevención por género en los adolescentes ante la influenza H1N1  
Fuente: Elaboración propia

## Temores ante la contingencia

Los temores que los adolescentes manifestaban ante la contingencia de su futuro fueron el no terminar una carrera profesional, el morir, el estar solos, no tener trabajo, el continuar con la enfermedad y no tener salud (Ver figura 7).



**Figura 7.** Distribución en frecuencias ¿Cuál es el temor del adolescente en el futuro?

Fuente: Elaboración propia

## Discusiones y conclusiones

La mayoría de los adolescentes en ese momento se consideraban sanos, siendo las mujeres las que juzgaban sentirse más sanas que los hombres. La SSA (2006 -2011) y Corona (2011) han detectado que el nivel de morbilidad en los adolescentes es muy baja, sin embargo, consideran que la mayoría de los adolescentes presentan enfermedades comunes que no entrañan un riesgo inmediato pero que podrían prevenirse y así evitar que se convirtieran en crónicas.

Los alumnos en el momento del estudio tenían una adecuada información sobre la enfermedad de la influenza, existiendo una pequeña diferencia por género, estaban más informados los hombres que las mujeres. Estudios realizados por la OMS (2008) han demostrado a nivel mundial que el conocimiento sobre la enfermedad no siempre conduce a cambios del comportamiento, pues la información y la adquisición de nuevos hábitos de salud son inconsistentes, por lo

que se considera importante que la información vaya acompañada de actividades prácticas para reforzar los hábitos de salud.

A pesar de contar con información adecuada, algunos jóvenes no observaban las conductas de salud ante la contingencia. Los adolescentes identificaban las conductas de protección que el mismo plantel educativo ofrecía, pero no las llevan a cabo para protección de su salud ante la contingencia. La OMS (2004) consideró la necesidad de proporcionar información a la población en general para establecer conductas de salud a partir del ámbito familiar, social y escolar. Mientras que Pons (2010) considera necesario tomar en cuenta lo que piensan los adolescentes de sus conductas de salud, Becoña (2004) analizó también los determinantes psicológicos y sociales que influyen para que las desarrollen, con la finalidad de establecer las acciones que permitan su desarrollo.

El temor en el futuro que manifestaban los adolescentes era no tener una profesión, morir, miedo a la soledad, enfermarse y no tener trabajo. Ya que lo que más deseaban en el provenir era tener estudios, trabajar, casarse y tener salud. La OMS (2002) y Ruiz (2005) señalaron ante los acontecimientos inusuales catastróficos los adolescentes viven en un estado de incertidumbre, acompañado de trastornos emocionales (ansiedad, depresión, preocupación y otros) como sistemas de alarmas que les permitan adaptarse y tener una supervivencia en su contexto social. Mengíbar (2010) cree que estos acontecimientos generan en los adolescentes miedo al fracaso escolar y profesional, a la pobreza y no contar con una relación de pareja en un futuro.

Se recomienda, como medida de prevención, que se establezcan programas de educación para la salud en el ámbito escolar con un enfoque integral, con la finalidad de reforzar las conductas de salud en los adolescentes, como señala el estudio de Rey (2003), donde se sugiere establecer programas que traten la salud y la conducta de los adolescentes dentro del contexto de sus condiciones de vida y su comunidad local, a través de los programas de salud escolar integral.

Estos resultados nos llevan a la conclusión de que es necesario considerar los lineamientos que la Secretaría de Salud (2011) ha establecido con los programas de acción en salud, para que se adopten éstos en los centros educativos de manera permanente y pueda mantenerse el estado de alerta con las medidas de intervención preventiva y fortalecer los protectores que aseguren el estado de salud óptimo del adolescente y, en un futuro cercano, lograr disminuir los riesgos que ponen la salud del adolescente en constante exposición.

## Bibliografía

- ANIORTE, H. N. (2000). El proceso de salud y enfermedad. Apuntes del programa Sociología de la Salud. Universidad de Alicante, España. Recuperado de [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_sociolog\\_salud\\_3.htm](http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_3.htm)
- BECOÑA, E.; VÁZQUEZ, F.; OBLITAS, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en Detalle*, (5): 1-40. Bogotá: ACORONA H., F.; PERALTA V., E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. Chile.
- FAJARDO-DOLCI, G. E. ET AL. (2009). Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A (H1N1) en México. *Salud Pública de México*, 51(5), 361-371.
- GARCÍA ROCHE, R. G.; CORTÉS ALFARO, A.; VILA AGUILERA, L. F.; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, M.; MEZQUÍA VALERA, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22 (1), 2-7.
- MENGÍBAR EXPÓSITO, C. (2010). El adolescente busca su propia identidad. *Revista didáctica: Innovación y Experiencias Educativas*, (32), 1-9.
- OMS (2004). Informe sobre la salud del mundo: Consecuencias Humanas, sociales y económicas. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2004/chapter1/es/index4.html>
- OMS-OPS (2008). El modelo “Jóvenes: opciones y cambios” y su aplicación en el diseño de intervenciones eficaces para los adolescentes. En *Jóvenes: opciones y cambio*. Publicación de la OMS y OPS. Recuperado de [http://www.publications.paho.org/spanish/PC+594+cap\\_7.pdf](http://www.publications.paho.org/spanish/PC+594+cap_7.pdf)
- OPS (2010). Plan Nacional de Preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una pandemia de influenza, Gobierno Federal, México, DF.
- OPS-OMS (2002). Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. *Manuales y Guías sobre Desastres*, (1), 5-85. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC.
- OPS-OMS (2006). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Documento elaborado por la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH), Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) y Organización Panamericana de la Salud THS/MH/06/1 (Español). OPS/OMS, 1 -26.
- PÁRAMO, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- PONS, D.; QUERALT, A.; MARS, L.; GARCÍA-MERITA, M.; BALAGUER, I. (2010). Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 237-250.

- REY, H. C. ET AL. (2003). Marco curricular del programa de salud escolar. Departamento de Educación Subsecretaría para Asuntos Académicos Secretaría Auxiliar de Servicios Académicos. Instituto Nacional para el Desarrollo Curricular (INDEC). Puerto Rico, 1-91 15
- RUIZ, S. A. M.; BEGOÑA, L. P. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Madrid, 265-280. Recuperado de [http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad\\_o.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_o.pdf).
- RODRÍGUEZ, S. N. Y.; RÍOS, S. M. R.; LOZANO, T. L. R.; ÁLVAREZ, G. M. A. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 245- 260. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992003>
- ROMERO, A.; PORTENY, T.; NAVARRO, C.; CERVANTES, A. (2009). Impacto psicosocial de la epidemia de influenza A (H1N1) en pacientes, familiares de pacientes y personal de salud del Distrito Federal: Un estudio exploratorio 2009. . Investigación y Evaluación S.C. Reporte presentado al Centro Nacional de Prevención de Accidentes (CENAPRA).
- SSA (2011). Tu salud es la neta. Programa estatal de atención a la salud de la adolescencia. Servicios de salud de Veracruz. México. Recuperado de <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/PLAN-ESTATAL-DETRABAJO-ADOLESCENCIA-2011.pdf>
- TAVERA; R. S.; MARTÍNEZ, R. M. J. (2012). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de “Nueva Vida”. Actualidades en adicciones. Publicaciones CONADIC-SSA. México. Recuperado de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/12233>

## Autores

### MARÍA ELENA FLORES VILLAVICENCIO

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesora investigadora titular “C” adscrita al Departamento de Ciencias Sociales, miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Maestría en Ciencias de la Salud Pública en el Instituto de Investigación en Salud Pública, doctorado en Psicología de la Salud en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Diplomado de Tecnologías de Comunicación e Información para el Aprendizaje autogestión (INNOVA) Universidad de Guadalajara y Diplomado de Tutorías Académicas en el CUCS. Miembro del cuerpo académico denominado CA-71 Ciencias Sociales y Salud, con la línea de investigación sociedad, psicología y salud.

### GUILLERMO JULIÁN GONZÁLEZ PÉREZ

Profesor-investigador titular “C” del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara. Licenciado en Sociología por la Universidad de La Habana; maestro en Demografía por la Universidad de La Habana; doctor en Ciencias de la Salud, orientación socio-médica por la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II; miembro regular de la Academia Mexicana de Ciencias. Profesor perfil PROMEP responsable del cuerpo académico consolidado “Salud, Población y Desarrollo Humano”. Líneas de Investigación: demografía, sociedad y salud, salud y desarrollo humano, violencia y salud.

### MARÍA GUADALUPE VEGA LÓPEZ

Profesora-investigadora titular “C” y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara, profesora normalista (Escuela Normal de Jalisco), licenciada en Trabajo Social (Universidad de Guadalajara); maestra en Salud Pública (Instituto de Desarrollo de la Salud, La Habana, Cuba); maestra en Sociología (Universidad de Guadalajara) y doctora en Ciencias de la Salud, orientación sociomédica (Universidad de Guadalajara). Candidata al doctorado en Ciencias Pedagógicas con especialidad en Pedagogía Comparada (Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, La Habana, Cuba). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel II; profesora perfil PROMEP; miembro del cuerpo académico consolidado “Salud, Población y Desarrollo Humano”. Líneas de Investigación: salud y desarrollo humano, violencia y salud, demografía, sociedad y salud.

**CARLOS ENRIQUE CABRERA PIVARAL**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesor investigador titular “C” adscrito al Departamento de Ciencias Sociales, miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Médico y cirujano, maestría en Educación para la Salud. Doctorado en Ciencias de la Salud del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Pertenece al cuerpo académico denominado CA-68 Salud y Población, con la línea de investigación estudios comunitarios.

**MARÍA ANA VALLE BARBOSA**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesora investigadora titular “B” adscrita al Departamento de Ciencias Sociales. Licenciatura en Historia. Maestría en Ciencias de la Salud Pública y doctorado en Ciencias de la Salud Pública en la Universidad de Guadalajara. Profesora con perfil PROMEP. Miembro del cuerpo académico denominado CA-71 Ciencias Sociales y Salud, con la línea de investigación procesos históricos y salud.

**ARMANDO MUÑOZ DE LA TORRE**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesor investigador titular “C” adscrito al Departamento de Ciencias Sociales. Licenciatura de médico cirujano y partero. Maestría en Ciencias de la Salud Pública en la Universidad de Guadalajara. Médico general C6 y promotor de salud de la Secretaría de Educación en Jalisco. Profesor con perfil PROMEP. Miembro del cuerpo académico denominado CA-71 Ciencias Sociales y Salud, con la línea de investigación procesos históricos y salud.

**OSMAR JUAN MATSUI SANTANA**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Profesor-investigador. Médico cirujano y partero, maestro en Salud Pública y doctorado en Ciencias de la Salud orientación ciencias sociomédicas por la Universidad de Guadalajara. Estudios de doctorado en Salud Pública en la Universidad de California en Berkeley. Maestría en Educación de la Sexualidad Humana en el Centro de Educación y Atención de la Sexualidad, A.C. Curso de medicina sexual en la Sociedad Europea de Medicina Sexual de la Universidad de Óxford en Inglaterra. *Miembro del Comité Interdisciplinario Adjunto de Medicina Sexual, Unión Europea de Especialistas en Medicina.* Premio Jalisco “Ciencias de la Salud” 2004 por investigación en sexualidad. Membresía por evaluación de currículo y electo como *oficial de Asuntos Internacionales de la Mesa Directiva de la Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad* y presidente del congreso anual de dicha institución realizado por primera vez en México en 2009. Sexólogo del programa televisivo de la Universidad de Guadalajara “Sexo luego existo”. Coordinador permanente de la comisión científica de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología.

**FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ MORA**

Médico adscrito de base que desempeña funciones de jefe de enseñanza e investigación en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Profesor del Departamento de Fisiología y Farmacología y del Departamento de Reproducción Humana del Centro Universitario Ciencias de la Salud. Profesor adjunto de la especialidad en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Civil de Guadalajara. Maestría en Ciencias Biomédicas con orientación en medicina y el doctorado en Investigación Clínica del Centro Universitario Ciencias de la Salud con especialidad en Ginecología y Obstetricia en el antiguo Hospital Civil de Belén. Se halla certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Galardonado recientemente, en el mes de junio, con el premio Pedro Sarquís Merrewé por la mejor tesis doctoral durante el año 2013.

**AGUSTÍN VEGA LÓPEZ**

Profesor de biomatemáticas y técnico académico asociado “C”, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara. Ingeniero industrial (Universidad de Guadalajara). Responsable del programa “Índices de aprobación-reprobación y promedios” en la División de Disciplinas Básicas para la Salud del CUCS. Colaborador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano (CUCS-Universidad de Guadalajara).

**LAURA PATRICIA HARO JIMÉNEZ**

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Licenciada en Psicología, maestría en Psicología Educativa por la Universidad de Guadalajara, maestría internacional en Enseñanza Electrónica por la Universidad Abierta de Cataluña, maestría en Tecnologías para el Aprendizaje por la Universidad de Guadalajara. Áreas de actuación: psicología educativa, tiempo libre y consumo cultural.

**CARMEN LIZETTE TORNERO GONZÁLEZ**

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Licenciada en Psicología, maestría internacional en Enseñanza Electrónica por la Universidad Abierta de Cataluña, Maestría en Tecnologías para el Aprendizaje por la Universidad de Guadalajara. Áreas de actuación: educación a distancia, psicología educativa, historia de la educación, tiempo libre y consumo cultural.

**IRMA PATRICIA GONZÁLEZ ROJAS**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Licenciada en Psicología. Maestría y doctorado en Metodología de la Enseñanza por el Instituto Mexicano de Estudios Pedagógicos, A. C. Profesora del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Diplomado en Competencias Profesionales Integradas y en Tutorías por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud.



**GABRIELA GUADALUPE CARRILLO NÚÑEZ**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesora investigadora titular “C” del Departamento de Microbiología y Patología. Jefa del Departamento de Microbiología y Patología del CUCS. Médico cirujano y partero. Maestría en Ciencias de Orientación en Inmunología en la Universidad de Guadalajara. Maestro en docencia en Ciencias de la Salud en la UAS. Diplomado en Competencias Profesionales Integrales en el CUCS. Consejero directivo del honorable consejo del Centro Universitario Ciencias de la Salud.

**PEDRO PABLO QUINTERO VEGA**

Licenciado en Administración de Empresas (Universidad del Valle de México), ingeniero en Sistemas (Universidad de Guadalajara); becario de CONACYT, periodo 2010-2011. Colaborador del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano (Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara).

**LORENA VEGA LÓPEZ**

Profesora titular “B” del Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías (CUCI) de la Universidad de Guadalajara. Ingeniero mecánico eléctrico, Universidad de Guadalajara; maestra en Análisis en Sistemas Industriales, especialidad en Física por la Universidad de Guadalajara. Profesora perfil PROMEP, presidente de la Academia de Electromagnetismo. Colaboradora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano (CUCS-Universidad de Guadalajara). Línea de investigación: ingeniería.

**MARTHA LETICIA GÓMEZ MARTÍNEZ**

Médico Cirujano y Parteo en La Universidad de Guadalajara. Especialidad Cirujano Dermatólogo en el Instituto Dermatológico de Jalisco. Médico adscrito al Hospital General de Zapopan. Miembro de la Academia Mexicana de Dermatología. Médico Certificado por el Consejo Mexicano de Dermatología.

**GUILLERMO ALONSO CERVANTES CARDONA**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesor investigador titular “C” adscrito al Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológico e Instrumentales. Licenciado en Odontología, maestría y doctorado en Psicología de la Salud en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Jefe de la Unidad de Vinculación de la Secretaría General de la Universidad de Guadalajara. Perteneció al cuerpo académico denominado CA-639 Psicología de la Salud.

**MARTHA VILLASEÑOR FARÍAS**

Médico cirujano y partero. Maestría en Ciencias de la Salud Pública con énfasis en educación para la salud. Doctorado en Ciencias Sociomédicas con especialidad en terapia familiar y perspectiva social en salud reproductiva. Integrante del seminario

Sexualidad y Género del Colegio de México. Profesora investigadora titular y presidenta de la comisión de ética en el comité de investigación, ética y bioseguridad en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Secretaria ejecutiva del Instituto Jalisciense de las Mujeres.

#### **LAURA TERESA FLORES GONZÁLEZ**

Médico Cirujano y Partero, Universidad de Guadalajara. Maestría en Educación de la Sexualidad Humana, Centro de Educación y Atención a la Salud y la Sexualidad A.C. /SEJ. Maestría en Terapia Sexual y de Pareja, Instituto Kaplan de Madrid, España. Formación en Medicina Sexual por la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sexología y Educación Sexual y por el Sex Therapy Training Institute de Florida USA. Formación en Terapia Sexual por el Sex Therapy Training Institute de Florida USA. Miembro de la International Society for the Study for Women Sexual Health. Responsable Editorial y Co-conductora de la serie televisiva “Sexo luego existo” para divulgación científica, coproducción del Canal44 y el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara desde 2007 a la fecha.

#### **ADRIANA NAPOLES ECHAURI**

Psicóloga clínica del Hospital Civil Juan I. Menchaca. Responsable del programa de atención a adolescentes embarazadas del Hospital Civil Juan I Menchaca. Técnico docente titular “C” del Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológicas e Instrumental del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Licenciatura en Psicología. Maestría y doctorado en Psicología de la Salud en la Universidad de Guadalajara. Diplomado de Entrenamiento de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor por la Universidad Complutense de Madrid.

#### **IVIS JENNIFER MEZA FLORES**

Estudiante de la carrera de Medicina del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Asistente en la línea de investigación sociedad, psicología y salud perteneciente al CA-71 Ciencias Sociales y Salud.

#### **JOSÉ RAÚL ROBLES BAÑUELOS**

Ensayista y novelista originario del estado de Jalisco. Ha sido premiado en diversos certámenes literarios nacionales e internacionales. Entre sus publicaciones destacan el ensayo *Cómo vives tu cultura* y las novelas *Dónde se arruinó la vida* y *Los experimentos del Dr. Patrick Harris*. Trabajó como director general de la revista científico-literaria *Na'at.: Donde ciencia y arte se funden*. En la actualidad es estudiante de la carrera de medicina en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara y trabaja como investigador de apoyo en el Centro de Estudios en Salud y Desarrollo.

**KOREY VILLAVICENCIO RODRÍGUEZ**

Médico cirujano y partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero, realizó su internado rotatorio de pregrado en el IMSS, Hospital Vicente Guerrero, Acapulco, Guerrero. Cuenta con la especialidad de Medicina Interna en el Hospital General de Acapulco. Técnico en Urgencias Médicas en la Cruz Roja Mexicana.

**MARTHA CRUZ ÁVILA**

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Profesora titular de Departamento de Psicología Aplicada de Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Profesora normalista de Educación Preescolar por la Escuela Normal de Jalisco. Licenciatura de Psicología, maestría en Ciencias de la Educación Instituto Superior de Investigación y Docencia para el Magisterio de México. Doctorado en Pedagogía Social con especialidad en Estudios Superiores en Educación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Secretaria académica del Centro Universitario UTEC. Asesora docente de la Universidad del Valle de México. Perteneció al cuerpo académico denominado CA-71 Ciencias Sociales y Salud, con la línea de investigación seguimientos de egresados en psicología.



*Problemas de salud en los adolescentes.*  
*Una perspectiva socioepidemiológica*  
se terminó de imprimir en noviembre de 2014  
en los talleres de Offset Studio  
Miguel Blanco 1399, Col.Americana  
44100 Guadalajara, Jalisco

En la formación de este libro se utilizaron las familias  
tipográficas Minion Pro, diseñada por Robert Slimbach,  
y Ronnia, diseñada por Veronika Burian y José Scaglione.