

Promoción de la salud en el ciclo de vida >

Capítulo 4: Salud y enfermedad en la adolescencia

Julián Alcalá Ramírez; Sigfrido Huerta Alvarado; Guadalupe García de la Torre; Dewi Sharon Hernández Montoya; Liria Yamamoto Kimura

Pubertad, adolescencia y juventud



Fuente: Rafael González Guzmán, Juan Manuel E. Castro Albarrán, Laura Moreno Altamirano: *Promoción de la salud en el ciclo de vida*, www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

La adolescencia es un proceso social estrechamente ligado a otro proceso que es de carácter biológico: la pubertad, la cual anuncia que el organismo ha iniciado la maduración sexual, y que pocos meses después tendrá la capacidad de procrear hijos, hecho que ocurre entre los 10 y los 14 años de edad.

El proceso de pubertad es desencadenado por un “reloj biológico” ubicado en la adenohipófisis, misma que secreta una hormona (folículo-estimulante) que estimula, a su vez, la producción de hormonas sexuales por las gónadas. En el varón, la hormona fundamental es la testosterona y en la mujer los estrógenos. Las dos hormonas transforman el cuerpo e incluso la psique, dando lugar al crecimiento en los volúmenes con la consecuente aparición de los caracteres sexuales secundarios que distingue claramente el cuerpo femenino y masculino.

La menarca y la espermaquia son cambios fundamentales que abren la posibilidad de la reproducción.¹

Los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la pubertad son varios, en ello participan tanto la herencia como factores socioambientales como la alimentación y el clima. La pubertad es un hecho biológico que desencadena, sin embargo, distintas respuestas sociales.

Para muchas comunidades es la señal de que el niño o la niña se han convertido en adultos, y es el momento en el que pasan por ritos de iniciación

Downloaded 2024-1-29 2:1 P Your IP is 132.248.252.110

Capítulo 4: Salud y enfermedad en la adolescencia, Julián Alcalá Ramírez; Sigfrido Huerta Alvarado; Guadalupe García de la Torre; Dewi Sharon Hernández Montoya; Liria Yamamoto Kimura

©2024 McGraw Hill. All Rights Reserved. [Terms of Use](#) • [Privacy Policy](#) • [Notice](#) • [Accessibility](#)

diferenciados por género, mediante los cuales adquieren atributos y responsabilidades propias de los adultos de la comunidad; dentro de éstas ocupan un lugar preponderante las prácticas sexuales y la realización del coito.

A partir del surgimiento del capitalismo se generó una etapa intermedia de transición, entre la infancia y la vida adulta. Surgieron, a su vez, dos conceptos para esta parte del ciclo de la vida, el de adolescencia y el de juventud. Una corriente de pensamiento ubica al concepto de adolescencia como una idea referida a procesos biológicos-psicológicos individuales, bastante definidos ([cuadro 4-1](#)). Mientras que el concepto de juventud, según esta corriente, se refiere más a procesos históricos, sociales, culturales, políticos, para otra corriente, el concepto de adolescencia incluye los aspectos sociales y culturales individuales y colectivos de forma tal que podría usarse de manera análoga al de juventud.

Cuadro 4-1

Sobre el uso del término “adolescencia”

El concepto adolescencia tiene un conjunto de acepciones que lo hacen un término polisémico (con muchos significados), lleno de confusiones y con muchas implicaciones morales. Esto puede ser resultado de la asociación incorrecta del verbo latino *adolescere* por algunas iglesias o corrientes psicológicas como sinónimo de: 1) caer enfermo; 2) padecer una enfermedad crónica; 3) tener una cierta imperfección o 4) adolecer (sufrir, carecer) de las capacidades mentales propias de lo que se considera “madurez”, es decir, el poder tomar decisiones que los adultos consideran correctas. Por supuesto, una interpretación como la anterior nos parece equivocada y conduce a un terreno de imprecisiones. El sentido que debe tener el verbo *adolescere* es el de crecimiento, y esto es un hecho que no tiene refutación. Pero cabe señalar que este crecimiento no es sólo corporal, sino que se acompaña de nuevos intereses, de nuevas capacidades que deben incluir un desarrollo integral tanto en lo físico, intelectual, emocional y social. Para ubicar los límites de edad de la etapa adolescente retomamos el intervalo empleado en la demografía que corresponde a la población que se encuentra entre los 10 y los 20 años de edad.

Es interesante comentar que en las sociedades europeas del siglo XIX se transformó la respuesta social, pues a pesar de que continuaban realizándose ritos de iniciación, no era el momento de que al púber se le considerara adulto e incluso se le restringían los derechos a ejercer su vida sexual. Así, si bien la pubertad y la adolescencia están vinculadas, no tienen el mismo sentido ni significado, es decir, la adolescencia es un fenómeno relativamente reciente en la historia.

Tras la Revolución Industrial y bajo el dominio ideológico de la burguesía, se tenían expectativas y realidades contradictorias: por un lado el gran conjunto de adolescentes eran parte de la fuerza de trabajo y se encontraban viviendo en condiciones marginales pero con derecho a formar pareja; y por otro lado, de manera idealizada, se expresaba la necesidad de que algunos adolescentes recibieran capacitación y educación formal que les permitiera incorporarse varios años después a trabajos especializados y a la conducción política de la sociedad. El día de hoy esta tensión, de educarlos y la escasez de oportunidades, ha producido que los adolescentes estén sin empleo o bien “estudiando” con poca esperanza de mejorar su calidad de vida. Estos jóvenes en general, son económicamente dependientes y cuentan con derechos sólo parcialmente cumplidos. Este conjunto de contradicciones y de insatisfacciones se expresan como problemas de violencia, adicciones, depresión y otras situaciones que ponen en riesgo su salud, su futuro e incluso su vida, como sucede actualmente en la barbarie de homicidios de jóvenes por todo México. El concepto de “jóvenes” se ha transformado históricamente y esta evolución se ha dado principalmente en tres ejes:²

El primero de ellos es la transformación que se da en la época preindustrial, cuando la construcción social de los “jóvenes” surge a la par de los significados del trabajador y el asalariado. Los jóvenes salen de sus casas a trabajar por un salario para convertir la total dependencia que se tenía en una condición juvenil con un estado de semidependencia.

El segundo es la transformación en el aprendizaje, mismo que pasa de ser un “legado familiar”, en donde se educaba casi sin sentir y exclusivamente a quienes vivían en los hogares, al espacio especializado de las escuelas.

El tercero fue la sustitución del concepto de “trabajo” (en la familia y por el bienestar colectivo), por el de “empleo asalariado”, el cual por un lado permitió al joven tener una retribución puntual y además de ello, la adquisición de algunos derechos ciudadanos, e independencia de la casa paterna.

Es importante señalar que la concepción de la juventud o adolescencia como mero **periodo de transición**, tiene el peligro de no reconocer a los jóvenes como creadores y poseedores de culturas propias de su juventud. Una postura que descalifique a los adolescentes o los jóvenes como creadores de culturas propias puede conducir al grave desconocimiento sobre las temáticas vinculadas más estrechamente con los jóvenes, como son

la educación, la deserción escolar, el acceso al trabajo, la salud, la sexualidad, entre otros.³

Edward Burnett propone el siguiente concepto de cultura: “conjunto que incluye el conocimiento, creencias, artes, moral, leyes, costumbres, cualesquiera otras actitudes y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”⁴ y otros autores prefieren referirse a la noción de cultura como a los significados y valores que los miembros de una sociedad atribuyen a sus prácticas. Algunos más incluyen en la cultura las prácticas de los grupos sociales. Esta última definición más inclusiva permite situar de mejor manera a los jóvenes y sus proyectos restringidos por las estructuras sociales y por las opciones laborales.

Así como la sociedad industrial moderna creó esta etapa de transición, en la actualidad, por efecto de la crisis social, el subempleo o la subcontratación, se ha afectado directamente a la condición juvenil contemporánea. Los jóvenes-adolescentes cada vez toman menos decisiones, pues tienen pocas opciones sobre las cuales actuar, la escasez de empleos se ha convertido en un obstáculo para su desarrollo y para que finalmente puedan ser seres autónomos financiera y territorialmente. Los bajos ingresos, los empleos inestables, etc., promueven que los jóvenes permanezcan más tiempo en el hogar de origen, por lo que se considera que se está ante un cambio del sentido de la condición juvenil-adolescente, con procesos que alargan esta condición, como son el desempleo para muchos o para unos cuantos una larga permanencia en la escuela, a través de especializaciones que retardan la incorporación del joven al mercado de trabajo.⁵

Determinantes sociales

La población de jóvenes-adolescentes

La población adolescente y juvenil ha crecido en las últimas décadas en lo que se ha llamado el “bono demográfico”. Las altas tasas de natalidad de hace 30 a 40 años formaron un gran segmento que hoy son adultos, jóvenes y adolescentes, todos ellos con amplia capacidad productiva. Este “bono demográfico” se está desperdiciando debido a la carencia de buenas oportunidades de empleo, lo que conduce a muchos adolescentes y jóvenes a la economía ilegal, a la economía informal o bien a la migración (esta última se aborda en el capítulo 5). Para el año 2005, el grupo de personas entre 10 y 19 años de edad representó 20.4% del total de la población, es decir, una de cada cinco personas en México estaban en esta etapa de la vida. Para los años posteriores al 2005, estos más de 20 millones de personas serán la parte más productiva de la sociedad; sin embargo, el panorama para este sector en términos de educación y empleo, como se verá más adelante, parece no ser muy halagador (cuadro 4-2).

Cuadro 4-2

Población por grupo de edad en México, 2000 a 2005

	2000	2005	Porcentaje
0 a 4 años	10 635 157	10 186 243	
5 a 9 años	11 215 323	10 511 738	
10 a 14 años	10 736 493	10 952 123	20.4
15 a 19 años	9 992 135	10 109 021	
20 a 24 años	9 071 134	8 964 629	
25 y más años	45 833 170	52 539 634	
Población total	97 483 412	103 263 388	

Fuente: INEGI, anuario 2009.

Los jóvenes en México son un sector de la población con características sociales y culturales muy heterogéneas, de forma tal que caracterizarlos como

sector resulta difícil.

No es sencillo hacer una descripción completa y cuidadosa de las muy distintas formas en que se vive la adolescencia, pues si hay una constante es la enorme diversidad de comportamientos y de ideas, de tal manera que las manifestaciones culturales más notorias muestran diversas alternativas como cholos, maras, punks, emos, darks, entre otros. Los jóvenes juegan un papel muy importante en diversas luchas mundiales contra los efectos de una globalización que amenaza con arrasar la ecología del planeta, contra el despojo de los recursos naturales de la mayoría de países subdesarrollados y contra millones de personas explotadas y oprimidas a lo largo y ancho del mundo. Los jóvenes-adolescentes son una realidad contradictoria que une los efectos nocivos de la sociedad en enajenación, droga y violencia, pero también de crítica fundada, ruptura y lucha contra la injusticia social. Mientras que algunas manifestaciones juveniles tienen amplia difusión en los medios de comunicación, ese enorme poder que deforma las conciencias, hay otros jóvenes cuya existencia es poco vista, como son los jóvenes indígenas trabajando desde niños, las empleadas domésticas, los albañiles y peones, los cargadores del “abasto”, las jóvenes trabajadoras de las maquilas, los todavía obreros de edad temprana, a quienes la definición de adolescente o joven que se prepara para incorporarse a trabajar se le terminó durante e incluso antes que la pubertad. También está la minoría de los jóvenes que pudieron seguir hasta las universidades, buscando una mejor situación para ellos y sus familias.

Escuela y trabajo en los jóvenes

El Instituto Mexicano para la Juventud llevó a cabo en el año 2005 la Encuesta Nacional de Juventud,⁶ en donde se dieron a conocer las actividades entre los jóvenes de México; la encuesta dividió a la población en dos ejes: el empleo y la educación, debido a que a partir de ellos se determinan las decisiones y trayectorias individuales.

Los resultados mostraron una tendencia entre la edad y el porcentaje de población trabajadora en ambos sexos, de modo que a mayor edad, mayor porcentaje de jóvenes trabajadores. También se observó que los hombres tienen los mayores niveles de empleo en comparación con las mujeres (cuadro 4-3).

Cuadro 4-3

Jóvenes trabajadores actuales. México, 2005

Sexo	Edad	Trabajan (%)
Hombres	12-14	1.3
	15-19	32.6
	20-24	62.7
	25-29	86.9
Mujeres	12-14	1.4
	15-19	15.0
	20-24	30.9
	25-29	37.7

En el capítulo 3 se habló del trabajo infantil que incluye, en las definiciones internacionales, a los menores de 16 o 18 años, es decir, la definición de trabajo infantil se relaciona con la etapa adolescente.

En la encuesta mencionada se preguntó: ¿cuál es la imagen que los jóvenes tienen del empleo? El cuadro 4-4 da una idea de ello. La mayoría (80.7%) opinaron que un trabajo sirve “para ganar dinero”, como segunda mención en importancia se encontró “para ser independiente”, curiosamente los

grupos de jóvenes con menor edad (12-19 años) fueron quienes la mencionaron más, en relación con sus pares más grandes. La tercera opción se enfocó hacia la posibilidad de ayudar a la familia (29.9%), seguido del deseo de aprender cosas (22.2%), pero todas estas últimas opciones conservaron una enorme distancia respecto al ingreso.

Cuadro 4-4
Opinión de los jóvenes sobre utilidad del trabajo. México, 2005

Factores	Hombres	Mujeres	Total
Ganar dinero	81.7	79.7	80.7
Aprender	21.8	22.6	22.2
Hacer amigos	4.4	4.1	4.3
Conocer una pareja	3.0	2.2	2.6
Viajar	2.1	1.9	2.0
Ser independiente	32.9	32.2	32.5
Divertirse	2.3	1.3	1.8
Para nada	0.4	0.3	0.3
Ayudar a la familia	27.2	32.4	29.9

Experiencias y el sentido de la escuela

Una investigación reciente sobre jóvenes vulnerables de las zonas periféricas de la ciudad de México reveló que las experiencias y el sentido que tiene la escuela para estos jóvenes están relacionados con un estado de ánimo que podría sintetizarse bajo la idea de aburrimiento. El aburrimiento parece ser un estado de ánimo particularmente significativo y casi exclusivo del nivel secundario de enseñanza, de hecho, constituye el periodo crítico de deserción escolar.⁷

A veces, para algunos jóvenes transitar por la escuela con éxito conlleva poner en juego eficazmente su repertorio de conocimientos, experiencias y habilidades sociales, así como aplicarlas a nuevas situaciones de interacción, implicarse en el establecimiento de relaciones sociales de colaboración, reciprocidad y productividad académica, el pensamiento crítico y reflexivo, la investigación, la solución de problemas y el manejo de las tecnologías de información y comunicación. Los estudiantes confrontan nuevas culturas institucionales y nuevas prácticas educativas, y les corresponde dejar atrás modos familiares de enseñanza y de aprendizaje y un estilo de relaciones profesor-alumno quizá más dependiente y menos autónomo de lo que el nivel de educación superior requiere y promueve, al mismo tiempo, nuevas aventuras de indagación en la búsqueda y construcción de conocimiento; la transición les demanda cambiar de redes sociales y tejer nuevas.⁸

Los jóvenes en México, ¿ni trabajan ni estudian?

Recientemente, en México se ha usado de manera popular el término “nini” para hacer mención a un sector juvenil de la población que no estudia ni trabaja; esta situación se considera amplia y problemática, porque social y culturalmente se espera que los jóvenes se dediquen a una de estas dos actividades. La situación de los nini es reconocida por algunos especialistas como un problema de exclusión social, debido a que las instituciones tienen dificultades para acercar a todos los jóvenes las oportunidades de desarrollo.

La Encuesta Nacional de la Juventud 2005 reportó que 24% de jóvenes entre 12 y 29 años mencionaron que no estudian ni trabajan. Sin embargo, de este conjunto poco más de ocho de cada 10 son mujeres, entre las cuales, cerca de siete de cada 10 están unidas en pareja y, presumiblemente, se dedican a la vida doméstica. Otro 30% de las mujeres son solteras, pero podrían participar en las actividades domésticas de su hogar de origen. Por las razones mencionadas, el manejo de las cifras sobre la población nini debe ser cuidadoso.

De acuerdo con algunos expertos en la materia, el análisis riguroso de este subgrupo de la población debería excluir, además a quienes se dedican al trabajo doméstico, a los jóvenes que actualmente se encuentran buscando empleo (pues forman parte de la Población Económicamente Activa) y a quienes experimentan algún tipo de discapacidad que les impide realizar actividades económicamente productivas. Los jóvenes nini que estaban entre los 20 y 29 años de edad representaron 21% del total del grupo estudiado. Quienes se desempeñaban en ambas esferas (el estudio y el trabajo) fueron sólo 5.3% de la población juvenil (cuadro 4-5).

Cuadro 4-5

Distribución porcentual de jóvenes según condición de actividad. México, 2005

Grupos de edad	Sólo estudia	Sólo trabaja	Estudia y trabaja	Ni estudia ni trabaja	No contestó
12 a 14	92.6	0.5	0.6	6.3	–
15 a 19	61.0	15.5	7.5	16.0	–
20 a 24	14.4	37.4	8.9	29.0	0.3
25 a 29	6.0	57.4	2.5	34.1	–
Total	43.7	28.8	5.3	22.1	0-1

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2009 (II trimestre) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),¹¹ mostró que poco más de cuatro de cada 10 personas jóvenes (entre 15 y 24 años de edad) refirieron que realizaban alguna actividad económica de manera exclusiva; casi cuatro de cada 10 tuvieron como única ocupación estudiar, uno de cada seis se dedicaban al trabajo doméstico y dos de cada 100 dijeron que trabajaban y estudiaban. La misma fuente reportó que 1.4% de la población joven no estudiaba ni trabajaba, proporción que incluyó cerca de 285 mil jóvenes. Hace 10 años, este segmento poblacional representó 1.7% de los jóvenes, es decir, disminuyó ligeramente a 1.2% en 2005.

Visión general de daños: morbilidad y mortalidad

A lo largo del ciclo de vida, el grupo de jóvenes-adolescentes es el más sano, presenta menor carga de enfermedad y además es el que utiliza menos servicios de salud. Las tasas de mortalidad en este grupo bajan en comparación con las de la infancia y también con las de los adultos.

Desde el punto de vista de la autopercepción de salud, recogida por la Encuesta Nacional de la Juventud 2005, se pudo apreciar que la mayoría de los jóvenes evaluaron positivamente su estado de salud, así, 87% de ellos afirmaron estar bien o muy bien en términos generales. Sólo 1% dijo que su salud era mala o muy mala.

Al revisar los anuarios de morbilidad, las principales enfermedades que motivan consulta por los jóvenes son las infecciosas, y llama la atención que dentro de las 10 primeras enfermedades estén las úlceras, gastritis y duodenitis cuyas causas son tanto un agente infeccioso (*Helicobacter pylori*) como elementos del estilo de vida (estrés, transgresiones alimentarias y abuso de alcohol; cuadros 4-6 y 4-7).

Cuadro 4-6

Diez principales causas de enfermedad en jóvenes de 10 a 14 años en México, 2008

Padecimiento	Código	Casos	Incidencia*
Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, 221, excepto J02.0 y J03.0	1 970 514	18 186.67
Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas	A04, A08-A09 excepto A08.0	327 331	3 021.07
Infecciones de vías urinarias	N30, N34, N39.0	126 326	1 165.91
Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	79 227	731.22
Otitis media aguda	H65.0-H65.1	71 231	657.42
Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3,A06.9	56 051	517.32
Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	40 530	374.07
Varicela		38 145	352.06
Gingivitis y enfermedades periodontales		35 754	329.99
Picadura de alacrán		32 730	302.08

* Por 100 000 habitantes.

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2008.

Cuadro 4-7

Diez principales causas de enfermedad en jóvenes de 15 a 19 años en México, 2008

Padecimiento	Código	Casos	Incidencia*
Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, 221, excepto J02.0 y J03.0	1 276 470	12 176.55
Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas	A04, A08-A09, excepto A08.0	236 115	2 252.74
Infecciones de vías urinarias	N30, N34, N39	232 870	2 221.40
Úlceras, gastritis y duodenitis	K26-K29	131 488	1 254.30
Otitis media aguda	H65.0-H65.1	47 972	457.62
Gingivitis y enfermedades periodontales	K05	47 539	453.49
Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3, A06.9	36 348	346.73
Picadura de alacrán	T63.2, X22	33 231	317.00
Conjuntivitis	B30, H10.0	26 734	255.02
Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	21 696	206.96

* Por 100 000 habitantes.

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos, 2008.

Asimismo, es importante notar que se encuentran presente entre las diez primeras causas de enfermedad, la “gingivitis y enfermedades periodontales”, que en su mayoría son producto de malos hábitos higiénicos, y si en este grupo de edad ocupa ya un lugar entre los padecimientos más frecuentes, y al tomar en cuenta también que los jóvenes representan una quinta parte de la población mexicana, que además está envejeciendo, es posible prever que en pocos años, los problemas odontológicos derivados de éstas serán un problema importante de salud pública en México.

Se encuentra también la picadura de alacrán, la cual por supuesto varía de intensidad según el estado de la República que se explore, y sin embargo, es importante considerarla ya que es una causa prevenible.

Al hacer una comparación por sexo, las principales causas de morbilidad de este grupo de edad son similares entre hombres y mujeres, por lo que es posible concluir que los adolescentes se enferman principalmente por padecimientos infectocontagiosos. Pero cuando llegan a fallecer, ¿cuáles son las principales causas? En el [cuadro 4-8](#) se muestran las principales causas de muerte en los adolescentes, mientras que en los [cuadros 4-9](#) y [4-10](#) se indican estas causas pero por sexo.

Cuadro 4-8

Diez principales causas de defunción en adolescentes en México en 2008

Causas	Código	Defunciones
Accidentes	E49-E53, E57-E58	6 961
Lesiones por tránsito de vehículos de motor	E49B	3 879
Agresiones	E55	3 003
Tumores malignos	08-15	1 386
Leucemias	14D	535
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	1 323
Enfermedades del corazón	26-29	659
Enfermedad isquémica del corazón	28	236
Insuficiencia renal	38C	553
Enfermedad por VIH	06H	381
Malformaciones congénitas, deformidades o alteraciones cromosómicas	47	377
Malformaciones del sistema circulatorio	47E	181
Embarazo, parto y puerperio	43-45	366
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	23F	307

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2008.

Cuadro 4-9

Diez principales causas de defunción en hombres adolescentes en México en 2008

Causas	Código	Defunciones
Accidentes	E49-E53, E57-E58	5 776
Lesiones por tránsito de vehículos de motor	E49B	3 179
Agresiones	E55	2 691
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	999
Tumores malignos	08-15	832
Leucemias	14D	312
Enfermedades del corazón	26-29	458
Enfermedad isquémica del corazón	28	159
Insuficiencia renal	38C	348
Enfermedad por VIH	06H	279
Malformaciones congénitas, deformidades o alteraciones cromosómicas	47	224
Malformaciones del sistema circulatorio	47E	106
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	23F	186
Enfermedades del hígado	35L-35M	141
Enfermedad alcohólica del hígado	35L	60

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2008.

Cuadro 4-10

Diez principales causas de defunción en mujeres adolescentes en México en 2008

Causas	Código	Defunciones
Accidentes	E49-E53, E57-E58	5 776
Lesiones por tránsito de vehículos de motor	E49B	3 179
Tumores malignos	08-15	2 691
Leucemias	14D	
Embarazo, parto y puerperio	43-45	
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	E54	999
Agresiones	E55	832
Insuficiencia renal	38C	312
Enfermedades del corazón	26-29	458
Enfermedades de la circulación pulmonar	28	159
Malformaciones congénitas, deformidades o alteraciones cromosómicas	47	224
Malformaciones del sistema circulatorio	47E	106
Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	37E	186
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	23F	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2008.

Como puede observarse en los casos anteriores, la primer causa de muerte para ambos sexos son los accidentes, y de ellos más de la mitad se deben a los de tránsito de vehículos de motor; las agresiones para los hombres se encuentran en segundo lugar, mismas que ocupan el quinto lugar entre las mujeres. Estas causas subrayan la necesidad de transmitir a los adolescentes una cultura de la prevención y promoción del autocuidado, tan sencillas como el uso de cinturón de seguridad, respeto a los señalamientos viales y los límites de velocidad, etc., así como la convivencia armónica con base en la tolerancia y el respeto. El [cuadro 4-11](#) presenta la definición de lo que es una lesión.

Cuadro 4-11

Lesiones

En clínica, una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las lesiones pueden producir alteraciones de las funciones o fisiología de órganos, sistemas y aparatos.¹

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la intencionalidad es esencial para distinguir las lesiones intencionales o con violencia bien definida de las no intencionales o las mal llamadas “accidentales”.²⁻⁵

Hoy en día existen desacuerdos para el uso de “accidentes”, ya que diversas definiciones atribuyen al azar un papel decisivo en su producción; Olivares y Vilchis⁴⁻⁵ coinciden en señalar que los “accidentes no ocurren por casualidad sino que a causa de un motivo que los ocasiona, y éste la mayoría de las veces, no es único, sino que consta de una integración de causas que actúan en un determinado momento en forma simultánea o escalonada”.

Las lesiones se pueden clasificar de acuerdo con la causa externa que la produjo, es decir según la intencionalidad o no, en intencionales y no intencionales, estos últimos a su vez se clasifican conforme al lugar de ocurrencia: lesiones de transporte (terrestre, aéreo, o marítimo), en el hogar, de trabajo y deportivos.⁴

A su vez las lesiones intencionales se clasifican en tres: las infligidas por otra persona (intento de homicidio u homicidio consumado), las autoinfligidas (intento de suicidio y suicidio consumado) y por guerra. Esta última expresión: defunciones o muertes de guerra tiene actualmente un significado menos preciso.⁶ La X Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE X), codifica a las lesiones de acuerdo con el tipo de lesión (fractura, luxación, esguince, traumatismo, heridas, contusiones, envenenamiento, etc.).

En derecho y medicina legal, las lesiones comprenden, además de las heridas externas, cualquier daño en el cuerpo que pueda objetivarse y debido a una causa externa en la que esté implicada una tercera persona. En términos del Código Penal, lesión es un delito en contra de la vida y la salud personal que se comete por el que cause a otro un daño que deje en su cuerpo un vestigio o altere su salud física o mental.⁷⁻⁸

Las lesiones corporales se clasifican legalmente por el tiempo que tardan en sanar, considerándolas de la siguiente manera: aquellas que se recuperan en periodos que tardan en sanar menos de quince días y que no ponen en peligro la vida (art. 289 del Código Penal para el D.F.), las que tardan en recuperarse o dejan secuelas para siempre (art. 290, 291 y 292) y las que ponen en peligro la vida (art. 293).⁷

El término de violencia es utilizado por diversas disciplinas como la salud pública, sociología, psicología, justicia, etc.; pero para explicar un fenómeno social, el uso de este término se aplica tanto en las lesiones intencionales, como en las no intencionales.

Para la salud pública, los actos violentos por lo general se determinan desde la perspectiva de la víctima como hechos visibles y manifiestos de la agresión física capaces de producir daño o muerte. Para la sociología, violencia es sinónimo de poder, y para la justicia es una violación a la ley.⁵

Desde el enfoque de género para el caso de las lesiones parecen existir factores específicos relacionados con cada sexo y para cada tipo de lesión; ya sea ésta intencional o no, el varón es el que muere más por lesiones que le inflijan, es quien más produce lesiones hacia otras personas y es quien más se inflige lesiones.¹¹

Elaboró: Nora Ibarra Araujo
Véase anexo al final del capítulo.

Entre las primeras causas en ambos sexos se encuentran los tumores malignos, de ellos la leucemia es la más frecuente. En hombres se encuentran algunas otras, también relacionadas con su rol de género, como la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH [en las mujeres esta causa ocupa el décimo segundo lugar]) y enfermedades del hígado, principalmente ocasionada por el consumo de alcohol.

Entre las mujeres es lamentable observar que la tercera causa de muerte esté relacionada con el embarazo, parto y puerperio; por lo que es imperativo subrayar el riesgo que representa el embarazo en esta etapa de la vida. Otra causa que llama la atención es la correspondiente a las lesiones autoinfligidas, que forman parte de las primeras causas de muerte en ambos sexos. Todo esto, en conjunto, implica que los adolescentes tienen comportamientos altamente desfavorables para su salud.

Es importante considerar que las causas que afectan la salud de los jóvenes son prevenibles. La capacidad de adaptación propia de la juventud puede convertirse en una herramienta de utilidad para la instrumentación de políticas públicas orientadas a promover formas de vida saludables y a habilitarlos como agentes de cambio, no sólo de su propio cuerpo, sino de los entornos domésticos y comunitarios en que viven.⁹

Problemas de salud específicos

Enfermedades crónico-degenerativas en adolescentes

La adolescencia es una etapa en la que cambian de manera importante las formas de vida. Esto no sucede igual para todo este grupo. Para algunos significa el inicio temprano (e indeseable) a la vida laboral, así como la convivencia en colonias pobres con carencias en recreación, deporte, educación o vivienda. En el subempleo, el empleo precario o la integración a la economía ilegal. Este sector de jóvenes tal vez mayoritario en México se expone cada vez más a un conjunto de condiciones que configuran una especie de portafolios de riesgo para el desarrollo de enfermedades en el futuro. Otros sectores con más recursos económicos tienen formas de vida más saludables y propicias para el desarrollo humano, y tal vez como grupo pasen por esta etapa con menos exposiciones y riesgos menos “pesados”. Estos riesgos conducirán de inmediato a problemas como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; la adicción a tabaco, alcohol y drogas se asocian con mayor probabilidad de accidentes, lesiones autoinfligidas, suicidios y agresiones, y en mediano y largo plazos al sobrepeso y obesidad, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

En las últimas décadas, algunos problemas de salud como sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus, se han incrementado en grado significativo entre los niños y adolescentes, no sólo en países desarrollados,^{10,11} sino también en naciones emergentes, como México.^{12,13,14}

El síndrome metabólico, definido como la coexistencia en un mismo individuo de al menos tres de los siguientes signos y síntomas clínicos: obesidad central, cifras elevadas de tensión arterial, triglicéridos elevados, concentraciones bajas de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y elevación de la glucosa, se vincula con el desarrollo de diversas enfermedades crónicas. Su presencia incrementa hasta dos veces el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular y hasta cinco la probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2.¹⁵ En un estudio transversal realizado en la ciudad de México en adolescentes de 12 a 16 años en ocho escuelas secundarias seleccionadas al azar, se encontró que la prevalencia del síndrome metabólico fue de 12.5%, 11.5% en los varones y 13.5% en las mujeres. La concentración baja de colesterol de las HDL fue el componente del síndrome metabólico más frecuente (38%), seguido de triglicéridos elevados (25.5%), hipertensión arterial (19.2%), obesidad central (11.8%) y glucosa elevada en ayuno (1.7%). Excepto por la hipertrigliceridemia, 28.2% en las mujeres y 21.6% en los varones ($p < 0.001$), la prevalencia de los componentes del síndrome metabólico fue similar en ambos géneros.¹⁶

Los principales factores de riesgo cardiovascular a los que se encuentran expuestos los adolescentes varía del medio urbano al rural, pero también hay diferencias en cuanto al tipo de escuela oficial o particular a la que asisten en el medio urbano, como se puede observar en el [cuadro 4-12](#).

Cuadro 4-12

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular por sexo y tipo de escuela

		Hombres				Mujeres		
	Privadas	Oficiales	Rurales	P *	Privadas	Oficiales	Rurales	P *
Hipertensión arterial	11.6	9.8b	4.9c	<0.004	7.0	11.0b	4.7c	<0.001
Sedentarismo	19.2	14.0b	5.9c	<0.001	44.5	40.8b	29.3c	<0.001
Tabaquismo	20.5a	7.0	8.6c	<0.001	27.0a	5.6	3.4c	<0.001
Sobrepeso y obesidad	29.0a	23.0b	11.7c	<0.001	26.2	30.0b	17.8c	<0.001
Obesidad	6.7	4.7	2.9c	<0.001	3.5	5.8b	2.9	<0.001
Sobrepeso	22.3	18.3b	8.8c	<0.001	22.7	24.2b	14.9c	<0.001
Adiposidad central	16.7	11.9	4.8c	<0.001	10.5	11.9	8.1	0.116
Adiposidad periférica	15.8a	13.9	2.4c	<0.001	13.0	18.0	0.8	<0.000
Dislipidemia	41.9	44.8b	60.0c	<0.001	29.7a	41.0b	51.6c	<0.001
C-LDL ≥ 130 mg/dl	10.3	7.0	4.9c	0.038	10.9a	7.4	5.2c	<0.027
C-HDL < 40 mg/dl	32.1	34.1	48.9c	<0.001	25.0	34.2	39.0	<0.001
TG > 110 mg/dl	18.8	21.6b	28.6c	<0.001	23.8	36.2	51.3c	<0.001
CT/C-HDL índice >4.5	17.4	15.2	11.2	0.070	14.5	16.4	16.2	0.740
GA (≥110-≤125 mg/dl)	0.9	0.4	0.2	0.478	0.4	0.2	0.5	0.548

Los datos se presentan en porcentajes.

C-LDL, colesterol de las lipoproteínas de baja densidad; C-HDL, colesterol de las lipoproteínas de alta densidad; TG, triglicéridos; GA, glucosa en ayuno.

^a p<0.05 vs. oficiales; ^b p<0.05 vs. rurales; ^c p<0.05 vs. privadas. * Prueba χ2.

Las diferencias en las frecuencias de los distintos factores de riesgo según el medio urbano o rural, el tipo de escuela y al género al que pertenecen son importantes para orientar las estrategias de prevención que se requieren.

Cáncer

Las leucemias ocuparon la segunda causa de mortalidad en los adolescentes en 2008. Las principales neoplasias que afectaron a este grupo fueron las leucemias (26.6%), y de ellas las agudas linfoblásticas (80%). Le siguieron los tumores óseos (17.4%; 77.8% de ellos fue de osteosarcoma). El tercer lugar fue para los linfomas (15.5%; el linfoma no Hodgkin es el más frecuente, con 65.6%). Los tumores de células germinales ocuparon el cuarto lugar

(13%); en el quinto lugar estuvieron los tumores del sistema nervioso central (12.1%), de los cuales los astrocitomas y el neuroectodérmico primitivo fueron los más frecuentes (36% cada uno). Sólo se observaron 3.9% de carcinomas; el de tiroides fue el más común. En el [cuadro 4-13](#) se muestra la comparación de la frecuencia de neoplasias malignas con EUA y el Reino Unido.¹⁷

Cuadro 4-13

Comparación de la frecuencia de neoplasias malignas en adolescentes derechohabientes del IMSS, con la de otros países

	México		GB	EUA
		Edad en años		
Grupos de neoplasias	10-14%	15-16%	15-19%	15-19%
I. Leucemia	①42.4	①26.6	③15.6	③13.4
II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	②13.2	③15.4	①27.6	①24.8
Enfermedad de Hodgkin	6.4	4.3	19.4	17.2
Linfoma no Hodgkin	6.8	11.1	8.1	7.7
III. Sistema nervioso central	④12.5	⑤12.1	④10.9	⑤9.5
IV. Sistema nervioso simpático	0.8	0.5	sd	sd
V. Retinoblastomas	0.2	0.0	sd	sd
VI. Tumores renales	1.0	0.0	sd	sd
VII. Tumores hepáticos	1.0	1.4	sd	sd
VIII. Tumores óseos	③12.9	②17.4	⑤9.6	7.6
IX. Sarcomas de tejidos blandos	6.4	9.7	6.3	7.7
X. Tumores de células germinales	⑤8.0	④13.0	9.2	④12.2
XI. Carcinomas	1.6	3.9	②16.9	②17.9
XII. Otros	0.0	0	sd	sd
Total	100.0 IMSS-D.F.	100 IMSS	100.0	100
n Periodo	502 1996-2001	207 1996-2005	9 307 1979-1997	9 878 1992-1997

sd = sin datos, corresponde a información no proporcionada y la cual complementa 100%.

Los números en círculo negro indican el orden de presentación.

Fuente: Registro de cáncer en niños, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Uno de los conflictos en la atención médica de los adolescentes entre los 16 y 19 años con este tipo de problemas de salud, es que en muchas ocasiones no son atendidos en el servicio de pediatría y, por otro lado, también son rechazados en el servicio de oncología, motivo por el cual el tiempo para que reciban el tratamiento se atrasa. Por tanto, es prioritario mejorar la gestión y cobertura de los sistemas de salud y profesionales que

actúen con mayor empatía y competencia y ayuden a los adolescentes.

Salud mental del adolescente

Dentro del marco cultural actual, la individuación de los jóvenes es creada por ellos mismos y guiada bajo el condicionamiento social. Este proceso ocurre en un momento en el que existen fallas en la estructura e interacción social que repercuten en el desarrollo de la personalidad. Estos problemas sociales ocasionan la falta de una guía favorable para la construcción de la identidad de los jóvenes. Las instituciones sociales como la familia y los grupos sociales no otorgan a los adolescentes el soporte necesario para que el proceso de individuación sea exitoso.

En este mismo tiempo surge, como consecuencia de los problemas sociales, la exclusión social. Se trata de un fenómeno caracterizado por la discriminación de minorías (y a veces de las mayorías), dificultades de los jóvenes para relacionarse, poca participación política y social, salud física y mental pobres, abuso de drogas y criminalidad. La exclusión social somete a los jóvenes bajo el empobrecimiento y la desigualdad social, lo cual repercute en exclusión laboral y educacional. Estas condiciones favorecen el crecimiento de la violencia, especialmente en sociedades urbanas latinoamericanas como es el caso de México.

Niños y adolescentes en situaciones de desamparo y marginación, que incluso no han cumplido ni la educación básica, se ven obligados a incursionar en el pobre mercado laboral. Esto se debe a la falta de recursos para continuar los estudios y a la necesidad de obtener dinero para su manutención y la de su familia. La continuación de los estudios en estos jóvenes es muy pobre en parte por la situación económica y laboral y en parte por la expulsión del medio educativo. La exclusión de estos jóvenes les cierra las puertas para generar vínculos sociales que les ofrezcan algún recurso para enfrentar su situación.

Por otro lado, favorecida y aunada a las condiciones de exclusión social, la paternidad temprana condiciona hogares pobres y dificulta las posibilidades de éxito en estos adolescentes, en especial las madres adolescentes, que se ven ante la dificultad de incursionar en el mercado laboral, tienen menores posibilidades de incorporarse al sector de la educación o alguna actividad laboral.

Bajo la adversidad y el pobre soporte social que enfrentan los jóvenes con fallas en su formación académica y el mal desempeño laboral son excluidos del campo educacional y del campo laboral. Esto da lugar a los adolescentes sin educación, sin entrenamiento y sin trabajo (ni estudia ni trabaja: “nini”). Este sector se caracteriza por una fuerte exclusión social y falta de recursos y oportunidades debidas a grandes dificultades en el desarrollo de la identidad. Estas condiciones favorecen un pobre ajuste social, el cual repercute en la manifestación de alteraciones en la conducta, trastornos mentales y uso de sustancias.

Para el caso de México, en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2009, se estimó que para ese año 13.4% de los adolescentes entre 14 y 19 años no estudiaban ni tenían alguna actividad laboral, remunerada o no, fuera del hogar. Del total nacional de jóvenes pertenecientes a este grupo de edad, 56.5% de ellos se dedican sólo a estudiar. Los estudiantes que además desempeñan alguna actividad laboral remunerada fuera del hogar representan 6.9% de esta población. Finalmente, los adolescentes que tienen una actividad laboral remunerada fuera del hogar sin asistir a la escuela ascienden a 23.1% de todos los jóvenes de 14 a 19 años.

En cuanto a la escolarización durante la adolescencia, 95% de los alumnos que egresan de primaria ingresan al primer año de secundaria; sin embargo, sólo 50% de los alumnos se encontraban en el sistema escolarizado general y 20% en el escolarizado técnico. Durante esta consecución académica los alumnos que ingresaron al bachillerato para el ciclo 2008-2009 corresponden, en proporción, a 30.5% de los de alumnos que cursaban tercero de secundaria en ese mismo ciclo.

Para ilustrar la problemática en la consecución escolar se toma la referencia como 100% a la cantidad de alumnos incluidos en la matrícula de secundaria; 63% de esa cantidad de alumnos de referencia cursaban el nivel medio superior durante ese mismo ciclo y 43% cursaban el nivel superior durante el mismo periodo. Por último, de los alumnos que ingresaron a la licenciatura sólo 52.7% egresó. En palabras más simples se puede decir que durante el ciclo escolar 2008-2009 existían 10 jóvenes estudiando la secundaria, mientras seis jóvenes estudiaban el bachillerato y al mismo tiempo cuatro la licenciatura. Al final sólo uno de cada dos jóvenes estudiantes de licenciatura culminó sus estudios.

La ocupación de los jóvenes tiene un fuerte impacto en el desarrollo de algún trastorno mental y en el tipo de patología. En cuanto a los jóvenes trabajadores el número de horas dedicadas a la actividad laboral está asociado con el desempeño escolar, la deserción y conductas de salud de riesgo. Se ha reportado que, entre los adolescentes que estudian los que trabajan más de 10 h a la semana muestran bajo desempeño académico, que puede orillar a la deserción escolar.

Encontrarse fuera del medio escolar representa un riesgo importante de trastornos mentales, en especial el uso de sustancias. El uso de tabaco (cuadro 4-14), alcohol y sustancias ilícitas es un problema de salud mental importante entre todos los adolescentes, relacionándose en mayor medida y directamente con el número de horas dedicadas a su ocupación laboral. Así, los adolescentes con mayor número de horas laborales presentan un mayor consumo de dichas sustancias.

Cuadro 4-14

Tabaquismo en niños y jóvenes, ¿una enfermedad pediátrica emergente?⁴²⁻⁵¹

*“Antes de los treinta, el hombre busca la enfermedad,
después de los treinta, la enfermedad busca al hombre...”*

Proverbio chino.

Uno de los grandes problemas del tabaquismo es la aceptación social que tiene. Los niños están acostumbrados a ver al tabaquismo como algo natural e incluso como algo digno de imitar. Por esta razón, generalmente no lo asocian con el daño que ocasiona, sino con actividades de esparcimiento o recreación. Esto se ve fomentado por la publicidad, la cual recurre a imágenes seductoras de fumadores bien parecidos, extrovertidos y saludables que viven intensamente situaciones de aventura o placer, con el fin de vender su producto, sobre todo entre los adolescentes. Cada día alrededor de 100 000 adolescentes en el mundo encienden su primer cigarrillo, convirtiéndose con esto en adictos potenciales.

Hoy, sin embargo, existe suficiente evidencia científica que demuestra los graves daños a la salud que produce. Los adolescentes son el grupo focal para las estrategias de mercadotecnia de las compañías tabacaleras; en México el tabaquismo muestra dos características preocupantes: la edad de inicio del consumo es cada vez menor y las mujeres jóvenes muestran un alarmante incremento en el consumo de tabaco, mostrando ya una relación 1 a 1 con el sexo masculino. La prevención del consumo de tabaco entre adolescentes y jóvenes es entonces fundamental.

El Banco Mundial señala que el tabaco es un problema mayor en las poblaciones pobres, jóvenes, de bajo nivel educativo y de bajos ingresos, como muchas de América Latina. Las muertes atribuibles al consumo de tabaco representan sólo 5% en las poblaciones, con una educación media superior, mientras que este porcentaje se incrementa a 19 en los grupos que tienen primaria como máximo nivel académico. Los adolescentes son considerados grupos de alto riesgo, ya que más de 60% de los fumadores se han iniciado desde los 13 años y más de 90% antes de los 20.

Entre los factores sociales más asociados con el inicio del tabaquismo en este grupo está la presión psicosocial de los amigos, mientras que una de las creencias que más se relaciona es que fumar se asocia positivamente con una imagen social deseada, o como un “facilitador” para establecer relaciones. En las muchachas, el consumo de cigarros también puede ser visto como un medio para mantener el control de peso y como una conducta glamorosa, además de que los adolescentes de ambos sexos subestiman la posibilidad de volverse adictos a la nicotina.

Entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México se han realizado diversos estudios que reportan prevalencias de consumo de tabaco que van de 13.1 hasta 36.3% en alumnos de nuevo ingreso; en un estudio que evalúa las tendencias del tabaquismo en esta población, de 1989 a 1998 se observó un incremento significativo, particularmente en el grupo de menores de 18 años (de 14.6 a 33.1% en varones y de 6.4 a 23.5% en mujeres).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, entre la población de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1% por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. En cuanto al consumo de cigarrillos, el ámbito nacional, los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes, cinco cigarrillos y los adultos, siete.

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos durante el último año, son las siguientes: 75.4% de los adultos y 56.4% de los adolescentes le “dan el golpe” al cigarro algunas veces o siempre; 3.2% de los adolescentes fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse (lo que indica una alta dependencia física).

La Encuesta Mundial de Tabaco y Juventud (EMTJ) forma parte del sistema global de vigilancia de tabaco de la Organización Mundial de la Salud. México ha participado activamente desde el año 2000 en dos ocasiones (2003 y 2006). La EMTJ utiliza muestras representativas de estudiantes en los grados asociados con las edades de 12 a 15 años, que en México coinciden con la educación secundaria. Al comparar las EMTJ desafortunadamente no se observó una disminución del consumo, ni de la exposición al humo de tabaco, ni aumento de las tasas de cesación entre los estudiantes de secundaria.

Los resultados de la EMTA 2003 indican que 51.1% de los estudiantes ha experimentado o probado el cigarro alguna vez, 23.8% refiere haber consumido algún producto de tabaco el último mes, y 19.9% son fumadores actualmente.

Es interesante resaltar que, también de acuerdo con la EMTJ, 90.1% de los fumadores actuales mencionaron que podrían dejar de fumar en el momento que quisieran, lo cual demuestra su desconocimiento sobre la gran capacidad adictiva de la nicotina, incluso 9.8% piensa que es seguro fumar uno o dos años y posteriormente dejar de fumar. Sin embargo, más de 50% expresó que había intentado dejar de fumar el año previo, sin éxito o que intentarían

dejar después. Más de la mitad (51.8%) mencionó que le habían enseñado en la escuela alguna información relacionada con los daños del tabaquismo en la salud.

Uno de los aspectos más preocupantes relacionados con el consumo de tabaco en adolescentes es que la publicidad de las tabacaleras ha tenido un impacto importante sobre su percepción del tabaquismo. Por ejemplo, 23.3% de los fumadores varones consideraron que fumar les hace tener más amigos, 13.4% considera que les hace ser más atractivos, una situación similar ocurre con las mujeres. Casi ocho de cada 10 (73.9%) menciona haber visto publicidad de tabaco en revistas durante el último mes. Resulta preocupante también que 16% de los fumadores refirió haber recibido cigarrillos de manera gratuita, como un obsequio de alguien relacionado con la industria tabacalera.

En México es ilegal la venta de cigarros a menores de 18 años, desafortunadamente los adolescentes pueden adquirir cigarrillos sin restricciones, la ley existe pero no se cumple. En 1997 se realizó una encuesta en 561 tiendas del Distrito Federal, se observó que en 79% de las tiendas se les vendió cigarros a menores, sólo 12% tenían letreros indicando la prohibición y 1% de los despachadores preguntó la edad del menor. Por desgracia, el libre acceso de los adolescentes al tabaco se complementa con una amplia tolerancia social hacia los menores fumadores. Según la EMTJ, los sitios donde los estudiantes fuman son, en primer lugar, sitios públicos y en eventos sociales. También existe tolerancia social por parte de la familia, 13% fuman en su casa y 12% en casa de sus amigos e incluso todavía hay 6% que fuman en la escuela. Desafortunadamente, en 52.7% de los casos, uno o ambos padres fumaban.

Estos datos son preocupantes, ya que se ha demostrado que el consumo temprano de tabaco tiene múltiples efectos en el sistema de recompensa del sistema nervioso central, ya que hay áreas que no maduran completamente hasta después de los 18 años y, en consecuencia, el proceso de adicción se presenta más rápida e intensamente. Por otra parte, el tabaco es considerado una “droga puerta de entrada”, ya que aumenta el riesgo de consumo de otras sustancias adictivas; por ejemplo, los adolescentes mexicanos que fuman tienen 13 veces más posibilidades de iniciar el consumo de alcohol y de drogas ilegales, entre las que destaca la marihuana.

A la información antes mencionada debe agregar que se cuenta con varios estudios realizados con estudiantes mexicanos que confirman que hay una asociación entre bajo desempeño escolar y tabaquismo, habiéndose encontrado la mayor diferencia en términos de prevalencia en los sujetos fumadores con síntomas depresivos.

El consumo de tabaco en los padres se considera un predictor significativo para la persistencia del tabaquismo en los adolescentes. Estudios en jóvenes mexicanos han encontrado una relación directamente proporcional de seguir el consumo cuando ambos padres son fumadores (Anaya *et al.*, 2006). En lo que se refiere al inicio de la vida sexual activa, se tienen evidencias epidemiológicas de que los adolescentes fumadores inician las relaciones sexuales en fase temprana.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica, los estudios sugieren que la depresión, más que consecuencia del tabaquismo, puede influir en la consolidación del consumo de tabaco en el adolescente. Además, un adolescente que presenta síntomas depresivos puede ser más susceptible a la influencia de sus pares para iniciarse en la experimentación y adherencia al consumo.

Elaboró: Dra. Guadalupe Ponciano

La oferta laboral ofrecida a los jóvenes es muy precaria y se presenta en el sector informal; esta situación propicia adolescentes trabajadores sin garantías ni prestaciones sociales. Por otro lado, esta situación permite la explotación laboral de los menores y los obliga a participar en actividades ilícitas como el tráfico de mercancías y drogas. Los niños en situación de calle son los más afectados. Este sector tiene una jornada laboral, en la mayoría de los casos, mayor a 40 horas por semana bajo la desprotección e inasistencia sociales.

Está documentado que los factores determinantes de la exclusión social tienen un papel fundamental en el deterioro de la salud mental. Los principales trastornos descritos en jóvenes que viven bajo estas condiciones son los estados depresivos y ansiosos, así como trastornos externalizados de la conducta, uso de sustancias y suicidio. Es notable que las diferencias por género en estos trastornos denoten que las mujeres muestran mayores niveles de ansiedad y depresión y los hombres mayor hostilidad.

Los trastornos mentales de presentación en la adolescencia favorecen la incursión en el uso de sustancias. En especial los estados depresivos se vinculan con el uso regular de alcohol. En los adolescentes mayores se ha descrito más consumo y el uso de más de una sustancia. Asimismo, el uso de dos sustancias o más puede relacionarse con su consumo frecuente. Aquellos adolescentes con uso concomitante de sustancias como alcohol, tabaco y marihuana presentan con mayor frecuencia trastornos de ánimo y en menor medida otros trastornos.

La situación social de los adolescentes tiene fuertes repercusiones en su estado de salud mental manifestadas como estados psicológicos negativos que involucran baja autoestima, estados depresivos, actitudes fatalistas, insatisfacción con la vida, hostilidad y sensación de falta de control. La inestabilidad emocional favorece la aparición de conductas suicidas como resultado de falta de una estructura sólida del curso de la vida. Tanto la

ideación como el intento suicida se han relacionado como respuesta a la falta de ocupación y desempleo, situaciones adversas de la infancia, retraso y problemas de ajuste social, búsqueda de novedad y abuso sexual.

Salud sexual y reproductiva en los adolescentes

Importancia de la sexualidad. El ser humano es muy complejo, la vida sexual estructura buena parte de su ser. La vida sexual sana (que incluye una vida sexual reproductiva satisfactoria) es una de las columnas donde se forma su personalidad. La sexualidad tiene una amplia variedad de componentes como los corporales, afectivos, sociales y los deseos eróticos. La sexualidad constituye un espacio donde se puede realizar el sujeto de manera integral en su dimensión biológico-social.¹⁸

El ejercicio de este espacio del ser no fue motivo de conflictos en otras épocas donde pubertad era sinónimo de ser reconocido como persona con sus derechos y obligaciones, esto es, cuando el adolescente demostraba su capacidad de independencia y se “legitimaba” con un ritual de iniciación (esto en las sociedades tradicionales), los adolescentes podían llevar una vida de adulto que incluía el ejercicio sexual. Esto no sucede en la mayoría de las sociedades contemporáneas donde el individuo si bien presenta madurez reproductiva, no se le permite o acepta su vida coital. Por otro lado, en algunas sociedades contemporáneas tradicionales y modernas, con buenas condiciones de vida y adecuada educación sexual, los adolescentes pueden, sin conflicto moral, ejercer y separar su vida sexual de su vida reproductiva en términos de evitar embarazos no deseados, de protegerse de situaciones como las infecciones de transmisión sexual (ITS) o abusos o violencias sexuales.

La educación, que en su sentido amplio es más que tener buena información, da la posibilidad de que los jóvenes puedan desarrollar sus capacidades vitales que incluyen la satisfacción de sus deseos sin provocarse daños ni provocarlos en los demás.

Una vida saludable incluye una vida sexual y reproductiva donde no se confunde la capacidad de afecto y placer con el hecho de la procreación. Esta separación (sexo-sexualidad) es un atributo casi exclusivamente humano.

La salud sexual definida por la OMS es “[...] la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, del ser sexual, por medios positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.¹⁹

En declaraciones de la OMS, mantener una buena vida sexual es un factor de protección para un enorme conjunto de enfermedades crónicas, e incluso para la disminución de daño en la esfera mental que se relaciona con las adicciones y las violencias. Asimismo, aumenta la autoestima y las relaciones sociales afectuosas, aspectos relacionados con la disminución del consumo de drogas (legales o ilícitas) y de las distintas formas de violencia e incluso accidentes, sobre todo de vehículos automotores en los jóvenes. Tener vida sexual es una forma de mantenerse físicamente activo. En cuanto a los daños como las enfermedades, las lesiones y las secuelas, son tratables y evitables en un alto porcentaje con el uso de la tecnología disponible y el adecuado funcionamiento de los servicios de salud.

Antecedentes del concepto de salud sexual y reproductiva

La salud pública construye su objeto de estudio y acciones sobre el proceso salud-enfermedad en los distintos grupos de la población, y es de esta forma que surgieron intervenciones agrupadas en el “Programa materno-infantil” desde los años 50 que básicamente se dirigieron al control del embarazo y el parto. En los niños, la aplicación de vacunas y otros programas como el de vigilancia del crecimiento, el nexo entre el programa materno infantil y el quehacer de salud pública están dirigidos a grupos específicos (ya no a individuos aislados) y con un fuerte componente preventivo.²⁰

En el decenio de 1960-1969, movimientos sociales como el feminista y de liberación homosexual, presionaron al Estado a tener programas más amplios y a que aumentara la conciencia de los derechos individuales que tienen que ver con la protección del cuerpo y el derecho de decidir libremente sobre el tipo de vida que se desea tener.

En la década de 1970-1979 apareció institucionalmente el programa de planificación familiar, mismo que posibilitó la entrada al concepto de salud reproductiva en 1980, en donde se integraron acciones novedosas.

De manera un poco paralela (y relacionado con la anticoncepción), se da el reconocimiento de que la vida sexual tiene que ver con la reproductiva pero no son lo mismo. Puede haber vida sexual satisfactoria pero con problemas en la reproducción, ya sea por no poder embarazarse (o embarazar) o tener más embarazos de los que se planean, y por otro lado, tener una paternidad satisfecha pero con disfunciones sexuales y en muchos casos tener dañadas tanto la dimensión reproductiva como la placentera de la sexualidad.

Hay personas a las que no les interesa en algún momento de su vida tener hijos, y también existen algunos individuos para quienes ser padres no representa una expectativa en la vida, pero no quiere decir que no deseen y tengan una vida sexual activa. Éste es el caso de la mayoría de los adolescentes urbanos e incluso sectores rurales, los adultos heterosexuales con hijos, los adultos mayores y de muchos homosexuales. Por otra parte, se debe reconocer que el ejercicio de la vida sexual puede verse limitado por problemas que restringían su pleno goce, como las ITS, la violencia sexual y las disfunciones sexuales. Como ya se señaló, la salud sexual es la plena capacidad de una vida placentera y satisfactoria que contribuye al desarrollo integral del sujeto y protege y mejora su salud física, mental y emocional.

La salud reproductiva conlleva pues: 1) el derecho a separar la vida sexual de la reproductiva; 2) en caso de procreación, que los embarazos, partos y puerperio sean atendidos; 3) en el caso de dificultades como la infertilidad, poder ser atendidos en los servicios de salud, como lo señala la NOM de planificación familiar. En fin, la salud reproductiva será la satisfacción de poder tener o no tener los hijos que se decida actuando con responsabilidad, dentro de un marco legal y con el apoyo de la sociedad.

Hoy prácticamente todos los sistemas de salud del mundo tienen en su estructura áreas específicas que se dedican a cuestiones de salud reproductiva con una visión de género, es decir, con el reconocimiento de que los problemas y las acciones necesitan una dirección especial si se trata de grupo de mujeres o de varones.

Los programas de salud sexual, a excepción de las ITS, son relativamente recientes y por desgracia sus acciones siguen siendo muy limitadas por una moral conservadora que se encuentra en muchos gobiernos.

El posible éxito de los programas de salud sexual y reproductiva requieren de acciones integradas: 1) reconocimiento y atención de los problemas; 2) desarrollo de una cultura que legitime una serie de derechos que serán reales a través de la educación; 3) que estos derechos se encuentren en las legislaciones; 4) su aplicación en una práctica médica humanista y ética; 5) la no discriminación de ningún tipo, y 6) la existencia de programas específicos a grupos de adolescentes y de orientación homosexual.

La adolescencia como conflicto generacional

El conflicto generacional es un fenómeno cultural que tiene un contenido ligado al ejercicio del poder. Los adolescentes (como se vio al inicio del capítulo) son un grupo “indefinido” del que se espera se comporten como niños cuando los adultos así lo consideran o bien, deber ser “adultos” como cuando las autoridades (padres, tutores o profesores, empleadores) les exigen cumplan con las responsabilidades. Uno de los espacios y momentos de más conflicto es la decisión sobre la “intimidad” de su cuerpo, esto es, al derecho a tener, si así lo decide, una vida sexual activa. Se puede aceptar que el adolescente decida a qué dedicarse para ser económicamente independiente, pero no se acepta con tranquilidad que tenga una vida sexual libremente escogida.

Lo anterior se expresa también en las políticas de salud donde la salud y la vida sexual del adolescente no han sido atendidas con oportunidad. Hasta hace poco, en México la Norma Oficial Mexicana de Planificación familiar también reconoció los derechos en materia de anticoncepción en menores de edad. El reconocimiento de los derechos del adolescente es parcial y en medio de un terreno de conflictos morales promovidos por los gobiernos conservadores: los casos más representativos son, por ejemplo, la anticoncepción de emergencia y la interrupción legal del embarazo como una elección de vida.

Posibilidad de una vida sexual sana

La salud sólo es viable dentro de un reconocimiento de los derechos humanos que incluyen los derechos de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Las declaraciones son relativamente “fáciles” pero su aplicación no lo es mientras predomine una sociedad represora donde sus formas de gobierno no mejoren o limiten el ejercicio pleno de una vida sexual satisfactoria y responsable.

En países cuyas condiciones de vida y educación les permiten reconocer y proteger los derechos humanos de los adolescentes los servicios de salud tienen programas específicos. La salud sexual es parte de la salud de las personas y para recibir la atención en un marco de empatía y respeto, no se requiere de la autorización de los padres o tutores para acceder a una buena educación sexual, a servicios de anticoncepción y a la protección o una vida libre de ITS o de abusos sexuales.

En México hay avances, no obstante, al interior de las instituciones (en este caso la familia y los servicios de salud) persisten resistencias para cuidar la posibilidad de una vida sexual y reproductiva fuera del matrimonio. En el [cuadro 4-15](#) se resume estos derechos sexuales y reproductivos que el

gobierno mexicano se ha comprometido a cumplir.

Cuadro 4-15

Derechos sexuales y reproductivos que el gobierno mexicano en diversos foros internacionales se ha comprometido a respetar

1. Recibir educación sexual.
2. Decidir sobre nuestra vida sexual y cuerpo sin sufrir discriminaciones.
3. Tener pareja y escogerla libremente.
4. Tener una sexualidad placentera.
5. Acceso a los servicios de anticoncepción.
6. Recibir servicios médicos con calidad y confidencialidad.
7. Tener una sexualidad sin violencia.

Problemas de salud relacionados con un mal ejercicio sexual

Los daños se pueden reconocer en la morbilidad y mortalidad que caracteriza a una población joven (en el sentido amplio de 15 a 40 años). Las ITS y las complicaciones de embarazos no deseados están dentro de las primeras 15 causas de muerte.

Para este capítulo se pueden separar los daños en tres grandes apartados:

1. Infecciones de transmisión sexual.
2. Embarazos no deseados.
3. Violencia durante el noviazgo.

1. Infecciones de transmisión sexual (ITS). Las ITS son un conjunto amplio de enfermedades infecciosas en las cuales el contacto sexual íntimo tiene un papel importante para su transmisión. La OMS, desde 1991, propuso que las ITS se clasificaran sindromáticamente para por un lado, ayudar al conocimiento de ellas entre la población, y por otro, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento por el personal médico. La clasificación agrupa en flujos anormales en las mucosas, en especial recto, vagina y uretra, lesiones, procesos “malignos” (como hepatitis B o VIH-SIDA) e inflamación pélvica crónica.

Panorama general. En el mundo se presentan cada año poco más de 250 millones de casos con ITS nuevos, lo que corresponde a 685 000 infectados cada día.

Un 85% de los casos se dan en países con economías periféricas producto de la baja educación, una moral conservadora y la no disposición o mala calidad de servicios de protección.

Hay una gran desigualdad epidemiológica: en los países pobres la incidencia de sífilis es de 10 a 100 veces mayor, y la de gonorrea es de 10 a 15 veces mayor.

En México, las ITS son una de las primeras 10 causas de morbilidad, con un promedio de 352 095 casos anuales. Hay una tendencia a disminuir la frecuencia de las ITS “clásicas” como la sífilis y la gonorrea, que bajaron en una década (1986-1996) de 6.3 a 1.4 y 19.1 a 12.0 por 100 000 habitantes, respectivamente.

Hay una tendencia alarmante de las ITS como papiloma, *Chlamydia trachomatis*, herpes genital, tricomoniasis, *Gardnerella* y candidiasis urogenital.

Existe una tendencia relativamente estable en la hepatitis B y en el VIH-SIDA a partir de 1996, excepto en el grupo de mujeres, que tiene un aumento moderado.

La población más expuesta por grupos de edad es la de 25 a 44 años (41% de los casos), y cada vez es más afectado el de 15 a 24 años (34% de los

casos).

La adolescencia es el periodo en el que se inicia el coito (antes de los 17 años), muchas veces sin ninguna protección y con diferentes parejas. Las ITS más comunes se presentan en el [cuadro 4-16](#).

Cuadro 4-16

ITS más comunes en la adolescencia

	(Tasa por 100.00)
1. Candidiasis	239.62
2. Tricomoniasis	142.69
3. Gonorrea	15.69
4. Herpes genital	4.98
5. SIDA	4.93
6. Sífilis	1.80
7. Chancro blando	1.09
8. Hepatitis B	1.01

Fuente: Censida, México, 2008.

De 1986 a 2006, México, por personas y por grupo de edad, tuvo una relativa disminución de sífilis, gonorrea y linfogranuloma con aumento en candidiasis, tricomoniasis, herpes genital y papilomatosis. La infección por papiloma humano resultó especialmente alta, varios tipos están relacionados con cáncer del cuello uterino. El cáncer de cuello es la principal causa de muerte prevenible en las mujeres menores de 50 años. Se contraen las infecciones a temprana edad, y no se diagnostica sino hasta que hay un cáncer muchas veces letal.²¹

Una situación similar sucede con el VIH-SIDA, que desde 1986 está entre las primeras 10 causas de muerte entre los jóvenes varones de 16 a 30 años. Se adquiere con intercambio de fluidos de alto contenido celular. Los provenientes de los genitales son los responsables de 95% de las infecciones.

En cuanto a la morbilidad por VIH-SIDA, hasta noviembre de 2005 CENSIDA reportó 98 933 casos acumulados de VIH, de los cuales 83.3% correspondieron a varones y 16.7 a mujeres; 78.9% de los casos se observó en la población entre 15 a 44 años de edad. La vía de transmisión fue la sexual en 92.2%, y siguió dominando en el grupo de hombres que tienen relación sexual con otros hombres en 57.7% de los casos. La razón de hombres infectados por mujer es de 5 a 1([cuadros 4-17 y 4-18](#)).

Durante el periodo de 1988-2001 han ocurrido alrededor de 44 000 defunciones por SIDA. En 1988 ya ocupaba el lugar 16 como causa de muerte general con una tasa de 4.2 por cada 100 000.

Cuadro 4-17

Casos acumulados de SIDA por edad y sexo

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
0-14	1 664	1.50	1 435	6.2	3 099	2.4
15-24	31 314	29.0	7 667	33.2	38 981	29.7
30-44	52 930	49.1	9 631	41.7	62 561	47.8
45 años o más	21 069	19.6	4 216	18.3	25 285	19.3
Se desconoce	897	0.8	146	0.6	1 043	0.8
Total	107 874	100.0	23 095	100.0	130 964	100.0

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2009.

Procesó: CENSIDA. Descripción de Investigación Operativa.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA.

Dirección de Investigación Operativa.

Cuadro 4-18

Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes* (15-29 años), por categoría de transmisión y sexo

	Hombres				Mujeres			
Categorías de transmisión	Casos diagnosticados en 2008		Casos acumulados 1983-2008		Casos diagnosticados en 2008		Casos acumulados 1983-2008	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Transmisión sexual	170	97.1	20 696	95.8	51	100.0	5 130	92.8
Homosexual	62	35.4	7 891	36.5	0	0.0	0	0.0
Bisexual	39	22.3	4 846	22.4	0	0.0	0	0.0
Heterosexual	69	39.4	7 959	36.8	51	100.0	5 130	92.8
Transmisión sanguínea	5	2.9	791	3.7	0	0.0	400	7.2
Transfusión	0	0.0	253	1.2	0	0.0	333	6.0
Hemofílico	0	0.0	105	0.5	0	0.0	0	0.0
Donador	0	0.0	91	0.4	0	0.0	12	0.2
Drogas IV	5	2.9	341	1.6	0	0.0	53	1.0
Exposición ocupacional	0	0.0	1	0.0	0	0.0	2	0.0
Otras (homosexual/UDI)	0	0.0	116	0.5	0	0.0	0	0.0
Se desconoce**	1	(0.4)	9 711	(30.7)	0	(1.5)	2 137	(27.7)
Total	176	100.0	31 314	100.0	51	100.0	7 667	100.0

*Se consideró joven a las personas de 15 a 29 años de edad.

**La categoría “se desconoce” se excluyó del cálculo de los porcentajes; sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer la magnitud.

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 31 de marzo de 2009.

Procesó: CENSIDA. Descripción de Investigación Operativa.

En 1989 se situó dentro de las 10 principales causas de muerte entre los varones de 25 a 34 años, y en 1998 fue la cuarta causa con una tasa de mortalidad en 17 por cada 100 000. En 1994, en las mujeres de la misma edad fue la séptima causa de muerte.

2. Embarazos no deseados. El embarazo entre adolescentes es un fenómeno muy complejo que resulta un problema común en las sociedades urbanas. En las comunidades rurales, especialmente con alto porcentaje de indígenas, no siempre es un problema social. Pero el embarazo no deseado antes de los 20 años de edad sí puede ser un problema médico por la desnutrición de las adolescentes y la carencia de buenos servicios médicos y sanitarios.²²

Es falso afirmar que el embarazo entre adolescentes ha aumentado, lo común es que la vida coital se inicie antes de los 18 años, y si no hay esta anticoncepción moderna las posibilidades de gestación son altas. El inicio de la vida sexual antes de los 18 años no es un fenómeno reciente, ha sucedido durante toda la existencia de nuestra especie.^{23,24} De acuerdo con datos recientes de una encuesta elaborada por MEXFAM, se puede señalar que en México 88% de los adolescentes entre 15 y 19 años no se encuentran casados, pero su inicio sexual en pareja es a los 15.2 años de edad para varones y 15.3 años para las mujeres. Lo preocupante es que 88% de ellos no utilizan ningún método de protección para evitar el embarazo o ITS. Tan sólo 7% de los individuos que utilizaron algún método anticonceptivo señalaron que éste fue otorgado por los servicios del sector salud según Encuesta Nacional de Salud en México, 2000.

En términos demográficos, se ha visto que la fecundidad general ha disminuido en los países con economías desarrolladas desde inicios del siglo XX, y en México descendió a partir del decenio de 1990-1999. En México, el porcentaje de embarazos después de los 20 años ha disminuido un 51, mientras en las mujeres de 15 a 19 años sólo un 26. Según la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, en México, una de cada tres mujeres ha tenido su primer hijo durante la adolescencia.²⁵ En el caso del embarazo entre adolescentes las condiciones son desfavorables, pues de 476 000 nacimientos de madres entre 15 y 19 años, 80 terminan en muertes maternas (no se contabilizan muertes del producto de la fecundación).

Las causas del embarazo adolescente son muy diversas y responden a las distintas formas de vida de los diferentes grupos sociales. Entre los motivos se encuentran los siguientes: 1) carencia de información confiable; 2) no aceptación de una vida sexual activa fuera del matrimonio (prejuicios morales-religiosos); 3) inexistencia o poca eficacia de los servicios de anticoncepción a adolescentes jóvenes, pues no se identifican con el concepto de planificación familiar; 4) problema de autoestima por carencias afectivas que las lleva a la búsqueda de una pareja o un hijo que idealizan, y 5) pocas oportunidades para una mujer fuera del rol de ser madre.²⁶

La edad del embarazo no es la causa de la pobreza o de un menor bienestar futuro como muchas personas lo afirman, sino más bien son los orígenes sociales y familiares de los que proviene la adolescente. Es en conjunto el embarazo de adolescentes una expresión de la desigualdad de oportunidades o de justicia social.²⁷

Los programas con acciones aisladas han tenido poco éxito en cuanto a disminuir el embarazo en menores de 20 años. Lo que ha resultado eficaz ha sido un conjunto de intervenciones integradas, entre las que destacan:

- Acceso a información sexual veraz.
- Mejorar la autoestima.
- Asertividad entendida como la capacidad de tomar decisiones correctas y saber defenderlas.
- Buenos programas de salud y para adolescentes entre los cuales se encuentran los servicios de anticoncepción, en especial el uso de los condones.
- Aspiraciones educativas y sociales amplias que no se limitan a la maternidad.
- Tipificación de los delitos de abuso sexual, incluyendo a los familiares cercanos de los adolescentes.²⁸

Ante las dos problemáticas brevemente descritas (las ITS y los embarazos no deseados), el condón es sin duda una posibilidad de prevención fundamental. A continuación se señalan estudios que avalan su uso.

Estudios sobre la eficacia del uso de condón. El condón disminuye hasta 10 000 veces el paso de líquidos como el agua. Los fluidos sexuales (vaginales y esperma) tienen una viscosidad mucho mayor y su posibilidad de atravesar el látex o poliuretano es escasa y, por otro lado, los espermatozoides no pueden avanzar sin un contenido acuoso. Es efectivo en 95% para evitar embarazos no deseados y 99% para prevenir el contagio de alguna ITS.

Según la Secretaría de Salud a través de CENSIDA, de los más de 60 000 individuos infectados por VIH, ninguno hizo uso del condón en forma permanente o adecuada.

Por su tamaño, los poros de látex o de poliuretano no permiten el paso de células (en este caso infectadas), y la existencia de partículas virales libres son incapaces de infectar células del otro huésped. Esto sucede, pues el diámetro de VIH es de 0.01 micrones, el poro 0.65 micrones y es de 3 micrones

la cabeza del espermatozoide, es decir, el condón es como un cedazo que detiene las células de tamaño muy superior al diámetro del poro de condón, y no existen virus capaces de vivir extracelularmente.

El virus se mueve en elementos mucho más viscosos que el agua y los condones son prácticamente impermeables al paso del agua; no obstante, las células que logran penetrar lo hacen en una cantidad que se considera casi no infectante.

Saracco estudió durante 3.5 años un grupo de 343 mujeres seronegativas en relación de pareja estable y en monogamia con hombres infectados por VIH, reportó una tasa de incidencia de 7.2% personas-año entre las mujeres cuyas parejas que no siempre usaron o nunca usaron el condón. En cambio, entre quienes lo usaron, la tasa de incidencia de infección por VIH fue de 1.1% personas-año.²⁹

Vinconzi encontró que en 124 parejas que usaron el condón constantemente ninguna se encuentra infectada; mientras que de 121 parejas que no lo usaron con constancia, la tasa de seroconversión fue de 4.8% personas-año en un seguimiento de 20 meses.³⁰

A pesar de esta efectividad que muestra el condón, en la Encuesta Nacional de Salud 2000, se encontró que sólo lo empleaban 15.3% de las adolescentes y 47.8% de los varones de 15 a 19 años.³¹

El condón puede fallar por tres razones, y en orden de frecuencia son:

- Uso inconstante.
- Uso incorrecto (no se usa desde el principio).
- Por deslizamiento y/o rotura.

Estas fallas se consideran humanas, pero remediabiles a través de talleres y cursos de sexualidad y sexo protegido. En el caso de falla en la anticoncepción o de no protección, el embarazo continuará con una serie de problemas que llegan a trascender la salud de la mujer e involucran otras situaciones indeseadas, como violencia al niño producto de un embarazo no deseado y nunca aceptado, como también es frecuente observar el síndrome del niño abandonado, que es un problema de salud pública.

En el Distrito Federal, la interrupción legal del embarazo fue despenalizada a partir de abril de 2007, y aunque es un avance y ha disminuido los problemas asociados a los embarazos no deseados, en especial en adolescentes, hay todavía muchos obstáculos por resolver, incluyendo la resistencia de algunos médicos y enfermeras. En el resto del país, las condiciones legales siguen siendo muy desfavorables conduciendo a una alta mortalidad materna que tiene altos costos sociales y financieros para la sociedad y los servicios de salud, respectivamente. Estos costos son producto no de la interrupción en sí del embarazo, sino de la práctica clandestina de los abortos muchos más frecuentes en las adolescentes de escasos recursos económicos. La muerte por abortos mal practicados es una expresión más de la injusticia social y una moral represiva.

3. Violencia sexual. La intervención del Estado y de toda la sociedad en su conjunto es urgente, pues las causas de la violencia familiar son tan complejas y fuertemente arraigadas a nuestra cultura, que su solución conlleva un largo trabajo educativo que debe dirigirse a la población general (aquí un papel importante para los medios masivos de comunicación), al personal de salud y a los servidores públicos relacionados con la impartición de justicia. La educación que promueva una vida libre de violencia puede prevenirla e intervenir correctamente en los miles de casos de maltrato que daña la salud física y mental de todos los involucrados tanto víctimas como victimarios.

La violencia sexual incluye varias formas, todas ellas éticas y legalmente condenables. Entre las formas está la violación, el engaño (usualmente de la pareja) y el abuso sexual a menores de edad o discapacitados donde no es solamente la pareja sino familiares, redes de prostitución o personal de salud.

En este apartado sólo se abarcará el problema de la frecuente violencia sexual que se da durante el noviazgo.³² En una encuesta realizada en México (Encuesta Nacional de la Juventud, México, 2007) más de la mitad de los adolescentes señalaron que viven situaciones de violencia psicológica, física y abuso sexual como caricias obligadas y celotipia.³³ Esta violación no es únicamente con el fin de controlar la vida sexual y afectiva, sino para obligar a tener relaciones coitales que terminan muchas veces en ITS o embarazos no planeados. En ambas situaciones es común el abandono (madres solteras) o bien su continuidad como relaciones disfuncionales en una situación socialmente aceptable que es el matrimonio.³⁴ En estas últimas formas es el inicio de una vida familiar desastrosa que impide la realización de una vida saludable en la etapa de la adultez. Este ciclo de violencia es la repetición

de costumbres nocivas que conllevan a una vida miserable y llena de problemas de salud que están más allá de daños en la esfera sexual y reproductiva.³⁵

En necesario concluir este apartado sobre la violencia en la adolescencia señalando que los adolescentes cuya orientación y prácticas son homosexuales, se convierten en objetos de discriminación en distintos espacios de su vida, como la familiar, escolar y laboral, entre otras. Hay una ausencia por parte del Estado de una política pública de salud a este sector de adolescentes que no encuentran educación ni atención en lo preventivo ni en lo curativo en los servicios de salud.

En México, la única estructura institucional que dirige acciones al grupo homosexual es en centros de atención a las ITS y VIH-SIDA. Estas clínicas operan de manera independiente al ejercicio de la medicina general y familiar (en el primer nivel de atención) y de especialidades de los hospitales de segundo y tercer niveles de atención.

Existen leyes, reglamentos y programas (aunque muy limitados) para este sector juvenil, pero no aparecen tales acciones como un proyecto integrado al sector salud, sino como una intervención marginal. En la práctica se sufre discriminación y falta de respeto.

Propuesta para atender las necesidades de los adolescentes en su vida sexual y reproductiva

Como se dijo líneas antes, desde finales de 1990, la OMS ha señalado que una vida sexual sana es un importante factor de protección contra las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad mental.

En muchos países occidentales los problemas de salud sexual y salud reproductiva son enormes (la llamada miseria sexual). En España y después en otras partes de Europa se han puesto en marcha desde hace 10 años intervenciones para mejorar la vida sexual, que consisten en la ubicación conceptual de tres “holones” o niveles de realidad que radican en: una esfera de información, otra de autorreflexión honesta y libre de prejuicios y una tercera sobre lo social, que se refiere a que obviamente la sexualidad no sólo integra la personalidad, sino le permite al sujeto establecer relaciones productivas con otras personas.³⁶

Por supuesto, un planteamiento de este tipo ha requerido el establecimiento de ciertos códigos éticos que en el caso de México se convirtió en una declaración de principios que, aunque no son exclusivos para los adolescentes, resultan importantes para la protección de la salud sexual. El [cuadro 4-19](#) presenta la Declaración de Principios de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS).

Cuadro 4-19

Declaración de Principios de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS), A.C

“[...] apoyados en la Declaración de los Derechos Humanos, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los principios básicos de la Ley General de Salud, en la Ley General de Educación y en los compromisos internacionales asumidos por México tales como: el Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer declaramos que:

El desarrollo de toda persona requiere de una vivencia de la sexualidad libre de conflicto y angustia, que posibilita su crecimiento individual y su acceso al placer sexual.

La sexualidad humana está presente en todas las épocas de la vida, es integradora de la identidad y contribuye a fortalecer o producir vínculos interpersonales.

Cada persona es sujeto activo en el proceso de construcción de su propia sexualidad. Tienen derecho a hacerse responsable de su propia vida y habrá de asumir el impacto que tengan sus actitudes, acciones u omisiones en otra(s) persona(s).

Cualquier forma de coerción tendiente a obligar a cualquier persona a realizar actos de índole erótico-sexual contra su voluntad expresa es inaceptable.

La sexualidad humana es dinámica y cambiante y se construye continuamente por mutua interacción del individuo y las estructuras sociales representadas por medios de comunicación, familias, escuela, vecindario, diversas instituciones religiosas, líderes morales u otros.

La educación sexual es responsabilidad ineludible de todas las personas e instituciones sociales incluidas las familias.

En México coexisten diversos estilos de vida y diferentes formas de organización familiar. Las distintas propuestas de educación formal de la sexualidad deben respetar esta diversidad sin hacer omisiones ni promociones, sino estimulando un proceso crítico donde las personas puedan obtener elementos para decidir con responsabilidad sobre su propia vida, sabiendo que tienen derecho al respeto de quienes les rodean.

Toda persona tiene derecho a contraer o no matrimonio civil y a disolver dicha unión y a establecer otras formas de convivencia sexual.

La reproducción biológica es uno de los elementos que conforman la sexualidad humana pero no es su único fin. Reconocemos el derecho al ejercicio de la sexualidad sin finalidad reproductiva.

En lo referente a las enfermedades de transmisión sexual, el aborto y la anticoncepción, las autoridades han de orientar sus decisiones desde la perspectiva de la salud pública y no desde los conceptos morales o religiosos particulares de cualquiera de las asociaciones religiosas en México.

Toda persona tiene derecho a información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana, misma que le permita tomar decisiones respecto a su propia vida sexual, le posibilita una vida sexual plena y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La sexualidad humana ha tenido manifestaciones múltiples y diversas en diferentes épocas. El panorama contemporáneo requiere de la posibilidad de coexistencia y comunicación entre diversas culturas con diferentes escalas de valores respecto a la sexualidad y diversa normatividad en cuanto a sus expresiones.

Nos manifestamos por el más amplio respeto a la multiplicidad de formas de expresión de la sexualidad humana, por lo que rechazamos cualquier descalificación, discriminación, marginación o persecución por razones vinculados con la sexualidad: sexo, edad, identidad, modo de vida, pertenencia a algún grupo étnico o religioso, forma de vestir, forma de relacionarse o hábitos sexuales, incluyendo el respeto por las personas que de manera voluntaria, libre e informada deciden limitar su propia actividad sexual.”

Con base en una ética laica y científica, se han desprendido nuevos códigos deontológicos emanados de trabajos científicos de diversas áreas. Hay un reconocimiento a los derechos humanos dentro de los cuales están los derechos sexuales y reproductivos que deben ser materia de obligación para las instituciones y la vigilancia de su cumplimiento por parte de la sociedad civil. Esto quiere decir que la lucha por una sexualidad sana es también una lucha democrática en donde todas las voces y formas de ser resulten posibles, excepto la violencia sexual. Que sea una sociedad plural donde la convivencia con los otros sea posible y que no se impongan los valores de un grupo al resto de la sociedad, lo que significa, entre otras cosas, el respeto a las llamadas minorías sexuales que se encuentren protegidas tanto legalmente como atendidas en los servicios de salud.

El trabajo para conseguir una vida sexual sana, y sujetos con comportamientos éticos, no es sencilla, pues como señala Foucault, las acciones están dentro de una lucha de poderes donde hay grupos conservadores influyentes en los medios de comunicación y en los gobiernos que sistemáticamente se oponen a los cambios, a respetar a personas que tienen otros valores morales y, lo peor, que buscan incluso por medios violentos imponer sus formas muy particulares de pensar, aunque no es raro que en los hechos actúen de manera muy distinta a la que predicán.³⁷

Los avances no son sencillos e incluso en algunos momentos hay retrocesos (la conocida discontinuidad de la historia). Las sociedades han ido cambiando de manera importante. Su forma de ver la vida sexual ha ido ganando derechos y espacios que antes les eran negados, y los ejemplos más

claros de esto están en los movimientos feministas y de liberación homosexual que han logrado modificaciones en las leyes, que les permiten vivir su sexualidad y sus relaciones sin tener que ocultarse y, por el contrario, sentirse orgullosos de la forma que son y que viven.

Finalmente, es importante no pasar por alto el riesgo que señala Gilles Lipovetsky³⁸ en el sentido de que en esta sociedad hiperconsumista los grandes intereses económicos han vendido la nociva idea de que en el consumo se encuentra la felicidad, cuando se trata de una acción que no sólo compromete la vida en el planeta, sino que además de frívola es profundamente vacía e inhumana. El consumo, que hace referencia Lipovetsky, es una crítica a una sociedad que falsamente deriva los conflictos existenciales a conflictos de mercado en donde el “hiperconsumo” expresa una vida enajenada en la cual la persona se valora en función de las mercancías que le rodean. Las “cosas” le dan un aparente sentido a su existencia.

En el caso de la sexualidad sucede algo similar, con el uso de la publicidad, ya que el placer sexual sólo es un consumo más y que para mantenerse dentro del mercado de atracción erótica debe uno cumplir con un conjunto de estereotipos de belleza y un comportamiento en donde las personas sólo importan como objetos de uso, donde la apariencia y las técnicas sexuales importan más que los afectos y el respeto al otro. En esta lógica mercantil todo se vale mientras sea fuente de ganancias, sin importar los daños que se ocasionen, como por ejemplo en los centros de reunión de jóvenes o de gays en donde parece obligado tener o aparentar una capacidad de pago, pero ya no para la convivencia, sino para el consumo de drogas (y sin pretender ser moralistas), sin importar quiénes somos ni con quién estamos. Si antes se utilizaba el “modelo de la lepra” (aislar al individuo sin posibilidad de convivencia) hoy es el “modelo de la peste”, es decir, permitir la convivencia entre los “anormales”, siempre y cuando no se mezclen con los sanos y se conviertan en clientes.

Algunos dicen que esta nueva ética sexual es el Apocalipsis, pues al caerse el orden simbólico que ha creado la cultura, los valores desaparecerían, lo cual parece una visión equivocada y fatalista. Se trata de crear un nuevo orden simbólico, otra cultura que sería respetuosa, democrática, informada y crítica donde sea posible establecer otras formas de ser y de relación entre los sujetos.

El amor erótico siempre ha sido perturbador del orden social quizá porque no acepta ajustarse o limitarse a normas, en especial si son rígidas. Lo que se hace con el cuerpo y en especial si incluye a otros, es potencialmente subversivo y por eso se le busca maniatar, controlar e incluso eliminar.

Respuesta social

Programas gubernamentales y no gubernamentales

Diversas instituciones en los distintos sectores, recientemente han elaborado una serie de programas hacia la juventud, tal es el caso de la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, las cuales se han encargado de ofertar una serie de actividades y beneficios para los jóvenes; para el caso de la Secretaría de Educación los programas para jóvenes incluyen el carácter obligatorio y gratuito, desde las secundarias escolarizadas y las no escolarizadas, hasta los niveles de bachillerato en sus diversas modalidades de estudio, e inclusive actualmente se está replanteando el artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para reformar e incluir al nivel preparatoria en este país, también con carácter gratuito y obligatorio; se espera que para el año 2021 se reúnan las condiciones para que esto así sea.

En lo que respecta a la Secretaría de Salud (<http://portal.salud.gob.mx/>) se creó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia CeNSIA (<http://www.censia.salud.gob.mx/>) que es el organismo rector que propone las estrategias para la atención y apoyo hacia los niños y adolescentes. Por ello es que ha establecido el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), cuyo interés es beneficiar a los adolescentes de 10 a 19 años y cuyo plan de acción se desarrollará a partir de dos vertientes principales: Atención a la salud y Promoción de la salud.

Este programa abarca la prevención orientada a intervenir en los factores de riesgo, así como en los factores protectores de la salud, que se focalizan al generar conductas saludables, autocuidado y habilidades para la vida. Dentro de los esfuerzos generados también se cuenta con la propuesta de estratificación de las cartillas de vacunación por grupos de edad, ya que la salud de los adolescentes es un derecho constitucional y responsabilidad de los padres y madres de familia cuidarla y mantenerla con ayuda de las instituciones de salud. Muchas enfermedades infecciosas o crónico-degenerativas se adquieren o inician su desarrollo en la adolescencia, pero también muchas de ellas pueden evitarse mediante la aplicación de acciones de atención primaria a la salud.

En esta etapa, en la cartilla de vacunación de los adolescentes (10 a 19 años), están presentes las acciones que tienen un alto impacto en la preservación de la salud de éstos, agrupadas en cuatro grandes procesos que se incluyen en el “Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención de la Salud”: promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades y detección de enfermedades. Los ejes y enfoques de la atención a los adolescentes se basan en:³⁹

Enfoque de derechos

De acuerdo con la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS en la Estrategia para la Salud y el Desarrollo del Adolescente, se reconoce el derecho de los adolescentes al grado máximo posible de salud y de acceso a los servicios correspondientes. Cuando un adolescente solicita atención en un establecimiento de salud, está ejerciendo un derecho que sólo él o ella puede gozar, por lo que negárselo implicaría dejar al individuo expuesto a daños en su salud.

Enfoque del adolescente sano

Se debe poner un especial énfasis en la promoción del autocuidado de la salud que resulte sustantivo a la hora de tomar decisiones sobre su salud, empoderando y dándole autonomía al adolescente en el desarrollo de su propio bienestar.

Enfoque de género

Las inequidades de género exponen a los adolescentes a sufrir daños en su salud y desarrollo; deben dirigirse los esfuerzos a cambiar los factores que perpetúan dichas inequidades. La adolescencia presenta una oportunidad para enseñarles nociones y patrones positivos de las relaciones equitativas de género, teniendo especial cuidado en no reproducir estereotipos de género que dificulten el desarrollo y salud de los y las adolescentes.

Enfoque de promoción de la salud

Se centra en los aprendizajes para el autocuidado y cuidado mutuo de la salud en la práctica cotidiana de los y las adolescentes, en vistas de mejorar su calidad de vida y la adquisición de estilos de vida saludables.

Enfoque de vulnerabilidad y resiliencia

Reconoce el grado de riesgo al que los adolescentes se enfrentan en su vida cotidiana y que condiciona sus conductas de riesgo.

Un ejemplo de las acciones que debe realizar el personal de salud, enfermera y/o promotor en cada consulta son:

- Revisar la *Cartilla Nacional de Salud* e identificar las acciones de salud que el adolescente va a recibir de acuerdo con su edad.
- Valorar el crecimiento y el estado nutricional a través de la medición de talla y peso, considerando las tablas que aparecen en la misma cartilla.
- Aplicar las vacunas correspondientes de acuerdo con el esquema de vacunación y la edad del adolescente; explicar las posibles reacciones secundarias y la conducta que se debe seguir en esos casos.
- Prescribir sulfato ferroso y ácido fólico a las adolescentes embarazadas y/o con anemia.
- Orientar a los adolescentes sobre las conductas que favorezcan una adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo de acuerdo con su edad.
- A partir de los 12 y 15 años, realizar el examen de agudeza visual y, en caso necesario, se referirá a otro nivel de atención.
- Aplicación de flúor cada año en los adolescentes de 10 a 19 años.
- Capacitar a los adolescentes sobre la limpieza bucal y posteriormente sobre el cuidado de los dientes de los 10 a 19 años.
- Capacitar a los adolescentes sobre la técnica de cepillado y uso del hilo dental.
- El personal de salud, promotores y enfermeras podrán apoyarse en la *Guía Técnica de los Adolescentes de 10 a 19 años* para llevar a cabo el desarrollo de las actividades educativas y de capacitación.

Por otro lado, el IMSS tiene el programa PrevenIMSS,¹⁶ que plantea actividades de promoción para la salud en donde la actividad física es la estrategia que se enfatiza, porque el ejercicio está considerado como una parte integral de la vida, ya que brinda importantes beneficios: mejora el trabajo del corazón, la presión arterial, disminuye el riesgo de infartos; disminuye los niveles de glucosa y lípidos en sangre y ayuda a bajar de peso; disminuye la

tensión nerviosa, favoreciendo el aprendizaje, aumentando la autoestima y la sensación de bienestar. En conjunto, estas actividades les ofertarán a los jóvenes mejorar su calidad de vida. Por otro lado, se enfatizan también tres escenarios de la prevención: en accidentes, violencia y adicciones.

Uno más de los programas para los jóvenes está relacionado directamente con la salud bucal: es fácil reconocer que entre los más frecuentes riesgos y efectos provocados por las enfermedades bucales están la caries, gingivitis, pérdida de piezas dentarias, trastornos digestivos y halitosis.

En relación con la prevención y control de enfermedades, las actividades se enfocan hacia esquemas de vacunas que incluyen a los jóvenes en las condiciones que ameritan protección específica (sarampión-rubéola, virus del papiloma humano, hepatitis B, toxoide diftérico tetánico e influenza estacional); dotación de condones, prevención de VIH/SIDA e ITS. El soporte nutricional es el programa en donde se aportará orientación alimentaria, se llevan a cabo detecciones, control de sobrepeso, obesidad y desparasitación intestinal. Y por último en el área de salud reproductiva, respecto a la sexualidad y salud sexual, se promueven prácticas saludables y se les orienta hacia el empleo de algún método de planificación familiar.

El Programa Nacional de la Juventud 2008-2012⁴⁰ estableció los lineamientos de la Política Nacional de Juventud que orientan al conjunto de dependencias del Gobierno Federal a garantizar las condiciones necesarias para el desarrollo integral de los jóvenes, mediante el reconocimiento de sus necesidades y la promoción del ejercicio efectivo de sus derechos. Entre los objetivos específicos se encuentran:

Ciudadanía y participación social

Su lugar es estratégico en el programa si se toma en cuenta que, como base de las políticas de juventud se encuentra el reconocimiento de los jóvenes como actores sociales y sujetos de derecho y, por tanto, de su capacidad de participación en los asuntos que les afectan.

Acceso efectivo a la justicia

Se califica como necesario impulsar una política de justicia que fortalezca la prevención del delito entre y hacia los jóvenes; que promueva mecanismos de integración social para aquellas y aquellos jóvenes en situación de conflicto con la ley y, en general, que satisfaga las necesidades de demanda de justicia indispensables para el ejercicio pleno de los derechos y la autonomía.

Educación pertinente y de calidad

La importancia de dotar a los jóvenes de una educación que les permita desarrollar sus capacidades, competencias y conocimientos, con el propósito de constituirse en individuos autónomos y con capacidad de transformar su entorno con miras al bienestar general.

Trabajo decente

Se diagnostican las condiciones y desafíos actuales a los que se enfrentan los jóvenes en materia laboral, en el marco de la globalización de mercados y la acelerada innovación tecnológica. Se plantea que asegurarles una formación de calidad y proteger sus derechos laborales contribuye a reducir el desempleo, el trabajo no formal y los índices de migración.

Fomento de la salud de los jóvenes

Se afirma la necesidad de procurar educación integral para el cuidado de su salud y la prevención de enfermedades y conductas de riesgo, así como la procuración de su acceso a los servicios de salud, en especial para quienes no tienen derecho o no pueden gozar de este servicio.

Vivienda adecuada

Se manifiesta la importancia de la vivienda como centro de convivencia y desarrollo social, así como el derecho de las y los jóvenes a tener un lugar donde vivir que les permita desplegar sus capacidades, libre de violencia y que propicie su acceso a otros satisfactores básicos.

En la ciudad de México también se cuenta con el Instituto de la Juventud del DF, que tiene por objetivo ayudar a los jóvenes en el ejercicio pleno de sus derechos. Aquí los jóvenes encuentran apoyo en: educación, ya sea para continuar con sus estudios o retomarlos, capacitación para el trabajo, oportunidades de diversión, cultura y deporte, así como para hacer trabajos en beneficio de su comunidad en materia de: medio ambiente, entusiasmo cívico para una mejor convivencia ciudadana, salud sexual, alfabetización a adultos mayores, recuperación de espacios públicos, promoción de la lectura en el metro, orientación a usuarios del metro y visitantes al bosque de Chapultepec, todo orientado para que los jóvenes

tengan un desarrollo integral y sean actores sociales plenos.

El Instituto de la Juventud del DF maneja cinco programas estratégicos:⁴¹

- 1. Jóvenes en impulso.** Los jóvenes realizan actividades en beneficio de su comunidad y a cambio obtienen apoyo económico equivalente a medio salario mínimo. Se busca promover el empleo, dignificar los salarios y condiciones laborales de los jóvenes; fortalecer y ampliar a las nueve delegaciones restantes el programa de Atención Integral a Jóvenes Desempleados La Comuna; bolsa de trabajo especializada en inclusión laboral juvenil y desde este programa, impulsar más cursos de capacitación para el trabajo y/o autoempleo, incrementando el presupuesto existente del programa de capacitación para el Impulso de la Economía Social, CAPACITES.
- 2. Jóvenes en situación de riesgo.** Este programa va dirigido a jóvenes que viven en colonias catalogadas de alta incidencia delictiva y violencia, y que por diversos motivos han dejado de estudiar. Se buscan alternativas para que los jóvenes retomen sus estudios, o bien tengan una capacitación en materia laboral, además de que se les abren espacios que fortalezcan sus vínculos familiares y comunitarios.
- 3. Talento joven.** Promueve la participación de los jóvenes en proyectos científicos y tecnológicos para el desarrollo de la ciudad a través de los cuales se premia su talento e inteligencia a nivel individual y grupal. Se busca fomentar e incentivar, con asesoría y créditos, los proyectos productivos de los jóvenes, establecer convenios con empresas del sector público y privado. Buscar financiamiento para la creación de microorganizaciones juveniles de profesionistas recién egresados con la finalidad de brindarles oportunidades de autoempleo. Fomentar la innovación tecnológica como motor de desarrollo económico en el sector juvenil mediante el apoyo a incubadoras de empresas.
- 4. Creación joven.** Fomenta la realización de foros y congresos donde se discutan las propuestas y posturas juveniles respecto a su situación como jóvenes e impulsa desde el Programa de Atención Integral a Jóvenes Desempleados La Comuna, el Proyecto Empresas Juveniles diseñado para asesorar, facilitar y generar condiciones financieras para el desarrollo de pequeñas y medianas empresas juveniles, asimismo, generar espacios de venta y comercialización de los productos y servicios elaborados por los jóvenes de la ciudad.

Impulsar estrategias de vinculación masiva para jóvenes desempleados como son: ferias de empleo para jóvenes y días del contrato juvenil.

- 5. Empleo juvenil de verano.** Impulsa y mejora la primera experiencia laboral a través del programa de empleo juvenil de verano para los estudiantes de universidad y bachillerato; poner en marcha el Programa de Empleo temporal para ayudar a abatir el rezago social de hombres y mujeres de 16 años o más, que enfrentan una disminución temporal en su ingreso laboral y a la población afectada por una emergencia, mediante la entrega de apoyos temporales a su ingreso económico con la participación en proyectos de beneficio familiar o comunitario.

Para cerrar este capítulo, es necesario señalar que existen muy importantes limitaciones y deformaciones en las políticas estatales hacia los jóvenes. En parte por la escasa comprensión que tienen los gobiernos sobre la situación de los adolescentes y los jóvenes, y en parte porque las políticas económicas seguidas por los gobiernos han deteriorado seriamente las condiciones de estudio y de trabajo de este sector.

Así, a pesar de los distintos programas dirigidos a adolescentes éstos resultan, en el mejor de los casos, buenas intenciones, pues ninguno de ellos modifica los determinantes de la salud, es decir, las condiciones de vida donde crece este grupo. Así, es evidente que en aspectos educativos no hay la suficiente oferta ni calidad para los adolescentes marginados. La escuela no es una opción para la mayoría de los jóvenes y se convierte a veces en un pretexto para “ocuparse” en algo socialmente reconocido. El empleo que consiguen a menudo tampoco es formal y suele ser mal pagado, temporal e incluso fuera de sus comunidades de origen, sin prestaciones, ni seguridad social e incluso peligroso, como el comercio ilegal de diversos productos. Quizá quien más “emplea” a los jóvenes, no hay datos oficiales, sea la delincuencia organizada.

En sus viviendas no encuentran respeto ni intimidad y por el contrario, cargan con los problemas familiares que incluyen los económicos. Esto explica por qué tantos adolescentes viven en condiciones de calle. En cuanto a los servicios de salud hay un enorme vacío donde quedan sin ser atendidos integralmente ante sus problemas o riesgos de salud. De hecho, los adolescentes difícilmente se acercan a los servicios médicos, pues no hay preparación del personal de salud ni condiciones para escuchar sus inquietudes. Cuando entran a los servicios de salud es usualmente por los servicios de urgencias por problemas relacionados con violencia, accidentes o enfermedades agudas graves.

Todo lo anterior es lo que caracteriza a los adolescentes, en especial a los pobres que no tienen esperanzas y sí muchas necesidades no resueltas. Es por ello que son el grupo donde el consumo de drogas (lícitas o no) es el más elevado con sus distintas complicaciones que incluyen pérdida de la salud física, mental y social.

Anexo

Elaboró: Nora Ibarra Araujo

Tipos y prevención de lesiones

De acuerdo con el tipo de lesiones, éstas pueden ser caídas ([cuadro 4-20](#)), intoxicaciones ([cuadro 4-21](#)), quemaduras, asfixia, ahogamiento, atrapamiento, golpes y heridas.

Cuadro 4-20

Caídas

Causas	Prevención
Pavimentos poco limpios: con agua, grasas, aceites, etcétera.	Mantener el suelo lo más libre posible de obstáculos, sobre todo en las zonas de circulación y trabajo
Suelos resbaladizos por el uso o porque han sido pulidos o encerados inadecuadamente	Evitar superficies resbaladizas. Mantenerlas siempre limpias. Si se encera el suelo, utilizar cera o productos no deslizantes. En la bañera, utilizar alfombras o pegatinas antideslizantes
Existencia de huecos abiertos o mal protegidos: ventanas bajas, barandillas de corta altura.	Revisar que las escaleras de acceso a la vivienda tengan barandilla de altura no inferior a 90 cm y dispongan de pasamanos en todos sus tramos
	Proteger las ventanas que se encuentren a menos de 1 m del suelo mediante defensas apropiadas (barandillas, rejas), que impidan la caída de las personas. Los barrotes, de existir, han de estar colocados verticalmente y su separación debe ser tal que impida el paso de la cabeza de un niño pequeño
Utilización de elementos inadecuados para subir o alcanzar objetos a otra altura (sillas en lugar de escaleras) o subirse a escaleras con peldaños rotos, o a sillas con peldaños inestables o asientos frágiles. Mesas u otros objetos inestables al pisar sus bordes	Las puertas, balcones, ventanas que den acceso sobre zonas de riesgo de caída, deben disponer de un sistema de bloqueo que impida su apertura a los niños
	Pedir ayuda para transportar bultos voluminosos, aunque no sean pesados
	No utilizar escaleras de mano defectuosas (travesaños rotos, sistema de bloqueo antiapertura averiado o inexistente) ni bajarlas de espaldas, sino siempre de cara a ellas, agarrándose de sus pasamanos. El uso de escaleras debe estar prohibido a los niños
	Utilizar preferentemente escaleras de mano dobles (de tijera) para trabajar o alcanzar objetos elevados. No subir hasta que no estén totalmente abiertas o en perfecto equilibrio
	Revisar la escalera de mano antes de usarla
	No subir a la vez más de una persona a una escalera de mano
	Evitar utilizar sillas o muebles para alcanzar objetos altos en vez de escaleras apropiadas
	Si utiliza sillas, asegúrese de que su asiento es consistente y colocar la silla de tal manera que el respaldo quede contra la pared o estantería para impedir que se trabe con él al bajar
	Fijar las estanterías firmemente a la pared
	No subir ni permitir que los niños suban sobre muebles y permanezcan en ellos de pie

Cuadro 4-21

Intoxicaciones

Causas	Prevención
Medicamentos	Guardar dichos productos en un lugar seguro, fuera del alcance de los niños
Productos de limpieza	Etiquetar debidamente los recipientes y, de ser posible, mantener los productos en sus envases originales. Prestar cuidado a los envases que se parecen entre sí
Insecticidas y productos de jardinería	No usar envases de productos alimenticios, o los utilizados para agua o bebidas refrescantes, para rellenarlos con contenidos tóxicos. Si llegan a usarse, quitar la etiqueta original y colocar otra etiqueta que lo identifique correctamente
	Seguir las instrucciones de uso del fabricante del producto
	No almacenar conjuntamente distintos tipos de productos (alimenticios, tóxicos, etc.)
	No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudente
Pinturas, disolventes y adhesivos	Pinturas, disolventes y adhesivos: aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes
Combustibles (y productos derivados de la combustión)	
Productos de perfumería y cosmética	
Bebidas alcohólicas	

Quemaduras

Para que se inicie un incendio sólo hace falta que se unan tres elementos que están siempre en el hogar: aire, combustible y foco de calor.

Cuando el combustible es gas, que se ha acumulado por fuga o similar, puede generar una fuerte explosión; entre los más comunes se cuentan los siguientes:

- Gaseosos: butano, propano, gas, aerosoles.
- Líquidos: quitamanchas, pinturas, disolventes, aceites, lacas, alcoholes, etcétera.
- Sólidos: tejidos, papel, cartón, plásticos, etcétera.

Sólo hace falta tener el descuido de aplicar un foco de calor suficiente a cualquiera de los combustibles para que se inicie un incendio. Algunos focos de calor comunes son:

- Poco peligrosos:** chispas de los cebadores del tubo fluorescente o interruptores eléctricos, motores de aparatos eléctricos con escobillas, contactos o piezas móviles eléctricas.

- **Peligrosos:** planchas eléctricas, radiadores de calefacción eléctrica, sobrecalentamiento en los cables de la instalación o aparatos eléctricos, etcétera.
- **Muy peligrosos:** mecheros, cerillas, llamas de gas, colillas de cigarrillos, etcétera.

Las quemaduras son lesiones de los tejidos producidas por una agresión cutánea por cualquier agente de energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico.¹

Su gravedad es variable y su clasificación se realiza de acuerdo con su extensión, profundidad y localización de la lesión. La extensión y profundidad del daño dependerá del tipo de agente, así como de la duración del contacto con él, produciendo desde eritema hasta coagulación proteica y carbonización de los tejidos, de tal manera que los efectos generales de estas lesiones plantean un mayor peligro para la vida que los efectos locales. Para calcular la extensión de las quemaduras se necesita emplear un esquema que la cuantifique, como la tabla de Tennison y Pulaski, conocida comúnmente como la “Regla de los 9” en los adultos, y la tabla de Lund y Browder en los niños, que tienen mayor especialidad en la cuantificación, al variar el porcentaje en los segmentos corporales que van cambiando con la edad, es decir: la cabeza y las extremidades pélvicas. Se clasifica a la quemadura por la causa que producen las lesiones (cuadro 4-22).

Cuadro 4-22

Quemaduras

Tipo de quemadura	Característica	Prevención
Quemaduras por líquidos de baja densidad	Producidas por agua hirviendo o leche, son las más frecuentes y se presentan en los extremos de la vida (niños y ancianos)	Alejar a los niños de la cocina
		Evitar las salpicaduras usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos
		Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de los niños
		Vigilar los recipientes con líquidos sobre el fuego que, al hervir, rebosen y apaguen la llama
Quemaduras de alta densidad	Producidas por atole, frijoles, aceite o líquidos densos	Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina
Quemaduras por fuego	El flamazo se debe a una ráfaga de fuego. Son frecuentes y se presentan en el hogar por los calentadores de agua. El fuego directo, por la combustión de la ropa, produce quemaduras profundas porque se mantiene el calor más tiempo, por la presencia de ropa quemada y caliente	Alejar a los niños de la zona de planchar
		Utilizar guantes o manoplas aislantes para mover objetos calientes o manipular dentro de un horno encendido
		Impedir que los niños jueguen con cerillos y mecheros
		No situar calentadores de gas en cuartos de baño ni colocarlos mal ventilados
		Apagar perfectamente los cerillos y colillas de

		cigarrillos
		No fumar en la cama
		Evitar almacenar combustibles innecesarios en la casa, como ropa vieja, periódicos, pinturas, etcétera
Quemaduras por químicos	Ya sea por ácidos o álcalis, que son sustancias con pH ácido o básico. No son frecuentes y suelen presentarse en adultos en su trabajo, o bien en niños en el hogar, por descuido en el manejo de dichas sustancias y su almacenamiento. Son quemaduras profundas, hasta de tercer grado (espesor total), porque se mantiene el calor más tiempo, dependiendo de la concentración del químico. Se debe suprimir la permanencia del químico en la zona afectada, ya que una vez en contacto con los tejidos, estas sustancias siguen quemando hasta que se diluyen. Esto se logra mediante lavado intensivo con abundante agua fría en las zonas de contacto con el fin de diluirlo lo más posible	Manipular con cuidado las baterías de los coches, por contener ácido sulfúrico
		Manipular con cuidado cualquier producto químico, así como la sosa cáustica o la cal viva
Quemaduras por electricidad	El chispazo eléctrico se produce por una ráfaga de fuego proveniente de una fuente eléctrica, el arco voltaico, por el cierre del circuito eléctrico con el cuerpo El peligro que entraña un contacto eléctrico se hace mucho mayor cuando la persona está en ambiente mojado o descalza sobre el suelo Este peligro se da en el cuarto de baño, el lavadero, la cocina, en cualquier lugar después de lavar el suelo o regar El contacto accidental de una persona con un objeto que esté en tensión se da de dos formas distintas: cuando se tocan directamente elementos eléctricos que estén con tensión: 1) por existir cables pelados, con aislante defectuoso o insuficiente, por conectar aparatos con cables desprovistos de la clavija correspondiente, al cambiar fusibles o tratar de desmontar o reparar un aparato sin haberlo desconectado; 2) al introducir los niños tijeras o alambre en los agujeros de los enchufes, y 3) por manejar aparatos que carecen de tapas protectoras y, por consiguiente, tienen partes eléctricas accesibles Las lesiones son superficiales en el chispazo, superficiales y profundas en el arco con aspecto de suelo lunar por el salto continuo de la corriente eléctrica por la piel, que vence su resistencia en cada salto, y profundas con aspecto carbonizado, por la entrada de la corriente eléctrica por la piel, en la conducción, que produce necrosis grasa, muscular e inclusive ósea, siendo necesario en muchos casos amputar el segmento o segmentos afectados	No sobrecargar los enchufes con demasiados aparatos
		Tener cuidado especialmente con: calentadores, lavavajillas, lavadoras y planchas
		Empotrar los cables eléctricos y evitar improvisar empalmes o usar cinta adhesiva
		Utilizar sólo fusibles calibrados de acuerdo con la instalación
		Si hay olor a quemado, revisar y localizar el origen, puede tratarse de un sobrecalentamiento de la instalación eléctrica que originará un peligroso cortocircuito o un incendio
		No conectar aparatos que se hayan mojado
		Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo, aun cuando el suelo esté seco
		No tener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros aparatos eléctricos al alcance de la mano en el cuarto de baño ni a menos de 1 m del borde de la bañera
		Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica, desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general y asegurarse de la ausencia de tensión

		El cuadro general debe disponer de un interruptor diferencial de 30 mA (0.03 A) que corta la corriente de toda la casa y que “salta” en caso de defecto a tierra (derivación). Se comprobará su funcionamiento de forma periódica pulsando el botón que lleva incorporado. Este aparato jamás debe eliminarse o “puentearse”; si salta es que existe una derivación y, por tanto, un peligro inminente
		Comprobar que las tuberías de agua (caliente y fría), desagües del baño, fregadero, lavabo, etc., estén conectadas entre sí y a tierra mediante un conductor
Quemaduras por combustión de hidrocarburos	Condicionadas por la combustión de gasolina, alcohol, etc., directamente en la piel. Producen quemaduras profundas porque se mantiene el calor más tiempo, debido a la presencia de hidrocarburo que se quema en la piel, además de la combustión de la ropa	Las estufas y braseros no deben emplearse en locales sin ninguna ventilación
		No mantener el coche en marcha en el interior de garajes pequeños y mal ventilados
		Controlar la buena combustión de los braseros de carbón, cisco o picón
		No emplear estufas o braseros en los dormitorios
Quemaduras por deflagración	Las produce la combustión o explosión de pólvora o dinamita. Producen quemaduras profundas por el efecto calorífico del material comburente del mismo quemándose en la piel, además de la combustión de la ropa	Manipular con cuidado cohetes, petardos y cartuchos y no dejarlos al alcance de los niños
		Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillos o mecheros: la chispa provocaría una gran explosión
		Almacenar los aerosoles en recipientes irrompibles con indicación de su contenido
		Revisar periódicamente la instalación de gas
		Revisar y cambiar periódicamente el tubo flexible de conexión de los aparatos

Asfixia

La asfixia, fallo de la respiración pulmonar, se explica por una falta de oxígeno en el aire o por la imposibilidad de que éste llegue a los pulmones (cuadro 4-23).

Cuadro 4-23

Asfixia

Causas	Prevención	
Falta de oxígeno en los baños debida a la presencia de quemadores de gas en estufas y calentadores	No instalar calentadores ni estufas de gas en el interior de los baños ni en las habitaciones pequeñas mal ventiladas	
Introducción por boca y nariz de objetos de diámetro superior al de las vías respiratorias (botones, canicas, alfileres, imperdibles, ojos de peluches, ruedas de coches pequeñas, etc.)	Evitar que los niños de corta edad jueguen y manipulen objetos pequeños o aquellos que puedan desmontarse en piezas pequeñas o no sean los recomendados para su edad	
Taponamiento externo de las vías respiratorias por el vestido o la ropa de cuna	Utilizar ropa de cama que imposibilite el estrangulamiento (sábanas demasiado largas, camisones, prendas con cuellos estrechos, redes)	
	No utilizar cunas con barrotes demasiado distanciados	
Sofocación por otro cuerpo humano (adulto) durante el sueño	No dormir en la misma cama adultos y lactantes	
Llevar en el cuello lazos o cadenas que sujetan chupete y medallas		
Ropas inadecuadas: bufandas demasiado largas	Impedir que los niños vistan con bufandas demasiado largas	
Utilización de bolsas de plástico como capuchas o caretas de juego	Evitar que los niños jueguen con bolsas de plástico	
Bañeras, cubos y otros recipientes llenos de agua	No dejar recipientes con agua cerca de los niños, sobre todo antes del año y medio	
	Enseñanza temprana de la natación	
	Protección por cierre vallado, separación, acceso difícil, uso de redes en piscinas, estanques, pozos, cisternas, lavaderos y cursos de agua	
	Vigilar a los niños que circulen cerca de los lugares con agua	
	No dejar a los niños pequeños solos en la bañera	
	Provocar el eructo de los lactantes después de las comidas y antes de recostarlos para dormir	
	Colocar a las personas que hayan perdido el conocimiento de costado (posición lateral de seguridad) para facilitar la salida al exterior del vómito	

El oxígeno del aire no puede llegar a los pulmones cuando las vías respiratorias queden obstruidas.

La obstrucción de las vías respiratorias puede ser externa o interna.

- **Obstrucción externa:** se denomina sofocación y consiste en el taponamiento de la nariz y la boca, o en la imposibilidad de mover la caja torácica. Si la sofocación se produce por una compresión externa a través del cuello, se trata del estrangulamiento y la ahorcadura.

- **Obstrucción interna:** puede ser por objetos sólidos o por líquidos.
 - **Sólidos:** proceden del exterior de forma accidental; o bien alimentos que se atragantan.
 - **Líquidos:** por vómito; o bien, si el líquido procede del exterior, por inmersión de la cabeza en el agua: asfixia por ahogamiento.

Heridas

Las causas principales de las heridas se muestran en los cuadros 4-24 y 4-25. El contacto de manos y pies, generalmente, con objetos cortantes o punzantes produce cortes y pinchazos.

Cuadro 4-24

Atrapamiento y golpes

Causas	Prevención
Desmontaje y reparación de aparatos con partes de automóviles en funcionamiento	Cuando realice el desmontaje o reparación de aparatos móviles (tritadoras, cuchillos eléctricos, ventiladores, tocadiscos, batidoras, exprimidores eléctricos, etc.) corte la corriente previamente desenchufando el aparato
Existencia de objetos con elementos cortantes o que puedan golpear, al descubierto (ventiladores sin rejilla, ascensores sin doble puerta, etc.)	Cuando existan niños cerca de las puertas, ventanas, balcones, vigile que sus manos no se encuentren en las juntas o ejes de cierre
Niños situados detrás de las puertas de entrada	Razone a los niños la prohibición de no usar los ascensores cuando no vayan acompañados de personas responsables
Cristaleras o puertas de cristal de una sola pieza sin señales que adviertan de su presencia	Sitúe a los niños en el fondo del ascensor cuando éste carezca de doble puerta
Los golpes se producen generalmente con objetos fijos, como muebles, escaleras, puertas, ventanas, etc., o bien, con objetos móviles, caídas de tiestos, herramientas, estanterías, etc. Ambas formas de accidentes son frecuentes, pero generalmente poco graves	No dejar armarios o cajones abiertos
	Asegurar los cajones con topes en su interior para que no se caigan encima del que los abra
	Procurar que todos los muebles y objetos de decoración tengan cantos redondeados, nunca aristas vivas
	Utilizar puertas de comunicación con cristales transparentes o traslúcidos en las zonas donde haya tránsito abundante de personas (cocinas; balcones...)
	Si existen puertas de cristal de una sola pieza, utilizar algún sistema de señalización para que se advierta su presencia
	Ilumine adecuadamente las zonas de circulación (pasillos, recibidores), así como las de trabajo (cocina, lavadero, garaje, etc.)
	Seleccione las herramientas adecuadas para cada tipo de trabajo. Evite que los niños jueguen con ellas. Guárdelas en cajas apropiadas
	Sitúe los objetos colgantes de forma estable y a la altura necesaria
	No cuelgue objetos sobre la calle en balcones, barandillas, etcétera

Cuadro 4-25

Heridas

Causas	Prevención
No utilizar una protección que impida el contacto directo con el elemento de corte (rejilla de ventilador, funda de cuchillo, etc.)	Proteger, alejar o eliminar en lo posible del alcance de los niños aquellos objetos que presenten superficies o aristas vivas (cuchillos, aspas de ventilador, trituradora, cuchillas de afeitar, agujas de coser o de punto, tijeras, etc.)
Dejar objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños	Colocar las herramientas en cajones con las puntas o elementos cortantes hacia dentro
No guardar los objetos cortantes o punzantes una vez que han sido utilizados	
No haber reparado o desechado aquellos objetos (vasos, platos, etc.) que con el uso se han convertido en parcialmente cortantes	Revisar y eliminar platos y vasos rotos o descantillados
Situar plantas punzantes (cactus) en zonas poco visibles y al alcance de los niños	Situar las plantas punzantes en lugares visibles y fuera del alcance de los niños
No dejar armas blancas y armas de fuego al alcance de los menores	Las armas de fuego deben guardarse descargadas y en lugares bajo llave (armeros)
	Para evitar mordeduras y arañazos debe tratarse adecuadamente a los animales domésticos

Plan de emergencia en la familia

- Discuta con su familia, amigos y vecinos los tipos de desastres y urgencias con mayor probabilidad de ocurrir y qué hacer en cada caso.
- Luego de un desastre, a menudo es más fácil llamar a larga distancia que hacer una llamada local. Pídale a un amigo o pariente que viva fuera de la ciudad que sea su contacto familiar para urgencias. Todos los miembros de la familia deben llamar a esta persona en un caso de urgencia para avisar que están bien.
- Asegúrese que todos los miembros de su familia conocen el número de teléfono y disponen de monedas o de una tarjeta prepaga de teléfono para llamar al contacto para urgencias.
- Usted podría tener problemas para llamar, o el sistema telefónico podría no estar funcionando, pero tenga paciencia.
- Tome una clase de primeros auxilios, de reanimación cardiopulmonar para tener los conocimientos para ayudarse a usted mismo o a otras personas de ser necesario.
- Si usted no posee un vehículo o no conduce, conozca ahora, antes de una urgencia, cuáles son los planes de su comunidad para aquellos que no poseen transporte privado.
- Decida el lugar en el cual usted y su familia se encontrarán en caso de que usted no pueda regresar a su hogar a causa de una urgencia. Mantenga en todo momento un registro del domicilio y número de teléfono del lugar, al igual que los números de teléfono de su familia.

- Haga un plan para sus mascotas.
- Hable con sus vecinos acerca de cómo pueden trabajar juntos durante una urgencia. Investigue si alguien tiene equipamiento especializado, por ejemplo un generador de energía o conocimientos médicos que podrían ser de ayuda en una crisis. Decida quién estará a cargo de controlar a los vecinos mayores o discapacitados. Haga planes de respaldo para los niños en caso de que usted no pueda llegar a su hogar durante una urgencia.
- Si el edificio donde vive no tiene escalera de urgencia, vea la posibilidad de facilitar el acceso a la azotea de alguna de las casas vecinas.
- Si el edificio donde vive no tiene protección por extintores, compre uno de 6 o más kg de polvo antibrasa y colóquelo cerca de la puerta de entrada de su casa.
- Pegue una etiqueta cerca de su teléfono con los números de urgencia de su localidad (bomberos, Cruz Roja, policía local, centro médico, etc.).

Personas con discapacidades

- Asegúrese de que alguien en su red de soporte tiene una llave para ingresar a su hogar y que esta persona sabe dónde guarda usted sus provisiones de urgencia.
- Enséñeles a las personas que le ayudarán cómo utilizar equipamiento de socorro, y cómo administrar una medicina en caso de urgencia.
- Practique su plan con las personas que han acordado ser parte de su red.
- Infórmeles dónde guarda sus provisiones de urgencia.
- Si alguien en su grupo familiar tiene problemas de audición, podría tener dificultades para escuchar las sirenas u otros tipos de alertas. En tales casos, considere comprar un sistema de alerta que presente una señal visual, y haga planes ahora a través de sus oficiales locales de manejo de urgencia.
- Utilice placas o brazaletes de alerta médica para ayudar a identificar su discapacidad.
- Muéstrela a otras personas cómo operar su silla de ruedas.
- Conozca el tamaño y el peso de su silla de ruedas en caso de que tenga que ser transportada.

Referencias

1. Hidalgo A. Infancia y adolescencia. Capítulo 35. Ed. Panamericana, México, 2009.
2. Pérez IJ. Las cuatro grandes transformaciones históricas de la condición juvenil. En: *Juventudes, culturas, identidades y tribus juveniles en el México contemporáneo*. Suplemento No. 56, octubre-diciembre; es una publicación interna de la Coordinación Nacional de Antropología del Instituto Nacional de Antropología e Historia; 29–36, 2009.
3. Urteaga CP. “La construcción juvenil de la realidad. Jóvenes mexicanos contemporáneos”. Tesis para optar el título de Doctora en Ciencias Antropológicas, UAM, México, D.F. (Tesis doctoral no publicada), 2007.
4. Burnett Tylor E. “Anáhuac o México y los mexicanos antiguos y modernos”. Juan Pablos Editor. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa, 2009.
5. Saraví GA. Juventud y sentidos de pertenencia en América Latina: causas y riesgos de la fragmentación social. Revista CEPAL 98: 47–65, agosto, 2009.
6. Encuesta Nacional de Juventud 2005. “Jóvenes Mexicanos del Siglo XXI”. México: IMJ-CIEJ, SEP, 2007.
7. Corea C. “Pedagogía del aburrido”. Revista Palabras. Letra y cultura de la región N.E.A. No. 1, Buenos Aires; 1–7.
<http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Pedagogiaporcierto20delporcierto20aburrido.pdf>, 1995.

8. Cabrera G. Convertirse en universitario 1. Los estudiantes de primer ingreso. Educación UACM. Suplemento de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 5 de diciembre de 2009. <http://www.jornada.unam.mx/2009/12/05/universitario.html>, 2009.
9. La situación demográfica de México 2010. Consejo Nacional de Población 2010. http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=301&Itemid=418
10. Heather B, Lisa F, Khosrow A. Fructose, insulin resistance, and metabolic dyslipidemia. *Nutrition & Metabolism*; 2:5-17, 2005.
11. Luma GB, Spiotta RT. Hypertension in children and adolescents. *Am Fam Physician*; 73:1558-1568, 2006.
12. Villalpando S, Carrión C, Barquera S *et al.* Body mass index associated with hyperglycemia and alterations of components of metabolic syndrome in Mexican adolescents. *Salud Pública Méx*; 49 Supl 3:S324–S330, 2007.
13. Posadas SR, Posadas RC, Zamora GJ *et al.* Lipid and lipoprotein profiles and prevalence of dyslipidemia in Mexican adolescents. *Metabolism*. Dec; 56(12):1666–1672, 2007. [PubMed: 17998019]
14. Yamamoto KL, Posadas RC, Posadas SR *et al.* Prevalence and interrelations of cardiovascular risk factors in urban and rural Mexican adolescents. *J Adolesc Health*;38:591–598, 2006.
15. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Final report. Circulation*; 106:3143–3421, 2002.
16. Cardoso SG, Yamamoto KL, Medina UA *et al.* Exceso de peso y síndrome metabólico en adolescentes de la Ciudad de México. *Arch Cardiol Méx*; 80(1):12–18, 2010. [PubMed: 21147557]
17. Juárez OS, Palma PV, González MG *et al.* Epidemiología del cáncer en adolescentes de 15 y 16 años. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc*;46 (4):361–366, 2008. [PubMed: 19213206]
18. Masters W *et al.* *La sexualidad humana*. Ed. Grijalbo, Barcelona, 1987.
19. *Ibid*, p. 204.
20. García J, Alberts A. Guía para la evolución de programas y proyectos en salud sexual y reproducción en adolescentes. Ed. Fondo de Población de Naciones Unidas, Chile, 1999.
21. Biro F, Hillard P. Infección Humana en adolescentes. *En: Medicina de la Adolescencia en Clínicas Médicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, 1990.
22. Stern C. Embarazo adolescente: significados e implicaciones para distintos sectores sociales. *En: Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México*. México, 2005.
23. Indicadores básicos 2009. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Ed. OPS, 2009.
24. Celis de la R *et al.* La salud de los adolescentes en cifras. Ed. INEGI, Mexico, 2003.
25. Schiavon R *et al.* Abortion related morbidity in public sector hospitals in Mexico 2000-2005, in *Memoriar del Seminario on measurement of abortion-related morbidity and Mortality*, París, 2007.
26. Figueiredo R *et al.* Comportamento sexual e preventivo de adolescentes de Sao Paolo, un estudio con estudiantes de ensino medio. *Boletín do Instituto de Saúde*. Num 46, Dezembro de 2008.

-
27. González AC. *Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Ed. Flasog, México, 2008.
-
28. Cook R, Dickens B. Recognizing adolescents “evolving capacities” to exercise choice in reproductive healthcare in International. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 70, 2008.
-
29. Imilse M. Violencia y VIH SIDA: Vulnerabilidades en la adolescencia en Género y Salud, México, sep-dic, 2009.
-
30. Figueiredo R *et al.* Comportamiento sexual e preventivo de adolescentes de Sao Paulo, un estudio con estudiantes de enseñanza media. *Boletín do Instituto de Saúde*. Num 46, Dezembro de 2008.
-
31. Celis de la R *et al.* La salud de los adolescentes en cifras. Ed. INEGI, México, 2003.
-
32. Encuesta Nacional de Juventud. Instituto Mexicano de la Juventud, México, 2000.
-
33. Valdéz SR *et al.* La violencia durante el noviazgo ¿cómo la perciben las y los jóvenes en México? Compilación de la Secretaría de la Salud. Una mirada de género en la investigación en Salud Pública de México. México, 2007.
-
34. Rivera L *et al.* Violencia durante el noviazgo en estudiantes. *Rev de Salud Pública de México*, Vol. 48, 2006.
-
35. Kalckmann S. Violencia sexual contra mujer: caso de vigilancia epidemiológica. *Boletín do Instituto de Saúde*. Num 33, agosto, 2004.
-
36. Conrad S, Mibum M. *Inteligencia Sexual*. Ed. Planeta. Barcelona, 2002.
-
37. Foucault M. *Historia de la sexualidad*. Tomo 1, Ed. Siglo XXI, México, 1982.
-
38. Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber: la ética indolosa de los tiempos democráticos*. Ed. Anagrama, Barcelona, 2005.
-
39. Salud Pública de México. La salud de adolescentes en cifras. Vol. 45, suplemento 1 de 2003.
-
40. Instituto Mexicano de la Juventud. “*Programa Nacional de la Juventud 2008-2010*”. Gobierno Federal. Secretaría de Educación Pública, 2008.
-
41. Instituto de la Juventud del D.F. “*Plan Estratégico para el desarrollo integral de la Juventud*”. Ciudad de México. Gobierno del Distrito Federal, 2009.
-
42. Ponciano RG. Tabaquismo en niños y jóvenes en México. ¿Una enfermedad pediátrica emergente? *En: Colegio de México. Anuario Educativo Mexicano: Visión Retrospectiva*. Ed. Porrúa. México, 2007.
-
43. Secretaría de Salud. El Consumo de Tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México, DF, 2001.
-
44. French SA, Perry CL, Leon GR *et al.* Weight concerns, dieting behavior and smoking initiation among adolescents. A prospective study. *Am J Public Health*; 84(811):1818–1820, 1994. [[PubMed: 7977924](#)]
-
45. Tomar SL, Giovino GA, Eriksen MP. Smokeless tobacco brand preference and brand switching among US adolescents and young adults. *Tobacco Control*; 4(1): 67–72, 1995.
-
46. ENA-Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Conadic, México, 2008.
-
47. Kuri P, Cravioto P, Hoy MJ *et al.* Illegal sales of cigarettes to minors. *Morb Mortal Wkly Rep*; 46(20): 440–444, 1997.
-
48. Zicler P. Nicotine’s multiple effects on the brain’s reward system drive addiction. *NIDA notes*; 17(6), 2003.
-
49. Arillo SE, Hernández AM *et al.* Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de
-

Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2002; 44 (suppl.1): S54–S66. [PubMed: 12055746]

50. Anaya OR, Arillo SE, Sánchez ZL *et al*. Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia de tabaquismo en una cohorte de estudiantes de México. *Salud Pública Méx*; 48 suppl 1: S17–S29, 2006. [PubMed: 17684680]

51. Patton G, Carlin JB, Coffey Cet *et al*. The course of early smoking: a population-based cohort study over three years. *Addiction*; 93(8):1251–1260, 1998. [PubMed: 9813906]

Lecturas recomendadas

Bellono ST. “¿Adultos adolescentes? Paradojas en la era de Peter Pan. Ed. Bonum. Buenos Aires, Argentina, 2009.

Boys A *et al*. Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the child and adolescent survey of mental health. *British Journal of Psychiatry*, 182, 509–517, 2003.

Briceño LR. La nueva violencia urbana en América Latina. *Sociologías*, 4(8), 34–51, 2002.

Butler A, Dodge K, Faurote E. College student employment and drinking: A daily study of work stressors, alcohol expectancies, and alcohol consumption. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 291–303, 2010.

Bynner J, Parsons S. Social Exclusion and the Transition from School to Work: The case of young People Not in Education, Employment or Training (NEET). *Journal of Vocational Behavior*, 60, 289–309, 2002.

Collado ME *et al*. Embarazo no deseado y aborto en adolescentes: un reto y una responsabilidad colectiva en Género y Salud, México, mayo-agosto, 2008.

Donovan A, Oddy M. Psychological aspects of unemployment: an investigation into the emotional and social adjustment of school leavers. *Journal of Adolescence*, 5(1), 15–30, 1982.

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2009.

Encuesta Nacional de Salud, Secretaría de Salud. México, 2000.

Fergusson D, Horwood L, Woodward L. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: Causation or selection? *Social Science & Medicine*, 53, 305–320, 2001.

Gutiérrez BE. Adolescencia y Juventud: Concepto y características. <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>, 2000.

Harmström A. Health consequences of youth unemployment-review from a gender perspective. *Social Science & Medicine*, 38(5), 699–709, 1994.

Hernán M, Fernández A, Ramos M. La salud de los jóvenes. *Gac Sanit*; 18(Supl 1):47–55, 2004. [PubMed: 15171858]

Kearney C. School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451–471, 2008.

La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México* / vol. 45, suplemento 1 de 2003.

Lee S *et al*. Mental disorders and termination of education in high-income and low-and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 411–417, 2009.

Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R *et al*. Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191,

Downloaded 2024-1-29 2:1 P Your IP is 132.248.252.110

Capítulo 4: Salud y enfermedad en la adolescencia, Julián Alcalá Ramírez; Sigfrido Huerta Alvarado; Guadalupe García de la Torre; Diego Sánchez Hernández Montoya; Liria Yamamoto Kimura

©2024 McGraw Hill. All Rights Reserved. [Terms of Use](#) • [Privacy Policy](#) • [Notice](#) • [Accessibility](#)

477–483, 2007.

Morrel S, Taylor R, Quine S *et al.* A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science & Medicine*, 38(11), 1553–1564, 1994.

Mortimer J. Adolescent work and unemployment. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 119–122, 2004.

Paschall M, Flewelling R, Russell T. Why is work intensity associated with heavy alcohol use among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 34, 79–87, 2004.

Pérez IJ. Las cuatro grandes transformaciones históricas de la condición juvenil. *En: Juventudes, culturas, identidades y tribus juveniles en el México contemporáneo*. Suplemento No. 56, octubre-diciembre; es una publicación interna de la Coordinación Nacional de Antropología del Instituto Nacional de Antropología e Historia, 29–36, 2009. <http://www.jornada.unam.mx/2009/12/05/universitario.html>, 2009.

Sabia J. School-year employment and academic performance of young adolescents. *Economics of Education Review*, 28, 268–276, 2009.

Schwinn T, Schinke E, Trent D. Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addictive Behaviors*, 35, 30–34, 2010.

Tandon S, Marshall B, Templemanb A *et al.* Health access and status of adolescents and young adults using youth employment and training programs in an urban environment. *Journal of Adolescent Health*, 43, 30–37, 2008.

Valios R, Dunham A, Jackson K, *et al.* Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 256–263, 1999.

Wenzela S, Tuckerb J, Golinelli D *et al.* Personal network correlates of alcohol, cigarette and marijuana use among homeless youth Drug Alcohol Depend (on line). 2010. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.06.004

Woodward L, Fergusson D. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086–1093, 2001.

Wu L, Schlenger W, Galvin D. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. *Journal of Adolescent Health*, 32, 5–15, 2003.