



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DOCTORADO EN PEDAGOGIA**

**“EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN JÓVENES:
FUNDAMENTOS PARA UNA PROPUESTA DE
TRABAJO”**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN PEDAGOGIA
P R E S E N T A
MARGARITA RIVERA MENDOZA**

**ASESOR DE TESIS
DR. SERGIO LÓPEZ RAMOS**

AGOSTO 2011





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A:

Oscar Eduardo

Que hoy como siempre ha estado aquí a mi lado, respetando mi tiempo y mi espacio, pero siempre compartiendo su vida conmigo, gracias amor.

Guadalupe

Por apoyarme cuando más la necesito y estar siempre dispuesta a dar más.

Mi familia

Papá, mamá, hermanos, sobrinos, que aún sin proponérselo siempre me impulsan a seguir adelante.

Doctor Sergio López

Por enseñarme que la vida esta aquí en nuestras manos y que podemos cultivarla con el trabajo, con la dedicación y el entusiasmo para nosotros y para los no nacidos.

Doctores Mario Camarena, Miguel Ángel Martínez, Consuelo Rosa Sosa, Ricardo Cuellar a todos por mostrarme que las palabras y los silencios tienen significado, por su tiempo y dedicación en la lectura de este trabajo.

Fes- Iztacala/ UNAM, S.E.I.E.M/ Escuela Secundaria No. 136, por las facilidades otorgadas con la beca comisión y licencia para hacer mis estudios

La vida.

Por estar aquí en mi cuerpo y darme la oportunidad de expresar estas ideas, reflexiones y emociones, que puedan ser una aportación a la vida de los jóvenes.

El sentido de la vida



*La pregunta infinita: el sentido de la vida
Tiene una respuesta sencilla: aquello que vos digas
No busques bajo las piedras ni en los rayos del sol
No busques en tus vecinos ni en el trabajo ni en la pasión
Que el sentido de la vida lo tienes tú en el bolsillo
En tus pensamientos, en el alma, en tu corazón
Y está escrito en la clave que se lee con el amor. . .*

Damian Rojo.

CONTENIDO

INDICE

Introducción.	1
--------------------------------	---

PRIMERA PARTE:

La conformación del sistema de salud para la atención de los jóvenes: una revisión historiográfica.	17
--	----

I. Políticas en salud.	21
--------------------------------	----

II. Reconocimiento del adolescente y definición de esta etapa.	23
--	----

III. Análisis historiográfico: Modelos médicos que sustentan los programas de salud para jóvenes.	26
--	----

Modelo médico higienista

1. Origen y establecimiento.	27
--------------------------------------	----

2. El discurso de higienización y la práctica de curación.	36
--	----

3. El ingreso de la higiene a la educación y a las escuelas.	40
--	----

4. La presencia del modelo higienista en la seguridad social.	53
---	----

Modelo médico-legal.	57
------------------------------	----

1. La delincuencia juvenil condicionada por las precarias condiciones económicas	64
--	----

2. Factores familiares que conforman la delincuencia juvenil.	74
---	----

3. El delito motivado por pasiones y emociones.	82
4. El delito originado por debilidad mental.	94
Modelo de salud intervención y rehabilitación.	101
1. Origen y permanencia del modelo curativo en nuestro país.	109
a) Información.	111
b) Investigación.	112
c) Logros.	112
2. Áreas de intervención y rehabilitación	
a) Contexto de la salud, los sistemas y servicios.	120
b) Conceptos en la salud.	130
c) Aplicación del modelo. Intervención a las demandas.	135
Modelo psiquiátrico y de salud mental.	160
1. Las áreas de intervención y estudio de este modelo.	176
a) La salud.	177
b) Síntomas emocionales y conductuales.	179
c) Trastornos depresivos y ansiosos.	186
d) Adicciones tratamiento e investigación.	189
<i>Consumo de drogas.</i>	193
<i>Alcoholismo.</i>	198
<i>Tabaquismo.</i>	201
e) Suicidio.	206
f) Estrés.	212

g) Conductas alimentarias de riesgo.	214
---	-----

SEGUNDA PARTE

Una aproximación al análisis filosófico epistemológico del modelo de educación para la salud de jóvenes.

220

El modelo de educación para la salud en jóvenes. Cuatro formas de abordaje: higienista, legal, intervención-rehabilitación, psiquiátrico-salud mental.

229

Modelo higienista.

231

Modelo Médico legal.

235

Medico de intervención y rehabilitación.

238

Modelo médico Psiquiátrico y de salud mental.

244

TERCERA PARTE

La construcción de un proceso pedagógico en el cuerpo de los jóvenes:

Fundamentos para una propuesta de trabajo.

257

Una propuesta de trabajo con jóvenes.

278

Bibliografía.

286

Introducción

Tradicionalmente y hasta la actualidad la Pedagogía ha sido considerada como la ciencia de la educación o el arte de enseñar y educar a los niños, a través de métodos concretos de enseñanza. La palabra Pedagogía es un término cuyo origen ha significado la práctica o profesión del educador y posteriormente ha significado *teoría de la educación*, entendiéndose por teoría no solo una elaboración ordenada y generalizada de las modalidades y posibilidades de la educación, sino también una reflexión ocasional, o un supuesto cualquiera de la práctica educativa.

La pedagogía desde el siglo XVII con la obra de Comenius ha subsistido bajo dos enfoques, uno de naturaleza filosófica vinculada a la finalidad ética para el estudio del hombre, y el segundo, de naturaleza empírica o práctica dirigida al aprendizaje del niño en la vida (adquisiciones elementales como: leer, escribir, hacer operaciones básicas). Francis Bacon tuvo la pretensión de llevar al dominio de la pedagogía la organización metódica para lo cual elaboro un complejo sistema pedagógico considerando medios e instrumentos didácticos para llegar al fin educativo.

En el campo pedagógico la obra de Locke, Rousseau, Pestalozzi, Fröbel, ha sido muy importante por haber intentado vincular los métodos de educación con las nuevas concepciones filosóficas que iban surgiendo, quien por vez primera distinguió y unió los dos troncos de la tradición pedagógica en un sistema coherente fue Herbart porque considero los fines de la educación que la Pedagogía tenía, los que tomaría de la psicología e intento integrar estas dos partes. Así se considero a la pedagogía como una ciencia del

espíritu entendido este como el justo desarrollo, la formación, la educación del individuo; al mismo tiempo, se hizo una tentativa simétrica y opuesta que la reducía a una ciencia mecánica, según el modelo de la física nominada como *paidología* (concepto asumido por la medicina), argumentando que con el dominio del mecanismo psicológico se puede dirigir la formación mental de los hombres del mismo modo que se pueden dirigir las leyes naturales, las fuerzas de la naturaleza; esta concepción es la que más ha prevalecido en el campo psicopedagógico bajo la noción de condicionamiento. La psicología, la antropología y la sociología son disciplinas que actualmente suministran a la pedagogía una estructura de medios educativos de acuerdo con los fines mismos de las disciplinas como apoyo para llegar al acto educativo.

Se dice que mediante el acto educativo las sociedades humanas transmiten de generación en generación su cultura y las modalidades para poder sobrevivir en los distintos espacios sociales, y a la pedagogía bajo el término educación corresponde esta acción mediante la cual cumple su función de transmitir el aprendizaje de las técnicas culturales, o sea de las técnicas de uso, de producción, de comportamiento, con las que un grupo de hombres está en situación de satisfacer necesidades, de protegerse contra la hostilidad del ambiente físico o biológico, de trabajar y vivir en sociedad en una forma más o menos ordenada y pacífica.

En la tradición pedagógica de occidente la educación es definida como la formación del hombre, la maduración del individuo, el logro de su forma completa o perfecta, etc., por lo tanto, como el paso gradual, similar al de una planta, pero libre de esta forma completa desde la potencia al acto. Para esta concepción la educación es cultura¹. Este es el

¹ Abbagnano Nicola, *Diccionario de Filosofía*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1963, 370-371, 896-897.

planteamiento que se ha adoptado por casi todas las disciplinas tanto sociales como naturales, entre ellas la medicina, por lo que podríamos concluir que el concepto de individuo adolescente y joven visto desde esta perspectiva se encuentra perfectamente delimitado e integrado en esa necesidad de ser conformado y terminado a través de la educación, de ahí que para los sistemas educativos en general la atención a estos grupos de edad se haya constituido en un “tiempo de espera” para su inserción a la vida social que se corresponde con la vida adulta.

A la biopedagogía corresponde la aproximación a la educación de la salud, pues desde el siglo XIX se incorporo como educación física y una área de formación para los estudiantes franceses, a este respecto ya en el siglo XVI Ulmann hablaba de que los ejercicios físicos pueden utilizarse en diferentes contextos para desarrollar un organismo vigoroso, en ese entonces estos ejercicios se vinculaban directamente con lo cívico y para la guerra, es decir, formar buenos ciudadanos, fuertes y que pudieran defender a su país, o para conservarle en buenas condiciones físicas según la educación física medica, siendo un ejemplo de ello la gimnasia griega que se reflejo principalmente con el cultivo de cuerpos bellos, fuertes y saludables.

Más tarde cuando comienza a imperar el dualismo, el cuerpo se separa del alma y con la educación cristiana se le comienza a relegar, negar o doblegar a través del ejercicio físico, dando prioridad al cultivo del alma argumentando que la educación del alma no podrá llevarse sino con el abandono del cuerpo para que este obedezca al alma, por lo cual el cuerpo tiene que ser vigoroso porque un cuerpo enfermo opone resistencias. En la antigüedad así se justificaba la terapia para enfermedades mentales o el encarcelamiento a delincuentes, señalando, despreciando o sacrificando a los cuerpos con aislamiento o con la

aplicación de medicamentos para rehabilitarlos. En el caso de los jóvenes y adolescentes la actividad física que provoca sana fatiga deportiva por el ejercicio ha sido una práctica mediante la que se cultivan las virtudes humanas en la educación.

Es así como a la educación física se le asignó la función de mantener y acrecentar las potencialidades del cuerpo, primeramente fue dirigida a la medicina infantil o pediatría asumida como educación física, la cual se desarrolló a la par que la anatomía, la fisiología o la terapia con la idea de que el ejercicio equivale a una medicina natural que desde Galeno e Hipócrates fue asumida "...dietética y gimnasia constituyen la totalidad de los poderes médicos, el médico hipocrático no utiliza medicamentos ni drogas"². Los mismos principios son asumidos en pedagogía por Rabelais y Montaigne, por Mercurialis y Muths quienes proponen una auténtica cultura del cuerpo basada en gimnasia razonada, cuyos objetivos sean somáticos o utilitarios, en la que se propone seguir a la naturaleza o dirigirla, o como decía Ulmann es menester servir a un cuerpo rebelde u otorgarle plena virtualidad con la educación física o educación corporal equivalente a la biopedagogía o pedagogía del cuerpo en donde se considere que este tiene derechos y necesidades.

La expansión de esta corriente naturalista en los ambientes médicos promueve el desarrollo de una gimnasia médica que mejore la condición física de los individuos que han deteriorado su salud por los excesos, se afirma que el valor de la educación física está basado en los alcances educativos que tiene en los sentidos, el equilibrio, la orientación, la inteligencia, la moral y el carácter, por lo cual según Locke y Rousseau es necesario impartirla como una materia en la educación primaria y secundaria, que sea adicional a las materias pero <sin perjuicio de sus estudios>. Antes deberá integrarse en la Educación

² Avanzini Guy, *La pedagogía en el siglo XX*, Narcea Ediciones, Madrid, 3ª edición, 1982, cap. II.

Normal, con lo que se conforma como materia obligatoria de acuerdo a dos corrientes: la militar y la higienista.

Algunos pedagogos asumen que con la educación corporal se atiende a las exigencias biológicas del escolar, argumentan que la mecánica biológica se bloquea debido a la sobrecarga de enseñanzas que reciben los estudiantes, lo que implica una sobrecarga intelectual por la falta de ejercicios físicos, bajo esta postura Henri Binet hizo estudios sobre la fatiga intelectual de los estudiantes.

En general, la educación física se ha llevado en dos direcciones: la educación física y deportiva, la práctica de ejercicios físicos y juegos corporales lúdicos, por un lado, y el desarrollo del cuerpo de una forma racional por el otro.

En la educación física, el enfoque Turnen (gimnasia militar, nacionalista y agresiva) promovido por Kant y Fichte, señala que se debe desarrollar la fuerza, la habilidad, la velocidad y la seguridad, mediante caminatas, escaladas, luchas y persecuciones basados en el enfrentamiento entre opuestos. Se interesa más por el individuo y su organismo, trata de cultivar el cuerpo para adquirir salud y cualidades físicas como la destreza, reciedumbre, seguridad, así como afrontar las dificultades de la vida diaria o situaciones peligrosas como (inundaciones, incendios, tumultos, entre otros). Con este mismo enfoque Per Henrik Ling propuso un sistema de educación física que apoye a personas con daños en algún miembro de su cuerpo, creó ejercicios con objetivo higiénico o correctivo basados en conocimientos anatómicos y fisiológicos expresados en forma dinámica mediante la percepción o la razón; de forma química mediante el cultivo de la materia para la vida que es la alimentación; y de forma mecánica que expresa la fuerza muscular. Da importancia a

la columna vertebral, la ampliación torácica y los movimientos respiratorios. Al descubrir que este método mecanizaba demasiado el cuerpo se integraron juegos y deportes con lo que se mejoro la descontracción y relajación, el ritmo, el gozo, el atractivo y el movimiento impulsivo.

Por otra parte, la promoción del deporte inglés, se integro como una actividad de la nobleza y la burguesía, con lo que se buscaba formar un estilo de vida (el de un caballero) más que un juego, con actividades al aire libre: campamentos, alpinismo, encender el fuego, veladas.

Todos estos tipos de actividad se superponen y finalmente a mediados del siglo XX, surge el concepto de psicomotricidad y las actividades relacionadas para conformar una nueva construcción de cuerpo, que trata de la misma imagen del siglo XIX heredada de la tradición médica: un cuerpo de órganos, funciones y necesidades, es decir, un cuerpo mecanizado sostenido por un esqueleto cuyas palancas son movidas por las contracciones voluntarias de los músculos motores. La práctica de la educación física y los deportes conservan la promoción de la higiene corporal, pero en el caso de la psicomotricidad se exalta la importancia de elementos psíquicos que aseguran la relación del individuo con su entorno físico y social por medio de movimiento en el tiempo y el espacio, de equilibrio, de movimiento y del otro compañero que puede ser un adversario. Este nuevo tipo de educación física ya no se dirige al cuerpo, sino a una entidad psíquica fundamento del movimiento denominado esquema corporal, concepto utilizado por los educadores donde “el cuerpo físico hipostatiza el psiquismo en el momento de la experiencia corporal, convirtiéndolo en esquema corporal que a su vez domina el cuerpo físico”³. El esquema corporal es un concepto neurológico, imagen del cuerpo psicoanalítico que se utiliza en la

³ Avanzini Guy, op. Cit. P. 102.

clínica y en la educación de manera indistinta para referirse al cuerpo, en este sentido se termina por ubicar al cuerpo como un intermediario entre el entorno y el psiquismo; el autor señala que se pasa de una educación del cuerpo a una educación por el cuerpo, de una educación física a una biopedagogía.

Ubicándonos el campo de la medicina, la educación para la salud es considerada una enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de educación y mejoramiento de su salud. Tiende a responsabilizar al individuo de su propia salud, de la de su familia y la del grupo social al que pertenece. Abordarla desde esta perspectiva, nos remite a los métodos pedagógicos tradicionales, porque como refiere Álvarez, el maestro, el educador o el instructor necesitan conocer y aplicar en su labor algunos aspectos básicos del arte de enseñar que es la didáctica, para que el aprendizaje de la misma se lleve a cabo con mayor eficacia, entendiendo que lo importante es la manera de enseñar más que el contenido de la enseñanza. Vista así la educación para la salud (EpS), debe considerar y analizar los diversos elementos que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje: el alumno o educando, que es la persona a quien se pretende enseñar; el maestro, educador, docente o instructor; los objetivos de la enseñanza; la materia motivo de enseñanza; las técnicas y métodos de la enseñanza.

En el campo médico la labor educativa se dirige a establecer las medidas de higiene personal, prevención de enfermedades, saneamiento ambiental, así como informar de los programas y actividades que se llevan a cabo en el sector salud, enfatizando en la necesidad de que todos participen con el personal de salud: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares de salud, el personal voluntario, curanderos y parteras empíricas, entre

otros, para conseguir el bienestar de las familias y de la colectividad. A estos trabajadores les toca instruir y educar a la población modificando en lo posible las conductas de riesgo en cualquiera de los escenarios que se presenten para educar: el consultorio, la unidad de salud, el hogar, la escuela, la fábrica, etc. Para llevar a cabo tal educación pueden utilizar cualquier método de enseñanza: exposición oral, entrevista personal u otro y cualquier material didáctico; las áreas en que se puede educar son: *atención médica y servicios de salud*, salud materno infantil (atención prenatal, parto, vigilancia del puerperio), atención al recién nacido: peso y talla, valoración a Apgar: planificación familiar; salud del niño y del adolescente; orientaciones sobre alimentación, inmunizaciones; higiene dental. *Asesorar a los padres* para que formen hábitos, disciplina, educación sexual, prevención de accidentes. *Educación y control de enfermedades*: respiratorias, gripas, diarreas y enteritis; enfermedades prevenibles por vacunación: poliomielitis, tuberculosis, etc.; enfermedades mentales, de transmisión sexual, enfermedades emergentes como la tuberculosis, cólera, paludismo, dengue; trastornos de la nutrición: desnutrición, obesidad, ortorexia, anorexia, bulimia; adicciones: tabaquismo, drogas; *saneamiento básico*: agua, vivienda, manejo de desechos, contaminación atmosférica; salud en el trabajo; asistencia social⁴.

En resumen, en los servicios de salud se asume a EpS, como aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar cambios de comportamiento saludable, cuya finalidad no es sólo evitar la enfermedad sino promover estilos de vida saludables, prevenir y corregir ciertas enfermedades. Se insiste en que la acción educativa efectiva, debe repercutir no sólo en los estilos de vida y en el medio físico y social, sino en el propio sistema sanitario a nivel de medicina preventiva o medicina curativa, dando un

⁴ Álvarez Alva Rafael, *Educación para la salud*, Manual Moderno, México, 2005, 140 p.

sentido positivo de ayuda a la persona para su participación y gestión en un proceso de salud integral⁵.

En este contexto puede verse como la educación para la salud, como la educación corporal se encuentran limitadas a concepciones mecanicistas en donde el cuerpo es solo el intermediario para la recepción de un conocimiento o atención, de ahí que lo que se pretende es abordar la aproximación al estudio del cuerpo y su salud que Sergio López Ramos ha denominado pedagogía de lo corporal, en donde el cuerpo es el espacio de construcción y conocimiento, en el que se pueden elaborar y deconstruir procesos a partir de recordar que en el proceso educativo se incorporan un conjunto de relaciones pedagógicas y sociales tanto institucionales como personales que participan y condicionan los resultados del aprendizaje, así como variaciones, contradicciones, cambios y transformaciones del mismo proceso. En la actualidad se hace importante retomar una pedagogía que recupere educación para la salud integral que permita a los jóvenes acceder al conocimiento de su cuerpo, de sus emociones, el desarrollo óptimo de competencias, habilidades personales, académicas y sociales para asumir responsabilidad de sí mismo y de su entorno.

A través de la pedagogía de lo corporal los jóvenes podrán recuperar el cuerpo perdido o anulado, entendiendo que un cuerpo joven es un microcosmos, un espacio con vida, que puede construirse y reconstruirse de acuerdo a un tiempo y espacio específicos, en donde la vida se asuma como la energía que se posee en cada una de sus células, de sus emociones, de los órganos, de los elementos que contiene su cuerpo, de su espíritu y de su intuición,

⁵ Perea Quesada Rogelia, *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*, Editorial Díaz de Santos, Madrid, 2004, p. 17

que puede cultivarse diariamente mediante la práctica de hábitos saludables, de prácticas corporales, de sistemas de respiración y de alimentación que contribuyan a la generación y regeneración del cuerpo como sistema autoregulator de la vida que posee. La educación planteada de esta manera implica un proceso interpersonal que vincula también el trabajo del cuerpo y las emociones de los integrantes del proceso educativo: el profesor, el alumno y todos los integrantes del contexto.

Este enfoque de trabajo retoma a la *teoría del microcosmos y macrocosmos* de origen oriental, a partir de la cual se propone que una educación corporal y emocional integrada es la que permite que el individuo tenga plena conciencia de la vinculación que existe entre él y el universo, en donde existe una relación de cooperación y retroalimentación, de tal forma que la autoconciencia y autoatención sean los medios para mantener la salud y la longevidad a través del equilibrio corporal, el cual se caracteriza porque las emociones, los órganos y los elementos se encuentran fluyendo libremente en el cuerpo en un ciclo permanente cuando no hay bloqueos de energía en él; por el contrario, cuando no hay un adecuado flujo de estos incluida la emoción se corre el riesgo de desarrollar un absceso o un padecimiento por déficit o exceso de estos, por ejemplo, cuando las emociones no se estén canalizando de manera óptima y lleguen a establecerse en alguna zona del cuerpo, como se dice en las teorías de medicina oriental si el yin y el yang del cuerpo humano pierden el equilibrio relativo, se produce una excesiva abundancia o decadencia y llega la enfermedad. Nanjing menciona que quien tiene excesivo yang, se manifiesta maniaco y quien cuenta con excesivo yin, deprimido. Por el contrario, cuando el yin y el yang se mantienen coordinados y equilibrados, no se padece enfermedad.

Este planteamiento recupera la explicación de que el cuerpo es un microcosmos que al ser una analogía del macrocosmos o universo reproduce en su interior un funcionamiento similar al que ocurre afuera de él; en otras palabras lo que hay adentro hay afuera y lo que hay afuera hay adentro, estableciéndose un sistema de retroalimentación, cooperación y equilibrio tanto en el cuerpo humano como en el universo, equilibrio que es la fuente de la vida.

Actualmente en la vida cotidiana estos procesos complejos se han alterado a partir de la influencia cultural, familiar, de valores, etc., que han transformado las relaciones internas del cuerpo y con ello la armonía el ejemplo más claro de esto es lo que ocurre con los cuerpos jóvenes que están perdiendo arraigo por la vida, sus visiones y expectativas son mercantilistas y sus trabajos se rigen por el principio del mínimo esfuerzo; los jóvenes están sucumbiendo ante la ideología dominante y con esto sus procesos orgánicos se están ajustando a un proceso de rutina estresante y competitiva, que se amolda a la demanda de la sociedad. En ellos los cambios y la pérdida de la armonía entre la naturaleza y el interior del cuerpo están superando los sistemas de autorregulación y el cuerpo está construyendo otras dimensiones para sobrevivir en las condiciones actuales.

Retomar la propuesta de López Ramos de la pedagogía de lo corporal, nos conduce a realizar una investigación de carácter transdisciplinar en donde se realiza en primera instancia la investigación documental de los principales modelos de educación para la salud y su respectivo análisis historiográfico, epistemológico y filosófico sustentando un planteamiento teórico-metodológico que dé cuenta de ¿cómo se ha construido la educación

en salud de los jóvenes en nuestro país a través de la historia de la medicina? Y ¿cómo puede replantearse?

Por ello, primeramente nos remitimos a hacer una búsqueda documental y análisis historiográfico de los programas y actividades que se realizan en salud a fin de identificar los modelos más relevantes en la historia de la salud de los jóvenes en México, desde la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los años cuarenta, por considerar que la historia de hechos del pasado da cuenta de cómo han funcionado las instituciones, las ciencias y en este caso la medicina dirigida a los jóvenes.

Para hacer este estudio fue necesario recurrir a la historiografía sobre el pasado reciente de la salud de los jóvenes, para conocer los distintos campos de estudio y problemáticas específicas, saber cómo se ha escrito la historia, las metodologías utilizadas y las prácticas realizadas alrededor de la educación en salud, es decir, la producción de escritos en relación al tema y período histórico concreto, lo importante aquí fue retomar la subjetividad de la disciplina (la medicina) con sus intereses, ideología y limitaciones, así como desde la intersubjetividad del historiador, en este caso el médico y sus prácticas profesionales inseparables del resto de la cultura, en un tiempo, en un espacio específico y en un grupo de pertenencia disciplinaria.

El análisis historiográfico nos llevo a identificar cuatro modelos de atención que han prevalecido en los programas de atención a los jóvenes, encontrando que se utilizan de manera indistinta los modelos médicos: higienista, el legal, el de intervención-rehabilitación, y el psiquiátrico- salud mental; para su identificación se partió del concepto de modelo o sistema médico “como el conjunto de representaciones, conocimientos, recursos y prácticas, social e históricamente determinados, que conciernen a la

interpretación de los estados de enfermedad y las acciones dirigidas a individualizarlas y enfrentarlas. También considerando el conjunto de relaciones que se establecen entre los agentes encargados de gestionar la salud, la enfermedad o la atención, sometidos a formas de pensar, saberes, recursos y actuaciones, con las mismas determinaciones y condicionantes que el sistema médico emplee⁶, lo anterior nos permitió confirmar que estos modelos que se enfocan a la salud del joven plantean tareas fundamentales que se vinculan con: la atención, la educación y la promoción de la salud, aunque la atención ha sido la principal función de los médicos, para la que se ha creado toda una infraestructura que comprende centros de atención de primero, segundo y tercer niveles, así como la formación de un ejército de personal para la atención: médicos, enfermeras, promotores de salud, y personal especializado para cada una de las áreas de atención.

En cuanto a la educación y promoción para la salud que los servicios médicos se han encomendado como labor se promueven campañas permanentes de vacunación, promoción de servicios de planificación familiar y uso de condón como medio de protección para enfermedades de transmisión sexual, campañas de hábitos higiénicos saludables para combatir las adicciones y fomentar la alimentación inadecuada, pero al igual que el programa de atención, el de educación ha fracasado considerando que actualmente las adicciones entre los jóvenes se encuentran entre los principales riesgos para la salud junto con los trastornos de la alimentación anorexia, bulimia u obesidad, o los embarazos prematuros y sus consecuencias que ocupan las primeras cifras como problema de la población juvenil, desde luego que en esto un aspecto muy importante es el tipo de formación que han recibido los profesionales en estas áreas, pues desde las universidades se les prepara para diagnosticar, curar y si es posible prevenir, pues se atiende a la

⁶ <http://culturaysalud.wordpress.com/2008/11/11/sistemas-medicos-modelos-medicos-2-conceptos-basicos/>

definición de la OMS que señala que la salud es la ausencia de malestar físico, de ahí que al médico se le especialice para actuar en consecuencia a la definición, mediante una forma de trabajo científico y especializado con el apoyo de disciplinas como la neurociencia, neuropsicología o psiconeuroinmunología, entre otras, pues como menciona Millán, las escuelas de ciencias médicas y Ciencias Biológicas necesitan contar con especialistas, que además de ser investigadores hábiles y capaces para contribuir a ensanchar su campo especial de conocimientos, no se desentiendan de sus obligaciones de enseñar y de guiar a los jóvenes que deseen iniciarse por los senderos de la investigación, otros que atiendan diversos puestos técnicos en las industrias o en la administración pública que implícita o explícitamente tengan una mayor cultura médica, lo cual permitirá que el estudio del hombre gane anchura y profundidad, y facilite al médico su tarea consistente en curar unas veces (cada vez mayor número de veces), aliviar otras muchas veces, y consolar siempre, esto permitirá a la medicina apoyarse no solamente en la Biología, en la Física o química, sino en la psicología, sociología y antropología⁷.

Una vez abordado el análisis historiográfico en nuestra investigación se procedió a realizar un análisis epistemológico que nos permitió ubicar como los modelos médicos identificados surgen y se desarrollan bajo un tipo específico de ciencia, por lo cual retomar a la epistemología, cobra sentido, pues esta es teoría de la ciencia. A través de ella se ordenan sistemáticamente las ideas, se depura el lenguaje, se busca la coherencia y la claridad mediante la especificación de las operaciones empleadas en el proceso de la investigación y así determinar el objeto de conocimiento en su contexto histórico, pues está se esfuerza por explicar qué es el saber; se ocupa de los fundamentos y procedimientos de

⁷ Millán Alfonso, Relato del Simposio de medicina psicosomática, *Gaceta Médica de México*, Vol. LXXIX, No. 2, junio 1949, p. 255-261.

todas las ciencias desde la geología hasta la lingüística; a través de ella se busca explicar las suposiciones e hipótesis a fin de conocer la concordancia de los hechos y lo que hay que corregir cuando las teorías no corresponden⁸.

Mardones y Ursua, consideran que la epistemología sirve para designar una teoría general del conocimiento (de naturaleza filosófica) o bien para estudios más pormenorizados sobre la génesis y la estructura de las ciencias, que propone estudiar la producción de conocimientos científicos bajo todos sus aspectos: lógico, lingüístico, histórico, ideológico, etc.; el epistemólogo se pregunta sobre cuáles son las relaciones que pueden existir entre la ciencia y la sociedad, entre la ciencia y las instituciones científicas, las religiones, o las diversas ciencias. Por lo regular se forman sociedades de conocimiento en donde una comunidad científica se integra por practicantes de una especialidad científica, los cuales han pasado por una iniciación profesional y una educación similar diferente a la de otros campos; los miembros de esa comunidad se ven a sí mismos y son vistos por otros, como hombres singularmente responsables en la consecución de un conjunto de objetivos compartidos, incluyendo la preparación de sus sucesores⁹.

En esta investigación también se recurre al análisis filosófico, partiendo de considerar a la filosofía como una reflexión sobre los problemas de cada pueblo; el filósofo crea la filosofía desde su propia sociedad y para transformarla ve y conoce sus objetivos a partir de lo principal de ellos, de acuerdo a sus principios y sus orígenes, decía Aristóteles: el filosofar comienza con la historia y el pueblo del sujeto, continua con el modo de aprender, enseñar y hacer filosofía, termina con la praxis de enviar los resultados al pueblo. En un análisis filosófico la relación dialéctica sujeto-objeto permite que la cosmovisión (valores,

⁸ Bunge Mario, *La ciencia su método y su filosofía*, ed. Siglo veinte, Buenos Aires, 1977, p. 89-110

⁹ Mardones J.M. y Ursua N., *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*, Ediciones Coyoacán, México, 1999, p. 37-42

actitudes, posición en el mundo, estimaciones, sentido de la existencia) acompañe a la reflexión, por lo cual esta tiene la disponibilidad potencial de orientar a la transformación no solo del pensamiento, sino de la vida y de la visión del mundo. Se comprende que el sujeto está movido por el compromiso de conocer los problemas concretos y darles solución un método para ello es el uso de la historia de las ideas, mediante la cual la filosofía descubre la cosmovisión vigente, además de exponer temas activos, el proceso histórico de un país, la misión del hombre, la dependencia, la libertad, las formas culturales, la identidad nacional, etc.¹⁰

Se decide retomar a la filosofía como la ciencia humana que indica o enseña cómo saber vivir, porque implica un conocimiento del hombre, de su condición humana, de sus tendencias y propiedades, de la orientación que ha de tener la vida humana. Es un núcleo de conocimiento y de cultura que propone al mundo un saber vivir concreto e histórico de acuerdo a cada tiempo¹¹, es por ello, que se hace este análisis, pues la salud vista desde los modelos médicos tratados tienen conceptos concretos de joven, de salud y de vida que prevalecen en sus programas y a partir del análisis filosófico se busca identificar esos conceptos.

Por lo anterior, el objetivo general planteado fue: realizar una investigación teórico metodológica transdisciplinar que permita conocer y analizar la historia de la educación en salud de los jóvenes, para fundamentar la propuesta de un programa de educación para la salud corporal y emocional que recupere su vida y sus cuerpos.

¹⁰ Durán Norma Delia Compiladora, *Acta Philosophica Mexicana*, UNAM, México, 1998. P. 10-47

¹¹ Moreno Rafael, *El humanismo mexicano. Líneas y tendencias*, Compiladora Norma Delia Durán, UNAM, México, p. 89-96

PRIMERA PARTE

La conformación del sistema de salud para la atención de los jóvenes: una revisión historiográfica

Este documento presenta el análisis de la información obtenida mediante la investigación documental realizada en las Revistas: Gaceta Médica de México, de Salud Mental, del Instituto Mexicano de psiquiatría, así como de los programas de la Secretaría de Salud (SA), del Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE), del Centro de Integración Juvenil (CIJ), del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA), y en Centros de las áreas de salud sexual y reproductiva como la fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEX-FAM), en total cerca de 200 documentos que dan cuenta de la concepción de salud y tratamiento que se ha hecho sobre los adolescentes y jóvenes.

El propósito de esta primera parte de la investigación es hacer un análisis historiográfico para determinar los conceptos de: joven, salud, las opciones de educación para la salud y los resultados que respaldan a los programas de salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, además de identificar cuáles son las políticas públicas que les subyacen.

Recurrimos al análisis historiográfico por considerarlo la vía para proporcionar una explicación acerca de la situación de salud, el funcionamiento de las instituciones, los acontecimientos y los testimonios que dan cuenta de los procesos que ha vivido este grupo de población, así como los lineamientos establecidos desde la institución. Creemos que es necesario recuperar la herencia que se ha transmitido y recuperado respecto a los procesos de salud de los jóvenes y para ello incursionamos en el uso de la historia a fin de analizar una documentación fiable de los acontecimientos pasados, prestando atención a los hechos y a las personas dentro de su vida cotidiana (en este caso los que atienden y cuidan del

bienestar de la población juvenil), atendiendo a la voluntad de expresar lo que se considera útil para resolver la problemática captada en las formas de cuidar y tratar las enfermedades de los jóvenes haciendo un recorrido del pasado y hasta el establecimiento de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943 y hasta la actualidad, pues se sabe que cada una de las obras asume una postura frente a la realidad en relación con la realidad misma, que es lo que da credibilidad a una práctica profesional como lo es la de la medicina.

Es por esto que la historiografía, se retoma como una metodología y práctica de la escritura de la historia, a través de la cual los investigadores recuperan un conjunto de escritos acerca de un tema o período histórico concreto y optan por escribir sobre la historia en sí, pues ya se dijo que la Historiografía es equivalente a cada parte de la producción historiográfica, su registro escrito o la memoria fijada por la propia humanidad con la escritura de su propio pasado, porque el término proviene de historiógrafo, y éste del griego *historiográfōs-historia* y *gráfos*, de la raíz de *gráfein*: ‘escribir’: el que escribe (o describe) la Historia. La historiografía, entonces es la ciencia encargada del análisis de la historia escrita, de las descripciones del pasado; específicamente de los enfoques en la narración, interpretaciones, visiones de mundo, uso de las evidencias o documentación y métodos de presentación hechos por los historiadores; y también es el estudio de estos mismos, a la vez sujetos y objetos de la ciencia¹².

Para realizar el análisis de la información el tratamiento cronológico ha sido el más usado por los historiadores, por ser una narración convencional mediante la cual se pueden enlazar los hechos pasados con las situaciones presentes o futuras. Dentro de esta cronología el historiador puede elegir si realizará un tratamiento sincrónico, uno diacrónico o ambos sucesivamente, conociendo que el tratamiento diacrónico estudia la evolución

¹² <http://es.wikipedia.org/wiki/Historiograf%C3%ADa>, Wikipedia, la enciclopedia libre. p. 8

temporal de un hecho, en tanto que el tratamiento sincrónico se fija en las diferencias que el hecho histórico estudiado tiene al mismo tiempo pero en diferentes planos¹³; para nosotros es más importante el segundo método por la naturaleza del análisis que se quiere realizar.

La crítica de las fuentes puede hacerse de dos formas: externa e interna, la primera es conocida como crítica mayor, su función es esencialmente negativa, en el sentido de que evita el uso de fuentes falsas; debe responder a una localización en el tiempo (datación) ¿Cuándo se produjo la fuente?, localización en el espacio ¿Dónde se produjo?, Autor ¿Quién la produjo?, Análisis de la procedencia ¿A partir de qué material preexistente se produjo? Integridad ¿En qué forma original se produjo?, Credibilidad ¿Cuál es el valor probatorio de su contenido? En el caso de la crítica interna, su misión es proponer cómo utilizar las fuentes autenticadas y su función es positiva¹⁴

Hacer uso de la historiografía como una tradición escrita y oral tiene importancia para nuestro estudio, pues desde los griegos y romanos con Heródoto y Tucídides como sus iniciadores ha conseguido validez y autenticidad sobre ciertas tradiciones religiosas, también ha logrado explicar y valorar los cambios ocurridos en los niveles intelectual y social, así como construir una identidad para las naciones y desarrollar un sentido histórico de las teorías de la evolución específicamente del cosmos y de la especie, en términos de una historia global de la realidad, de ahí que se haya constituido como una ciencia antigua y moderna con un uso amplio de archivos, datos lingüísticos, excavaciones arqueológicas, averiguaciones sistemáticas, entre otros¹⁵.

¹³ <http://es.wikipedia.org/wiki/Historiograf%C3%ADa>, Wikipedia, la enciclopedia libre. p. 8

¹⁴ http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_hist%C3%B3rico. Método histórico, Wikipedia, la enciclopedia libre p. 2

¹⁵ Momigliano Arnaldo, *La historiografía griega*, Grijalbo Editorial Crítica, Barcelona, 1984, p.104.

Otro aspecto que se ha considerado, es como la explicación refiere por un lado, la concepción de la historia de una situación en la medida en que es vivida, en como relaciona el pensamiento del historiador y su conciencia política; y por otro lado, la vivencia de una situación comprendida a partir de ella. De ahí que se considere necesario hacer historia para situar las obras dentro de un contexto efectivo y aclarar en la medida de lo posible las situaciones reales en que han ocurrido y como han impactado el campo de conocimiento en que se desarrollan, lo que implica relacionar la obra, el hombre, el mundo en que vivía y la forma en que lo vivía. De lo anterior se desprende que la historiografía requiere de una interpretación compleja y crítica de los acontecimientos, es decir, hacer surgir el Espíritu historiador, como un proceso de promoción y generalización de los recuerdos a partir de una manera real de ser y de actuar¹⁶.

Precisamente el interés en describir las concepciones de adolescente y salud que subyacen en los programas de salud en nuestro país para reconocer como se ha promovido la educación en salud de los jóvenes nos obliga a ir a la historiografía, para reconocer como ha sido concebido y tratado este grupo de la población, los resultados obtenidos en esas prácticas y las opciones que se pueden promover para la construcción de estilos saludables que permitan conservar la vida con calidad desde ahora y a largo plazo para las nuevas generaciones. Con base en el análisis realizado, a lo largo del capítulo haremos referencia a las políticas implementadas respecto a la salud, a los conceptos que permean en los programas y a los modelos bajo los cuales ha funcionado el sistema de salud en nuestro país en relación con los jóvenes, en este caso se identificaron cuatro modelos: el modelo médico higienista, el modelo médico legal-jurídico, el modelo de intervención y crisis, y el modelo psiquiátrico y de salud mental.

¹⁶ Chatelet Francois, *El nacimiento de la Historia* 2, Siglo XXI Editores, España, 1985, p. 548.

I. Políticas en salud

Esta revisión se realizó tomando como base la fundación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, en el entendido de que ha sido la institución encargada de promover los programas de salud en la República Mexicana para todos los grupos de la población.

Este documento se centra en un análisis relacionado con la construcción del cuerpo del adolescente y el joven, cuyos resultados preliminares reflejan que la política que se ha seguido tanto en la atención de los jóvenes como en el resto de la población es la atención o remediación, pues si bien, en la actualidad existen programas vinculados con las adicciones y la salud sexual y reproductiva en los cuales se visualiza la prevención, lo cierto es que se busca decrementar la alta incidencia del problema pero aún no se ha podido incidir directamente porque los índices de consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas siguen afectando a los jóvenes desde muy temprana edad, sobre todo respecto al consumo de alcohol, tabaco y medicamentos que se presenta en las escuelas secundarias, igual que otras drogas como la marihuana o cocaína que tienen mayor frecuencia de consumo en las escuelas de educación media superior y superior, en las que además sigue prevaleciendo el consumo del alcohol y tabaco.

Soberón 2001, hace referencia a los datos de Martínez Cortés, según el cual en la historia de la medicina en México se han dado cambios meramente institucionales. Menciona que son tres las reformas ocurridas en el Sistema Nacional de Salud en México: en 1943, en el periodo de 1983-1988 y los que actualmente tienen lugar iniciados en 1995.

La primera, ocurrida en 1943, llevó a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el departamento de Salubridad, así como el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, el inicio de los Institutos Nacionales de Salud mediante la creación del Hospital Infantil de México,

Cardiología y Nutrición. Con estos esfuerzos se dio pie a un proceso de institucionalización de la atención médica y de la salud pública y a la reafirmación de la responsabilidad del estado para asumir y conducir el cuidado de la salud en nuestro país.

La segunda reforma 1983-1988, ha sido llamada “el cambio estructural de la salud”, comprendió una renovación legislativa y una reforma administrativa, que involucró los servicios que atienden a la población abierta, es decir a la no derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución del **derecho a la protección de la salud en 1983**, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, y las leyes estatales de salud, seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos. Culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. Diez estrategias cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; la participación comunitaria. A nivel micro: la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud.

La tercera etapa, arrancó en 1995, en el ámbito de la SSA y el IMSS. Culmina la descentralización, la formulación de un paquete básico con 13 intervenciones destinado a la población rural, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina, la creación de la Comisión de Arbitraje Médico y la regulación de las Instituciones de Seguros especializadas en Salud.

En el IMSS se dio la implantación de las AFORE, se produjo una nueva Ley del Seguro Social impulsada por un análisis crítico, titulado “diagnostico”, se estableció un seguro para la familia, se diseñó un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud (MIAIS), se crearon 139 áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD), se implantó el enfoque

de grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para la asignación de recursos financieros, se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicios, se llevó a cabo la capacitación gerencial de más de cuatro mil funcionarios sobre la reforma.

En México, la reforma avanza en un enfoque más sectorial, que conforma el sector público, pero cada vez habrá mayor necesidad de participación del sector privado.

Cuarta etapa. La modernización de los servicios Nueva Ley del ISSSTE 2008

II. Reconocimiento del adolescente y definición de esta etapa.

Es a partir de 2003, cuando se comienza a considerar la situación de salud del adolescente como parte de los programas gubernamentales, a raíz de los lineamientos y declaraciones de derechos humanos nacionales e internacionales, al tiempo que se comienza a hacer una investigación del estado del conocimiento sobre la atención e investigación a las problemáticas de los adolescentes y jóvenes, a partir de los resultados se inserta la salud de los jóvenes en el Programa Nacional de Salud 2006-2012 y posteriormente en el programa del Instituto Nacional de la Juventud 2008-2012 que retoma los lineamientos de la Secretaría de Salud. Aunque la aparición de estos programas no indica que anteriormente no se haya trabajado en la atención de esta población y estas problemáticas.

La pregunta que guía nuestro análisis es ¿Por qué los adolescentes y jóvenes no han figurado en los programas de salud y educación para la salud hasta estas fechas?

Quizá una de las principales limitaciones que ha enfrentado la Secretaría de Salud y sus programas haya sido el concepto que se tiene del joven, porque haciendo una revisión de la literatura sobre el cuidado, atención y prevención de padecimientos en esta población, se encuentra que en el concepto de adolescente y joven que se percibe en los programas revisados no contempla al cuerpo y la persona del joven o por lo menos no pueden

apreciarse claramente, sólo se hace referencia a la infancia o a la edad adulta como puede observarse.

Puede notarse también la ausencia del joven y el adolescente en un artículo publicado en 1960 en la Gaceta Médica de México, en el que se habla del abandono que los servicios de salud tienen hacia los infantes y como en ese momento no dan cabida a un individuo del cual no se tiene contemplada su existencia como persona *el joven*:

La medicina de los adolescentes, tierra de nadie, hasta finales de los años cincuenta, fue tomada y desarrollada por el hospital, cultivada con el apoyo de los departamentos de endocrinología y psiquiatría pediátrica¹⁷

Hasta este momento no existe una separación entre la atención del niño y del joven, es hasta 1973 cuando comienza a visualizarse la figura del joven, sin embargo, los programas que aluden a este muestran una concepción como individuo en proceso de desarrollo y crecimiento, crítico o problemático, en la cual el cuerpo ha de rehabilitarse, educarse o construirse, bajo limitación o daño que el mismo sujeto le ha infringido a su cuerpo, es el caso de las adicciones; o al cuerpo de los demás en el caso de la delincuencia, pero que se enclaustra, minimiza o flagela al ser recluso en los centros penitenciarios para pagar su delito. Esto se puede apreciar dado que en el periodo de estudio (1943-2008) el primer artículo que aparece en la Gaceta Médica de México data de 1954, en el que se hace referencia al joven delincuente, aún antes de la propia definición de la adolescencia que se realiza tiempo más tarde en 1962.

El Dr. Millán, uno de los primeros autores que hacen referencia a la adolescencia y juventud, lo ubican dentro del ámbito problemático que implica su desarrollo en nuestro país en los años 60s, él habla de las presiones y represiones de que son objeto los jóvenes

¹⁷ Cravioto Joaquín, Cincuenta años de pediatría en el Hospital Infantil de México. II. Las políticas de enseñanza e investigación. *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 251

dadas las necesidades económicas y familiares a las que se enfrentan desde temprana edad¹⁸:

Por su parte, Federico Gómez¹⁹ hace la distinción entre infancia y juventud, refiriéndose a esta como la etapa en la que los individuos fácilmente pueden conducirse hacia las drogas y el sexo sin protección, pero sobre todo hace hincapié en el cuerpo de la mujer como objeto de los deseos de los hombres, de los cuerpos de las parejas que buscan libertad y encuentran embarazos. Puede notarse que los jóvenes son vistos como sujetos inteligentes y activos, pero al mismo tiempo como incapaces de establecer límites a su conducta, siendo objetos de deseo y en busca de diversión, lo que los convierte casi en animales según el autor.

Las citas anteriores nos remiten a la construcción social de la juventud como problemática e indeseable para las instituciones y a veces también para los individuos, principalmente los adultos quienes se sienten amenazados ante la actividad y participación de los adolescentes y jóvenes, lo anterior es la prueba fehaciente de tal concepción que es compartida por los organismos internacionales, así desde el punto de vista de la OMS, se habla de que el 70% de las muertes prematuras en los adultos son consecuencia de conductas desarrolladas durante la adolescencia, y que en largo plazo se traducen en una población enferma, con bajos niveles de productividad y altos costo sociales, como el incremento del gasto público en salud en un contexto de escasez de recursos²⁰, desde este punto de vista la vida y la salud tanto de jóvenes como de adultos se traduce en aspectos económicos.

¹⁸ Millán Alfonso, La familia (leído en la sesión del 8 de noviembre de 1961), *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, agosto, 1962, p. 650

¹⁹ Gómez Federico Gómez Federico Conferencia Magistral El médico como educador en una sociedad en crisis, *Gaceta Médica de México*, vol. 105, No. 2, febrero 1973, p. 121.

²⁰ Programa Nacional de Juventud 2008-2012

Puede visualizarse que el cuerpo en construcción del adolescente y joven aparece cuando ha de insertarse al mundo productivo bajo una concepción de cuerpo terminado y útil en la medida en que posea salud para integrarse a las esferas laboral y familiar y pueda conducirse en ellas de acuerdo al patrón de la vida adulta.

De acuerdo a los conceptos anteriores y la información obtenida se encuentra que la salud de los jóvenes desde 1943 hasta la fecha ha sido tratada bajo cuatro modelos de atención básicos: Médico legal jurídico, médico higienista, Médico psiquiátrico-de salud mental, De intervención en crisis y rehabilitación; a los que se hará referencia en forma sintética

III. Análisis historiográfico: Modelos médicos que sustentan los programas de salud para jóvenes.

Recurrimos al análisis historiográfico por considerarlo una vía para proporcionar una explicación acerca de la situación de salud, el funcionamiento de las instituciones, los acontecimientos y los testimonios que dan cuenta de los procesos que ha vivido este grupo de población, así como los lineamientos establecidos desde la institución. Con base en el análisis realizado, a lo largo del capítulo haremos referencia a las políticas implementadas respecto a la salud, a los conceptos que permean en los programas y a los modelos bajo los cuales ha funcionado el sistema de salud en nuestro país en relación con los jóvenes, en este caso se identificaron cuatro modelos: 1) el modelo médico higienista, 2) el modelo médico legal-jurídico, 3) el modelo de intervención- rehabilitación, y el modelo psiquiátrico- salud mental, los cuales se describen a continuación.

Modelo médico higienista

Bajo este modelo lo que se pretende es higienizar los estilos de vida de la población mediante la orientación sobre salud que permita establecer medidas higiénicas, es decir, partir de la medicina para llegar a establecer la higiene o conservar la salud, si se logra la adecuada adaptación del hombre al medio en que vive y contrarrestando las influencias nocivas que puedan existir en ese medio. Partir de medidas de limpieza, aseo de personas, viviendas y poblaciones²¹, e impulsando desde las instituciones de salud, la orientación, educación en salud, educación sexual y seguridad social para lograr la prevención de enfermedades y el control de las epidemias que existían debido a las precarias condiciones de vida y la pobreza que enfrentaba la población a finales del siglo XIX.

1. Origen y establecimiento

En el campo de salud se ha ponderado el bienestar bajo las premisas de la curación como una forma de evitar el padecimiento de enfermedades tanto en lo individual como en lo colectivo, de ahí que en nuestro país se establezca este modelo desde el siglo XVIII, en el entendido de que “la higiene crea para el hombre y para la comunidad, las mejores condiciones de vida y de salud; estudia y hace desaparecer toda clase de influencias nocivas sobre su bienestar, personales, de ambiente, sociales... Para la higiene el enfermo sólo tiene importancia como fuente de contagio y en que del conocimiento del mal derivan medidas para precaverlo, por lo mismo, siguiendo la higiene las múltiples actividades humanas concurren a la solución de sus problemas”²², diferenciando respecto a la participación de la

²¹ Larousse, *Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Edición 1997, Ramón García-Pelayo Gross editor, México 1996.

²² Memoria del Primer congreso Nacional de Asistencia, México, Secretaría de Asistencia Pública, 1946. “

medicina asegurando que “a la medicina...le preocupa el hombre enfermo y su objeto es que recobre la salud”²³, es decir, a la medicina le toca curar y a la higiene prevenir.

Desde ese momento se delinea la salud en lo personal y lo colectivo, como menciona Modena, “en el proceso salud-enfermedad, se ponderan dos esferas de atención: una privada, referida a los individuos particulares_ su responsabilidad en la higiene personal, alimentación, atención de la enfermedad;_ otra pública_ construcción de drenajes, provisión de agua potable, instalaciones, personal médico y paramédico para la atención de la población. Esta última vertiente cobra especial importancia en las monarquías ilustradas europeas²⁴.

En el siglo XIX parece ser necesaria la implementación de esta visión para cuidar la salud en México, pues la mortalidad anual en la infancia y la niñez hasta la edad de 10 años representaba un 43%, sobre todo en las estaciones de otoño e invierno que son desfavorables para estos grupos de edad. Estas condiciones de vida se mantenían todavía en 1878, así lo indica el estudio publicado por el Dr. Reyes sobre “Mortalidad de la niñez”, en el que señala que las pulmonías, las afecciones intestinales y las cerebrales son las principales causas de la mortalidad infantil, las cuales están originadas por las deficientes reglas de higiene privada. El médico menciona que es necesaria la participación de una sociedad protectora para la infancia y de médicos preparados que puedan organizar e intervenir de manera práctica para evitar las enfermedades en los niños. Es así como se sugieren procedimientos para resolver este problema, se planea y propone poner en práctica

Relaciones entre la asistencia médica y la salubridad pública”, ponencia sustentada por el Sr. Dr. Bernardo J. Gastélum, p. 201. En, S., López Ramos; *Bernardo J. Gastelum, Los Contemporáneos y la psicología, Historia de la Psicología en Sinaloa*, primera edición. Pag. 22-171

²³Memoria del Primer congreso Nacional de Asistencia, *Gaceta Médica de México*, Secretaría de Asistencia Pública, 1946 op. Cit.

²⁴Modena María Eugenia, Vicios públicos, virtudes privadas: Individuos, personas y conjuntos sociales en la salud y la enfermedad, *Revista Nueva Antropología*, Vol. X, No. 36, México, 1989, p. 95

reglas convenientes de alimentación y cuidados higiénicos, medidas que hasta la actualidad siguen vigentes²⁵.

Lo anterior indica que la situación de la salud en nuestro país era crítica y no existía una institución que se hiciera cargo de la atención de la misma, así surge el Estado para concentrar la atención y los recursos indispensables para dar atención a la grave situación de los padecimientos sobre todo en la niñez, por lo cual en 1833 se funda la Dirección General de Instrucción Pública y el establecimiento de Ciencias Médicas como resultado de la supresión del Tribunal de Protomedicato y la clausura de la Universidad Pontificia; aunque en el gobierno de Santa Anna nuevamente fuera abolida²⁶.

Aun existiendo organismos que regulaban todas las acciones estatales en materia de salud, sus servicios estaban disgregados sin lograr una unificación en materia de atención, a lo que se sumaba que con el auge de la medicina científica en Europa, en nuestro país se quería desplazar las bases de fe y de la caridad cristiana con la aplicación de la medicina científica²⁷. Ya para 1877 la normatización sanitaria pudo centralizarse en el Estado federal y los hospitales de los ayuntamientos fueron incorporados a la Dirección de Beneficencia Pública, la cual en 1882 paso a depender de la Secretaría de Gobernación. También en 1879 se había constituido el Consejo Superior de Salubridad como representante del estado en materia de salud con potestades jurídicas y técnicas²⁸.

En el campo académico, una de las representantes de la medicina científica fue la Academia Nacional de Medicina, quien desde 1865 comenzó a publicar información respecto a la situación de la salud en esa época, en la Gaceta Medica de México, el Doctor

²⁵ Pruneda Alfonso, Trabajos diversos, La Academia y el Congreso de Pediatría, *Gaceta Médica de México* Leído en sesión del 29 de marzo de 1944, p. 320-338

²⁶ Modena Maria Eugenia, 1989, p. 95, op. Cit.

²⁷ Moreno Cueto, 1982, 27-28, en Modena Maria Eugenia, 1989, op. Cit.

²⁸ Modena Maria Eugenia, 1989, op. Cit.

José María Reyes publica la nota “Estadística de Mortalidad en la Capital”, el 8 de enero de ese año, siendo la primera que aparece en esa revista y la cual hacía referencia a los fallecimientos que durante cuatro años fueron recopilados y computados.

Durante todo este periodo y con instituciones encargadas de la salud, continua la actitud de lograr la higienización de los ambientes y las personas para llegar a estados saludables en la población, todavía a finales del siglo XIX y principios del XX, se continua en el empeño de llevar a las instituciones de salud los conocimientos y prácticas que permitan incidir de manera eficaz para el mejoramiento de las condiciones de vida de los mexicanos, en este sentido sobresale en el campo de la medicina la figura de Eduardo Liceaga, al ser nombrado director del Consejo de Salubridad, el cual tiene un papel importante para el establecimiento y permanencia del modelo higienista en una nueva etapa de la vida de México, pues hace las gestiones necesarias para sanear el ambiente en el país, como menciona Anzures:

“Eduardo Liceaga, quien sin ser higienista... y a posteriori hace los estudios necesarios en Europa para sanear la ciudad de México al construir el sistema de atarjeas y albañales ocultos que substituyeron las acequias abiertas, proporcionar agua potable entubada que proviene de manantiales limpios y hacer las modificaciones apropiadas en los edificios existentes para que tengan las instalaciones sanitarias correspondientes. Propone que antes de hacer la construcción de casas en las nuevas colonias como la Roma, la Juárez y la Condesa, se urbanicen con trazado y pavimentación de calles, construcción de banquetas, alcantarillado, agua potable, luz eléctrica y obligación de sujetar los planos de las casas por construir a los reglamentos de sanidad. Organiza y hace modificar las leyes para que las ciudades fronterizas y los puertos sean regidos desde el punto de vista sanitario por la federación para homologar sus reglamentos. Instala estufas de desinfección en los puertos para impedir la entrada de enfermedades epidémicas como el cólera o la peste. Trae consigo la vacuna contra la rabia, de manos del propio Pasteur, la fabrica y enseña a producirla en lo que sería después el Instituto de Higiene que produciría además la vacuna antivariolosa y los sueros antitetánico, antidiftérico, antialacránico entre otros²⁹ .

²⁹ Anzures-López María Elena, *La Academia Nacional de Medicina. Espejo de la vida de un país**

*Conferencia magistral “Dr. Ignacio Chávez”, 2 de febrero de 2005, Gaceta Médica de México, Vol.141 No. 4, 2005, p. 345

Anzures habla también del empeño de la Academia Mexicana de Investigadores y sus representantes quienes encaminaron sus actividades a lograr financiamiento y tecnología para implantar la semana nacional de vacunación y aplicar la vacuna contra la poliomielitis en forma masiva, con lo cual se inaugura la primera fase de la salud pública en nuestro país. En 1866 la academia activo la investigación en seis secciones: I Patología, II Higiene, Medicina Legal y Estadística Médica, III Medicina Veterinaria, IV Materia Médica y Farmacología, V Fisiología y Antropología, y VI Ciencias auxiliares; organizándola en la actualidad en cuatro departamentos: Biología médica, Cirugía, Medicina y Salud Pública y Sociología Médica, que abarcan 59 áreas de trabajo.

La salubridad como acción normatizadora del Estado, se concretiza_ al menos en la “letra”_ en el primer *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos* de 1891³⁰. En él que se definen las siguientes responsabilidades a nivel social e individual:

El sector público normatiza, y en algunos casos provee, los recursos a implementar para combatir síntomas y consecuencias de la falta de intervención. Indica y aplica, con dirección normatizadora, que son los particulares, los individuos, los que ejerciendo su responsabilidad y libertad, deben controlar su conducta (en la alcoholización y el tabaquismo), afinar y/o dejar de usar su vehículo, construir drenajes, pozos de agua, fosas sépticas, desaparecer los residuos y potabilizar el agua. Esta tendencia, en la salud pública, es a la carencia de infraestructura lo que el “empléate a ti mismo” en economía, es a la desocupación.

Aquí se articulan una política pública sintomática con un modelo médico que tiene uno de sus pilares cognoscitivos y aplicativos en la enfermedad y el individuo no en la salud y los conjuntos sociales³¹

En esta misma acción normatizadora, la Constitución de 1917, en lo jurídico recogió la necesidad de intervención del Estado central y los poderes federales y municipales, en materia de salubridad, otorgo al Estado Nacional el poder de aplicar las medidas sanitarias

³⁰ Modena Maria Eugenia, 1989, p. 96, op. Cit.

³¹ Carrillo Ana María, El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, p. 71-74.

establecidas por el Consejo Superior de Salubridad. La figura de la “dictadura sanitaria”, presente en la propuesta constituyente de José María Rodríguez, implica la posibilidad de la coacción para el cumplimiento de la normatividad sanitaria³², es así que el estado toma el papel rector para la promoción, educación y atención en materia de salud, estableciéndose como se indica, una dictadura sanitaria a partir de la cual ahora por decreto se combatirá la enfermedad y se buscará establecer el estado de salud.

Por otro lado, en los ámbitos académicos se organizaba un segundo Congreso Mexicano del Niño en 1922, en él se trataron asuntos como el descanso femenino, estadísticas relativas al niño, eugenesia, educación, profilaxis, puericultura y pediatría quirúrgica, bibliotecas infantiles, niños anormales, desarrollo del niño mexicano, identificación biográfica del educando, educación sexual, tribunales para menores, educación post natal, etc., partiendo del principio de que la educación y la atención tendrían que ser dirigidos a campos en los que hasta ahora había estado ausente, considerando que los niños y las mujeres eran de los grupos más abandonados en este sentido, pues aunque se acepta por definición el término “salud” como el bienestar integral del niño, los aspectos epidemiológicos y sanitarios más importantes no se han resuelto porque aun existe abandono como puede leerse:

El abandono del niño puede existir desde antes de que éste sea engendrado y persistir hasta su adolescencia, por lo tanto, hemos creído conveniente dividir esta exposición en: 1°. Abandono preconcepcional, 2°. Abandono concepcional, 3°. Abandono obstétrico, 4°. Abandono del lactante, 5°. Abandono del preescolar, 6°. Abandono del escolar, 7°. Abandono hospitalario del niño y 8°. Lucha contra el abandono del niño³³,

³² Modena Maria Eugenia, 1989, p. 96, idem.

³³ Abandono concepcional. El análisis de estas cifras nos indica que de una población prenatal de 1 400 000 niños, el 65% se encuentra en estado de abandono. Abandono obstétrico. Podemos considerar que un 10% de los nacimientos totales fueron atendidos por gineco-obstetras titulados o parteas, y por lo tanto, sumando todos estos conceptos encontramos que solamente 858 partos fueron atendidos correctamente y que el resto se encontró en estado de abandono obstétrico, por lo que podemos decir que el abandono en este capítulo corresponde a un 77%. abandono del lactante. Podemos considerar esta edad desde el nacimiento hasta el año cumplido. La prematuridad es una importante causa etiológica de abandono nutricional de la madre. En cuanto a la mortalidad del primero al duodécimo mes encontramos que las dos causas más importantes son: diarrea y

Aquí se puede apreciar no solo el abandono a la salud del adolescente, sino la ausencia de este como motivo de atención y cuidado.

Abordar estas temáticas se justifica con los abandonos en materia de salud reconocidos por las autoridades médicas y por la ausencia de programas educativos que lleven a la atención y cuidado de la salud en estos grupos, pues se parte del principio de que educar desde la escuela puede ser una medida para lograr la higienización deseada y por consiguiente el combate a la enfermedad, en este sentido se hace patente la urgencia de llevar a las escuelas la formación argumentando que "... en los planes de estudio de las escuelas secundarias, superiores y profesionales de México, no existen cátedras de eugenesia, educación sexual o enseñanza prematrimoniales, que evitarían uniones indeseables...podemos afirmar que en la República Mexicana el abandono preconcepcional aunque no puede ser valorado en cifras exactas es sumamente alto" indica Vértiz.

Las primeras medidas sanitarias para lograr la higienización después de la revolución fueron ordenadas en 1924 por Bernardo Gastelum³⁴ quien al frente del departamento de Salubridad Pública organizó campañas dirigidas a resolver las problemáticas epidemiológicas de paludismo, la fiebre amarilla y el tifo, que eran las que estaban azotando a la población de la capital y algunas ciudades de provincia. Ante la alta mortalidad por tifo se implementaron medidas para prevenir la epidemia, entre ellas, la

neumopatías. La diarrea nos habla de un abandono sanitario del medio, particularmente de insuficiencia de agua potable y avenamiento.

Abandono escolar. De 5 a 14 años y según el Departamento de Bioestadística las causas más frecuentes de la muerte del escolar son las gastroenterocolitis, las neumopatías y las enfermedades transmisibles que revelan el abandono del escolar en los aspectos de sanidad ambiental, medicina preventiva, curativa y de educación higiénica y cuyas consideraciones son análogas a las ya descritas. Aparecen los "accidentes", nos habla del abandono del escolar en el aspecto de recreaciones y deportes, en nuestras grandes ciudades, que los escolares aprovechan como campos de juego las calles, actividad que es compartida con un creciente número de vehículos manejados por irresponsables. Prado Vértiz Antonio, "Abandono del niño mexicano desde el punto de vista salud", *Gaceta Médica de México*, tomo XC, No.3, marzo de 1960, p. 245- 252.

³⁴ López Ramos, Sergio., *Bernardo J. Gastelum, los Contemporáneos y la psicología. Historia de la psicología en Sinaloa*. CEAPAC Ediciones y Universidad de Sinaloa, México, 2005, p. 112.

descinsectización de: teatros, cines, establecimientos públicos y privados, escuelas, carros de sitios, domicilios que alojaron pacientes, prisiones, en fin los lugares donde se presumía se podía alojar el insecto, pues se había elevado del 10% al 50% de los casos; también se establecieron baños públicos gratuitos y en tanto las personas se bañaban se descinsectizaba su ropa o se les proporcionaba otra nueva; se les cortaba el pelo y se les rasuraba a los varones; la propaganda que se hace en esta proyección es intensa; numerosas personas por temor al piojo y con el tifo concurren voluntariamente a los baños en donde además recibían ropa que se les obsequiaba. Se mostraba a las personas como hacer frente a esta enfermedad para disminuir de manera importante el riesgo de contraerla; aunque otros padecimientos como la tifoidea o brucelosis seguían pareciendo. Así evitar las epidemias parecía ser el origen de la higiene como forma vida que permitiría tener hábitos saludables, funciones que tomaría la salud pública para la que la higiene era vital.

Otra de las medidas asumidas por Gastélum como representante en el Departamento de Salubridad fue la de hacer un decreto de ley para la transformación de este departamento, constituyéndose en la Secretaría de Salubridad; al parecer fue él quien creó las condiciones y funciones estratégicas para resolver la situación epidemiológica al afrontar el “exterminio de las enfermedades secretas” mediante campañas de información y orientación con carteles que señalaban las consecuencias de no acudir al médico o no llevar el tratamiento por ejemplo “aclaraba que el hijo era ciego porque sus padres no se curaron a tiempo de la gonorrea”. Incidió en las enfermedades de transmisión sexual reglamentando medidas asépticas y revisiones de gabinete continuas en clínicas a todo el personal que trabajaba en los burdeles. Se dice que en su afán de establecer tales medidas higiénicas al no encontrar la respuesta que esperaba por parte de la población, el mismo fungía como modelo

mostrando los más activos hábitos de higiene: “pulcro y severo el mismo, hasta el extremo que se sospechaba que se bañaba y mudaba toda su ropa tres veces al día”.

También se ocupó en la formación de los médicos facilitando que hicieran estudios en escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos, su meta era tener especialistas preparados para organizar el Instituto de Higiene, insiste en que el higienista no solo debe ser un buen médico también necesita ser sociólogo y educador para la atención y cuidado a la salud; menciona que sus funciones serían poner en práctica los programas de Salud Pública en padecimientos como la fiebre amarilla y la peste que eran los que afectaban a la población debido a las condiciones del medio en que viven y a las políticas de salud que rigen en su espacio geográfico. También vinculó la política con la salud al implementar el programa de la leche para mejorar la alimentación de los mexicanos, por considerarlo un alimento de buena calidad para la vida, señala que es la leche como un alimento indispensable para niños y jóvenes por la lactoalbumina, caseína, fosfoproteína, lactosa, glúcido soluble, azúcar de leche, entre otros nutrientes, que contiene, además de facilitar la absorción de calcio.

Por su parte Federico Gómez³⁵ se refiere a la práctica de la profesión de los médicos como agentes de cambio en el campo de la higiene e insiste en que sus condiciones de trabajo son una limitación para que contribuyan de manera más activa en la búsqueda de alternativas y desarrollo de hábitos en la población, con lo que se superen los abandonos a que están sujetos, habla de las necesidades de los médicos, de su necesidad de seguridad, bienestar y estabilidad económica y laboral. De esta forma se vinculan, por un lado, las condiciones de

³⁵ Kumate Jesús, Información académica. A la memoria de los académicos recientemente fallecidos, *Gaceta Médica de México*, Vol. 118, No.6, junio 1982, p. 248.

salud de la población y, por el otro, las necesidades de los profesionales de la medicina, ambos relevantes para la eficacia de las acciones en el campo de trabajo.

2. El discurso de higienización y la práctica de curación

La situación de elevados índices de enfermedad ha llevado a que en la medicina prevalezca la curación como medida inmediata para que se recobre la salud, dada la magnitud de las sintomatologías y las afecciones que sufre la población se hace urgente la asistencia, lo cual quiere decir, asistir, socorrer, favorecer; tratándose de enfermos, cuidarlos y procurar su bienestar; se han promovido distintas formas de atención médica desde las que presta en lo personal el médico a sus pacientes, la que prestan las organizaciones a sus agremiados sean industriales, agrícolas, comerciales; la que otorgan las cooperaciones privadas laicas y religiosas, la que suministra el poder público a través de sus instituciones en este caso la Secretaría de Salud, que en 1944 se constituyó como el organismo rector de la salud en el país.

Establecer el propósito de curación en la medicina tiene que ver con la alta demanda de los servicios de salud y la necesidad de atención a padecimientos que estaban impactando a grandes núcleos de la población, que rebasaban los proyectos de consolidar estilos de vida higiénicos y saludables, por ello, se establecieron como prioridades la revisión, asistencia o consulta médica, convirtiéndose en funciones básicas e indispensables de los médicos. Así curar en distintas formas desde la toma de brebajes en la medicina antigua hasta la intervención científica de la medicina moderna que atiende sólo enfermedades de orden físico e ignora las de orden emocional, espiritual y moral, conforman el campo de acción de los especialistas de la salud, de ahí que hasta la actualidad la medicina se dirija a la dolencia inmediata o el ataque de ciertos síntomas que más tarde se transforman en padecimientos

originados por agentes internos o externos como el consumo de tabaco y alcohol por ejemplo, estos considerados como problemas de salud pública por su alta tasa de incidencia y los efectos que causan a nivel individual y social.

Cuando se comienza a concebir a la medicina como individual y como pública, se hace una diferencia en el diseño de modelos de atención individualizada que impacten en lo social, desde la Constitución³⁶, se contemplaron acciones del orden de la salud pública por considerar un problema fuerte a las enfermedades que afectan a grandes núcleos de la población, pues afectan al individuo, a la familia y a la colectividad en sus distintas esferas, cultural, económica, religiosa, moral y ética.

Es importante referirse a la salud pública y problemas como la contaminación ambiental, el tabaquismo y alcoholismo, entre otras y los reducidos financiamientos para su acción, cabe aclarar que desde 1950 las instituciones públicas del ramo hablan de redoblar los esfuerzos para resolver el problema con reducidos gastos como ocurrió en 1982 y 1986 cuando la disminución llegó a un 47.1%, habiéndose mantenido estable desde 1978; en este periodo la distribución de los recursos fue de 70% para medicina curativa, 6% para prevención y 1% para capacitación de la población³⁷, lo anterior muestra claramente las ambigüedades existentes en los programas de salud, la dirección que toman los servicios y el impacto que tienen en el cumplimiento de sus metas, queda claro como el propósito de higienización planteado desde el siglo XIX cambio al de curación que subsiste hasta ahora.

³⁶ el artículo 73, Fracción XVI, de la Constitución, señala: la contaminación ambiental, el tabaquismo y el alcoholismo como tres problemas que ponen en riesgo la salud y la vida de la población, en ellos se articulan la esfera pública y la privada: el ámbito estatal y colectivo, las prácticas privadas de los individuos y el sistema privado de la propiedad, Soberón Guillermo, Conferencia magistral "Dr. Ignacio Chávez Salud y desarrollo humano. *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No.2, 1999, p. 419

³⁷ Da Matta, Roberto, 1980; en Soberón Acevedo, Guillermo, 1987, "El cambio estructural en la salud. IV el financiamiento de la salud para consolidar el cambio" en *Salud Pública de México*, Vol. 29, número 2, marzo abril. *Carnavais, Malandros e Heróis*, Rio de Janeiro, Zahar ed. P. 105.

Este sistema de curación se dirige a los llamados “servicios personales” o de atención individualizada en contraposición a los “no personales” dirigidos al mantenimiento y crecimiento de las condiciones generales de vida que posibiliten bienestar. En nuestro país existe la necesidad de implementar servicios de salud pública porque aún persisten la miseria y malas condiciones sanitarias, carencia o deficiencia en sistemas de agua potable, de drenaje, condiciones de hacinamiento, pero sobre todo ciudades en donde las zonas industriales se confunden con las zonas habitacionales imperando altas concentraciones de productos tóxicos y contaminantes que deterioran el cuerpo y la salud. Ahora las expectativas de mejora están puestas en fenómenos naturales que ayuden a disminuir la contaminación como el viento o la lluvia, o la misma naturaleza que se ha trastornado en sus ciclos ecológicos debido al descuido y abandono de que ha sido objeto por ejemplo. Lo cierto es que en la atención a la salud sea individual, sea colectiva, se olvida que hoy como en épocas remotas el problema principal es el concepto de hombre, salud y de naturaleza del que se parte para implementar los programas, así como, del tratamiento que se da al hombre separado de su cosmovisión, como ente aislado y fragmentado, lo cual excede las posibilidades de reducir los efectos nocivos de las condiciones de vida y de las deficiencias de los servicios médicos.

Una de las razones por las que se insiste en la necesidad de la curación e higienización se vincula a los elevados índices de consumo de tabaco y alcohol por ejemplo, en el caso de estos problemas se logra vincular las políticas de salud pública, los sistemas de curación y las políticas de higiene al promover campañas dirigidas a establecer valores de responsabilidad y motivan a controlar la voluntad sobre la conducta del beber y fumar desde la persona, así parece que la solución depende de esta, y se deja de lado el impacto que tiene el incremento en la producción de estos productos, pues la economía de un sector

extenso de la población proviene del cultivo e industrialización de la materia prima para la elaboración de licor y cigarro, en donde las corporaciones extranjeras tienen una participación importante de las ganancias, pues son ellas las encargadas de su transformación y mercantilización. Esto indica que los problemas de salud no solo son cuestión de enfermedad, sino que guardan una estrecha relación con la política, la economía y la cultura de los pueblos, a través de la cual se hace patente la contradicción entre el reconocimiento del daño y el incremento de la producción.

En este marco económico se naturaliza la enfermedad al hacer parecer como invisibles las consecuencias del consumo y mortalidad de casos de alcoholismo, tabaquismo y la generación de otros padecimientos crónicos, degenerativos e incapacitantes que actualmente están emergiendo; si volvemos al caso del alcohol y el tabaco encontramos que la cirrosis hepática, los accidentes y muertes violentas ocupan el 8º lugar en la mortalidad nacional debido a la ingesta de alcohol. Ante estos problemas las acciones de las instituciones de salud se encaminan a la atención y orientación individual mediante campañas que buscan implementar “modernos sistemas de higiene” como la creación del Día Nacional de No Fumar (1988) y recientemente la creación de la Ley de no fumar, que buscan la concientización en la esfera del consumo, la responsabilidad y la conducta de autocontrol. Se puede concluir que ahora como a principios del siglo XX, las medidas para atacar las nuevas epidemiologías siguen siendo similares, solamente encaminadas a la atención del síntoma.

Como hemos visto, con las medidas aplicadas hasta ahora no se ha logrado establecer hábitos de higiene, se hace necesaria la implementación de otras formas para generar soluciones a los problemas, en la cual este implícita la formación de profesionales y docentes que sean capaces de generar nuevos conocimientos, proveer y buscar soluciones a

las dificultades de la población, en el marco de un nuevo modelo de desarrollo. Con este fin en 1994, se diseñó la especialidad en Economía de la Salud en México³⁸, como una estrategia de formación para promover el desarrollo integral de una disciplina encaminada a formar un profesional con contenidos teórico-prácticos adecuados al alumnado; de apoyo a los docentes; de intercambio, difusión y formulación de una agenda de trabajo para el mediano plazo que permita la integración de conocimientos, la evaluación de resultados y alcances, así como llevar el seguimiento de la investigación, la aplicación de conocimientos con sentido integral y multidisciplinario, además de crear una herramienta de intervención en los sistemas de salud Pública de México. Aún en un programa novedoso como se dice este, vemos nuevamente la curación como propósito tanto en la formación como en la atención de los problemas de salud.

3. El ingreso de la Higiene a la educación y las escuelas

Las instituciones de salud se vieron imposibilitadas para llegar a establecer sistemas de higiene en la población que garantizaran la prevención de las enfermedades, de ahí que un espacio que consideraran propicio para implementar medidas y programas dirigidos a cubrir su meta fueran los espacios escolares, dado que en ellos podría atenderse a los menores de distintas edades con los cuales se pensaba sería más fácil llevar a cabo la implementación de prácticas saludables.

Ya desde finales del siglo XIX, cuando las condiciones de vida eran críticas en cuanto a la salubridad, se inició este acceso a la educación y sus centros de estudio, así la inspección médica escolar en México de finales del siglo XIX no fue un hecho aislado, sino que

³⁸ Hernández Patricia; Arredondo Armando; Cruz Carlos; Ortiz Claudia; Durán Luis; Avila Leticia, Docencia en economía de la salud en México: cinco años de experiencia *Rev. Saúde Pública* vol.28 no.3 São Paulo June 1994, Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México.

coincidió con la reglamentación de la higiene en todos los espacios privados y públicos, y con una preocupación internacional por la prevención de las enfermedades de la niñez”³⁹, en principio mediante la discusión de especialistas a nivel nacional e internacional en temas de higiene y pedagogía, según se puede leer: “El ingreso de la profesión médica al ámbito escolar en México ocurrió a partir del Congreso Higiénico Pedagógico, que se realizó en la capital del país en 1882. Esta reunión fue importante porque mostró el interés del Estado y la sociedad ante la salud de los escolares, y porque todas sus propuestas se llevaron a cabo, aunque no de manera inmediata. En este Congreso se vislumbraban actividades conjuntas entre los médicos, los educadores y la población en general para resolver las preocupaciones y problemáticas que la salud de los niños estaba generando en ese momento y a partir de lo cual se podrían derivar actividades sanitarias a otros espacios de concentración de la población en donde la higiene fuera necesaria, sin importar si estas fuesen públicas o privadas, dirigidas a menores o a adultos, lo importante era recuperar los conocimientos emanados de este congreso en materia de higiene, pues se retomaba primero la higiene como medio de obtener salud, y después, la escuela como escenario para promoverla.

El Congreso Higiénico Pedagógico tuvo lugar durante el porfiriato (1876-1910), su impacto se hizo patente en la creciente concentración de poder de la burocracia sanitaria y el acceso de los médicos a las escuelas principalmente en las zonas urbanas cuyas funciones eran inspeccionar los locales y revisar a los niños, en ese momento se ponderaban las técnicas y

³⁹ La higiene escolar en México —en tanto tarea de la profesión médica vigilada por el Estado— tiene su origen en el Congreso Higiénico Pedagógico, el cual se reunió en la capital del país en 1882. El Consejo Superior de Salubridad —en ese momento, la máxima autoridad en materia de salud— convocó al congreso el 18 de enero de 1882, y el 21 de ese mes, tuvo lugar la sesión inaugural del mismo, la cual estuvo presidida por Carlos Diez Gutiérrez, titular de la Secretaría de Gobernación, de la cual dependía el Consejo de Salubridad. En este estudio histórico, se revisaron básicamente fuentes primarias: periódicos médicos de la época y las memorias manuscritas del Congreso. Carrillo, Ana María, El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, p 71-74.

recursos de la medicina clínica y preventiva que se aplicaban a la salud escolar como un área del sistema de salud pública, de este modo se recuperaba la visión médica de que la escuela no solo es un campo pedagógico sino también médico.

Una especialidad médica como lo era la higiene, ahora cobraba importancia y valor porque se consideraba necesaria la vigilancia sanitaria en ámbitos públicos y privados como las cárceles, cuarteles, prostíbulos, mercados, iglesias, teatros, cementerios, fábricas y vecindades; y por supuesto las escuelas. Se tomo como propósito básico la constitución del Centro Psicopedagógico pues el Consejo de Salubridad visualizaba que la escuela al ser un espacio propicio para desarrollar la personalidad integral de los educandos permitiría la formación de esquemas relacionados con la higiene y la prevención de los padecimientos y esto ayudaría no solo en lo corporal, sino en lo moral, en lo espiritual y en lo emocional, porque como Menciona López Ramos, en relación a las propuestas de Gastelum, se apuesta de la educación como factor de cambio, piensa que las personas poco instruidas o de escasa inteligencia son presa fácil del placer y del dolor⁴⁰, así según estos autores, la educación puede facilitar la obtención de la salud y el cambio personal y social.

Es así como se parte de la escuela como espacio de transformación para dirigir las acciones que permitan establecer condiciones higiénicas en donde se cuenta con la participación de educadores, médicos y un grupo de profesionales de apoyo que pueden incidir en la conducta y la salud de los educandos, lo cual fue ampliamente discutido en el Congreso Higiénico Pedagógico, según Carrillo se empezó a hablar de construir muebles acordes con su tamaño; se consideró la importancia del juego, así como la necesidad de desterrar de las escuelas el maltrato físico. Todo ello, en el contexto de una reconstrucción de la imagen de «niñez», como fenómeno que sólo podía ser entendido cabalmente por la profesión médica;

⁴⁰ López Ramos, S., 2005, Op. Cit. p. 137

se pensó en dicha reunión en la manera de preservar su salud física, mental y espiritual — aprovechando tanto los avances de la pedagogía como los de la higiene—; entre otros puntos⁴¹.

Esta preocupación por la salud en la educación también llevo a vincularla a ciertas actitudes que los estudiantes manifestaban en la escuela, de esta forma se comienza a valorar a la enfermedad o a los deficientes hábitos higiénicos como factores que pueden promover problemas respecto a lo cognitivo o a lo conductual como: el ausentismo, falta de interés de los estudiantes por sus labores escolares, etc., y comienzan a hacerse estudios en relación con estos, al tiempo que se van estableciendo profesiones como Trabajo social, psicopedagogía y psicología escolar, para que se hagan cargo de estas necesidades. En este sentido un primer estudio⁴² realizado por Trabajo Social en 1970, indica que las problemáticas de los estudiantes afectan en el rendimiento escolar y en la conducta, esto último se relacionaba directamente con la salud en ese momento pues hay impuntualidad, inasistencia, aprovechamiento deficiente, problemas de conducta o de relaciones familiares, todo esto debido a factores ajenos a ellos: dificultades de tránsito y grandes distancias entre hogares y escuela, sistema rígido y autoritario de los directivos escolares, dificultad en la materias y poca sensibilidad para impartirlas, y problemas familiares: divorcio, desintegración y otros.

Si bien estos resultados, muestran que la mayoría de las problemáticas presentadas son ajenas a los estudiantes, eso no ha llegado a reconsiderar la función de la escuela como

⁴¹ Carrillo Ana María El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, p. 71-74.

⁴² A inasistencia parece una conducta de rechazo o por lo menos de franco desinterés para la escuela. Es muy probable que al autoritarismo se agregue el ausentismo de los maestros, su indiferencia para los alumnos o bien la deficiente preparación de estos combinada con la impaciencia o los temores pedagógicos de aquéllos. Vasconcelos Rubén, IV. Algunos problemas en las escuelas secundarias detectados por el personal de trabajo social, Gaceta Médica de México, vol. 101, No. 4, abril 1971, p. 208

espacio para la transmisión de los conocimientos, para establecer relaciones sociales, construir valores, aspiraciones y expectativas de escalamiento social, ni para encaminar medidas que conformen un sistema de salud pues en el caso de la escuela secundaria se le vincula con la salud, al consignar como función la de atender a una población “crítica, indisciplina, enferma o anormal” por lo que se despliega un grupo de recursos humanos (orientador, psicólogo, prefecto, médico escolar, etc.) que apoyen tales necesidades como menciona Vasconcelos:

“El fenómeno es muy aparente, en las escuelas de enseñanza media, el primero, su población de adolescentes, jóvenes en plena crisis de individualidad, el segundo doblemente conflictivo debido a las alteraciones o a las exacerbaciones de ciertos rasgos de conducta con motivo de la crisis puberal. A esto se agregan métodos pedagógicos utilizados en la enseñanza media, tantos maestros como materias o áreas del conocimiento le son expuestas, aparecen figuras desconocidas, el orientador y algunos maestros experimentados que con el auxilio del llamado “estudio dirigido” simplifican e incrementan el aprendizaje. O el médico, el trabajador social. Las nuevas funciones de la escuela se han agregado para esclarecer algunos aspectos básicos de la acción socializadora de la secundaria⁴³ .

Ya Gastélum había advertido a principios del siglo XX, que la educación desempeña un papel importante en el campo de la disciplina para lograr que la atención voluntaria sea, como decía Ribot “un aparato de perfeccionamiento y un producto de civilización”. Esta es una perfección a la que no se llega fortuitamente, implica el proceso de enseñanza, la correlación con las emociones, las elecciones del individuo y por supuesto, un aparato o un cuerpo que no tenga anomalías, que permita las ideas⁴⁴ .

Ante esta necesidad se asigna a la Pedagogía la función de intervenir para realizar la actividad educativa del niño escolar y de los adolescentes, junto con otras disciplinas entre ellas la medicina, lo que conlleva a aceptar que los planes y programas de estudio vigentes

⁴³ Vasconcelos Rubén, IV. 1972, op. Cit. p. 206

⁴⁴ López Ramos, S., 2005, Op. Cit. P. 141- 143.

en las escuelas no contemplaban ninguna formación en el área de la salud y eso hacia necesaria la implementación de un plan general que contemple la diversidad tanto física como mental del estudiante, pero que no olvide sus particularidades, a fin de lograr encausar a los estudiantes, así como promover una pronta capacitación que les ayude a integrarse de manera rápida en el sistema de producción y dejar de ser una carga para el Estado.

En el caso de la medicina ya desde 1911 cuando se creó la sección de Pediatría se hablaba de que “la infancia es el futuro de un pueblo”, de ahí que se comience a promover la participación del médico en materia de atención al menor, Pruneda⁴⁵ menciona que la fundación de un hospital para niños es una pieza importante para reconocer las necesidades de atención de los menores, al tiempo que recobran su presencia en la sociedad con la construcción de un sistema e instituciones de salud que dieron cobijo a tales necesidades, argumentando que la intervención del médico en materia de Puericultura y Pediatría iniciada en 1861, bajo el gobierno de Don Benito Juárez es un primer paso para reivindicar a la niñez en cuanto a la atención a su salud y el reconocimiento de la persona infantil”. De esta forma el médico se integra desde la Pediatría a la atención infantil, pero también se instaure un sistema educativo que pueda contribuir al cuidado de la salud, enseñanza y orientación de los niños, a partir de la inclusión de un curso de Puericultura en la Escuela Nacional de Enseñanza Domestica, que sirve como inspiración en la conformación de uno

⁴⁵ El Dr. Ramón Pacheco, médico de gran iniciativa que a poco fundó el primer Hospital de Niños de México época en que fue designado para dirigir la Casa de Maternidad y Hospital de Niños, de esta forma se van conformando otras necesidades en la atención de los menores. La Eugenesia dio oportunidad para brillar con todo su esplendor a aquel gran talento médico que se llamó Ángel Brioso Vasconcelos, al cultísimo y sabio Don Antonio F. Alonso, con su comunicación “ La herencia eugénica y el futuro de México”, en la que con brillantez de estilo apoyó sus proposiciones de que el Estado Mexicano legislara a favor de la inmigración racialmente favorable, contra el matrimonio entre degenerados, abogando por el certificando médico prenupcial y por qué se implantara la educación post escolar. Pruneda, A.; Trabajos diversos, La Academia y el Congreso de Pediatría, *Gaceta Médica de México* Leído en sesión del 29 de marzo de 1944, p. 320-338

similar en la Escuela Normal para Maestros; es una aportación para diseñar programas de actividades e integrar planes de trabajo con todos los elementos que exige la capacitación, adaptación o readaptación de los débiles sociales, que además ayude a la madre y al niño, al adolescente, al adulto y al anciano para que reciban atención y educación en salud, con lo cual queda bien establecido el vínculo educación-medicina, porque a partir de estos cursos se sientan las bases de la “Asistencia social”⁴⁶.

En este sentido Federico Gómez⁴⁷ hace referencia a la función que los médicos tienen como educadores y cómo la Academia Nacional de Medicina se ha ocupado de esta tarea ampliamente; destaca el papel del médico como profesional y hace patente las bases de formación que posee y la creciente posibilidad de actualización continua que tienen para ampliar sus conocimientos, basándose en los más recientes hallazgos científicos y tecnológicos tanto en su campo como en el de las ciencias afines, con la finalidad de beneficiar a la comunidad. Hace énfasis en las tareas de prevención, higienización y curación que tocan al médico en el afán de que abandone su papel tradicional de solo curar al enfermo y en su lugar cultive su capacidad de proteger al individuo sano para prevenir y mantener su salud o de rehabilitar física y mentalmente al incapacitado, todo a partir de la educación que pueda promover en su área de trabajo.

Federico Gómez está convencido de que si los médicos asumen el papel de educadores junto con otros profesionales de ciencias básicas, se puede esperar que se armonicen los aspectos personales, profesionales, colectivos, sociales, económicos y políticos, desde luego si el médico se integra a campos en que antes estaba ausente para poder advertir los

⁴⁶ Jiménez JC. C.; Higiene escolar y asistencia pública, *Gaceta Médica de México*, Trabajo de turno leído en la sesión del 5 de julio de 1939, pág. 160.

⁴⁷ Gómez Federico, Conferencia Magistral. El médico como educador en una sociedad en crisis, *Gaceta Médica de México*, vol. 105, No. 2, febrero 1973, p. 111

peligros que existen alrededor de la salud como el deterioro o destrucción del medio, la explotación de los recursos naturales y del hombre, entre otros. De esta forma se abre el campo de la medicina social, cuya función es la “educación médica de la comunidad” y el médico como el educador de la misma que ya había expuesto Vasconcelos en la XI Asamblea Médica de Occidente, en la cual expresó como funciones rectoras las ligadas con la supervivencia del individuo, del grupo y de la especie”, asegura que los médicos como intelectuales y educadores de la comunidad son capaces de lograr la prevención, el tratamiento y la supresión de los agentes de la patología social, de aliarse a los estudios de las ciencias sociales, a los guías de la economía, la jurisprudencia y demás ciencias para superar la crisis biosocial a partir de dos bases: la del médico como educador frente a la patología social de la comunidad y la del médico como educador en nuestra patria, es decir, educar con principios éticos para construir valores ligados a la concepción de individuos libres e independientes en una sociedad como la occidental, en donde lo que impera es el consumo, la explotación del hombre por el hombre y hacia la naturaleza, los sistemas de poder y las formas de dependencia en todas sus expresiones; lo importante aquí es luchar por la cordura, la serenidad, la ciencia y el humanismo que lleven a la salud mental, pues el médico relacionado con la moderna tecnología parece no percatarse de la deshumanización en que está incurriendo.

Algunos de los aspectos a los que se dirige la medicina social continua Gómez son: la pobreza y sus consecuencias como la desnutrición, el hambre, el dolor humano, la contaminación del suelo, el agua y el aire, la rápida diseminación del uso de drogas nocivas, pero el más importante es la falta de comunicación entre los especialistas de las distintas áreas: economía, política, biología, etc., pues en un mundo científico como el nuestro el conocimiento se ha fragmentado y cada una de las especialidades ha tomado su

porción de la realidad a la que atenderá con la creencia de que el saber esta al interior de esta y poco debe escucharse a las otras sin temor a perder su autonomía.

El mismo autor hace referencia a Mociño a la par que a Sessé precursor de la medicina social, quienes han relacionado la desnutrición, la enfermedad y el gasto público haciéndoselo saber a los gobernantes, al igual que Ramón Pardo segundo médico mexicano, considerado educador por haber enumerado las causas de muerte de niños durante el lapso 1910-1920, quien dedicó su trabajo al gobernador diciendo, “yo he descubierto un cáncer que devora las entrañas de nuestro pueblo y creo de mi deber señalárselo... “. Por su parte, Hanlon profesor en salud pública hace referencia a otro problema que considera de mayor relevancia diciendo: “mucho más importante que la amenaza de la catástrofe de la sobrepoblación, existe ya en nuestros días la derivada de la composición de la población, predominantemente de niños y jóvenes, que necesitan de todo para constituir una población sana: alimentos, habitación, vestido, atención médica integral y universal, educación, ocupación útil, recreación según la edad y trabajo justamente remunerado, lo que requiere en México de todos los esfuerzos, recursos, solidaridad humana, conocimientos, trabajo y servicios comunes para el desarrollo y progreso de nuestra colectividad.

Concluye Gómez, que el médico educador debe estar consciente de las problemáticas actuales en las sociedades modernas para poder transformar su labor tradicional de conocimiento de la fisiología y la patología, para salir del consultorio o la clínica e integrarse a los núcleos donde lo que amenaza es la droga, la cultura de la pornografía y el consumo de esta, de las exigencias personales y sociales que llevan a la acumulación de tensiones y frustraciones sobre todo en las generaciones infantiles y juveniles, según puede leerse:

“Los rebeldes habrán sido convertidos en los mercaderes en enfermos que llegarán, en pocos años, a la incapacidad total y a la muerte... Si la juventud inteligente razona y busca justicia social, qué mejor medio para desarmarla, particularmente en las grandes urbes donde es mayor su número, y mejor la posibilidad de educación, que darle alcohol, psicotrópicos y erotismo, justiciar y facilitar el aborto, engañando a la mujer para que se “libere”, no de la maternidad que es atributo biológico de las especies con diferenciación sexual, sino de la vida de otro ser humano que le impediría moverse en el grupo⁴⁸.

Con esto deja claro, que las funciones sólo de atención médica, están siendo rebasadas por lo que existe en la sociedad y que el médico tiene que trascender la clínica para insertarse en el mundo de los niños y de los jóvenes si quiere ir a la base de las problemáticas de salud y a implantar estilos de vida distintos a los que se están proponiendo a estos grupos de edad.

En la educación sexual también se inserta la higiene

Ya en 1959 se habla de la necesidad de construir un sistema de salud para el adecuado ejercicio de la sexualidad, este es justificado en la necesidad de preparar a las mujeres para que tengan un buen desempeño en su vida sexual después del matrimonio, Gutiérrez señala “que un porcentaje grande de las mujeres adultas que concurren al consultorio del ginecólogo manifiestan que al llegar al matrimonio tenían una gran inexperiencia y, en algunas ocasiones, una total ignorancia acerca de la vida sexual matrimonial. Esta falta de información la sufren no solamente quienes no han tenido oportunidad de recibir educación superior, sino incluso varias médicas han demostrado no poder aplicar a su persona los

⁴⁸ Gómez Federico, 1973, op. Cit. p. 120.

conocimientos que con soltura solían exponer acerca de la anatomía, la fisiología y la patología femenina⁴⁹.

Puede apreciarse que una de las principales preocupaciones de los médicos tiene que ver con la actitud y el desempeño que las mujeres tienen en su vida matrimonial, de ahí que se considere necesaria la orientación prematrimonial para que al consumarse esté las esposas tengan experiencias que les hagan cumplir sus funciones de manera adecuada, pues se habla de que la ignorancia de la mujer y la inexperiencia del varón pueden tener consecuencias serias para la permanencia, satisfacción y descendencia de la pareja, con estas premisas como antecedentes salta a la vista la importancia que la educación sexual tiene para la mujer que va a contraer matrimonio.

Menciona Gutiérrez, que la educación sexual es necesaria para las mujeres en general pues a pesar de los acercamientos afectivos con su pareja durante el noviazgo, se habla de que no conocen su cuerpo ni pueden llegar a entender sobre sus sensaciones, es decir, para la mujer, no son suficientes su prácticas, sus conocimientos y su misma experiencia, se les debe formar a fin de que aclaren sus dudas y los mitos creados respecto a su cuerpo y a las mismas relaciones sociales, reitera que el consultorio médico se ha convertido en el espacio para detectar todas estas carencias, pues:

“Las mujeres que van a casarse, a pesar de que un porcentaje alto de ellas han tenido contactos físicos: besos profundos, manipulaciones en senos y genitales sin llegar a la penetración, pero alcanzando frecuentemente el orgasmo, no es raro que ignoren el mecanismo íntimo de las relaciones sexuales, en la consulta muestran inquietud sobre la desfloración; tienen la idea de la hemorragia de la primera vez. Otro motivo de inquietud, es si al casarse se será perfecta desde el punto de vista anatomofuncional⁵⁰

⁴⁹ Gutiérrez Murillo, Enrique, IV. educación sexual elemental de la mujer en la época prematrimonial, *Gaceta Médica de México*, tomo LXXXIX, No.3, Marzo, 1959, p. 253-254

⁵⁰ Martínez Báez Manuel, *Resumen*, *Gaceta Médica de México*, tomo LXXXIX, No.3, Marzo, 1959, p. 200

Desde la medicina se insiste en que la mujer debe ser educada para el ejercicio de la vida sexual en pareja y para el conocimiento de su cuerpo y sus emociones, se pone en manos de un profesional la intimidad de la mujer olvidando que la formación que esta tiene en materia de sexualidad es resultado de la represión en la que se ha visto inmiscuida a lo largo de la historia y que tiene que ver con las funciones que se le han asignado en la sociedad (madre-esposa, sexualidad-reproducción) se aprecia que la formación para iniciar su vida sexual con el matrimonio es la preocupación principal, como si ese fuera el momento en que se descubre que la mujer tiene sexualidad, cuerpo y deseos que quiere satisfacer. Esto queda claro si se recuerda que hasta este momento la atención y cuidado del cuerpo femenino ha sido negado, se le ha impuesto una moral bajo la cual el cuerpo es motivo de vergüenza y quizá también de miedo y culpa, cuando es atendido o siquiera considerado.

La educación sexual en varones jóvenes, se propone como la formación que reciban para obtener experiencias y prácticas que les permitan acercarse a sus esposas para consumir el matrimonio (coito) y poder trasmitírselas de manera adecuada, pues mencionan que “un porcentaje grande de los jóvenes que se casan en nuestra sociedad llegan con experiencia conseguida con prostitutas o con mujeres casadas, pero fáciles, señala Gutiérrez

...Esta experiencia en lugar de ser benéfica para el matrimonio que se inicia, da lugar a problemas serios, difíciles de superar... Cuando la experiencia sexual se ha adquirido con mujeres fáciles, puede dejar en el marido un sentimiento de inseguridad que trastorna su vida matrimonial..., de ahí que sea importante que los jóvenes tengan orientación sexual que les permita integrar esa experiencia adquirida en esos espacios poco saludables, de manera que el hombre no afecte a su pareja, de manera consciente o inconsciente y que lejos de instruirla le cauce un trauma por su inexperiencia. Lo importante es el conocimiento sobre los cuerpos y sentimientos de las mujeres, señala, el varón debe saber que el erotismo de la mujer es muy distinto al suyo, que la mujer vive en un tono afectivo elevado con exacerbaciones que siguen un ritmo dictado por las secreciones ováricas...⁵¹.

⁵¹ Gutiérrez Murillo Enrique, 1959, op. Cit. p. 253-254

La transmisión de saberes del varón hacia la mujer en el aspecto sexual ha sido y sigue siendo hasta la actualidad uno de los encargos sociales que en muchos de los grupos se ha asignado al varón y que como vemos, desde el punto de vista de la medicina requiere de preparación para que lo cumpla de manera adecuada, este ha sido el pensamiento clásico de los médicos en este sentido.

Este pensamiento es superado por Gastélum⁵² quien señala que la formación debe ser dirigida a todos los jóvenes a fin de que puedan reconocer no solamente el cuerpo físico, sino sus sentimientos, sus emociones, en fin que se recupere al cuerpo, con lo que podrán superar sus problemas en cuanto a las enfermedades, a las sensaciones y a los mismos sentimientos sexuales; asigna esta función a la escuela, aproximándose a una nueva pedagogía del cuerpo en la que se visualiza una relación más compleja de la relación humana: la educación y los sentidos, la representación, las ideas y su construcción en el sujeto, según López Ramos, quien opina que lo anterior es un acto de reconocimiento corporal que nos aproxima a una lectura que favorece la capacidad de sentir en los sujetos. Esta propuesta es novedosa, no obstante es adelantada a su tiempo, porque en medio de represiones y tabúes respecto a la sexualidad promovidos por la religión o la escuela visualiza el propósito de formar un individuo joven más humanizado, cuyo eje sea la educación sentimental, moral, sexual y aún religiosa; enseñanza que sostenga los valores

⁵² “En las escuelas deberán formarse y educarse los sentimientos sexuales sin que el maestro sea detenido por una falsa concepción de la moral; lo que se relaciona con el aparato genital deberá ser enseñado; los sentimientos de simpatía, de amistad, de amor, deberán ser explicados; se hará conocer a los jóvenes de ambos sexos, todo lo que a estos sentimientos se refiere; se les enseñará y se les enseñarán los peligros; se les formará de esta manera sentimientos puros fisis-psicológicos y morales. Pero si en lugar de esto, los padres de familia y maestros rechazan estos conocimientos que tienen la obligación de impartir, tendremos, como hoy pasa, en lugar de jóvenes instruidos, individuos a quien se les ha enseñado a disimular, ignorantes de sus deberes y siendo víctimas de enfermedades y de sentimientos sexuales extraviados, que una buena educación podía haber evitado, y que una enseñanza clandestina ha formado mal y pervertido...“de la salud del cuerpo depende la salud del espíritu. Poned en práctica todos los cuidados que la higiene recomienda para los órganos si queréis tener un espíritu sano y fuerte; organismos decadentes dan espíritus enfermos; hacernos fuertes de nuestros órganos es ir en pos de una conciencia bien equilibrada; en López Ramos Sergio; 2005, op cit. P. 152.

del mundo, que refleje amor a la patria, amor a sí mismo y la firme convicción de que se puede hacer las cosas bien.

4. La presencia del modelo higienista en la seguridad social

La seguridad social, es una condición que se establece desde el porfiriato, cuando inicia un proceso de industrialización con la creación de empresas tanto públicas como privadas, para ayudar a cumplir con el objetivo de progreso y modernidad, surge como un medio de satisfacer las necesidades del movimiento obrero en las principales zonas industriales, mineras y de autotransporte contratado para manufacturar los recursos naturales del país, así como para maquilar productos de acuerdo a los requerimientos del exterior, lo cual da como resultado el incremento de crecientes demandas de un sector que comienza a fructificar; por ello una de las principales metas del Estado es la de delimitar la salubridad, como ideología de Estado, de ahí que “se traduce en norma directiva, y la seguridad social, como necesidad de los trabajadores, irrumpe como demanda gremial, que conlleva los primeros planteamientos expresados por el gremio ferrocarrilero y entre los trabajadores mineros”⁵³.

A partir de esta desbordada integración de los trabajadores a los campos de producción en las diversas áreas, se comienza a discutir sobre los sistemas de seguridad y salud que requieren los trabajadores y que se dice deben ser acordes a las necesidades de estos, sin embargo, las condiciones económicas del estado están muy por debajo de los requerimientos para resolver el problema de salud de la gran cantidad de la población que se enlista en el sistema manufacturero, esto hace que se comiencen a establecer organizaciones de trabajadores que junto con el gobierno buscan resguardar la producción y

⁵³ Modena María Eugenia, 1989, op. Cit., p. 96

la mínima salud de sus agremiados para que puedan cumplir con lo establecido por la industria, porque lo que se espera es que el desarrollo prometido no dé marcha atrás y que las instancias como los nacientes sindicatos y la secretaria de salud de verdad puedan proteger a los usuarios y participen en el resguardo de la salud y los empleados. En esta pugna por consolidar un sistema de seguridad social para los trabajadores surgen dos modelos de asistencia social: “Uno que paga completamente la compañía y que se extiende desde el consultorio hasta el campo de convalecientes, pasando antes por el hospital. Otro tipo de asistencia, aquel en que el trabajador colabora en los gastos, con un tanto por ciento de los salarios. Se trata en este caso, ordinariamente de empresas menos pudientes. Para completar su actividad celebran contratos con hospitales, con laboratorios, con clínicas privadas, con médicos especialistas, para que sus pacientes no carezcan de ningún recurso que aclare, mejore o sane su enfermedad⁵⁴

Estos modelos de atención dan origen a los convenios contraídos entre el gobierno y los sindicatos a partir de los cuales el primero aparece como subsidiario y los trabajadores vía el sindicato costean los gastos para su bienestar a través de la creación de organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), principal institución que acoge la salud de los trabajadores por ser la que da servicio a la mayor cantidad de asalariados; como el Instituto de Seguridad Social para Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), que proporciona salud a los servidores públicos. Los cuales han tenido como meta principal la atención- curación de padecimientos y han dejado de lado la higienización como objetivo inicial de su fundación, valga decir que ambas instituciones han sido insuficientes para dar una buena atención y resolver las problemáticas de la población que atienden, aquí también se debe aclarar que el servicio brindado a la población adolescente es solo en condición de

⁵⁴ López Ramos Sergio, 2005, *op cit.* P. 115

beneficiarios, cuando son menores de edad y dependen económicamente de sus padres, sin embargo, estas instituciones atienden a un alto porcentaje de la población joven cuyos padres tienen un trabajo asalariado.

En el campo de la salud de los trabajadores se asignan también funciones de educación a los médicos, a ellos les corresponde “la enseñanza y asesoramiento a los campesinos para que cultiven y produzcan eficazmente los adelantos de la agricultura, coordinando en la comunidad sus actividades, según lo establece la ley de prevención de la contaminación ambiental. No se trata que el médico absorba funciones no médicas, sino de que eduque a las personas que estén en contacto con él; a los maestros, extensionistas agrícolas, presidentes municipales, ingenieros, abogados y sociólogos, para obtener su comprensión y participación y lograr una lucha solidaria contra los agentes productores de patología social⁵⁵.

Las citas anteriores nos remiten a la construcción social de la juventud como problemática e indeseable para las instituciones y a veces también para los individuos, principalmente los adultos quienes se sienten amenazados ante la actividad y participación de los adolescentes y jóvenes, lo anterior es la prueba fehaciente de tal concepción que es compartida por los organismos internacionales, así desde el punto de vista de la OMS, se habla de que el 70% de las muertes prematuras en los adultos son consecuencia de conductas desarrolladas durante la adolescencia, y que en largo plazo se traducen en una población enferma, con bajos niveles de productividad y altos costo sociales, como el incremento del gasto público en salud en un contexto de escasez de recursos⁵⁶, desde este punto de vista la vida y la salud tanto de jóvenes como de adultos se traduce en aspectos económicos.

⁵⁵ Gómez Federico, 1973, op. Cit. P. 118.

⁵⁶ Programa Nacional de Juventud 2008-2012

Puede visualizarse que el cuerpo en construcción del adolescente y joven aparece cuando ha de insertarse al mundo productivo bajo una concepción de cuerpo terminado y útil en la medida en que posea salud para integrarse a las esferas laboral y familiar y pueda conducirse en ellas de acuerdo al patrón de la vida adulta.

Modelo médico legal

“No es con el ojo de la mente y del corazón del homo sociales, como se juzga a un hombre, sino con el ojo y el corazón del médico, y del médico conocedor del humanismo biológico y espiritual”⁵⁷

En su momento se dijo que con el triunfo de la revolución mexicana, se abría un mundo de oportunidades tanto para los revolucionarios como para el pueblo, también que se conformaba un espacio de disputas donde el mensaje de búsqueda de la estabilidad social se antepuso como un principio de privilegiar lo individual aunque el mensaje fuera social, desde luego que se buscaba la implementación de recursos legales para llegar a legitimar tanto el poder como al Estado, y es a partir de la Constitución como se busca restablecer el orden social, Carranza a principios de 1915 exclama: hoy comienza la Revolución social, se refiere a una revolución social a través de las leyes. “La participación de Carranza se centra en la Constitución de 1857; restablecer el orden constitucional es la respuesta que logra ver los alcances de una Revolución sin armas, la otra cara de los movimientos armados, los procesos civiles donde no impera la fuerza sino la inteligencia; y la venganza los odios y los rencores por el poder son una excusa que puede convertirse en una justificación “de primero yo y después los demás”⁵⁸.

Una tendencia individualista emergida de esa justificación conlleva a la aparición de los sistemas de poder y también al establecimiento de una autoridad que para entonces estaba

⁵⁷ Buentello Edmundo, Consideraciones en torno a un criminal, *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXIV, No. 2, marzo-abril, de 1954. P. 114

⁵⁸ López Ramos S., op. Cit, P. 61

bien definida con la figura del Estado mexicano en el campo de lo político, por otro lado, en el campo del conocimiento varias teorías y autores habían planteado la necesidad de buscar el origen de la conducta delictiva en la ciencia, en la moral y en otros factores que alteran la vida y la convivencia de la población, por lo que en el campo de la salud se da auge al principio de higienización y se continúa sosteniendo las teorías darwinistas, aun a pesar de los adelantos de algunas disciplinas, pues si bien “La psicología antropológica ha destruido o puesto en duda la necesidad de guerra, la universalidad del complejo de Edipo, la necesidad de protección del sexo femenino. Como es fácil de ver, Fromm coincide con Baruk, y con la filosofía cristiana, en pedir al hombre responsabilidad, lo que implica la necesidad de educación moral, y el estudio de todo aquello que destruye en la sociedad actual este importante factor el estudiar también los motivos por los que, por razones físicas a la manera de Pende, genéticas a la manera de la Higiene Mental y la Eugenesia, en determinados individuos hay disposiciones heredadas, innatas o adquiridas, y el modo de modificarlas oportunamente⁵⁹.

En ese momento alrededor de los años treinta en el siglo XX, cuando se inaugura una propuesta social que incorpora al Estado como el rector de la vida social jurídica del país y de la protección de los ciudadanos e implementa políticas de servicio y atención a la población, además de tratar de aglutinar a todos los sectores sociales. En este marco Gastélum encuentra el lugar propicio para hacer propuestas con esquemas nuevos para la salud tanto a nivel local como a nivel nacional, comienza por legislar y hacer reglamentos, campañas preventivas y de curación para enfermedades como la sífilis o la infección puerperal que eran las que afectaban a la población en ese tiempo. Esta forma de afrontar el problema de los padecimientos obedece a “su principio de profesional médico formado en

⁵⁹ Buentello Edmundo, 1954, op. cit. P. 113- 114

el dominio de las bacterias y virus, su tiempo se fortalece con los principios de controlar las epidemias y buscar las soluciones en la salud pública sin descuidar la investigación de laboratorio.

Ya con la imagen de Estado rector en el siglo XX, se emprende la tarea de beneficiar a los ciudadanos bajo políticas de servicio y atención que intentan recuperar las aspiraciones de todos los sectores que participaron en el movimiento revolucionario. Es así como la revolución se convierte en el instrumento de voluntad creadora que se cristaliza el 18 de noviembre con el decreto que declara Presidente Constitucional de la República al General Álvaro Obregón y a Gastélum como parte de su gabinete en el departamento de salud. El 1 de diciembre de 1920, con el inicio de este gobierno, comienza un sistema corporativista y protector, y crea instituciones como el Partido Nacional Revolucionario (PNR) antecedente del PRI: “que no es un partido político, sino una dependencia gubernamental para simular las elecciones, frente a esta intromisión anticonstitucional del régimen, por medio del PRI en la vida cívica de la Nación y a la que contribuyen mexicanos que sólo tienen en cuenta su comodidad o su interés (la tranquilidad pública que temen que se altere con unas elecciones legítimas, burocracia, en la mejor connotación del término) y que, entre los graves males que causan, es dejar sin porvenir las aspiraciones políticas de la juventud, prostituyendo su conciencia, ya que sus esperanzas no pueden ser alcanzadas dentro de la rectitud, puesto que la política de principios cambia por otra de intereses y la resolución de los problemas sociales de todo orden amenazan a cada instante transformarse en asuntos de riqueza. La simulación se instituía como principio de ejercicio de la política⁶⁰.

También se inicia un sistema social y jurídico basado en leyes y reglamentaciones en donde la salud es una de esas instancias en que la abundante reglamentación se hace explícita de

⁶⁰ López Ramos S., op. Cit, P. 89 y 96.

distintas formas por ejemplo “la expedición de las tarjetas de salud indispensables para múltiples actividades de varones y mujeres expresadas en el decreto presidencial del 14 de agosto de 1925, y la obligatoriedad del certificado de salud para contraer matrimonio⁶¹, al parecer el primer propósito del departamento de salud por instrucciones del presidente fue iniciar y promover una nueva codificación de los principios sanitarios con amplitud federal que al modificarse han cambiado los reglamentos especiales dedicados a la administración sanitaria federal, a combatir el contagio de las enfermedades venéreas sifilíticas, el ejercicio de la prostitución, hacer colaborar a los particulares como tales o en su carácter de agremiados como: jefes de fabricas, gerentes de industrias, etc.

Si bien, hasta aquí se ha establecido una legislación que haga funcionar a los sistemas de salud, se ve también necesario el establecimiento físico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por lo que se construye su edificio en el parque la luna en Chapultepec para 1925⁶² y con esto se establece completamente la rectoría del estado en materia de salud. Puede apreciarse que la creación del Estado como institución moderna, se constituye en una institución central en la vida política y social del país, sin embargo también se convierte en una instancia ajena a la vida del pueblo y sobre todo a la elaboración de las leyes que los rigen, pues los principios de vida democrática emanados de la constitución se han conformado solo en principios, en donde los derechos políticos elementales como la emisión del voto se han manipulado: “Sufragio Efectivo” no ha hecho otra cosa que desplazar lo verdaderamente sustancial, por el acto mecánico de votar en una propaganda muy parecida a la comercial, o a la intimidación. Los funcionarios de elección popular se convierten en entes remotos e inaccesibles al pueblo. Así las autoridades actúan ya sea de

⁶¹ Miguel E. Bustamante, en López Ramos S., P. 117.

⁶² López Ramos S., op cit. P. 117-120.

manera paternalista o autoritaria vinculada con la aplicación de la fuerza de seguridad pública:

En el primer caso nuestros dirigentes nos dicen poco más o menos lo que sigue: “Nosotros amamos a México y a nuestro pueblo y hacemos siempre lo que conviene a los intereses nacionales, la oposición a nuestras órdenes y aún la simple crítica a nuestros actos es siempre una falta de respeto, la cual debemos castigar bajo pena de comprometer nuestra propia unidad”; en el segundo no hay racionalización ni verbalización, el gobierno es como el “pater familias” del Derecho Romano, es dueño de la autoridad y puede ejercerla a su arbitrio, lo mismo encarcelando que castigando con palos a los desobedientes⁶³.

Los resultados de este sistema de organización gubernamental continua diciendo el autor, han construido un régimen de propiedad privada que ha desarrollado una forma de vida individualizada, egoísta y fuera del sentido de cooperación entre los individuos. Este estilo de vida tiene sus efectos psicológicos manifestados con sentimientos de inseguridad, de culpa y frustraciones por no poder alcanzar estándares de vida establecidos socialmente como el éxito o el poder dentro de la familia y el grupo social.

Para este autor, un sistema de contención y enajenación como este, crea tensiones e inhibición en las personas y puede llevarlas a reacciones hostiles o autodestructivas como la agresión, el alcoholismo, la violencia o el suicidio por ejemplo; en la familia las repercusiones pueden ir desde las relaciones de infidelidad hasta la violencia intrafamiliar o el divorcio; esta situación puede ser un síntoma de actitud antisocial en la que se manifiesta la pérdida de respeto y las agresiones contra los padres, la mala conducta escolar y las infracciones a las “buenas costumbres” (usar la calle como excusado, maltratar vehículos y edificios, ensuciar la vía pública, usar lenguaje procaz, pintarrapear muros y paredes de escaleras y elevadores, etc.)”, que no es considerada todavía como un acto delictivo por

⁶³ Salazar Mallén, M, Papel del Estado en la etiopatogenia de la conducta anti-social. *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962. p. 660

presentarse la mayoría de las veces como una conducta privada que se maneja dentro del grupo familiar incluso como una forma de vida natural; pero es claro que la situación anterior puede ser el origen de una “reacción agresiva propiamente delictuosa cuya causa anti-social tiene características que la hacen diferente del delito común, o sea que ocurre con un gran componente agresivo que no se explica ni por las circunstancias ni por las consecuencias (“utilidad”) del delito mismo. No se entiende por qué los rebeldes “sin causa” roban y agreden sin tener el motivo socialmente aceptado para el robo o para el ataque”.

Según Salazar, lo anterior tiene que ver con los conceptos que se tienen sobre la adolescencia y juventud, pues la rebeldía ha sido asumida como una actitud propia de los jóvenes que puede llegar a considerarse como un acto delictivo que con frecuencia ha sido relacionado a la denominada “delincuencia juvenil” porque en ocasiones opera bajo muchas de las condiciones anteriores, de ahí que se justifique la intervención del Estado o cualquiera de sus instituciones sociales a fin de detener lo que ellos perciben como una ola de violencia y criminalidad emitida contra la sociedad, por eso se justifica la intervención represiva del Estado, dadas las reacciones de los jóvenes que son visualizadas como altamente peligrosas por lo que requieren ser intervenidas inmediatamente, en este sentido Salazar señala que desde el punto de vista de los delitos cuyo examen se ha hecho, la reacción más peligrosa del Estado es autoritaria y violenta. “Frente a los actos juveniles anti-sociales los funcionarios montan en cólera y contestan a una agresión con otra, se hacen “redadas” de jóvenes que frecuentan lugares “sospechosos”, y los encarcelados son vejados y exhibidos despectivamente ante el público, sin ahorrarles los malos tratos y los golpes. El resultado inmediato ya se conoce, la hostilidad y la agresividad aumentan en relación directa de la intervención policíaca autoritaria y brutal y la “delincuencia juvenil”

así contaminada, amenaza a convertir a los jóvenes delincuentes en delincuentes comunes⁶⁴.

Al respecto Prado habla de que al concebir la rebeldía como un riesgo a la salud mental de los jóvenes y con el fin de prevenir la delincuencia juvenil se ha buscado la atención mediante la participación de consejeros adultos en la educación, médicos, psicólogos o trabajadoras sociales, quienes tienen como encargo la reintegración social de estos muchachos, en la que por cierto han reportado buenos resultados sus intervenciones en casos de conducta colectiva antisocial “rebeldía”, que todavía no se considera como un acto propiamente delictivo y cuyo tratamiento quiere precisamente prevenir que se llegue a la conducta criminal, lo cierto es que a pesar de los resultados reportados como positivos hasta ahora no se ha logrado el objetivo de prevención, sobre todo porque desde el diagnóstico de estas conductas se reporta su origen en varias causas que muchas veces no se pueden prevenir. Según Vejar las causas que producen una conducta antisocial en el menor pueden ser agrupadas en tres capítulos: 1) orgánica o funcional, podrán imputarse al individuo alteración orgánica o funcional individual. Como el retraso mental 67% de los jóvenes que han ingresado al Tribunal de Menores del Distrito federal, tienen un coeficiente mental de 50 al 89% de lo normal y que, aunque su edad cronológica es de 12 a 15 años como promedio, su edad mental más común es de 7 a 9 años. También se encuentra el trauma obstétrico, craneo encefálico, encefalitis; 2) Hablaremos primero de la familia; 3) Perturbaciones neuróticas y psicopáticas del adolescente⁶⁵.

⁶⁴ Salazar Mallén, M, 1962, op. cit. p. 660

⁶⁵ Prado Vértiz Antonio, Symposium sobre la Conducta Antisocial de la Juventud, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962. P. 633.

Atender a este origen dice Prado, habla de la necesidad de establecer medidas adecuadas para evitar la delincuencia juvenil o en su defecto la adaptación social, lo cual implica implementar medidas eugenéticas, psiquiátricas, económicas, políticas, constitución de un medio humano homogéneo moral jurídicamente hablando, evolutivo a través del tiempo. Se habla de la humanización de las medidas, es decir, construir un tratamiento ambulatorio que sustituya el internamiento pero sobre todo que vincule estos problemas sociales con los sistemas educativos, correctivos y reeducativos antes de llegar a la aplicación de sistemas jurídicos que han demostrado métodos rehabilitatorios poco prácticos y con deficientes resultados en la solución de los problemas de los jóvenes.

Para este modelo la adolescencia es un riesgo, la salud de los jóvenes se ha concebido y tratado como una situación originada por las precarias condiciones económicas, como resultado de factores familiares que conforman la delincuencia juvenil, el delito motivado por pasiones y emociones, y finalmente el delito originado en la debilidad mental.

1. La delincuencia juvenil condicionada por las precarias condiciones económicas.

Varios son los autores que mencionan las condiciones de vida de los jóvenes como el origen de muchas de las conductas delictivas, resultado de la exclusión, discriminación y agresiones de que son objeto, en medio de una serie de limitaciones culturales, emocionales, económicas y en general por la falta de opciones de desarrollo que tienen estos muchachos, en sus trabajos el doctor Buentello⁶⁶ enfoca a la delincuencia como un problema social, lo analiza en su aspecto técnico, como un problema de socialización más que de rehabilitación por lo cual requiere un tratamiento para el menor delincuente. El autor

⁶⁶ Dávila Guillermo, Comentario al trabajo del Dr. Edmundo Buentello, *Gaceta Médica del México*, Tomo LXXXV, No. 3, mayo- junio, 1955, p. 353- 354.

hace hincapié en la pluralidad de los factores que conducen a la llamada “delincuencia juvenil”, e indica que, para resolverlos, la Sociedad debe empezar por criticar, en sí misma, los errores que llevan al individuo a delinquir y a partir de eso proponer medidas que puedan solucionar el problema.

Vejar⁶⁷ por su parte, menciona que el hombre tiene un temperamento proporcionado por la herencia, su carácter y personalidad son condicionados por el medio, es decir, que las condiciones en las que se desarrolle el joven van a influir en la constitución de esa personalidad, de ahí que sea necesario: “conocer cuáles son las fuerzas que mueven a nuestras comunidades, cuáles son sus ideales, cual es la doctrina a la que siguen y qué meta esperan alcanzar. Por corto de vista que uno sea advierte que son ostensibles el afán de poder y el deseo de enriquecerse; se persigue la fuerza a través del dinero, pero con éste se busca también comodidad y placer. Si se preguntará a un niño norteamericano que desea hacer cuando sea grande diría: “yo quiero ser millonario”, esta actitud no es de una nación sino de todas, del mundo occidental, del mundo moderno.

Satisfechas las necesidades, la utilidad del dinero se desvanece y el almacenar más de lo que uno necesita, es decir, el volverse rico, ya no aumenta la felicidad y, por el contrario es a menudo signo de desdicha, de vida turbulenta y llena de complicación

Esta mentalidad emerge de una sociedad individualista y consumista, en donde se pondera el poder y el estatus, por lo que en casos donde hay limitaciones económicas y culturales, las consecuencias seguramente serán la frustración y la búsqueda de satisfacción de tales deseos a costa de cometer delitos o agresiones, continúa mencionando Vejar, no solo las condiciones económicas sino también la exposición de los jóvenes a ciertos estilos de vida

⁶⁷ Véjar Lacave Carlos, 1962. Op. Cit. P. 653.

y parámetros de apreciación de la persona van encarnando en los cuerpos y en las actitudes de los jóvenes:

Para este autor, sería interesante analizar, de trescientos sesenta y cinco días, qué es lo que dicen los diarios a ocho columnas; podríamos advertir sin duda que se refieren, la mayor parte de las veces, a la guerra fría, a las explosiones atómicas, a calamidades, desastres y amenazas; y así por el estilo, a actitudes negativas que tienden a mostrar a la juventud que el camino del éxito es el camino del poder, que el que más tiene más puede, y que aquél que no se adapta a las ambiciones, al atropello, a la explotación de los más por los menos, está destinado a fracasar.

Existen páginas y páginas, secciones completas para el deporte, para la industria, para la economía en general; otras para el comercio, para sociales y diversiones; pero una mención para los jóvenes y adultos que laboran en la austeridad de las aulas, bibliotecas y laboratorios, forjando con su esfuerzo la patria del futuro, no recibe apenas publicidad.

Pero la violencia y negación de los jóvenes tiene además otros cauces a partir de los cuales se manejan ciertos valores tanto a nivel individual como colectivo, en ellos el cine y la televisión tienen contribuciones importantes, ahí se promueven, valores, estilos de vida, estereotipos y actitudes que lejos de construir en ellos un carácter fuerte y decidido los lleva a construir deseos y necesidades frustrantes al no poder alcanzar las condiciones o modelos proyectados en esos medios, pues continúa diciendo Vejar: No es evidentemente desde este punto de vista la comunidad actual el medio adecuado para exigirles a nuestros adolescentes un cabal sentido de los valores humanos. Cuantos films hay en los cuales el héroe es aquel que a través de medios ilícitos, actuando sin escrúpulos y engañándolos, triunfa en negocios que tienen más de robo y atropello que de operaciones comerciales.

En ese mundo de ilusiones y fantasías los adolescentes caen presos de sus propios deseos y al tratar de satisfacerlos reciben clasificaciones o estigmatizaciones que obedecen a actitudes que ellos dirigen para lograr los sueños prometidos, una de esas clasificaciones es la conocida como “rebelde sin causa”, ampliamente promovida en los años sesentas cuando los jóvenes exigían su derecho a aparecer y ser escuchados, su origen al parecer proviene de una película: “Rebelde sin causa”, hecha por un actor norteamericano, palabra que nadie se ha preocupado de bien definir ya que eso de sin causa es mentira, pues las causas sobran, y en cuanto a lo de rebelde, hace falta distinguir la rebeldía infecunda que combate toda forma de sociedad por su incapacidad para adaptarse a ella, de la del joven revolucionario que combate una sociedad para forjar otra mejor... Igual puede decirse de las juventudes existencialistas. No saben lo que son ni lo que quieren; todavía no he encontrado un joven de este tipo que explique la interesante doctrina filosófica que aparentemente sirvió de base a este absurdo movimiento⁶⁸.

Esta invasión de estándares dirigidos hacia los jóvenes tiene que ver con el desarrollo de la tecnología, la cultura y los valores de una civilización cada vez más hostil y apabullante que ve en los jóvenes un amplio espacio para su expansión, ahora con una cultura de la globalización, pero en los años de 1960 con el auge de la industrialización y los sueños de los países subdesarrollados de llegar a un mercado de libre competencia con los más avanzados, pues como mencionan las sociedades civilizadas pero conservadoras “estas actitudes, sin embargo, no son propias de la comunidad de nuestra ciudad o de nuestra patria, las compartimos con todas las naciones que contemplan azoradas este libertinaje

⁶⁸ Véjar Lacave Carlos, La comunidad como factor etiopatogénico de la conducta antisocial de la juventud, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962, p. 654

juvenil que es más acentuado en los países de mayor civilización que en los de escasa cultura, lo cual prueba que no siempre va acorde la civilización con la ética, enfatiza Vejar. El producto de este tipo de cultura y sociedad, indudablemente que ha tenido sus efectos en la conducta de los jóvenes sobre todo en lo relacionado a la escolaridad, las oportunidades de trabajo y las actividades productivas, pues como lo muestra el estudio hecho por Talayero y Petra⁶⁹ de una población de 186 varones menores infractores internos en 100 casos elegidos al azar, con edades entre 9 y 16 años, recluidos en centros de rehabilitación juvenil, cuya escolaridad de los menores es pobre pues más del 50 por ciento están en el analfabetismo y el segundo año de primaria. Es importante hacer hincapié que están detenidos y se les obliga a estudiar; pero el nivel escolar no avala los conocimientos que teóricamente deberían tener, menos de los que están entre el 2º y el 4º grado de primaria, ignoran que nuestra patria se llama México, no saben hacer operaciones como sumas y restas de un dígito y llegan a confundir los hechos de Hidalgo, la lectura es entrecortada y de comprensión muy elemental y necesitan releer varias veces el mismo párrafo para captar la idea fundamental.

Los que tienen familia, con mucha frecuencia está se encuentra desintegrada por la separación o muerte de alguno de los padres y en general las condiciones socioeconómicas son del estrato bajo. La mayoría son familias numerosas con una mala educación, lo que trae como consecuencia que no pueden controlar al menor.

Oficialmente estos menores ingresan por: robo 48%; delitos contra la salud (fármaco dependencia) 18%; el 16% por razzia la policía va recogiendo a los vagos, mal vivientes y desprotegidos sociales; el 7% por violación; 4% por vagancia, 3% por homicidio; 1% por

⁶⁹ Talayero J., A., y Petra Micu I., Algunos Aspectos de la Delincuencia Juvenil en el Distrito Federal, *Salud Mental*, Vol. 2, no. 1-2, 1979, p. 11-14

lesiones y 3% por diversos incidentes menores (incorregibles), la familia los lleva por no poderlos controlar, cuando se investiga al menor, acepta otro tipo de actividades y así tenemos que el 77% admitió ser ladrón, 13 jóvenes que ingresaron por fármaco dependencia, el 50% que ingresaron por robo admitieron algún tipo de adicción; el 58% de los menores inhalan cemento y los demás se distribuyen entre thinner, activador, marihuana, pastillas etc.

De 100 casos estudiados por estos autores, 40 por ciento admitieron tener actividades sexuales, de ellos 29 jóvenes en forma heterosexual, 6 homosexual y 5 hetero y homosexual, los homosexuales fue por dinero en la mayoría de los casos. Los que tenían relaciones hetero y homosexuales, afirman que en sus relaciones homosexuales eran para obtener dinero pero que llegaban a preferir relaciones heterosexuales.

De los tres casos de homicidios, uno de ellos fue en riña, aunque se presentan otros motivos en los que generalmente la madre los ingresa al tribunal debido a que es incapaz de poderlos controlar y llevar por el sendero que ella o ellos consideran adecuado. Lo anterior, aunado al momento histórico que vive el país, da como resultado que las posibilidades de rehabilitación de los menores sean pobres y en ocasiones utópicas. El autor concluye, que visualizar la regeneración, vida honesta y dignificación a través del trabajo y la superación, es un panorama de ingenuidad en comparación con lo atractivo que es la vida hedonista que proporciona el vivir delinquiendo, sobre todo para jóvenes que en un alto porcentaje son analfabetas, sin tener un oficio para ganarse la vida honestamente y sobre todo con la imposibilidad de trabajar, dado que son menores de edad y la Ley lo impide.

Los pronósticos para estos jóvenes los distribuye de la siguiente forma: el 39% tiene un pronóstico negativo pues solo viven de, por y para el robo o la fármaco dependencia. El 44% caen en un pronóstico reservado, dependiendo de la familia, el aprendizaje de un

oficio y el control del consejo tutelar, el 17 por ciento están poco maleados y su estancia en la escuela puede considerarse más bien negativa y se recomienda su externación de esta institución.

Otros puntos de vista respecto al tema son los estudios de Sotelo y cols.,⁷⁰ en los que mencionan que las actitudes delictivas en los jóvenes se acentúan en gran medida debido a las condiciones socioeconómicas, familiares y a las adicciones, sus hallazgos indican que en los últimos 20 años las lesiones por actos violentos en niños y adolescentes, han aumentado en México; su estudio retrospectivo observacional y descriptivo de los casos afectados por lesiones con arma punzo-cortantes en niños y adolescentes fue realizado en el Estado de Sonora. La mitad de los pacientes eran toxicómanos, y en 5 las lesiones fueron intencionales, los autores concluyen que para reducir el problema de la violencia entre los adolescentes se requiere del esfuerzo conjunto de: familia, sociedad, maestros, procuradores de justicia, abogados, médicos y comerciantes, aseguran que las acciones aisladas generalmente fracasan.

Vejar en un estudio hecho en Ciudades de Navojoa, al Sur del Estado, y en Nogales, en la frontera con Estados Unidos mostro resultados similares, coinciden algunos de estos factores y el incremento en los hechos violentos en los que la participación de adolescentes del sexo masculino fue la regla en el caso de las lesiones intencionales, según el aumento registrado en los últimos cinco años. El área anatómica lesionada tuvo relación con la agresividad y fue directamente proporcional a la intención de causar daño, afectando más al tórax y al abdomen. Llama la atención que el mayor número de acciones violentas con arma

⁷⁰ Sotelo Cruz Norberto, Cordero Olivares Andrés, Woller Vázquez Rodolfo, Sandoval José Francisco, Heridas por armas punzo-cortantes en niños y adolescentes, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2 Mar.-Abr. 1999, pp. 46-50.

blanca, ocurrió en estos lugares donde han proliferado en los últimos años grupos de adolescentes integrados en pandillas. Respecto a los casos atendidos en el hospital, la mayoría fueron de nivel socioeconómico bajo, predominando sexo masculino; los actos violentos relacionados con pandillerismo ocurrieron en tres de cada cuatro casos; la mitad de ellos eran adictos a drogas.

México, como otros países de América Latina opina Vejar, se ve afectado por este fenómeno, por un lado, porque esto tiene implicaciones directas en la atención médica, en vista de que los lesionados ameritan un servicio de rescate eficiente y la recepción de los heridos en salas de urgencias con personal capacitado. Respecto al tratamiento, en las lesiones del abdomen, en las que se presentó estado de choque por pérdida sanguínea hubo necesidad de intervenir con urgencia a los pacientes para la reparación de la herida o el cierre de la perforación. En las lesiones producidas por armas punzo-cortantes que involucran al tórax y al abdomen fue necesaria la utilización de procedimientos de diagnóstico como ultrasonografía y laparoscopia, que ahora son de uso común; por otro lado, desde el punto de vista terapéutico, fue necesario mantener conducta expectativa con ciertas lesiones, como las hepáticas y renales. Lo anterior indica según el autor, que los servicios de salud no han sido suficientes para resolver el problema, pues se han dedicado exclusivamente a la atención de pacientes y se ha dejado de lado la prevención y la educación que se ha promovido desde la medicina, pues si bien hace falta que los jóvenes se hagan conscientes y responsables de sus actos, también lo es, la transformación de los valores respecto a la vida y cuidado tanto personal como colectivo, en el entendido de que vivir es la acción para la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales, espirituales, de socialización, en fin un sistema de convencia consigo mismo y con lo que les rodea.

Cosa que se ha perdido entre los jóvenes, donde esta imperando una emoción transformada en ira y agresión.

Nuevamente como en el modelo higienista, se vuelve la vista hacia la escuela como espacio para la educación y formación de los jóvenes a fin de que se trabaje en el cambio de valores y actitudes que están alterando los sistemas de vida, y están cortando las expectativas en muchos de ellos al ser violentados en su integridad o ellos mismos violentar a sus iguales hasta convertir sus actos en un delito, y con esto cerrarse los caminos hacia una vida plena, pues en el caso de las agresiones cuando se cristalizan en la pérdida de la vida de los otros los jóvenes llegan a conformar los grupos reclusos ya sea en los tribunales para menores o en centros de readaptación social; por tanto la escuela, segundo hogar, no debe servir exclusivamente para enseñar las ciencias y las artes, sino debe mantener en forma permanente una tarea educativa, que muestre un estilo de vida moral, tratando de estructurar el alma del adolescente en estas etapas escolares en que el maestro, al igual que los padres, tienen una influencia definitiva. La escuela debe entender que la formación moral del individuo es la que hará más tarde el clima moral de la comunidad.

Así a la escuela se le asigna como función importante el cultivo de los valores y la moral, y en ella los jóvenes aparecen como población vulnerable a la que hay que formar porque es en ella en la que recae el peso de las carencias económicas, afectivas y de estabilidad familiar y social, como indica Véjar⁷¹ ellos son solo los depositarios de muchas de las problemáticas existentes en la familia, en la escuela y en la sociedad, de ahí que insista en que “la comunidad en que vivimos no puede acusar a los jóvenes de algo en lo que los adultos somos tan culpables o más que ellos en el contexto de las condiciones socioeconómicas”.

⁷¹ Véjar Lacave Carlos, 1962. Op. Cit. P. 655-656.

Partiendo del punto de vista de este autor habría que cuestionar varias de las propuestas hechas por Sotelo y cols., en relación al cuidado y atención de la conducta delictiva en los jóvenes como: 1. Legislación más estricta para portación de armas y prohibición de venta de armas punzo-cortantes a niños y adolescentes; 2. Control de los grupos delictivos (pandillas); 3. Revisión rutinaria de bolsas para útiles escolares en planteles educativos; 4. Combate al narcotráfico; 5. Penalización a comerciantes expendedores de thinner y otros volátiles usados como estupefacientes; 6. Integración de asociaciones de vecinos contra la delincuencia; 7. Restricción de programas televisivos y en medios masivos de comunicación que exhiban actos violentos; 8. Modificar el sistema judicial con revisión de penas para adolescentes; y 9. Encaminar esfuerzos a obtener apoyo del núcleo familiar.

Vemos que estas medidas no van a decrementar las acciones agresivas y violentas de los jóvenes, pues como se aprecia son medidas remediales y represoras que no alteran realmente las condiciones de vida de este grupo poblacional, además de que en la actualidad varias de ellas han sido puestas en práctica sin obtener buenos resultados como lo demostró Sotelo, porque realmente la conducta agresiva tiene que ver con un origen al que todavía no se ha llegado. Quizá en el trabajo terapéutico de la delincuencia infantil o juvenil convenga retomar lo planteado por Dávila sobre la pluralidad de los factores implicados, por lo que para resolverla, la sociedad debe empezar por criticar, en sí misma, los errores que llevan al individuo a delinquir... Al analizar en su aspecto técnico la etiología y terapia de la delincuencia infantil y juvenil, afirma que el tratamiento de un menor delincuente, no es un problema de rehabilitación sino de socialización⁷²

⁷² Dávila Guillermo, 1955, op. Cit., p.353- 354

2. Factores familiares que conforman la delincuencia juvenil

La familia juega un papel muy importante en la estabilidad emocional y social de los niños y de los jóvenes, pues a partir de los vínculos afectivos y de atención que se prodigan a sus miembros, estos desarrollarán una personalidad integrada o las carencias afectivas, económicas, culturales facilitan que se presenten actitudes problemáticas entre las que se encuentran los actos delictivos que aparecen cuando los jóvenes han sufrido de carencias económicas o afectivas por parte de sus padres, cuyos resultados son los sentimientos de incompreensión, los resentimientos, frustraciones o ira como se señala Buentello⁷³ “en el niño antisocial, producto de una familia autoinsuficiente en los sentidos biológico, moral, económico y educacional o sociológicamente; y el medio circundante es el factor más poderoso en la génesis de la llamada delincuencia juvenil, aunque a la vez sea innegable la acción de las tendencias individuales que hacen, por una parte, que el menor sienta más y resista menos la obra criminológica del medio, y por otra, cuando esas tendencias son constructivas, difícilmente neutralizan ese mismo medio social. A las tendencias hereditarias se suman las adquiridas, y éstas lo son también por influencia del medio, cuyas fuerzas formativas dinámicas, son directas o indirectas.

Un estudio realizado por Prado⁷⁴, respecto a la función que la familia ha tenido en la construcción de la conducta delictiva, le permitió hacer una clasificación de los delincuentes juveniles que se conforman de acuerdo a las condiciones socioeconómicas que viven en áreas urbanas. En su investigación tomó como base los ingresos económicos a partir de los cuales hizo algunas clasificaciones, derivando los siguientes grupos:

⁷³ Buentello Edmundo, Algunos aspectos de la etiología y terapéutica de la delincuencia infantil y juvenil en México. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, No. 3, mayo-junio, 1955. P. 343

⁷⁴ Prado Vértiz Antonio, Symposium sobre la Conducta Antisocial de la Juventud, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962. P. 631-639.

1) Primer grupo.- La situación económica de este grupo es de miseria. Cualitativamente la dieta es casi exclusiva de hidrocarbonados. La familia de este grupo, en una gran mayoría, esta desorganizada. La figura paterna es cambiante y nunca permanente, y el hogar prácticamente no existe. Indica la ausencia de la familia como tal y la inestabilidad económica del hogar. La habitación tiene por característica el hacinamiento y la insalubridad, formando el llamado cinturón de miseria de la ciudad de México.

Teóricamente los jóvenes provenientes de este tipo de familia deben trabajar para su subsistencia como ayudantes o aprendices en la industria de la construcción, mecánica y transporte, con salarios siempre inferiores a los de ley. Estas circunstancias de miseria, trabajo mal pagado o desocupación completa e insalubridad permanente, produce en ellos una depresión crónica, que en ocasiones tratan de superar con un agresivo seudomachismo al que añaden la ingestión de un alcohol barato, que les da un amplio impulso de destructividad.

Sus actos antisociales, en orden de frecuencia según muestra la siguiente tabla son en primer término delitos sexuales, en segundo lugar ataques contra la propiedad (robos de accesorios de automóviles, raterías en mercados, tiendas, etc.) y en tercer lugar delitos de agresión contra personas o contra la autoridad.

2) Segundo Grupo.- En su mayor parte son hijos de obreros calificados, empleados, profesionistas y burócratas. La familia está constituida normalmente. La figura paterna es débil y borrosa. La nutrición es satisfactoria, económicamente hablando, plagada de defectos dietéticos. Ocupan la pequeña casa en propiedad "edificio de departamento" multifamiliares gubernamentales. Carecen de espacios abiertos y campos de deportes. La familia se ha preocupado por su educación. Una

característica muy importante en este grupo es la alta deserción escolar. Ocupan empleos mal remunerados, variables y transitorios en el comercio o en la industria. Son jóvenes que anhelan vivir como los de las clases adineradas, como les faltan recursos económicos sufren grandes frustraciones y resentimientos. Estas características producen en estos muchachos una inseguridad emocional y sentimientos paralizantes de minusvalía que tratan de compensar con una crítica excesiva a cuanto les rodea, con una agresividad extrema, constituyen las bandas o bien son el elemento humano de los grandes alborotos populares en los espectáculos deportivos, mítines y huelgas, causando grandes destrozos en la propiedad privada y pública. Los jóvenes mayores de 15 años, cometen agresiones sexuales en forma de ultraje al pudor, los cometen en grupo y usando la violencia. Sus actos antisociales intrafamiliares, casi nunca tienen intervención de la ley particularmente el robo a los padres, la fuga permanente del hogar, la prostitución y actos de violencia.

- 3) Tercer Grupo.- Son familias bien constituidas, pero con numerosas fallas internas. La figura paterna está ausente sólo se ve como pagador o tesorero. La madre es una figura decorativa, toda la familia se encuentra ahogada en una serie de compromisos sociales que se traducen en una fiesta continua. Su nutrición es adecuada. La habitación es de inmejorable calidad. Su educación en escuelas particulares o en el extranjero. Practican toda clase de deportes, usando el automóvil (continuamente propio), viven llenos de ostentación, lujo y negación de todos los valores espirituales, con complejo de superioridad. No reconocen ninguna autoridad, detrás de ellos siempre está el poder, el dinero y la influencia del padre, y sostienen, como filosofía de vida, que todo puede arreglarse con dinero.

Sus delitos principales son de lesiones producidas en accidentes automovilísticos, con el agravante de ebriedad. La riña colectiva o individual, después delitos sexuales, ataque a muchachas de su misma condición o de la llamada clase media. Estas ofensas casi nunca llegan a los tribunales, por arreglos matrimoniales, por silencio de la ofendida o por olvido. Es común el robo intrafamiliar, o la estafa o el abuso de confianza, las perversiones sexuales, el exhibicionismo y la homosexualidad forman parte de la conducta antisocial de estos jóvenes.

Como puede observarse según este autor, el tipo de delitos es una característica de la condición socioeconómica en que se encuentran los jóvenes, pero también lo es la consecuencia de sus actos, pues cada clase social se aproxima a la atención y tratamiento de la conducta con los recursos que posee, de tal forma que los jóvenes y adolescentes pueden entender que su conducta es un problema o que puede cubrirse con las apariencias si el nivel socioeconómico permite cubrirlo. Aquí lo importante es el tipo de atención que reciben para asumir sus actos, porque como menciona el mismo autor: Será el niño o adolescente con problemas de conducta, la fuga, la pequeña prostituta, el adolescente agresor, ya sea aislado o en grupo, el homicida, el suicida, etc., algunos de estos jóvenes van acumulando pequeños o grandes actos antisociales hasta que llegan en conflicto con la autoridad. En otros la primera ofensa es tan grave, homicidio por ejemplo, que ella misma los lleva al juez correspondiente. En nuestra ciudad, en uno y en otro caso, son estudiados por el Tribunal de Menores y reciben el tratamiento correspondiente.

Desde luego que el acceso y defensa ante este Tribunal, también va a estar definido por los recursos que posee la familia y las necesidades de readaptación que ellos perciban para sus hijos, lo que se sabe es que en familias con escasos recursos económicos son las mismas madres quienes solicitan la atención, en tanto que en familias poderosas son los mismos

padres quienes buscan impunidad o soluciones para que los menores evadan su responsabilidad en los actos delictivos, o simplemente el buscar no ver manchado su estatus social o vulnerada su posición hace que ellos encubran o justifiquen las actitudes de sus hijos.

Por otro lado, los jóvenes que han cometido delitos y que han sido sometidos a algún tipo de tratamiento pueden percibir la problemática y justificarla de distintas formas como ejemplo se puede citar la intervención que hizo Remus⁷⁵ con jóvenes que habían participado en el conflicto estudiantil de 1968, que consumían drogas y consideraban tener tensiones con sus padres. Usó una técnica que denomino Investigación con Técnica de Discusión Dirigida (GDD).

Los temas más frecuentes de problemática surgidos de lo GDD son: tensiones entre padres e hijos, los jóvenes y la política nacional, el alcoholismo del adulto “equiparable” a la drogadicción juvenil, el ajuste sexual y discrepancia de los roles masculino y femenino en vez de la imagen de roles complementarios, prostitución, prejuicios religiosos y competencias deportivas. Lo que los jóvenes reportan es que su actitud se debe a la existencia de:

- 1) Lucha de generaciones, discrepancia entre lo que se dice y piensa y lo que se hace.
- 2) Profundo pesimismo respecto a la “política del gobierno”, aspiran a un gobierno “bueno”, pero critican y resienten el desenlace del problema estudiantil de 1968.
- 3) Adicciones a mariguana y otras drogas. Elevada letalidad por el consumo y la combinación de varias.

⁷⁵ Remus Araico José, V. aspectos psicoanalíticos de los problemas juveniles en establecimientos de educación extraescolar. Investigación con técnica de discusión dirigida. *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 211-220.

- 4) Problemas de identidad sexual, preferentemente en los hombres. Enorme interés por el conocimiento de anticonceptivos e información de planificación familiar
- 5) Tendencia a la promiscuidad y prostitución encubierta (amor libre). Existe más la actitud de aprovechar y humillar a la mujer.
- 6) Ausente el freno culpigeno contra impulsos instintivos derivado de la religión, siendo más frecuente el desprecio y desilusión por las instituciones religiosas.
- 7) La actitud hacia los deportes es de un entusiasmo pasajero y cambiante
- 8) Tienen un alto nivel de delincuencia potencial, además de un bajo nivel de organización de la personalidad.
- 9) Existen pocos líderes potenciales. a) Existen necesidades de la población que las instituciones oficiales deben procurar aliviar. b) es una población rechazada sobre todo cuando tienen rasgos delincuentes, no se acepta ni como voluntaria en los Centros para el Bienestar Familiar del IMSS. c) Centros de la SEP se pueden convertir en “verdaderos clubes comunales” organizados en diversos niveles de edad y de intereses.

Estás conclusiones, confirman lo que otros autores ya habían mostrado, que los jóvenes en nuestro país no cuentan con oportunidades para desarrollar su personalidad dentro de los estándares de salud, productividad o creatividad, por el contrario sus actos son criticados y castigados en tanto que no se sujeten a los criterios adultos o de la autoridad. Ya desde los años sesentas se hacia hincapié en estas condiciones de los adolescentes y desde luego en la participación que las instituciones tanto familiares, como sociales, educativas y jurídicas tienen en el trato que reciben, según puede leerse en el artículo de Millán⁷⁶: “por lo anterior, he dicho alguna vez que en México está prácticamente prohibido ser joven: a unos hijos

⁷⁶ Millán Alfonso, *La familia*, Gaceta Médica del México, Tomo XCII, No. 8, agosto, 1962, p. 648.

hay que hacerlos trabajar, ganar su vida desde niños. Deben ser hombres muy pronto. A otros se les pide que sigan siendo sumisos, como niños, aún ya jóvenes. El mexicano sufre, en suma de una hipertrofia de la familia que alguna vez llamé “familitis”. Los vínculos de la sangre son en ella muy poderosos.

Finalmente, los ideales y pautas que la familia transmite a sus hijos en la sociedad actual, son fundamentalmente mercantiles. La autoridad anónima del comercio impone modas, artículos de consumo, maneras de ser, ideales y también ídolos que imitar, usando modernos medios de difusión... Se obtiene así el tipo de familia que requiere nuestra industria: una familia conformista y sumisa, consumidora de artículos e ideas, cómplice inconsciente en la deformación que sufren los hijos.

Se podría agregar, que las instituciones comercializan los estilos de vida, pero los padres difícilmente se percatan de las formas en que están construyendo el futuro de sus hijos, pues para ellos es importante principalmente la subsistencia y en muchos casos, dar a sus hijos lo que ellos no tuvieron, por lo cual se empeñan en proveer de cuestiones materiales, dejando en segundo término la afectividad, atención y comprensión de sus hijos jóvenes.

Tiene razón Buentello cuando menciona que en el tratamiento de la conducta delictiva debe empezarse por señalar el tratamiento de los errores de conductas infantiles y juveniles a partir de tratar los errores de conductas posibles de los adultos y de los encargados de la terapéutica, pues como indica: Al lado del tratamiento individualizado que requiere cada menor, es necesario comprender la influencia de la constelación mediata e inmediata del niño y facilitar, orientar y tratar sociológicamente los problemas de relaciones humanas del núcleo familiar y colectivo a que el niño pertenece, para que pueda tener algún éxito nuestra intervención.

Acorde sobre el punto anterior, y aunque es fácil entender que los problemas criminológicos de infancia y juventud constituyen una especialidad no accesible a medidas de terapia solamente asistencial, ni solamente pedagógica, la resultante obligada, que el Departamento de Prevención Social ha empezado a poner en práctica, es la necesidad de solicitar la correlación y la coordinación intersecretarial, de tal suerte que se recurra a los organismos específicos para la resolución de cada faceta especial de la problemática de la delincuencia juvenil⁷⁷.

Al hablar de la formación del carácter y personalidad del niño, hacemos referencia a Velasco, quien insiste en el predominio de ciertos rasgos de la familia que intervienen para desarrollar esos aspectos, uno de los que han tenido mayor impacto es la aplicación irracional de la autoridad ejercida principalmente por el padre en nuestro país, con esa actitud los progenitores niegan el reconocimiento y respeto a la individualidad del niño, por lo que se promueve una conducta pasivo receptiva de los hijos debido en muchas ocasiones a que la madre está sujeta también a la autoridad del esposo y muestra una actitud ambivalente hacia los hijos sin ejercer su autoridad: “Tales manifestaciones psicopatológicas se han encontrado en los niños remitidos a la Clínica de la Conducta, de mayor a menor: dificultades de aprendizaje, hipercinesia, inatención, agresividad, inestabilidad emocional, ansiedad, inhibición, aislamiento, intolerancia a las frustraciones, organización neurótica del carácter y manifestaciones psicóticas. Dentro de los problemas de aprendizaje los más frecuentes son la dislexia, disgrafía, baja capacidad de concentración, asociados o no a la oligofrenia.

⁷⁷ Buentello Edmundo, Algunos aspectos de la etiología y terapéutica de la delincuencia infantil y juvenil en México. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, No. 3, mayo-junio, 1955. P. 343

El diagnóstico de “síndrome de daño cerebral mínimo” es bastante común... el de esquizofrenia infantil casi es excepcional”⁷⁸.

El objeto de remarcar estas problemáticas y otras derivadas de la disfunción familiar, argumentan los médicos es que pueden ser tratadas de manera preventiva a la conducta antisocial, puesto que se ha venido mencionando una estrecha relación entre ambas, porque como señalan las necesidades emocionales, los abandonos y en ocasiones los castigos de que son objeto los menores debido a sus inconformidades o confrontaciones con la autoridad los llevan a ser considerados como infractores en potencia. Concluyen en que los sistemas educativos y de salud pueden intervenir de manera adecuada ante tales conductas, ya en 1955 se visualizaba que era necesario atender a los jóvenes desde la medicina antes que someterlos a un tratamiento jurídico: “hemos venido preconizando la instalación de una Clínica de Conducta, sin nada que huelga a jurídico, como una consulta externa sencilla y revestida del prestigio del médico, previamente a la llegada del menor al Tribunal, y si es posible, eludiendo a éste, salvo en los casos previstos por la ley que se verían también aminorados”⁷⁹.

3. *El delito motivado por pasiones y emociones*

Al parecer todo individuo va en busca de la efímera felicidad promovida desde los sistemas socioeconómicos y culturales en que vivimos, así lo indican cada vez más estudios psicológicos, antropológicos y humanistas, entre otros. Digo efímera porque ser feliz quiere equipararse a obtener la armonía y estabilidad permanente y esa búsqueda lleva a los

⁷⁸ Velasco Fernández Rafael, III. los trastornos de la conducta en el escolar mexicano, *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 203-204

⁷⁹ Buentello Edmundo, 1955. Op. Cit. P. 347.

jóvenes a vivir diversas emociones desde la alegría hasta la ira y frustración al no alcanzar más que momentos o instantes de gozo, pues como sabemos la sociedad individualista y consumista característica de los sistemas capitalistas lo que busca es que los seres humanos construyan deseos y sentimientos de posesión de objetos, de personas, de emociones, etc., con lo cual las emociones son exacerbadas al máximo a fin de lograr cada vez más “poder”, “objetos materiales”, “posesiones” y el no llegar a cubrir sus metas también les provoca esas emociones. En la búsqueda por cubrirlas se llega a realizar diversas actividades desde el trabajo asalariado hasta conductas delictivas como el robo, el tráfico, el fraude, en fin muchas más, de ahí que sea importante considerar lo que señala Buentello: “Todo delito tiene en el fondo la misma explicación que hemos adaptado al delito llamado pasional. Los delitos contra las personas, los delitos políticos, los denominados delitos sexuales; en todos ellos la búsqueda de la satisfacción y más profundamente de la felicidad, parecen evidentes. Qué son las compensaciones que habla el psicoanálisis, qué la “inmadurez”, sino el desequilibrio entre las tendencias y las realidades sociales”⁸⁰.

Atendiendo a este principio de la satisfacción y cubrir necesidades creadas, se ha explicado la conducta delictiva, vinculándola a sentimientos como la represión, la envidia, la venganza o sentimientos de inferioridad por ejemplo, al tiempo que se delimita y construye la conducta delictiva como resultado de pasiones o emociones, para justificar la participación de los sistemas medico legales y fundamentar una forma de intervención o readaptación.

a) El delito como una forma de venganza hacia la

⁸⁰ Buentello Edmundo, 1955. Op. Cit. P. 97

Si las condiciones de vida precarias en que vive gran parte de la población en nuestro país niegan las oportunidades de desarrollo personal y la satisfacción mínima de muchas de las necesidades creadas por el sistema mercantilizado, lo cierto es que si construye un sistema emocional en el que la disparidad entre individuos produce sentimientos de incapacidad, frustración y venganza no solo hacia las instituciones, sino hacia todo lo que esté fuera del alcance individual y colectivo; o por lo menos esa es una de las explicaciones que el modelo médico legal proporciona para explicar el origen de la delincuencia en los distintos grupos sociales, pues como se menciona: “Otro grupo, el más pequeño, parece determinado a castigar al mundo por haberles causado enojo, depresión o frustración; consumen drogas esperando ser descubiertos o bien las comercian con el afán de ser arrestados para que sus padres y familiares sufran la angustia que ellos mismos sienten. Son autodestructivos, pareciéndoles que la muerte es la única tregua, por lo que frecuentemente asumen conducta o pensamiento suicida⁸¹

Quizá se podría decir, que ese pensamiento suicida es una etapa previa y sucesiva a la aparición de actos delictivos, pues al parecer no solamente se presentaron emociones de enojo y resentimiento hacia la familia y la sociedad, también viene la culpa por no haber podido estar a la altura de lo que se esperaba de los delincuentes, es decir, el pensamiento suicida origina sentimiento de incapacidad e inferioridad pero al mismo tiempo deseos de vengar las carencias a las que se les sometió.

⁸¹ Calderón-Narváez, Guillermo, El problema de dependencia a drogas en la juventud de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p. 380

b) El complejo de inferioridad conduce a la conducta delictiva

Los sentimientos de inferioridad se gestan en un ambiente en donde impera el poder y muchas ocasiones el abuso de autoridad, así el que domina con sus actitudes prepotentes, déspotas, imperativas va debilitando la personalidad del dominado, que construye creencias y sentimientos de incapacidad sobre sí mismo, de poco valor, poca confianza, en fin sensaciones que le hacen desarrollar una baja autoestima. Desde la literatura se habla de que estos individuos, están proclives a cometer delitos como una forma de manifestar su impotencia e incapacidad: “Es decir, también proyectan al exterior la causa de su incapacidad. Pero además, esta parálisis de voluntad, no sólo se refiere al cuerpo, sino que afecta el comportamiento moral. Siendo un hombre bueno durante sus remisiones, durante los accesos, roba, agrede, incendia, o actúa aparentemente como un hipócrita perverso en sus *raptus*”⁸².

Desde el modelo médico legal se han buscado explicaciones sobre estos sentimientos, señala Buentello, haciendo estudios de laboratorio y experimentos “mediante estimulaciones tálamodiencefálicas que han producido una verdadera delincuencia experimental, además de haberse producido otros fenómenos en su conducta: “en la historia fenómenos similares, respecto a la voluntad, e igualmente en diversas intoxicaciones, toxinas colibacilares, tuberculosos, biliares, etc. También en algunas perturbaciones hipofisiarias, infantilismos y adiposo-genitales... Los traumas emotivos, las causas de honor, la miseria, el hambre, los factores sociales perturbadores del equilibrio egoaltruísta, actúan de manera preponderante sobre los niños y los adolescentes aún inmaduros desde el punto de vista de la integración”⁸³.

⁸² Edmundo Buentello, 1954. Op. Cit., p.109.

⁸³ Edmundo Buentello, 1954. Op. Cit. p. 111

Sin embargo, aun no se ha logrado establecer diagnósticos concretos que permitan aclarar ampliamente el origen y desarrollo de la conducta delictiva, lo cierto es que se cometen delitos frecuentemente y esto según algunos autores ocurre debido a estos sentimientos de inferioridad que están poco explicados desde cualquier ciencia y particularmente desde la medicina, pues los individuos que las padecen muestran una variabilidad de factores y causas en su origen, como menciona Buentello, los casos no son conocidos ampliamente, pero hay algunos que vale la pena mencionar en modo especial, como por ejemplo el llamado “síndrome de Nitzcheísmo”. Este síndrome comprende incapacidad (de simpatía) por el hombre y el medio humano, afectividad muy viva dirigida hacia la naturaleza (bosques, animales), actividad genital totalmente separada de los sentimientos (el placer sexual separado de la procreación y de afecto), sufrimiento personal por no poder adaptarse. Rencor y odio que generan deseos de dominación, exterminio y venganza, todo lo cual da origen a la moral de los “dueños y los esclavos.

Esta explicación nuevamente retoma las teorías de la moral, la búsqueda de la felicidad y las afecciones neurológicas para dar cuenta de los eventos delictivos, se quiere llegar a la conformación de una teoría integral que unifique los criterios para definir perfiles que den cuenta del joven delincuente, pues otra vez señala el autor las causas orgánicas o psíquicas o sociogénicas, actúan en último análisis produciendo sufrimiento en el individuo, ya por falta de unidad interna, ya por desarmonía, ya por inmadurez. El individuo busca su escape a través de la búsqueda más o menos transitoria de la felicidad.

De acuerdo con este autor, aquí se reúnen, pues, las opiniones que hemos venido mencionando para constituir ahora una unidad. Por una parte, las declaraciones de Pende en el Congreso; por otra, la tendencia de Baruk, en el sentido de la psiquiatría moral y de la

conducta; por otra más, en el sentido de las doctrinas antropológico-psicológicas en la teoría de la felicidad; y finalmente, los trabajos clínicos sobre la postencefalitis.

A decir de Buentello, sus hipótesis se pueden ejemplificar en un caso, así aporta la historia de un individuo asesino, en el que el autor hace una descripción y dos interpretaciones para clasificar la conducta delictiva, la cual se retoma para mostrar cómo este modelo clasifica a los individuos para justificar la intervención médico psiquiátrica y jurídica, respecto al individuo menciona su declaración: “si nadie se mete con uno, somos buenas gentes, pero si le hacen algo...”, su expediente dice que mató porque es más o menos anormal; según esta hipótesis, la sociedad no debe vengarse de él, pero tiene derecho a defenderse de él y recluirlo para que no se siga dañando.

Otra de las explicaciones de Buentello, lleva a la psiquiatría moral de Baruk, desarrolla la idea sobre la unidad estructural en la que se indica que “mata o viola la ley para ser feliz”, al tiempo, que conduce también a la hipótesis de Fromm sobre las relaciones humanas, por ejemplo el delito por celos como resultante de un sentimiento de inferioridad. El sujeto proyecta al exterior un problema íntimo, se siente infeliz, pero al desconocer y no poder destruir dentro de sí mismo, ese conflicto, crea fuera de sí la figura amenazante, mecanismo proyector conocido en la paranoia y en la histeria, y expresa su ira en contra de figuras del exterior en las cuales puede ejercer su poder, de ahí que sean la mujer y el rival los depositarios de sus sentimientos.

La de los instintos primitivos de poder, es una más de las explicaciones de Buentello, según la psicología de Adler y las reacciones de defensa social, a partir de la cual el sujeto ya no mata, pero enloda, insulta, exhibe sadismo vengativo, impone condiciones leoninas o encuentra ingeniosas torturas morales. Volviendo al caso de los matrimonios, el sujeto se divorcia porque no puede encontrar dentro de este los medios estructurales para conseguir

su felicidad. Aunque buscar establecer una relación de pareja se constituye en el mecanismo para conseguir felicidad, los individuos quieren mantenerla pero al no para lograrlo se frustran y reaccionan agresivamente ya sea hacia la pareja o hacia la sociedad quien no les provee de tal tranquilidad. Se dice que al agredir o matar, el sujeto siente que ha desaparecido lo que le torturaba, pero las consecuencias de ese acto (es decir su encarcelamiento) pronto lo hace ubicarse en su realidad en donde aparecen nuevos agresores para su vida como el director de la cárcel o la misma sociedad que le ha empujado al delito. Así las autoridades se convierten en el mecanismo de difusión de sus sentimientos de infelicidad, que se concreta nuevamente en una persona por el efecto del mecanismo proyector ya explicado, a partir del cual se vuelve a explicar el origen de los nuevos delitos en el sujeto y la cadena de reincidencias cuando no se logra su readaptación. Una última explicación sobre el mismo caso, muestra como el sentimiento de inferioridad conduce al delito a través del estudio psiquiátrico de la personalidad del sujeto (JOMSA); comienza con la descripción física: su aspecto es repulsivo (aspecto de batracio), tiene más de 135 homicidios, en sus procesos intelectuales sigue la ley psicológica del menor esfuerzo, apariencia de solidez del biotipo atlético. Se trata, de un individuo muy agresivo, que trata de disimular la agresividad sin lograrlo y que tampoco logró una integración satisfactoria de su sexualidad, lo que le causa mucha angustia y le hace susceptible de despertar su agresividad. Es un exhibicionista, con una evidente hipertrofia de la personalidad. Su táctica defensiva o peculiaridad inherente es falsear lo hecho y existe fabulación, no a la manera de la compensación de las amnesias, sino de las neurosis. Los criminólogos que adscriben este caso lo denominan “el síndrome del pistolero”. Este síndrome presenta una agresividad que se pudiera llamar “de gatillo”, pues es un individuo

que vende sus servicios y su persona “para cometer delitos y crímenes”, en estos delincuentes se reconocen sentimientos y una situación intelectual de dependencia.

El síndrome del pistolero está constituido jurídicamente hablando de tres agravantes: premeditación, alevosía y ventaja; porque son personas que la sociedad utiliza para resolver sus problemas como es el caso del sicario, quien sirve a los mandantes al vender su mano asesina. Desde luego que este es un hecho jurídico que debiera castigar tanto al mandante como al mandatario. Esta explicación hace referencia a individuos con un evidente complejo de inferioridad que resalta en la dependencia y en la necesidad de sobrecompensación, que desde el punto de vista criminológico se ha enmarcado como caso de oligofrenia moral equivalente a la antigua esquizofrenia de Clerenbault.

Bajo estos conceptos e interpretaciones de médicos y abogados, se señala que ciertos tipos de delincuentes como éste, no se encuentra necesariamente una marcada herencia psiquiátrica, pero sí una marcada herencia agresiva y la costumbre de la impunidad de los delitos, además del poder de la posición encumbrada, el producto de la confluencia de factores determinantes que coinciden con una personalidad infantil de un niño que nunca ha tenido un error familiar, la falta del concepto del “semejante”, la falta absoluta de socialización de un ser que, sin embargo, es utilizado como pistolero, es decir, socialmente se le usa a pesar de su asociabilidad, o tal vez, precisamente por eso⁸⁴.

El estudio concluye en que esto es una filosofía que pone en duda la ejemplaridad de las penas, el raciocinio vicioso de origen del delincuente homicida, la perversidad constitucional de los antiguos penalistas y los grandes trastornos de ajuste social y de la esfera lógica. Habla de la importancia de tratar los errores de conducta en establecimientos

⁸⁴ Este tipo de delincuente es producto de una época, cristalización de factores negativos que contribuyen a la formación de la personalidad humana, son “un sapo” (mote que le fue puesto por el General, a JOMSA, y que le conviene en más de un sentido).

especiales, principalmente cuando se refiere a casos de menores, hace hincapié en la necesidad de los tribunales de menores y antes de éstos en las clínicas de Conducta; porque en este caso se trataba de un muchacho que a los 14 años, estuvo en la Penitenciaría de Durango junto con los grandes (delincuentes adultos) porque no había correccional, había como 10 o 12 delincuentes jóvenes más, lo cual habla de un proceso de readaptación más difícil pues se enfrentan a condiciones que superan las condiciones de su edad.

c) Represión

La teoría de las represiones fue desarrollada por Freud en el campo de la medicina, fue retomada para explicar la conducta delictiva, considerando que las actitudes, deseos e impulsos sexuales desaprobados por la sociedad son reprimidos por las personas debido a la fuerza de la autoridad y su impacto en el individuo; en la familia la fuerza de la autoridad la ejerce el padre y son los jóvenes quienes reciben mayor impacto debido a que en nuestra sociedad la figura paterna es la transmisora de leyes o normas de comportamiento a partir de su forma de actuar, así el carácter, ambiciones o ideales del varón son reproducidos consciente o inconscientemente por los miembros de la familia, Millán⁸⁵ menciona, “aquí debo hacer notar que la represión no comprende solamente los deseos psicosexuales, los instintos destructivos y antisociales a que hizo referencia Freud, se dice que también las instituciones sociales y sus representantes: los padres, maestros, directivos, sacerdotes, etc., son represores en potencia; por su parte Fromm indica que también la sociedad contemporánea es altamente represora, en ella se reprime más lo positivo, lo creador y constructivo, que lo instintivo o negativo, explica que para el hijo dentro de la familia es

⁸⁵ Millán Alfonso, 1962, op. Cit. p. 648.

importante adquirir la posesividad y dominio que el padre ejerce sobre los miembros de la misma, incluida la madre, este autor da poca importancia a la fantasía de tener relaciones sexuales con la madre que es la base de las represiones según la teoría de Freud.

Desde la teoría de las represiones, la ambivalencia que aparece en el hijo como producto de los sentimientos contradictorios y opuestos hacia sus padres hace crisis en la adolescencia, en este momento se desplazan los sentimientos de rechazo hacia otras figuras de autoridad al no poder dirigirlos hacia su padre, sobre todo cuando estas hacen que reprima sus impulsos o se los castiga; la reacción de los jóvenes se manifiesta con conductas hostiles hacia adultos u otras figuras que intenten reprimirlos como los maestros por ejemplo, continúa Millán “Los sentimientos hostiles contra éste, serán desplazados contra el maestro de la escuela, la figura paterna sustituta o subrogada; o podrán actuar contra la autoridad representada por los reglamentos, el jefe, la sociedad... Nos interesa el mecanismo llamado desplazamiento, que se define por sí mismo: los impulsos reprimidos o castigados por el padre, que es agente inconsciente de conducta, tratan de actualizarse, realizarse o llevarse a la práctica. Cuando son hostiles no pueden ni siquiera expresarse contra el propio padre, autoridad respetada y temida”⁸⁶.

Desde las teorías psicoanalíticas, estas represiones van a afectar la conducta de los jóvenes haciendo posible que aparezcan los trastornos de la personalidad, principalmente las neurosis cuyo origen ubican en un conflicto individual que puede estar vinculado con la conducta delictiva: “siempre que exista conflicto individual entre las tendencias y las represiones... Un sujeto, dotado de sus fuerzas instintivas de tal modo enérgicas o no

⁸⁶ Millán Alfonso, 1962, op. Cit. p. 95.

canalizadas por la cultura y la educación, al abrirse paso frente al medio, las transforma en fuentes destructoras, y producen el delito⁸⁷.

Al igual que los trastornos de personalidad, las conductas de alcoholización han sido vinculadas ampliamente con la ejecución de delitos ya sea para conseguir el alcohol, por los efectos que tiene el propio consumo o por las consecuencias que trae el consumo excesivo para la comunidad y para el individuo, pues algunas de las conductas derivadas son: el robo, la agresión, el maltrato y la muerte principalmente producto de los accidentes, sobre todo cuando se presentan en jóvenes que no tienen acceso a sistemas educativos, pues como lo reporta el estudio hecho por Buentello con jóvenes estudiantes y no estudiantes, en el que encuentra que el consumo de alcohol de los que estudian y el de los que no estudian no es significativamente diferente, aunque sí hay diferencias en la cantidad que consumen porque los hombres que no estudian beben más alcohol y con mayor frecuencia que los que estudian. Los adolescentes que no estudian parecen estar más expuestos a consumirlo porque sus normas sociales relacionadas con el alcohol son más liberales y eso hace que tengan un nivel de permisibilidad más alto, además de que perciben una mayor disponibilidad hacia el alcohol debido a que les es fácil conseguirlo con amigos o parientes cercanos, o simplemente comprarlo en las tiendas; conseguir alcohol no parece ser una tarea difícil para ellos. También se percibe ese consumo como un medio para relacionarse socialmente y no como un peligro de desarrollar dependencia o algún padecimiento por el alcohol.

Calderón considera que alcoholizarse o consumir otro tipo de droga es una forma de reprimir las emociones que tienen los jóvenes, al tiempo de que exalta conductas que en otro estado están inhibidas y desplazan los deseos que experimentan como inalcanzables cuando no han bebido, entre ellos el sentido de poder y la dificultad para expresar

⁸⁷ Buentello Edmundo, 1954. Op. Cit, p. 93-117

emociones auténticas o hacerse responsables de sus miedos, tristezas e inseguridades, como lo señala: el consumo de este tipo de productos se ha visto considerablemente aumentado en los últimos años, especialmente entre los jóvenes, dato que debe interpretarse como un índice de los tiempos que corren, y el hecho debe ser comprendido a la luz de los cambios socioculturales que vivimos. Las drogas están jugando un papel en el equilibrio psicosocial de muchos jóvenes, facilitándoles expresar su desafío a la autoridad y a las convenciones sociales, así como satisfacer su anhelo exaltado de aventura.

El más grande grupo constante de consumidores de drogas lo forman quienes las usan para “escapar”, llenos de sentimiento de ira y depresión, siendo incapaces de establecer una comunicación adecuada con sus padres acerca de sus problemas o bien de hacerles frente⁸⁸.

El escape es la principal función que tienen tanto el alcohol como las drogas, les permite a los jóvenes ocultar u olvidarse temporalmente de las situaciones a las cuales no pueden o no quieren hacer frente, pero que les permiten vivir “bien” y sobrellevar condiciones de abandono, soledad e inconformidades que son parte de su vida en este momento y a las cuales prefiere sublimar en vez de resolver en la mayoría de los casos, pues los estudios recientes muestran que el alcoholismo y la drogadicción son las principales afecciones vividas por esta población.

Desde luego que la actitud que tienen estos muchachos obedecen a las expectativas que como usuarios tienen respecto al consumo, a partir de las cuales no sólo predicen, sino también les permiten diferenciar el consumo problemático del no problemático. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría⁸⁹ respecto al alcoholismo encontró que por ejemplo, mientras los bebedores sociales tienden a tener expectativas más de tipo social al

⁸⁸ Calderón-Narváez Guillermo, 1972, op. Cit. p. 380.

⁸⁹ Mora-Ríos Jazmín, Natera Guillermina, Juárez Francisco. Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo de jóvenes. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 2, abril 2005. P. 82- 89

consumir alcohol, los bebedores excesivos esperan que el alcohol incremente su potencial de conducta agresiva y sexual, y que a la vez, reduzca el estrés o la tensión. Además se encontró que las expectativas individuales interrelacionaban la tensión psicológica a aspectos sociales como la expresividad verbal y la desinhibición, en tanto que las expectativas grupales a la sexualidad, la reducción de la tensión psicológica y al incremento de la agresividad y de los sentimientos de poder.

Bajo esta lógica de expectativas y deseos, los estudios sobre alcoholismo han vinculado su campo de acción dentro de la medicina con la puesta en práctica del modelo psiquiátrico con el cual se busca evitar que los jóvenes tengan un problema de salud, que superen su situación emocional y que caigan en un problema de tipo legal, sobre todos si se toma en cuenta que las expectativas respecto al alcohol como facilitador de interacción social son uno de los principales predictores del uso y abuso de esta sustancia, lo que permite contemplar además factores medioambientales en la construcción de programas de prevención a fin de que puedan cuestionar las normas culturales, los factores familiares y culturales que promueven esas creencias relacionadas con el consumo como medio para disfrutar, satisfacción, de facilitación de la interacción social y de estados placenteros positivos, al igual que como una respuesta socialmente adecuada para hacer frente a los sucesos negativos que surgen en la vida diaria.

4. El delito originado por debilidad mental.

Concebir a la adolescencia desde un concepto problemático nos lleva a fijar en ella características o limitaciones que si bien ocurren como parte del proceso de esta etapa de la vida, no necesariamente tienen que vivirse como una crisis, sin embargo, desde este modelo

de estudio médico, se visualiza al joven en ese proceso y la conducta antisocial como una consecuencia derivada de estas condiciones de vida, definen a la adolescencia como “un proceso de cambios hormonales que conlleva también importantes cambios en la conducta, pero sean éstos biológicos o psicológicos en la reafirmación de sus cualidades intrínsecas, la realidad es que no es por esto, en sí mismo que se puede explicar el acto antisocial y menos la conducta criminal”⁹⁰, aunque si se deja entrever la alusión a estos cambios como una posibilidad de participación en tales actos, la explicación que hacen desde este modelo es que los jóvenes viven con gran intensidad su vida afectiva y emocional y en muchos casos no miden las consecuencias de sus actos que en sí mismos pueden ser delictivos.

Se aprecia que desde esta explicación se visualiza al joven como una persona incompleta al igual que a los retrasados mentales, a los infantes e incluso a las mujeres, y que debido a esa incompletud hay ciertos factores que pueden generar conductas antisociales, haciendo hincapié en que factores anormales que condicionan la conducta antisocial, Velasco por ejemplo concluye que ésta puede obedecer a los siguientes tipos de fenómenos generales:

- 1) Constituciones genéticamente anormales condicionadas o determinadas durante el desarrollo o por enfermedades encefálicas intercurrentes.
- 2) Fenómenos de desajuste emocional y social, derivados del proceso de maduración del niño y principalmente del adolescente, y
- 3) Reacciones condicionadas por un ambiente desfavorable, considerando éste tanto en el aspecto familiar y local como en general o universal.

⁹⁰ Velasco Suárez Manuel M., Etiopatogenia en el individuo, *Gaceta Médica del México*, Tomo XCII, No. 8, agosto, 1962, p. 640- 645.

Y continúa diciendo que en el adolescente "...con un "cerebro íntegro malformado, que ocurren las implicaciones más extraordinarias que se refieren a la socialización..." Tratando de conseguir apariencia de persona mayor recurre a la realización de actos que se consideran típicos del adulto, como fumar, tomar alcohol, trasnochar; en la mujer pintarse exageradamente, y con gran frecuencia se amplifican tanto estos hechos que se traducen en conducta francamente antisocial. Velasco señala que no es posible identificar todos los actos antisociales con anomalías de conducta pues no necesariamente son de conducta anormal, sólo aquellos que no se ajustan a las prescripciones institucionales, hoy por hoy identificadas como normas sociales, caen dentro de esta clasificación, termina indicando que "No es excepcional que algunas enfermedades durante el embarazo, el trauma obstétrico, la anoxia neonatorum, las graves intoxicaciones del feto o del recién nacido por gases anestésicos, la acción de los Rayos X y ahora de otras radiaciones, las deficiencias vitamínicas o de corticoides y las enfermedades carenciales en general vulneren más o menos gravemente al sistema nervioso central y esto acarrearía naturalmente, obstáculos diversos en los procesos de aprendizaje, de adaptación y principalmente de raciocinio superior para pensar más en los demás, lograr el concepto de la dignidad humana y respetar la ley y principalmente la vida de otros"⁹¹, lo cual lleva nuevamente a considerar este tipo de deficiencia como causa de actos delictivos.

Aunque es importante mencionar que estudios recientes se ha demostrado que la conducta antisocial no necesariamente tiene que ver con anomalías, sin embargo en los años 60s era difícil para los servicios de salud separar la adolescencia de algunos tipos de "anormalidades" como ellos las denominan.

⁹¹ Velasco Suárez Manuel M., 1962, op. Cit. p. 641

Con lo anterior, queda claro que si por un lado se habla de que las anomalías no son señales de ninguna determinación con la conducta antisocial, por otro lado se indica que si hay un fuerte vínculo con esta, lo que significa que la misma adolescencia al ser considerada como una etapa en la que ocurren una serie de cambios físicos y mentales puede ser asumida como una anomalía, por lo que reiteradamente la van manejando como anomalía y esta como el origen de conducta agresiva y en grado mayor delictiva, como puede apreciarse en el siguiente fragmento: “el débil mental es frecuentemente problema de conducta, pero por la destrucción de cosas y objetos y/o perturbación momentánea del medio, pero no necesariamente y con muy poca frecuencia se convierte en agresor de la sociedad: su infracción a la norma supone responsabilidad y menos debe ser objeto de acción punitiva sino de asistencia médica, psicológica y educativa especializada⁹²”.

Entonces, puede decirse que los servicios de educación especial son la antesala y medios de prevención a la conducta delictiva en este tipo de sujetos, sin embargo, se percibe la idea de que tales anomalías y necesidades especiales de atención también se hacen patentes en la adolescencia porque se habla de que “en muchos jóvenes con historia de delincuencia, los registros electroencefalográficos presentan signos de retraso y de desorganizada integración de las funciones cerebrales”, lo cual significa desde estas concepciones que los adolescentes tienen las mismas necesidades que los discapacitados, y por lo tanto requieren de tratamientos especiales: “conviene por lo mismo, la creación de Servicios de Higiene Mental, de Clínica de Conducta en cada estado de la federación en los que aún faltan, lo mismo que Tribunales para Menores y Casas de Tratamiento, y Servicios de Prevención

⁹² Velasco Suárez Manuel M., 1962, op. Cit. p. 642

Familiar, que aparecen como medios indispensables de profilaxia de la conducta infantil y juvenil⁹³.

Para cubrir las necesidades de este campo, en la medicina aparece la paidopsiquiatría, como la especialidad a la que “corresponde principalmente el conocimiento, la sistematización y el tratamiento de los trastornos psíquicos del escolar, aunque por supuesto su enfoque es sólo una parte de la atención multidisciplinaria; puede notarse que esta especialidad se relaciona específicamente con la inserción de la medicina a las escuelas por visualizarse como “una disciplina médica nacida en cierto modo ligada a los problemas pedagógicos planteados por el niño anormal, por lo tanto, debe enfocar su campo de acción a “una institución que pertenece al sistema educativo nacional, que está en contacto directo con el maestro de escuela y que se ocupa del escolar abordándolo desde diversos ángulos, incluido el psicopedagógico”⁹⁴, podría decirse que inicia la atención psiquiátrica infantil bajo la concepción de educación para la salud dirigida a los educandos en su espacio educativo y que está directamente vinculada a las dificultades en el aprendizaje y la conducta en relación con aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los estudiantes, y con las condiciones institucionales tanto de los maestros como de la administración; al respecto Velasco habla de que la paidopsiquiatría debe encaminarse a la atención de los problemas escolares, haciendo una clasificación de estos en tres grupos: 1) todos aquellos trastornos de conducta que dependen de las características del medio escolar: dificultades de aprendizaje, inadaptación escolar, inmadurez, desorientación y otros, puede estar íntimamente ligada, lo mismo que su modalidad conductual, a la administración de la educación, las condiciones prácticas de la escuela; 2) las manifestaciones psicopatológicas: el niño va estructurando su

⁹³ Buentello Edmundo, 1954. Op. Cit. p. 116

⁹⁴ Velasco Fernández Rafael, III. *Los trastornos de la conducta en el escolar mexicano*, Gaceta Médica de México, Vol. 4, agosto, 1972, p. 201.

carácter, aspectos familiares, la educación recibida en el hogar y las influencias culturales, factores constitucionales; 3) trastornos de constitución biológica de los niños: herencia y acontecimientos ocurridos durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida. Aquéllos que dependen de nuestras deficiencias educacionales: deficiencias en nuestro sistema educativo, capacidad de nuestros maestros, formación profesional, actitudes equivocadas que contribuyen a la creación de problemas conductuales, dificultades de aprendizaje que no son verdaderamente patológicos. Porque la persistencia de esta actitud magisterial puede provocar en el niño una respuesta psicológica enfermiza: sentimientos de minusvalía, timidez e inseguridad.

Desde el punto de vista del autor se hace necesaria la presencia del médico infantil en las instituciones educativas cuyas condiciones pedagógicas y materiales pueden afectar el desarrollo de los menores, porque como menciona en las escuelas consciente o inconscientemente se fomentan en el niño sentimientos de culpa, limitación de sus actividades por el abuso de una autoridad escolar irrefutable y la aceptación sumisa de disposiciones antipedagógicas con lo cual puede llegar a afectarse tanto su desempeño como su conducta. Por otra parte, las condiciones materiales de la educación escolar: los grupos numerosos, la falta de material pedagógico y lo inapropiado de los locales y salones, también contribuyen negativamente para obtener un alto desempeño escolar.

Con la paidopsiquiatría, se busca la atención de estos menores para llevarlos a la salud a través de diversas formas de psicoterapia, de ahí que se implementen servicios de apoyo como los de la psiquiatría, psicología, e incluso sociología, a fin de establecer acciones psicopedagógicas que permitan modificar lo que se considera una desviación de la personalidad, y la rectificación de tendencias, esquemas ideológicos o perseverancia de

pensamiento mágico que conforman las áreas a trabajar, que es lo que se espera de estos servicios para llegar a cumplir el propósito de la educación oportuna.

Los llamados y petición de servicios especiales para los anormales, fueron atendidos en la medida de posibilidades de los sistemas de salud y educativos, pues debe decirse que en el país existen variados servicios de enseñanza especializada para niños con problemas de aprendizaje debidos a trastornos cerebrales, también es cierto que las escuelas de enseñanza especial para retardados son insuficientes todavía en los años setentas y sobre todo que requieren mejorar sus aspectos técnicos, de ahí se aluda a la necesidad de establecer servicios de salud representados por el psiquiatra escolar.

Modelo de intervención – rehabilitación

La labor médica como hemos venido mencionando ha sido dirigida principalmente a la atención o curación de los padecimientos, en el campo de salud de los menores este modelo es el que ha prevalecido desde inicios de la pediatría, cuando es erigida en nuestro país como una ciencia dedicada a la atención de los niños en 1943 y consolidada con la inauguración del edificio del Hospital Infantil de México, promovido por el doctor Federico Gómez, quien también fuera su director. Desde su creación el hospital infantil tuvo como metas dar atención médica en todos sus aspectos a los niños indigentes y débiles económicos; propagar por todos los medios a su alcance la enseñanza de la pediatría a médicos y estudiantes de medicina, y la enseñanza de la enfermería pediátrica a enfermeras graduadas; además de fomentar la producción científica y la investigación de los problemas médico- sociales de la niñez mexicana⁹⁵. Siendo la curación de los niños enfermos, es decir, resolver los problemas de salud de individuos menores de 12 años de edad, su principal objetivo, también se promovieron actividades de enseñanza e investigación a los profesionales con una tendencia eminentemente clínica.

Según Terregosa, tanto la enseñanza como la investigación realizada en ese momento se circunscribió a la descripción de casos clínicos atendidos a granel por los especialistas, más tarde se hace una separación entre estas dos actividades, y por un lado, se busca la sistematización y actualización de la enseñanza, para lo cual se adopta como base el texto de Pediatría de Nelson, porque se pensaba que ello acercaría el conocimiento sistematizado al médico residente y le permitiría contacto con un conocimiento más universal. Por otro lado, respecto a la investigación se comienza a considerar al niño como un paciente distinto

⁹⁵ Torregrosa Ferrales Luis, Cincuenta años de pediatría en el Hospital Infantil de México. Introducción, *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 251

del paciente adulto, que requiere de un manejo y tratamiento adecuado a su edad y a su proceso de desarrollo y crecimiento, por lo cual se comienzan a realizar otro tipo de investigaciones sobre las respuestas propias de la niñez, su reacción a diversos medicamentos y se inicia el manejo de protocolos para las enfermedades más graves y comunes.

En un momento posterior, los pediatras sienten la necesidad de dirigir su política de enseñanza e investigación hacia el conocimiento de las causas físicas, bioquímicas o sociales que intervienen en el origen de los padecimientos que los infantes presentan con mayor frecuencia, pero sobre todo se insiste en la investigación de los problemas particulares de la población desde su origen hasta su tratamiento y se comienzan a crear subespecialidades pediátricas a partir de las cuales surgen laboratorios de investigación que pretenden estudiar padecimientos específicos. Así las necesidades propias de atención a la población infantil y los avances científicos y tecnológicos del campo tanto al interior del país como del extranjero conducen a los pediatras a insertarse en políticas de investigación tanto de protocolos clínicos como de aspectos metodológicos, científicos y estadísticos mediante los cuales se pudiera no solo atender a la población sino también difundir los conocimientos derivados de su trabajo profesional e investigativo. A partir de estos avances en la especialidad pediátrica se comienzan a utilizar técnicas más novedosas, diseños de tipo epidemiológico y se establece un modelo de atención con enfoque de riesgo que contiene medidas más efectivas para el control de estos padecimientos y programas de prevención.

Ya para 1968, la visión que se tenía de la pediatría era la de fomentar el desarrollo de una institución con capacidad de atender a un número cada vez mayor de escolares y adolescentes que requieren no sólo atención a padecimientos físicos, sino también de sus

problemas de adaptación a un mundo cada vez más difícil, y en la necesidad de vincular simbólicamente a una generación de pediatras tradicionales con una más especializada, lo que Federico Gómez llamaba lograr conjuntar en una sola institución “las manos que trabajan, los cerebros que piensan y los corazones que aman”⁹⁶

Con lo anterior queda claro que el hospital Infantil de México fue la primera institución que dirigiera sus esfuerzos a la atención de la situación crítica de salud de los infantes pues se sabe que antes de 1943 se encontraban en situación aún más precaria, porque de una población de casi 20 millones en 1940, el 44% era menor a 15 años y se tenía una mortalidad total de casi el 50% en menores de 5 años. Además existía casi el desconocimiento de enfermedades como la poliomielitis, rubéola congénita y la mononucleosis en los adolescentes y adultos jóvenes, que eran enfermedades resultantes de la exposición de los niños a los microbios en edad temprana.

Kumate⁹⁷ refiere que la forma de expresar las necesidades de atención a los padecimientos de la infancia guía a formas de atención y cuidado, así menciona que “las actividades de salud pública a favor y para proteger a la niñez eran asaz magras: la aplicación del método de Credé para evitar la oftalmía purulenta del recién nacido, la vacunación antivariolosa, la Campaña Nacional Antipalúdica, el preludeo de los desayunos escolares fue la campaña “Gota de leche” iniciada en 1929, así como las acciones de la División de Higiene Escolar en la secretaria de Educación Pública que, en el mejor de los casos, exploraban las agudezas visual y auditiva, referían a grupos de educación especial a los disléxicos, dislállicos y otros escolares con problemas de aprendizaje, así como la enseñanza de hábitos de limpieza

⁹⁶ Cravioto Joaquín, II. Las políticas de enseñanza e investigación. *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 253.

⁹⁷ Kumate Jesús. III. El Hospital infantil de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 354.

personal y colectiva. Lo anterior, remite a un modelo de hacer medicina desde los sistemas de salud.

Ver así la situación de los niños hace que la asistencia comience a integrarse por edades: prematuros, lactantes, preescolares, escolares niños y escolares niñas, aparece la concepción de necesidad hospitalaria con un servicio de prácticamente 24 horas, durante los 365 días del año, implementando por primera vez una jornada de trabajo del médico interno de 34 horas de trabajo por 14 horas libres de descanso y donde los denominados residentes mayores establecían su residencia (casa-habitación) y sus consultorios privados dentro del mismo hospital a fin de dar solución a la problemática.

También se busco la especialización del personal de enfermería con la escuela adjunta que fue el antecedente de los cursos universitarios actuales, sin embargo, esta nueva condición de trabajo de los médicos y enfermeras no fue suficiente para avanzar en la atención a los padecimientos de la infancia, pues la medicina era aún muy atrasada en el país y desde el punto de vista de las autoridades de salud faltaban antibióticos, vacunas, no se practicaban cirugías, ni trasplantes, “la buena voluntad y el samaritarismo no suplían la falta de antibióticos” a decir de Kumate, pues la penicilina se empezó a usar en público a fines de 1944. No había cirugía de corazón, se carecía de quimioterapia anticancerosa, no se habían introducido las vacunas contra el tétanos, la difteria, la tosferina y la tuberculosis. Ni asomo de trasplantes, de corticoesteroides, y eran desconocidas las inmunodeficiencias y la patología autoinmune. No existían servicios de terapia intensiva, el manejo de líquidos y electrolitos era menos que primitivo y la primera infusión parental de potasio impuso a su proponente en esta a la vera del enfermo todo el tiempo de la administración.

El caso de la medicina de los adolescentes, tierra de nadie hasta finales de los años cincuenta fue tomada y desarrollada por el hospital, cultivada con el apoyo de los

departamentos de endocrinología y psiquiatría pediátrica⁹⁸. Aquí aparece por primera vez el adolescente dentro de las necesidades de atención a su salud, a pesar de que para ese momento ya existían 11 hospitales infantiles periféricos del Departamento del Distrito Federal (DDF) surgidos del Infantil de México, y el propio Hospital de Pediatría del IMAN en 1970, después DIF, ahora Instituto Nacional de Pediatría y el Instituto Nacional de Perinatología.

La creación de esta infraestructura sentó las bases para desarrollar un modelo de atención curativa y científica con la instalación de los primeros laboratorios y de tratamientos como la cirugía cuyas contribuciones se relacionaron con descubrimientos como el colibacilos (considerados comensales) *escherichia coli-gomez*; se construyó el primer laboratorio de nutrición en 1948 y tuvo hallazgos como: la clasificación de Gómez, el síndrome de recuperación nutricional, la simplificación de las formulas lácteas, la proscripción de preparados vitamínicos comerciales, las encuestas antropométricas y la unidad extramuros en Tlaltizapán de proyección internacional. A partir de 1953 se fundaron los laboratorios de hematología, inmunoquímica, bacteriología intestinal, nefrología, oncología, virología, endocrinología, alergia, genética y cirugía experimental, así como estudios de vacunación masiva con virus atenuados (Sabin) de poliomielitis. En este mismo año se impulsó la biología molecular y la ingeniería genética que en 1990 aprobó el genoma humano en Estados Unidos.

Se ha dicho que los primeros cincuenta años del Hospital Infantil de México fueron muy importantes en la historia de la medicina, pues abarcaron desde el uso de la penicilina hasta el descubrimiento de las principales familias de antimicrobianos, el surgimiento de la cirugía de tórax, la corrección de las malformaciones congénitas del corazón, el

⁹⁸ Kumate Jesús. 1993, op. Cit. p. 256.

surgimiento de la quimioterapia de los linfomas y de otras neoplasias malignas por ejemplo. Se dice que fue igualmente de importante para la pediatría como especialidad pues accedió a la aparición de enfermedades autoinmunes, las inmunodeficiencias, las cromosomopatías, las enfermedades moleculares y los primeros trasplantes de riñón. Vio llegar al acné y casi desaparecer a la poliomielitis paralizante; se esperaba la desaparición del sarampión, la tosferina y el tétanos neonatal, dado que ha descendido la mortalidad por diarreas en los lactantes y preescolares y ha desaparecido el paludismo, la difteria y la Sífilis congénita, aunque se ha visto surgir el sida y el cólera. La fundación del Hospital Infantil de México ha sido pieza fundamental de la medicina científica, pues a lo anterior se agrega un avance importante en tecnologías que mejoran los medios diagnósticos (tomografía computada, ultrasonografía, resonancia magnética nuclear, gammagrafía, etc.), y se dice que en tratamiento y curación de los padecimientos también ha habido un adelanto.

Al parecer la tecnología ha tenido gran impacto en la atención de los padecimientos en las décadas 80s- 90s donde los problemas de salud de los menores mostraron una tendencia descendente en cuanto a padecimientos como tétanos, poliomielitis, difteria y natalidad⁹⁹ debido a la implementación de este modelo de atención y a programas preventivos como las campañas y días nacionales de vacunación según las instituciones de salud; a los curativos de hidratación oral y el de tratamiento oportuno de las enfermedades respiratorias agudas, aunque a esto también contribuyó la mejoría en las condiciones de vida de la población.

⁹⁹ En el último decenio, la mortalidad infantil en México ha tenido una tendencia descendente; ya que la tasa de 38.8 por mil nacidos vivos en 1980, bajo a 24.1 en 1990. Para cumplir con los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia realizada el 30 de septiembre de 1990. Torregrosa Ferrales Luis, IV. Visión del futuro del Hospital Infantil de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No. 5, septiembre-octubre 1973, p. 358

Si bien en el periodo 1980-1992, se han abatido las enfermedades infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio aparece un problema serio para la salud denominado transición epidemiológica¹⁰⁰ en donde toma auge un grupo de padecimientos formado por anomalías congénitas, tumores, enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición y el metabolismo que ascienden continuamente cuyo diagnóstico como tratamiento requieren de tecnología costosa y de medicamentos de alto precio.

A decir de Federico Gómez a partir de 1994 hay una evolución en el funcionamiento del Nuevo Hospital Infantil de México, con un nuevo edificio resultado de los daños ocurridos por el sismo de 1985, equipamiento moderno y otro enfoque preventivo y de profilaxis de los trastornos mentales psicóticos, neuróticos, del crimen, el suicidio, la prostitución el alcoholismo, todos ellos problemas de tipo social que están afectados a los infantes en ese momento. Es aquí donde aparece el modelo de atención bio –psico- social que pretende asumir al individuo como integral, atendiendo tanto a enfermos como a sanos mediante el uso de técnicas y principios científicos con un sustento “humanitarista”, la pediatría quiere estudiar no sólo órganos enfermos sino interesarse en patrones mentales, emocionales, culturales y en la comunidad. En este momento se dice que al asumir esta postura científica y filosófica el pediatra deja de ser un médico “recetador” que quitaba signos o síntomas de diarrea, tos o fiebre concretándose a conocer el lugar afectado del cuerpo del niño y en aplicar las medidas más eficaces para curarlo; se insiste en que el nuevo modelo no solo va a curar el riñón, el pulmón o la parálisis, sino tratará un todo vital coordinado e interdependiente que integre lo somático visceral, lo psíquico, lo emocional y lo espiritual. Se acepta que el niño era tratado en forma aislada sin considerar su entorno familiar y mucho menos su cultura, pero que una nueva forma de trabajo amplía su responsabilidad,

¹⁰⁰ Torregrosa Luis, 1993, op. Cit. p. 359.

que ya no orienta su acción sólo al órgano enfermo, que ahora su trabajo es más complejo y tardado, que no separa del problema de su paciente a la familia, ni a la comunidad o al ambiente, en resumen se habla de una pediatría en donde la ciencia, la técnica y los conocimientos pediátricos son una parte de la labor profesional que junto con cualidades humanas forman la personalidad humana y social del pediatra.

“La tendencia actual de la pediatría es formar en el pediatra, además de una mentalidad clínica, una mentalidad sanitaria y una mentalidad de higienista mental, que entienda al niño y a la familia, y bajándose de su pedestal académico se humanice y se acerque devotamente al dolor”¹⁰¹. Se acepta que muchos de los problemas que aquejan a los menores no son propiamente anormalidades que él haya originado, más bien son producto del impacto de la situación de la familia o de la sociedad, por ello debe protegerse al niño de agresiones patológicas, mentales y emocionales, ir de la medicina curativa a la preventiva tomando como base la atención a la familia que en países adelantados ha sido muy productiva, dejar solo de vacunarlos contra las enfermedades, tratando de mantener la parte física para ir a su estado mental y emocional, pues el origen y consecuencias de los padecimientos tiene un amplio espectro, comenta Millán:

“No solo en el futuro psíquico del niño se verán las consecuencias de esas relaciones familiares, incluyendo en ellas a todos los miembros de la familia, padre, hermanos, abuelos, etc. También en el presente del niño vemos aparecer trastornos de la conducta, dificultades escolares, comportamientos anti-sociales en los jóvenes, mal llamados rebeldes sin causa, como señaló no hace mucho otro ilustre pediatra, nuestro actual flamante Tesorero, el Dr. Pardo Vértiz, y que llegan a constituir capítulo importante de la delincuencia juvenil.

Una madre posesiva, dominante, autoritaria y manipuladora, influye sobre su hijo en pleno desarrollo, el cual sufrirá de la psicosis más extendida en nuestro tiempo: la esquizofrenia... También se observan conflictos importantes en la génesis de trastornos tales como la anorexia, la enuresis, ciertos síndromes convulsivos o dolorosos, etc.

¹⁰¹ Gómez Federico, Doctrina pediátrica. El ejercicio de la pediatría, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCI, No. 4, abril de 1961, p. 260

Las consecuencias en la vida adulta de esta conducta profesional son muy graves, el niño tendrá desconfianza de sus padres y del pediatra de ser engañado y manipulado y acabará por convertirse o en una desconfianza de sí mismo o en una confianza excesiva en sí mismo”¹⁰².

Al parecer junto con el modelo científico descrito se quiere orientar la medicina pediátrica con una mentalidad sanitaria y de higiene mental señala Gómez, para lo cual se requiere la implementación de condiciones de seguridad sanitaria y servicios de agua potable, higiene en las casas, escuelas, ambiente, nutrición con desayunos escolares y recreación, consultorios clínicos, vacunación, educación, protección al abandonado, etc. Atender a la comunidad debe ser ahora la función del médico para resolver estos problemas y así lograr el bienestar de la niñez y su familia, argumentando que en un país demócrata con razonable adelanto económico, social y político, los niños tienen derecho a disfrutar de seguridad sanitaria en la comunidad en que viven, hechos que se han seguido en países adelantados a fin de disminuir la mortalidad infantil desde la profesión médica, de las instituciones y gobiernos.

1. Origen y permanencia del modelo curativo en nuestro país.

Aunque se ha mencionado que el modelo de atención o curativo ha prevalecido en los sistemas de salud desde el origen mismo de las instituciones, en este caso de la Secretaría de Salud antes con la existencia del Departamento de salud, y reconociendo que subsisten de manera paralela los modelos higienista y médico legal, puede decirse que este modelo se institucionaliza de manera oficial en 1978 cuando la organización Mundial de la Salud

¹⁰² Millán Alfonso, Comentario al trabajo del Dr. Federico Gómez S. sobre el ejercicio de la pediatría. *Gaceta Médica de México*, Tomo XCL, No.4, abril de 1961, p. 266.

(OMS) estableciera los programas de atención primaria a la salud y el movimiento Salud para todos como un nuevo enfoque¹⁰³ que debía imperar a partir de ese momento en el mundo.

Estos programas sustentan el enfoque de intervención-crisis de acuerdo a tres modelos de reforma:

- 1) El mercado interno del sistema inglés. Que tenía como eje central la competencia para la selección de aquellos prestadores de servicios con la mejor relación calidad/precio. La transformación de hospitales públicos en “agencias autónomas” y de algunos médicos de familia en administradores de los presupuestos.
- 2) La competencia pública sueca. Se distinguió del inglés porque el mecanismo de competencia en lugar de buscar ampliar la fuente de proveedores, busco relacionar la remuneración de las diversas organizaciones prestadoras con su capacidad de atraer pacientes y con el cumplimiento de algunas metas de resultado, manteniendo a todas ellas dentro de la esfera pública.
- 3) El pluralismo estructurado de la reforma colombiana. El elemento central del modelo de competencia administrada, en el caso de la población pobre tiene el carácter de subsidio; para el resto de la población la contribución es obligatoria.

Se podría decir que la base del modelo de atención salud para todos del 2000 asumido en nuestro país es el pluralismo estructurado de la reforma colombiana, que al ser adoptado por la Secretaría de Salud en México se guía por tres indicadores: la información, la investigación y el logro, con lo cual se monitorean sus alcances, limitaciones y efectividad definidos de la siguiente manera.

¹⁰³ Soberón Guillermo, Conferencia magistral “Dr. Ignacio Chávez Salud y desarrollo humano. *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No.2, 1999, p. 217- 230

a) Información

Bajo este modelo es necesario considerar la información en salud traducida en indicadores, que permitan llegar a la toma de decisiones, sean de tipo local o central, es necesario, también decidir qué información habrá de retenerse para la toma de decisiones locales y qué información habrá de enviarse a las oficinas centrales para la formulación, implantación y seguimiento de las políticas generales y para su agregación a niveles crecientes: estatal, nacional, regional y mundial.

En relación con la vigilancia epidemiológica, se desarrollo un sistema de información homogéneo que se concentra en categorías específicas como cáncer, enfermedades diarreicas, poliomielitis y sida, entre otras. La información está dividida por géneros, poblaciones urbana/rural y diversos grupos de edades. El sistema además genera boletines semanales y mensuales sobre distintos temas¹⁰⁴.

Informar entonces, se convirtió en una función importante en el campo de la salud, al igual que un recurso efectivo en problemas como el SIDA en donde orientar y educar sobre prácticas de alto riesgo podría llevar a la prevención de los padecimientos. Desde este punto de vista, la información debe ser un método imprescindible en los países en desarrollo que afinen sus estrategias para captar, generar, analizar y convertirla en conocimiento que pueda ser utilizado a fin de alcanzar niveles más altos de desarrollo humano, además de formular e implantar políticas y programas en el proceso información-conocimiento-desarrollo en campos como el de pobreza, al cual se dirijan políticas y acciones para mitigarla.

¹⁰⁴ Soberón Guillermo, 1999, op. Cit. p. 225.

b) Investigación

Siguiendo el discurso de Soberón se retoma a la investigación en salud como dinámica, sea biomédica, clínica o en salud pública, es decir, epidemiológica; para avanzar en el desarrollo humano es necesario consolidar y mantener un buen nivel de investigación científica dado que los problemas son cambiantes y se renuevan constantemente debiendo adecuar las intervenciones a condiciones locales, a niveles de costos y efectividad en la solución de las problemáticas.

En México el área de la investigación biomédica básica ha sido trabajada de forma constante siendo el 39% llevada a cabo exclusivamente en universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV), la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y la Universidad de Guadalajara principalmente; la investigación clínica en 51% se lleva a cabo en nueve de los diez institutos nacionales de salud; la investigación en salud pública 10% en el Instituto Nacional de Salud Pública; hay más del 50% de trabajos publicados con menos del 10% de recursos; el 10% de los investigadores registrados en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) provienen del área de la salud.

c) Logros.

Hablar de logros del sistema de salud implica contemplar cómo se ha comportado la epidemiología de las enfermedades a partir de la atención otorgada a estas y los niveles de bienestar obtenidos por la población, de ahí que sea interesante el trabajo realizado por

Juárez Ocaña y cols., quienes investigaron la tendencia de las seis principales causas¹⁰⁵ de mortalidad en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000, para lo cual hicieron el análisis de fuentes secundarias de información oficial de las cuales obtuvieron las tasas de mortalidad para las causas perinatales, infecciones respiratorias, diarreas, accidentes, anomalías congénitas (AC) y tumores malignos (TM) en una población de menores de 15 años de edad. Encontraron que en todas las edades disminuyeron las causas de muerte por infecciones en más de 90%, y aumentaron las AC entre 120.1 y 160.5% y los TM entre 28.0 y 56.4%. Los accidentes aunque tienden a disminuir son la primera causa de muerte en los niños de 1 a 14 años.

Los datos indican que se debe continuar con los programas para atender las enfermedades infecciosas y establecer nuevos programas para la atención de los accidentes, las AC y los TM en los niños. Concluyen los autores que la mortalidad en general ha presentado los cambios señalados y ha disminuido en forma significativa, sin embargo la población continúa con padecimientos cada vez más dolorosos y con tratamientos cada vez más invasivos a su cuerpo, pues si bien la medicina científica puede aliviar un síntoma o un órgano, lo cierto es que con frecuencia se logra a costa del daño de otros órganos y la aparición de síntomas que pueden ser más severos debido a las sustancias utilizadas en medicamentos o a los reactivos de estudios y tratamientos, al uso irresponsable de la tecnología y a la pérdida del sentido humanitario de los profesionales de la salud. Razones por lo cual se eleva el costo de los servicios y se pierde credibilidad y confianza en ellos.

¹⁰⁵ Juárez-Ocaña Servando,* Mejía-Aranguré Juan Manuel,* Rendón-Macías Mario Enrique,*Kauffman-Nieves Armando,* Tatsuko Yamamoto-Kimura Liria,* Fajardo-Gutiérrez Arturo, Tendencia de seis principales causas de mortalidad en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000. La transición epidemiológica en los niños. *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 4, 2003, p. 325-336.

A pesar de lo anterior, los programas de salud a nivel nacional ponderan beneficios hacia la población con su puesta en práctica, es el caso del programa nacional de la juventud 2008-2012¹⁰⁶ en el que se hace alusión a la inclusión del derecho a la salud sexual y reproductiva en el Artículo 4º constitucional como uno de los logros más importantes por las acciones del gobierno federal. En él se establece el derecho de las parejas a elegir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos, con ello dicen haber logrado el decremento en la tasa de crecimiento anual de 3.3% en 1970 a 1.7% en 1998. La tasa global de la fecundidad se vio afectada al descender de 6.6% hijos por mujer a 2.5 en los años indicados. La prevalencia de mujeres en edad reproductiva que recurren a métodos anticonceptivos alcanza ya el 69% siendo mucho más efectiva en las áreas urbanas que en las rurales, pues la tasa global de fecundidad guarda una estrecha relación con el nivel educativo y con el nivel socioeconómico. En ese mismo año se promulgó la Ley General de Población y se instituyó el Consejo Nacional de Población que da seguimiento a las políticas poblacionales¹⁰⁷.

Otro de los alcances que se pondera desde este modelo, es la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva en 1994 que atiende la salud perinatal, la salud de la mujer y la planificación familiar, vinculados también a la prevención de embarazos no planeados, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción de intervalos, la anticoncepción pre menopáusica, el manejo de la pareja infértil y la prevención del cáncer cérvico uterino y mamario.

¹⁰⁶ Programa Nacional de Juventud 2008-2012. P. 94.

¹⁰⁷ Soberón Guillermo, 1999, op. Cit. p. 225

Respecto a la salud de los jóvenes y adolescentes el logro más significativo es la implementación del Programa Nacional de la Juventud 2008-2012¹⁰⁸, por iniciativa del Instituto Mexicano de la Juventud quien funge como mediador entre los jóvenes y los servicios de salud pública, el cual pretende fomentar estilos de vida saludable con miras a elevar el bienestar y fortalecer el ejercicio pleno de la autonomía de estos, además de promover el derecho a la salud mediante la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, por considerar que los jóvenes enfrentan dificultades de acceso a los servicios de salud, que existe falta de programas de prevención sobre factores de riesgo y de educación sobre salud sexual y reproductiva, así como desconocimiento de los problemas asociados a la nutrición causa de padecimientos como los cardiovasculares y diabetes.

Este programa responde a las demandas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sustenta en el derecho a una salud integral y de calidad que garantice atención primaria gratuita; educación preventiva; nutrición; atención y cuidado especializado de la salud; investigación de los problemas de salud que se presentan en esta etapa como: prevención de alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas; así como el derecho a la educación sexual y reproductiva. Con él se pretende garantizar que disfruten del nivel más alto posible de salud y servicios para el tratamiento de enfermedades y de rehabilitación, la atención de grupos más vulnerables en situaciones de pobreza, la atención del abuso y explotación sexual, protección contra la violencia y promoción de prácticas adecuadas de saneamiento e higiene. La OMS calcula que un alto porcentaje de muertes prematuras y adultos enfermos son resultado de prácticas desarrolladas durante la adolescencia, que se

¹⁰⁸ Programa Nacional de Juventud 2008-2012. Op. Cit. P. 94.

convierten en costos para los sistemas de salud, abandono del trabajo y bajos niveles de productividad¹⁰⁹.

A pesar de las propuestas de programas para jóvenes la realidad muestra una realidad cruda en su salud, pues datos de la SSA indican que actualmente 64.2% de los jóvenes no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social, por tanto no se puede hacer frente a las principales epidemias de enfermedades no transmisibles, a la ausencia de hábitos de alimentación saludables, de programas de actividad física adecuados, a los altos índices en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, a los problemas de anticoncepción, a la creciente ocurrencia de accidentes que son las principales condiciones de riesgo en su salud. Según las estadísticas los accidentes viales ocurren en 37.2% y apuntan a un crecimiento de la prevalencia en jóvenes y adolescentes de 10 a 19 años, las agresiones 15.3%, lesiones autoinflingidas 7.2% y tumores malignos 6.4%. Los accidentes automovilísticos, suicidios y homicidios guardan relación con el consumo de sustancias adictivas, que incrementan hasta cinco veces las conductas suicidas y repercuten en la incidencia delictiva entre jóvenes: en más de la mitad de los delitos perpetrados por éstos, está presente el consumo de alcohol.

Puede verse que los problemas de salud en jóvenes tienen alta incidencia de acuerdo a los resultados de varias encuestas dirigidas a este grupo de edad, como la Encuesta Nacional a la Juventud (ENJ) 2005 en la que se encuentra que el principal problema al que se enfrentan son las adicciones que también es una de las principales causas de morbilidad, por ejemplo el tabaquismo o intoxicación crónica producida por el consumo de tabaco cuya prevalencia es de 7.6% en personas de entre 10 y 19 años y de 10.7% en mujeres de entre 20 y 29 años. Se asocian a estas problemáticas factores como el desempleo, la pobreza, la migración y la

¹⁰⁹ Programa Nacional de Juventud 2008-2012, op. cit.

falta de oportunidades que exponen a la juventud a condiciones de riesgo vinculadas a la violencia, infecciones comunes y de transmisión sexual.

La salud sexual y reproductiva¹¹⁰ ha sido definida como un problema en la juventud porque la edad promedio en la que los jóvenes de México inician su vida sexual es de 16 años y en zonas rurales llega a los 14 años, además de que los jóvenes menores de 25 años contraen la tercera parte de las infecciones de transmisión sexual curables. Por otro lado, se dice que los principales riesgos que enfrentan los jóvenes en el ejercicio de su sexualidad tienen que ver con el embarazo adolescente no planeado, los abortos clandestinos, los abortos por problemas congénitos o de salud materna y las infecciones de transmisión sexual. En nuestro país 15.2% de las jóvenes menores de 20 años ha tenido por lo menos un hijo; en 2005, 21% de los partos en instituciones públicas correspondió a mujeres menores de 20 años.

De acuerdo con la Encuesta Nacional en Salud Nutricional (ENSANUT) 2006, la tasa de embarazos en las jóvenes de menor edad es muy elevada, de 12 a 15 años es de 6 por cada 1000 mujeres; en las jóvenes de entre 16 y 17 años es de 101 por cada 1000 y en las de 18 y 19 años de 225. Se calcula que 22% de las muertes maternas se concentran en mujeres de 20 a 24 años y 13% en aquellas de 15 a 19 años. Otro motivo crítico y de riesgo es el embarazo y posparto que pueden derivar en suicidio.

También la depresión se ha constituido en un fuerte problema de salud física y mental de los jóvenes de ambos géneros, que en combinación con ambientes de conflicto pueden conducir al suicidio. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005

¹¹⁰ el estado de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados con la vida erótico-sexual, erótico-afectiva y reproductiva, es un elemento primordial de la calidad de vida de los individuos, al que las y los jóvenes tienen derecho y que parte en primer lugar del reconocimiento, respeto y cuidado del cuerpo, como espacio de referencia en la construcción de su identidad. Su desconocimiento o falta de apropiación constituye una limitante para su desarrollo integral y la formulación de un proyecto de vida autónomo, Según el Informe sobre Juventud Mundial 2005, en Programa Nacional de Juventud 2008-2012, op. Cit. 102.

(ENEP) 8.8% de la población ha tenido depresión al menos una vez en su vida, las mujeres resultan 1.5% más afectadas que los hombres. El suicidio creció casi 5% anual entre 1998 y 2004; las más afectadas fueron las mujeres de entre 11 y 20 años¹¹¹.

Por otro lado, la deficiente alimentación está causando problemas de crecimiento, maduración física, emocional e intelectual y el óptimo desarrollo de capacidades y habilidades en los jóvenes, aunque no es propio de esta edad pues desde la infancia se encuentran elevados índices de trastornos como la desnutrición, la obesidad y la anemia que afecta a 11.2% de los jóvenes entre 12 y 29 años que se debe a una carencia de hierro, con mayor preponderancia entre las mujeres, quienes tienen mayores posibilidades de padecerla una vez que inician sus ciclos menstruales, durante y después del embarazo. La anorexia y la bulimia¹¹² son trastornos frecuentes en las mujeres de entre 16 y 19 años de edad. Todos estos problemas de salud están asociados a las principales causas de muerte, como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de mama, responsables, según cálculos de la SSA de alrededor de 50 mil muertes al año, en los que además de los deficientes hábitos alimenticios intervienen factores como los estilos de vida sedentarios debidos a la creciente urbanización, a los avances científicos y tecnológicos en la producción de bienes y servicios y a la falta de actividad física o deporte en los jóvenes. En México el 60% de jóvenes entre 12 a 29 años de edad dice no practicar ninguna actividad, 35% de los adolescentes realiza al menos siete horas de actividades, 24.4% entre cuatro a siete horas y el resto menos de cuatro; más del 50% de muchachos de la misma edad pasa más de dos horas diarias frente al televisor según la ENSANUT 2006.

¹¹¹ Programa Nacional de Juventud 2008-2012, idem.

¹¹² Anorexia y bulimia, trastornos de la alimentación caracterizados, en el primer caso por una percepción distorsionada sobre el aspecto propio, amenorrea y el temor obsesivo a subir de peso; y en el segundo, por el consumo de grandes cantidades de alimentos de manera incontrolable y el vómito autoinducido. Programa Nacional de Juventud 2008-2012. Op. Cit. P. 106.

Un padecimiento más que ha constituido una amenaza importante para la salud de los jóvenes es el sida, pues de 11 infecciones promedio por minuto, ocurridas en 2008, 10% son en menores de 15 años.

Con este antecedente garantizar la salud a los jóvenes, sin duda es un reto que debe partir del reconocimiento de la persona, sus capacidades y perspectivas, a partir de lo cual las instituciones en esta materia tendrán que asumir funciones concretas, que a decir del Plan Nacional de Salud 2006-2012, plantea un programa eficaz porque es curativo y se sustenta en la atención y tratamiento de las áreas prioritarias en relación a la nueva epidemiología enunciada: salud sexual y reproductiva, adicciones, accidentes, trastornos de la alimentación, depresión y suicidio, y en menor medida las crónico degenerativas. Desde los ámbitos que atienden la salud de los jóvenes se insiste en que la atención no debe enfocarse sólo a la prevención, también debe dirigirse a una intervención sociocultural que fortalezca el sentido de vida más pleno y modifique sus valores, las expectativas y necesidades, de tal forma que las problemáticas que hasta ahora le sirven como válvula de escape sean erradicadas de su vida y en su lugar se asuman actividades físicas y corporales, de recreación, desarrollo emocional y espiritual que fortalezcan a la persona y su vínculo con lo que le rodea en una nueva relación y convivencia.

Se ha hablado de que este modelo de salud asume a la educación y en particular la de la salud como una plataforma de desarrollo humano, sin embargo insistimos en que no será efectiva si no reconsidera los objetivos institucionales, de servicios y la conceptualización que existe acerca de los adolescentes y jóvenes; si no se constituye un servicio de salud que contemple la atención de este grupo de población con la calidad y la cobertura que apoye realmente la necesidad local y nacional. Se requieren lineamientos de programas de salud que contemplen condiciones claras respecto a los jóvenes, que dejen de considerarlo tan

ambiguamente como “el periodo en el cual el organismo se hace sexualmente maduro, caracterizado por cambios constitucionales, dentro de los cuales el sexo se diferencia ampliamente” u otras formas más simplistas, como “el proceso de crecimiento” o “el periodo entre la pubertad y la madurez”, o bien como “el periodo entre los 12 y los 17 años”¹¹³

En relación a la existencia de servicios de salud y la calidad de los mismos Gómez-Dantés¹¹⁴, presenta los resultados de la evaluación de un programa de la Secretaría de Salud de México (PASSPA), dirigido a la población no asegurada de los cuatro estados más pobres del país, implantado entre 1991 y 1995. Los efectos del programa se evaluaron en tres rubros: 1) cobertura de los servicios; 2) prestación de servicios personales y 3) condiciones de salud de la población objetivo. El Programa impactó de manera positiva la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios en los estados involucrados, las actividades del PASSPA, sumadas a otras acciones, estatales y nacionales, se tradujeron en una disminución importante de la morbilidad y mortalidad secundaria a los padecimientos inmunoprevenibles. Por lo que se refiere al cáncer de cérvix y mama, si bien es cierto que las cifras han bajado considerablemente, los datos de morbilidad disponibles deben interpretarse con cautela, ya que los factores de riesgo no se han modificado de manera sustantiva en la región y las acciones preventivas no se han incrementado lo que se esperaba.

¹¹³ Soberón Acebedo Javier, La actitud de la adolescente por temor, ignorancia o mala información ante la consulta ginecológica, *Gaceta Médica de México*, Vol. 100, No.3, 1968. P. 349-352.

¹¹⁴ Gómez-Dantés Octavio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio, Villa Blanca y López-Cervantes Malaquías, Evaluación de programa de salud para población no asegurada. Assessment of the health program for the non-insured population Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México *Rev. Saúde Pública*, 33 (4): 401-12, 1999, www.fsp.usp.br/rsp

2. *Áreas de intervención*

a) *Contexto de la salud, los sistemas y servicios*

El primer programa de salud¹¹⁵ en México habla de la centralización de los servicios de salud por el gobierno federal desde el Porfiriato en 1876, cuyas funciones fueron regidas por el Consejo Superior de Salud, dependiente del Ministerio del Interior, el cual implementó políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país principalmente. Posteriormente en 1891, se inició la legislación de salud e higiene y se aprobó el Código Sanitario en el Congreso federal.

El 8 de febrero de 1921 se aprueba la creación del Departamento de Salubridad y Asistencia, nombrando al Presidente Plutarco Elías Calles como jefe del mismo al doctor Bernardo Gastélum en 1924. La visión de la salud de Gastélum se apega a un principio de lo funcional promoviendo la creación de decretos, leyes y reglamentos como un mecanismo de presión para lograr cambios. A él se debe la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia tanto en el sentido legal como físico, porque en 1925 promovió la construcción del edificio en el parque la luna en Chapultepec.

La propuesta social de Calles ubicaba al Estado como rector, ocupándose de los beneficios de los ciudadanos, con esta política de servicio y atención se intentaba recuperar las aspiraciones de todos los sectores que participaron en la revolución, apoyar a la población en la atención de sus enfermedades daría la idea de que el gobierno hacía algo por ellos. En este marco Gastélum propuso nuevos esquemas de salud a nivel nacional, ignorando que en lo político todavía se conservaba la herencia porfiriana, se conservaba la fragmentación corporal; lo subjetivo y las emociones no existían para los diagnósticos y tratamientos, en

¹¹⁵, http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm., Investigador responsable: E: Becerra Millan Abigail

ese momento su labor se dirigía a combatir las bacterias y los virus que atacaban a la población debido a la situación de insalubridad que prevalecía. De ahí que se hicieran campañas para la prevención y cura de enfermedades como la sífilis o la infección puerperal, se expidieran tarjetas de salud indispensables para múltiples actividades de varones y mujeres. Su propósito fue la promoción de principios sanitarios. Mediante la amplitud del nuevo Código federal ante las cámaras, también busca combatir el contagio por enfermedades venéreas, se quiere hacer colaborar a los particulares como tales, en su carácter de agremiados, como jefes de fabricas, gerentes de industrias, etc.¹¹⁶. Por otro lado, dictaba conferencias en la ciudad de México y en los estados de la Republica para ampliar su labor de educación higiénica para el pueblo. A través de la psicología hizo una reflexión sobre la condición corporal, concibiéndola como psicología de la experiencia que salía de los sentidos, de las emociones, interpretaciones y actitudes de las personas. Algo relevante para su tiempo fue aventurarse a hablar de los problemas psicosomáticos, considerando la relación entre emociones y órganos, así como la multiplicidad de efectos y procesos dados en una red interna del cuerpo.

En 1934 se sentaron las bases del sistema de salud actual, en el gobierno de Lázaro Cárdenas se crearon diversas instituciones entre ellas la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos, al tiempo que se presentaban proyectos para la creación de la Ley de Seguridad Social y se asignaba un presupuesto para llevar a cabo los programas de salud pública. La implementación de un sistema jurídico y la puesta en práctica de programas en materia de salud obedeció a las condiciones de insalubridad

¹¹⁶ López Ramos Sergio, 2005. Pag. 22-171

existentes en la población; y a la legitimación que caracterizó al sistema político mexicano de los años cuarenta y cincuenta¹¹⁷.

A partir de este momento con Lázaro Cárdenas inicia y continúa hasta la actualidad un sistema institucionalizado en el que el Estado asume el compromiso de proveer servicios básicos de salud a la mayoría de la población con una dinámica de atención en dos modelos paralelos: el de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) orientado a la población en general y el del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) destinado a los trabajadores que tienen una relación laboral formal, ambas instituciones se fundaron en 1943 durante la presidencia de Manuel Ávila Camacho. Ya para los años 1950-1980 la creciente demanda de servicios para el bienestar social hacia insuficientes a estas instituciones y sus beneficios se hicieron más deficientes y diferenciados, burocráticos y autoritarios.

Con el establecimiento de la Secretaría de Salud y la rectoría del Estado en esta materia, se implementó la evaluación del desempeño del sistema de salud, entendido este, como la valoración del logro de los objetivos que se han propuesto en relación con los recursos disponibles, descontando el efecto de otros determinantes del logro de esos objetivos¹¹⁸. Haciendo este balance Frenk menciona que en 1998 la inversión en salud del 5.6% del PIB fue definitivamente insuficiente en relación al tamaño de la economía mexicana. Para solventar esta situación hay una tendencia progresiva que se inició hace ya varias décadas, en donde el pago de bolsillo que hacen las familias ha ido creciendo como proporción del gasto, para el año 2000 hay un doble efecto, por un lado la inversión total insuficiente, por

¹¹⁷ Wilkie James, *La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social*, Fondo de Cultura Económica, 1967, 198; en http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm, Investigador responsable: E: Abigail Becerra Millan.

¹¹⁸ Frenk Julio, II. Desempeño del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Médica de México*, Vol. 137, No.5, 2001, p. 421-424

el otro, una composición excesiva de gasto de bolsillo¹¹⁹, lo anterior muestra que los recursos provenientes del financiamiento federal no han sido suficientes para resolver las necesidades de salud de la población y lo que se ha implementado es una serie de reformas a los servicios de salud como medidas paliativas para sostener un sistema decadente que desde sus inicios sostiene un modelo curativo insuficiente.

Según Martínez Cortés en la historia de la medicina y el Sistema Nacional de Salud en México se han implementado varios cambios y reformas cuyo efecto ha sido meramente institucional¹²⁰; y Soberón menciona que los de 1943, los de 1983-1998 y los que actualmente tienen lugar iniciados en 1995 comparten la misma línea.

Otra reforma fue la descentralización de los servicios de salud promovida en la década de los ochentas¹²¹ debido a la incapacidad del Estado para responder a las demandas de la población, en ella se invoca la eficiencia como un elemento importante que se fundamente en principios jurídicos y convenios establecidos para la coordinación Federación-Estados en cuanto a la capacidad local y al desarrollo democrático con nuevas dimensiones cualitativas. Con la descentralización se promueve una reforma constitucional, se dio libertad para que cada uno de los Estados reglamentara la salud en su territorio, a excepción del estado de México que cuenta con un Reglamento en Salud por haber sido abrogada su

¹¹⁹ El gasto de bolsillo es la peor forma de financiar los sistemas de salud por tres razones: primero, porque hay incertidumbre y se expone a las familias a gastos potencialmente catastróficos. En segundo lugar, es un pésimo sistema porque le quita al usuario la posibilidad de ser usuario informado, dado que cuando se presenta el episodio de enfermedad difícilmente tiende a ponerse a comparar calidad y ser exigente. Y tercero, es la peor forma de financiar un sistema de salud porque el hecho mismo de estar enfermo merma la capacidad de generar ingresos. El pago de bolsillo exige a la gente que pague cuando menos puede hacerlo. Julio Frenk, 2001, op. Cit., p. 421-435.

¹²⁰ En: Soberón Guillermo, Simposio. La reforma de la salud en México. *Gaceta Médica de México*, Vol. 137, No.5, 2001, p. 419- 420.

¹²¹ Soberón-Acevedo G, Martínez- Narváez G., La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública México*, 1996; 38: 371-378.

ley en 1986 y otros estados como Colima, Michoacán, Puebla y Yucatán en donde además de la Ley cuentan con Decretos de Servicios de Salud.

En la Secretaría de Salud se transitó de un amplio enfoque *descentralizador* a otro más limitado de *desconcentración*¹²² interna en materia de planificación, que buscó que las jurisdicciones elaborarán anteproyectos de presupuesto para el programa operativo anual y que efectuaran el análisis comparativo de metas contra presupuesto, así como de la capacidad de adquisición de insumos por compra directa, particularmente en torno a la elaboración del diagnóstico y del programa jurisdiccional de salud, del manejo de recursos humanos, materiales y financieros.

La evaluación global del proyecto de fortalecimiento arroja un cambio en la calificación global promedio de 62.5% en 1992 a 77.3% para 1994, esto es, un avance de 14.8%. Según esta evaluación la calidad del diagnóstico de salud mejoró sustancialmente, porque en 1992 solamente 38% de las jurisdicciones conocían los logros respecto a sus metas, mientras que para el fin del período esta cifra alcanzaba 90%.

Un segundo componente denominado *reforma estructural* en salud propone la modernización del IMSS¹²³, considerando cuatro grandes determinantes a contemplar en el futuro IMSS:

1° Que en México se vive una importante transición demográfica con un aumento en la esperanza de vida para las mujeres de 77 años y para los hombres de 73 años.

2° Hay una transición epidemiológica.- las enfermedades del subdesarrollo están prácticamente eliminadas y ahora se están enfrentando las crónicas, degenerativas y las

¹²² González- Block Miguel Ángel, La descentralización de la Secretaría de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994, *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No.3, 1994, p. 183-193

¹²³ Levy Santiago, III. La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Gaceta Médica de México*, Vol. 137 No. 5, 2001, p. 426

emergentes, que implican tratamientos costosos, requieren de personal y de equipamiento de alto nivel.

3º Tendencia al crecimiento económico.- implica que la población ocupada que se va a incorporar al sector formal de la economía y por tanto al IMSS va a crecer más rápidamente que la población en su conjunto.

4º Tendencia de una sociedad crecientemente participativa, más crítica y más democrática.

Estas cuatro tendencias generaron retos en cuanto a la necesidad de modernización a los aspectos financieros y aspectos conceptuales profundos, de ahí que se implementara una Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud para sistematizar los alcances en materia de calidad, certificar los hospitales, certificar los procesos a través de la capacitación profesional, impulsar a la investigación como parte de la práctica médica; la reorganización de los servicios alentando la atención en el primer nivel en unidades de medicina familiar a fin de descongestionar el segundo y tercer nivel. Se pretendió también extender la cobertura de la seguridad social a través del Programa IMSS Solidaridad, del Programa de Ampliación de Cobertura, del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), el reto fue pensar en un concepto más amplio y más incluyente de seguridad social, que permitiera incorporar a la población en pobreza extrema. El principal problema en este caso es el modelo imperante básicamente curativo¹²⁴, centrado en la atención de la demanda y del daño consumado, que se aplica a todas las instituciones del sector salud, tal es la situación del ISSSTE que argumenta cumplir sus obligaciones y responsabilidades inmerso en complejos problemas que amenazan su viabilidad y que, inevitablemente, han impactado en la calidad, eficiencia y eficacia de sus servicios. En su

¹²⁴ González-Roaro Benjamín, La reforma de la salud en México. IV. Perspectivas para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Gaceta Médica de México*, Vol. 137 No. 5, 2001, p. 430

modernización del servicio el ISSSTE propone las mismas estrategias que el IMSS, además de promover una cultura de autocuidado, educación para la salud y actividad física; cruzada de calidad en el servicio con atención oportuna a urgencias, consulta general programada mediante citas vía telefónica; incrementar el suministro de medicamentos con satisfacción de los usuarios; fortalecer la estructura de programas de enseñanza e investigación con instituciones reconocidas en medicina y continuar con la certificación de las unidades de salud; llegar al hospital sustentable con el mejoramiento de la administración, obtener ahorros y recursos adicionales. Si bien las necesidades y alcances de instituciones como el IMSS y el ISSSTE requieren de transformación tanto en condición estructural como en la calidad de los servicios.

Por otro lado los temas de la agenda¹²⁵ nacional en materia de salud para 2000-2005, comienzan a sistematizarse con base en planteamientos nacionales e internacionales y la prioridad de atención en los padecimientos se asigna de acuerdo a su importancia estadística: prioridad muy alta de enfermedades crónico degenerativas; prioridad alta obesidad, tabaquismo y alcoholismo; prioridad media VIH/SIDA, donación y trasplantes de órganos; prioridad baja de la medicina genómica y medicina reproductiva. En la discusión

¹²⁵ Con base a la a la compilación de notas consultadas que abarcan el periodo 2000-2005. El orden de prioridad de los temas se asignó en función de la importancia de los contenidos de varios medios de comunicación impresos, proporcionados por la recopilación hemerográfica sobre salud trabajada por la Profra. Gloria Colorado en la biblioteca de la H. Cámara de Diputados. Algunas de las fuentes consultados fueron: Agustín Lara Esqueda, director general del Programa de Salud del Adulto y el Anciano de la Secretaría de Salud. Fernando Cano Valle, director del Instituto Nacional de enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salud, Carlos Robles Valdés, endocrinólogo del Instituto Nacional de Pediatría, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA. Alfredo Hernández, presidente de la Organización Ser Humano, Banco Mundial, Javier Martínez, presidente de la Fundación Mexicana para la Lucha contra el Sida, Conferencia Europea del SIDA.

de estos temas se habla de que México logró salir en los últimos cinco años de la lista de las diez primeras naciones con altos índices de obesidad y sobrepeso, aunque se dice que afectan a uno de cada tres niños y adolescentes, siendo padecimientos que detonan en diabetes debido a la vida sedentaria, el consumo de alimentos chatarra y la falta de ejercicio.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, menciona que la población infantil de México que padece obesidad y sobrepeso es de alrededor de 60 por ciento. Otro de los padecimientos que se incremento hasta 30% en los últimos diez años en nuestro país es el asma bronquial, sobre todo en niños y adolescentes, al igual que el tabaquismo, pues los niños están fumando ya a los 9 y 10 años de edad. Se insiste además, de que hay que adoptar medidas preventivas para evitar el cáncer entre la población, pues ya en México se ha convertido en un problema de salud pública por ser la segunda causa de muerte con un registro de 55 mil defunciones anuales.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, se dice que en el último Plan Nacional de Desarrollo (PND)¹²⁶, las políticas públicas son dirigidas a trabajar con prospectiva al año 2030, con un modelo de Desarrollo Humano Sustentable como premisa básica para el desarrollo integral del país. Bajo esa misma prospectiva se diseñó el Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)¹²⁷ que define las acciones esenciales mediante una concertación con instituciones que dedican parcial o totalmente sus esfuerzos a la atención de este grupo de población. Para la elaboración de este programa se concentró

¹²⁶ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Plan Nacional de desarrollo (PND) 2007-2012*, DOF del 31 de Mayo de 2007, Pág. 66 a 69

¹²⁷ Santos-Preciado José Ignacio, Villa-Barragán Juan Pablo, García-Avilés Martha Angélica, León Álvarez Graciela, Nicolás-Aviña Lidia, Nakamura-López Miguel Ángel, Veras-Godoy Miriam, Tapia-Conyer Roberto, *Enfrentando el reto... Hacia un Programa Nacional de Atención a la Salud de la Adolescencia en México 2001-2006*, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 4, 2003, p. 337-346

la experiencia de 37 organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y se desarrolló un análisis estratégico de la capacidad instalada en ellas, así como la posibilidad de interacción para evitar duplicidad y tener la oportunidad de desarrollar acciones conjuntas con un enfoque de promoción de la resiliencia.

Fueron discutidos los alcances de un programa nacional para este grupo de edad en México, como resultado de la síntesis de la experiencia en planeación estratégica de proyectos, se definieron una serie de pasos y contenidos para el diseño del modelo de atención a la salud de los adolescentes y las acciones esenciales para este grupo de población. La OMS considera a esta propuesta como una de las ocho experiencias internacionales más sólidas en materia de atención a la salud de los adolescentes. El documento se realizó con base en los modelos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), englobando los problemas de: salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental y adicciones, promoción de la salud y ayuda mutua, salud del niño y del adolescente, nutrición, acciones a migrantes y pueblos indígenas adolescentes del grupo de 10 a 19 años de edad, población abierta por parte de la Secretaría de Salud y personal de 37 instituciones consultadas previamente.

Las acciones estratégicas y sustantivas que desarrollaron en 2001 para la implementación del programa en México fueron:

1. Definir los rangos de edad para la atención de los adolescentes.
2. Realizar diagnóstico situacional estatal sobre los adolescentes.
3. Propuesta para la elaboración de la Norma Oficial Mexicana para la Atención Holística del Adolescente.
4. Gestión para el financiamiento; federal, estatal, municipal, privado y de organismos internacionales.

5. Definir el modelo de atención holística del adolescente, diferenciada por regiones en todo el país, (atención del binomio tutor adolescente).
6. Promover la gratuidad en los servicios asistenciales de los adolescentes.
7. Ejercicio de las cuotas de recuperación de las unidades de salud para impulsar las actividades de atención a los adolescentes.
8. Establecer un programa de atención holística a los adolescentes según prioridades y evaluar el impacto de las acciones.
9. Constituir grupos de autoayuda entre los jóvenes.
10. Difundir la experiencia de otros países, con condiciones similares a México, en torno al trabajo con adolescentes.
11. Impulsar la investigación operativa sobre adolescentes.
12. Constituir El Consejo Nacional para la Atención Holística de los Adolescentes.
13. Decretar los derechos de los adolescentes.
14. Formar equipos multidisciplinarios en los estados.

Bajo estas premisas y expectativas se propuso el programa de salud para jóvenes que se integró en el Plan Nacional de Salud 2006-2012, primero en la historia de nuestro país que se enfoca a la atención a este grupo poblacional.

b) Conceptos de salud

Para entrar en la discusión de cómo el modelo curativo ha impactado en los servicios de salud y en el bienestar de la población, se identifican tres conceptos que son básicos dentro del modelo intervención-crisis-rehabilitación de los padecimientos, que son: salud, salud

pública y cuerpo en la medicina, puesto que alrededor de estos se construye una percepción de la enfermedad, una práctica profesional y un concepto de calidad de vida para el usuario, a partir de los cuales el médico-paciente establecen una dinámica y acciones que ayudan al desarrollo corporal o lo destruyen.

El concepto de salud que proviene de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el que prevalece en la medicina de nuestras instituciones, concibe a la salud integral como el estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades o afecciones; estrategias de salud primordiales consolidadas en Alma-ata, que destaca el enfoque multidisciplinario, multisectorial y la participación comunitaria como cimientos y criterios de la construcción de la salud de la población¹²⁸. La salud, entendida como el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolor, contribuye al ejercicio pleno de las capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, determinada por factores de edad, género, alimentación, estilo de vida, educación, trabajo, vivienda, medio ambiente, redes sociales, accesibilidad y calidad de los servicios¹²⁹.

En la carta Otawwa para la promoción de la salud de 1986, se considera que la salud es una dimensión importante de la calidad de vida, que la promoción debe centrarse en la equidad, dirigiendo su acción a reducir las diferencias y asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a toda la población los medios de desarrollar al máximo su salud potencial. También se asignan valores a los cuidados que cada persona puede dispensarse a sí misma y a otros, así como la capacidad para tomar decisiones y asegurar que la sociedad

¹²⁸ Monroy A., Velasco I., Velasco M., Perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*. Vol. 136. Suplemento No. 3, 2000, p. S 35- S 40.

¹²⁹ Programa Nacional de Juventud 2008-2012, op. Cit. P. 93.

en la cual uno viva ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud¹³⁰.

Por otro lado, se considera a la salud pública¹³¹ como una especialidad de la medicina, que se orienta a la prevención de las enfermedades y promueve la salud para que las personas tengan una vida larga y saludable, para ello promueve acciones organizadas entre las autoridades responsables de la salud. En esta perspectiva, la salud pública es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que, directa o indirectamente, contribuyen a la salud de la población con la mejor calidad posible¹³²

Según Le Breton, bajo estos conceptos la enfermedad no es percibida, ni tratada como la afección que tiene una persona u hombre inscrito en una sociedad y en un tiempo determinado, sino como el defecto anónimo de una función o de un órgano. La medicina despersonaliza al hombre y se sitúa en la enfermedad, para actuar sobre ella (y a menudo con eficacia), sin dar importancia al hombre a quien afecta. Esta concepción lleva al enfermo a ponerse en manos del médico y a esperar a que el tratamiento recibido haga su efecto de forma pasiva, en donde se convierte precisamente en paciente dócil, confiar en quien lo trata y esperar su curación, es decir en este modelo de medicina se recurre a un saber del cuerpo donde el hombre concreto está ausente u oculto bajo el cuerpo. Se ha venido tratando el cuerpo y la enfermedad de esta manera desde el siglo XVII con la filosofía mecanicista de Descartes, quien fue el primero en hacer una disociación entre el

¹³⁰ Monroy A., Velasco I., Velasco M., 2000. Op. Cit., P. S 35- S 40.

¹³¹ http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm, Investigador responsable: E: Abigail Becerra Millan *Primer programa de salud*

¹³² Tapia Conyer Roberto y Ma. De Lourdes Motta Murguía, "El Derecho a la Protección de Salud Pública", en Ingrid Brena Sesma, *Salud y Derecho*, UNAM, México, 2005, p. 149 -153.

hombre y su cuerpo, partiendo del modelo del cuerpo humano como una maquina o un mecanismo discernible de otros por la singularidad de sus engranes, señala:

“El cuerpo toma el valor de objeto a precio inestimable en espera de la demanda. Las necesidades de órganos o de sustancias humanas están destinadas a cuatro usos por lo menos: a investigación médica o biológica, gran consumidora de muchos materiales humanos; la fabricación de productos farmacéuticos, los trasplantes que los progresos de la cirugía hacen cada vez más frecuentes y más diversificados y, por último, los usos tradicionales de las facultades de medicina (sobre todo las disecciones). Por otra parte, la gestión tecnológica del cuerpo abre una vía a las nuevas prácticas para las que se anuncia un futuro próspero: secuencia del genoma, procreaciones asistidas, alquiler de úteros, investigaciones en embriones congelados, intervenciones en los genes, etc.”¹³³.

Bajo este dualismo que descuida al hombre surgen nuevos valores hacia la vida, continua Le Breton, pues ahora se puede mantener la vida artificialmente ya sea cuando una madre muerta da a luz a un hijo vivo, mediante el trasplante de órganos o la misma preservación de la vida vegetativa cuando el cuerpo cae en coma. En esta tentativa de la vida se legitiman tratamientos en donde no existe el hombre solo las formas corporales que le traen al mundo y que pueden ser modificadas, lo que implica otra definición de su humanidad diferente a pensar en el cuerpo como un espacio en donde la persona construye su vida, otra forma de pensar el mundo, la enfermedad y su tratamiento.

Cuando estos conceptos se ubican en la salud de los jóvenes, se entiende que la adolescencia es el periodo que comprende desde el inicio de la maduración sexual hasta la primera menstruación o pubertad, que es la época en que se completa la diferenciación sexual¹³⁴, aquí la primera menstruación menarca es la manifestación clínica evidente de una interrelación hipotálamo-hipófisis-ovario completamente desarrollada. Desde esta

¹³³ David Le Breton, Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Gaceta Médica de México*, Vol. 19, No. 3, 1996. p. 11.

¹³⁴ Zárate Arturo, Alteraciones ginecoendocrinas en la adolescencia y en la pubertad, *Gaceta Médica de México*, Vol. 104, No.1, julio 1972. P. 45-55.

perspectiva, los factores que determinan el crecimiento y desarrollo son múltiples, en la especie humana se han agrupado en tres categorías; a) genéticos, b) neuroendocrinos, y c) ambientales. Los de la edad postescolar a veces designada como edad puberal, o simplemente pubertad implican la aparición de “pelos” especialmente en la zona de los genitales. Lanner describe cuatro parámetros para calificar el desarrollo físico del adolescente: 1) maduración ósea; 2) maduración dental; 3) maduración morfológica; y 4) maduración de acuerdo a los caracteres sexuales secundarios.¹³⁵

Lo anterior indica que no existen términos adecuados o límites precisos para determinar lo que es la adolescencia, así autores como Marshall la definen como “el periodo en el cual el organismo se hace sexualmente maduro y está caracterizado por cambios constitucionales, dentro de los cuales el sexo se diferencia ampliamente”. En cambio, otros la definen en forma más simplista como “el proceso de crecimiento” o “el periodo entre la pubertad y la madurez”, o bien como “el periodo entre los 12 y los 17 años”. Las principales características psicológicas de la adolescencia son sintetizadas en la forma siguiente: 1) Hay una rebelión contra y con alejamiento de su familia, particularmente de sus padres y sus valores; 2) Hay una intensa preocupación con su nuevo cuerpo, que tienen para ellos un significado importante; 3) Su propio grupo de curiosidades son de vital importancia en su desarrollo; 4) Hay urgencias sexuales o los sentimientos se hacen intensos y ganan considerable expresión en fantasías y masturbación temprana; 5) Hay un aumento en la función emocional e intelectual¹³⁶.

Se aprecia que estas definiciones llevan directamente al proceso biológico y de maduración sexual y con ella a la vinculación que existe con los roles de género asumidos por los

¹³⁵ Ramos Galván Rafael, Los patrones normales de crecimiento y desarrollo en la adolescencia, *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 135- 139

¹³⁶ Soberón Acebedo Javier, 1968. Op. Cit., p. 349.

jóvenes, en este sentido Stern y cols.,¹³⁷ realizaron un estudio para comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad entre los adolescentes y varones jóvenes se articulan con los riesgos para la salud sexual y reproductiva. Cuyos resultados señalan que la adolescencia, parece ser vivida en muchos jóvenes de sectores sociales marginales y populares como –un espacio entre el inicio de la actividad sexual y el ganar un sustento–, en parte como resultado del modelo de masculinidad que impera en ellos, hacen el amor sin protección y se exponen al riesgo de convertirse en padres sin ser aún adultos, como ellos mismos lo perciben y expresan; otros operan en bandas y están a la búsqueda de excitación. Puesto que unos y otros tienen sexo no protegido, su adolescencia puede ser interrumpida en contra de su voluntad a muy corta edad. Además, puesto que es difícil encontrar un trabajo, es también difícil convertirse en lo que socialmente se espera de un hombre adulto. En estos jóvenes impera el modelo de masculinidad tradicional, a partir del cual se establece poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y sobre el uso de medidas de protección por lo que se exponen al riesgo de infecciones de transmisión sexual.

c) Aplicación del modelo. Intervención a las demandas

La atención o curación de los padecimientos, tiene que ver con la demanda ante situaciones de salud individuales a partir de lo cual el consultorio del médico es el encargado de cumplir con la función requerida. La investigación realizada refleja varios motivos por los que los adolescentes y jóvenes acuden a la consulta médica, se recuperan los que aparecen

¹³⁷ Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano-Treviño LR, Reysoo F., Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública, México*, 2003; 45 suplemento 1: S34-S43.

documentados en las revistas consultadas haciendo una breve explicación de la conceptualización que se tiene de ellos y la forma en que fueron tratados, sin duda, hay muchos otros que no se recuperan debido a que no aparecen en los escritos, en este caso el rastreo realizado muestra: los trastornos endocrinos y otros problemas ginecológicos que ocupan un lugar importante entre los jóvenes debido a los procesos hormonales y glandulares que inician con la madurez sexual, dado que desde los conceptos de la medicina esta es la señal de que se ha entrado en la etapa de adolescencia, también se encontró que existe la demanda por padecimientos como: epilepsia, Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar, sarcoma de Ewing e hipertensión, Melanoma juvenil Benigno, infarto al miocardio, entre otros.

Los reportes médicos consultados indican que se requiere de atención médica ante la actitud de las adolescentes en la consulta ginecológica: temor, ignorancia o mala información; pues cuando estas jóvenes requieren consultar con el médico generalmente están desorientadas, son demasiado grandes para el pediatra y demasiado jóvenes para el ginecólogo. Como resultado, frecuentemente sus problemas permanecen sin resolver hasta el momento del matrimonio, porque existe reticencia para llevarse a cabo exámenes pélvicos, pensando en su virginidad y se hace énfasis sobre las implicaciones psicosexuales que puede determinar el examen pélvico en la adolescente¹³⁸.

Al considerar a la adolescencia como un proceso de maduración sexual los trastornos que son reportados con mayor frecuencia como motivo de consulta médica son los trastornos endocrinos considerados como: 1) falla en la presentación de la pubertad, pubertad temprana, virilismo asociado a la pubertad, amenorrea primaria con desarrollo sexual; y 2) ausencia de pubertad, que puede obedecer a: trastorno en la secreción de gonadotropinas,

¹³⁸ Soberón Acebedo Javier, 1968.op. cit. P. 350.

alteración gonadal, inestabilidad de los tejidos efectores a las hormonas. Debido a que los trastornos involucran fundamentalmente el desarrollo sexual y la menstruación, es el ginecólogo quien con mayor frecuencia debe estudiar y tratar los problemas de la adolescencia¹³⁹.

Cuando se encuentra alguna anomalía como la disfunción en la secreción de gonadotropinas en sus diversas manifestaciones es necesario llevar un tratamiento, pues según Zárate¹⁴⁰ esta lesión orgánica, es motivo frecuente de atención médica en jóvenes, especialmente cuando afecta a personas del sexo masculino, y que es asociada con anosmia y criptorquidia, que sugiere un trastorno hipotalámico¹⁴¹.

Otro de los trastornos o anomalías es la insensibilidad de los tejidos efectores: 1) Síndrome de testículo feminizante; 2) insensibilidad ovárica al estímulo trópico. En estos casos existen testículos que son capaces de producir la sustancia que inhibe a la estructura de Müller, y también secretan andrógenos. El tratamiento consiste en la extirpación de los testículos y en la administración de estrógenos; en ocasiones, también es necesario realizar plastia de la vagina.

Por otro lado, la insensibilidad del aparato folicular al estímulo es un padecimiento más raro, se trata de pacientes con amenorrea primaria e infantilismo sexual con gonadotropinas hipofisiarias elevadas pero con ovarios de tipo prepuberal. En la actualidad, el único

¹³⁹ Zárate Arturo, 1972. Op. Cit. P. 45-55.

¹⁴⁰ Arturo Zárate, Alteraciones, 1972. Op. Cit. P. 45-55.

¹⁴¹ Las alteraciones gonadales pueden caracterizarse por: a) Disgenesia gonadal con fenotipo de Turner, que es la falta de un cromosoma sexual explica que no se formen gónadas; se desarrollan las estructuras de Müller y los genitales externos son de tipo femenino. El tratamiento se restringe a la administración de una terapéutica de sustitución con estrógenos y la advertencia de la imposibilidad de fertilidad; b) Disgenesia gonadal pura.- en ocasiones no se llega a formar la gónada, a pesar de que el sujeto posea una composición cromosómica completa. Ante la demostración de ausencia de gónadas, se instituye medicación hormonal sexual sustitutiva para feminizar y provocar sangrados menstruales, lo cual psicológicamente ayuda mucho a la paciente. c) Disgenesia gonadal mixta.- los genitales externos habitualmente presentan características de ambos sexos. Las características clínicas son un individuo con fenotipo femenino, infantilismo sexual y clitoromegalia. Se debe efectuar clitorotomía e instituir tratamiento con estrógenos.

tratamiento disponible es la terapéutica de sustitución con estrógenos adicionados o con progesterona para inducir sangrados menstruales. La esterilidad es incurable.

Respecto a la pubertad temprana, la aparición de desarrollo mamario y vello sexual antes de los 8 años de edad o por la ocurrencia de la menarquía antes de los 9 años. En la pubertad temprana “verdadera” se presentan, en la misma forma secuenciada los cambios que ocurren en la pubertad normal. En la “falsa” pubertad temprana, se presenta una maduración de los genitales externos, el ovario no alcanza su madurez y por consiguiente no hay ovulación. La pubertad temprana constitucional se ha encontrado con carácter familiar. No resulta infrecuente que se encuentren ovarios de tipo poliquístico, si bien el desarrollo sexual se ha adelantado, en cambio el desarrollo mental, psicológico e intelectual están de acuerdo con la edad cronológica. Las personas terminan siendo de talla baja. La fertilidad y la menopausia son semejantes a las de las mujeres normales.

Otro padecimiento es el Mixedema en el que existe retardo en el desarrollo sexual y lesión en el sistema nervioso central. El mecanismo patógeno por el cual se produce pubertad temprana con tumores de la pineal o de sus estructuras de sostén, no se ha aclarado, pues los tumores de la pineal que se asocian con pubertad temprana sólo han ocurrido en el sexo masculino.

En la seudopubertad por aumento de las hormonas sexuales los tumores ováricos son la primera causa a considerar en el diagnóstico diferencial.

Síndrome virilizante. Estrictamente, no se trata de un problema de la adolescencia ya que en general, se puede tratar de disgenesia gonadal mixta, de hermafroditismo o de hiperplasia suprarrenal congénita moderada. En la adolescencia puede originarse por un tumor suprarrenal y ovárico.

Lesión endometrial. La tuberculosis genital que habitualmente se inicia en las trompas puede alcanzar al endometrio y destruirlo desde su capa basal.

Vistos estos padecimientos, para la medicina la adolescencia corresponde a funciones hormonales y su disfunción en cuanto a trastornos de tipo orgánico como los que se han mencionado, esto significa que la madurez sexual que conlleva esta etapa puede verse alterada cuando el cuerpo tiene un problema en su constitución.

Entre otros de los padecimientos que aquejan a los jóvenes se encuentra el Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar, casos que son motivo de consulta en el servicio médico; aparece con mucha más frecuencia en niños, adolescentes y adultos jóvenes sin hepatopatía previa. Este tipo de tumor no está encapsulado, pero está bien circunscrito y contiene laminillas fibrosas; crece despacio y se asocia con supervivencia más larga si se trata¹⁴².

Los casos de infarto al miocardio (IAM), también son motivo de consulta en jóvenes, por ejemplo el reportado en un Varón de 33 años, casado y comerciante, que solicita la atención. No tenía antecedentes heredofamiliares de interés¹⁴³. En más del 90% de los casos de infarto agudo del miocardio (IAM), se reconocen los factores de riesgo habituales (hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus e hipercolesterolemia) y el factor subyacente es la enfermedad coronaria aterosclerótica, que en el evento agudo frecuentemente coexiste con la presencia de un trombo intracoronario en la arteria relacionada al infarto. También se ha asociado al uso de fármacos o drogas (anticonceptivos

¹⁴² Téllez-Zenteno José Francisco, Hernández-Ronquillo Lizbeth, Tapia-Rangel Beatriz, Garduño-Espinosa Juan. Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar en una joven de 17 años de edad, *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No. 1, 1999. P. 83-86.

¹⁴³ Valero-Elizondo Guillermo, Jáuregui-Aguilar Ricardo, Soto-Márquez Patricia, Paciente joven con infarto del miocardio recurrente sin aterosclerosis coronaria, *Gaceta Médica de México*, Vol. 138 No. 5, 2002, p. 473-476

orales o terapia hormonal de sustitución), cocaína, variaciones anatómicas como origen anómalo de arteria coronaria, fístula arteriovenosa coronaria o puente muscular, radiación al mediastino, amiloidosis, síndrome de Hurler, enfermedad de Fabry, homocistinuria.

Por otro lado, también se reporta la atención de casos de Hipertensión endocraneana¹⁴⁴, el documento refiere a un paciente del sexo masculino de 20 años de edad, originario y residente de México D. F. Los agentes causales más frecuentes son: Streptococcus, Staphylococcus, Hemophilus spp, Enterococcus, Pneumococcus, GNR, Peptostreptococcus. Los hemocultivos son positivos en el 10% de los casos. La mayoría de las series muestran preponderancia por el sexo masculino, siendo los grupos etáreos más afectados de 4-7 años, con otro pico en la adolescencia, pudiendo existir lesiones. Los pacientes mayores de 20 años tienen peor pronóstico.

Otro padecimiento que solicita atención en población joven es la epilepsia, caracterizado por su inicio en la niñez y en la adolescencia y por la presencia de crisis mixtas tónico-clónicas generalizadas (CTCG) y crisis mioclónicas¹⁴⁵ en presencia de un desarrollo neurológico normal. Con este padecimiento se realizó un estudio¹⁴⁶ de 11 mujeres y nueve hombres, edad de 14 a 39 años, que da inicio en la adolescencia en casi todos ellos.

Otro motivo de demanda de atención en jóvenes, hace referencia al caso de un joven del sexo masculino de 16 años de edad, con dolor en el muslo derecho y dificultad para la

¹⁴⁴ Salinas-Lara Citlaltepeltl, Guerrero-Juárez Vicente, López-Meza Elmer Guillermo, Rembao-Bojórquez Jesús Daniel, Joven de 20 años de edad con hipertensión endocraneana, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 6, 2003, p.601-605.

¹⁴⁵ Las crisis mioclónicas consisten en una sacudida muscular súbita, generalmente breve, que afecta sobre todo las extremidades superiores, sin alteración de la conciencia, que se presentan por lo regular por la mañana y empeoran notablemente cuando el paciente se desvela. Las CTCG son precedidas, regularmente, por una serie de sacudidas mioclónicas.

¹⁴⁶ Rogel-Ortiz Francisco J., Epilepsia mioclónica juvenil. Artículos originales. *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No. 6, 1993. P. 569-573.

deambulaci3n, se denomina sarcoma de Ewing (SE)¹⁴⁷. Es una neoplasia de la infancia que ocupa el segundo lugar entre los tumores 3seos de esa edad. Dada la rareza de este padecimiento se cuenta con pocos estudios cl3nicos.

Por 3ltimo se hace referencia para su atenci3n a casos de Melanoma juvenil Benigno, que es m3s frecuente en los dos primeros decenios de la vida y sobre todo, en la edad prepuberal. Se hace una valoraci3n mediante estudio cl3nico-patol3gico en 51 pacientes lesionados; del 15 al 30 % de los casos se presentan en adolescentes y adultos. No hay diferencia en el sexo, la mayor3a en raza blanca, aunque hay casos en diferentes razas. Se puede esperar que el melanoma juvenil benigno se comporte como una lesi3n benigna y est3 completamente separado de los casos, muy raros, del verdadero melanoma maligno del ni1o¹⁴⁸.

La atenci3n a todos estos casos indica que la salud de los j3venes ha sido afectada por padecimientos cr3nicos y degenerativos que los llevan en muchos casos a la muerte, esto quiere decir, que a pesar de los m3todos de atenci3n implementados no ha sido posible la curaci3n y menos la prevenci3n; tampoco se ha cambiado la concepci3n que se tiene del cuerpo como una m3quina a la cual se le puede revisar y reparar lo que este fallando, as3 los s3ntomas y mensajes del cuerpo han sido callados y en su lugar se ha dado un tratamiento remedial que est3 lejos de ir al origen del problema, pero si se ha estudiado e investigado cient3ficamente a fin de obtener los m3s modernos tratamientos, sin importar si estos est3n resolviendo o no el problema ni las consecuencias que traen para los pacientes en cuanto a su calidad de vida y la afectaci3n a otros 3rganos de su cuerpo.

¹⁴⁷ Uc-Pool Francisco, Torres-Vargas Sergio, Alvarado-Cabrero Isabel, Var3n adolescente con dolor en el muslo derecho y dificultad para la deambulaci3n, *Gaceta M3dica de M3xico*, Vol.141, No. 6, 2005, p. 527-529.

¹⁴⁸ Andrade-Malabehar Rafael, Melanoma juvenil Benigno. Estudio cl3nico-patol3gico de 51 lesiones, *Gaceta M3dica de M3xico*, Vol. 110, No. 3, septiembre, 1975, p.181-187.

- *Salud sexual y reproductiva*

Quizá este sea una de las áreas en las que más se ha intervenido para la salud de los adolescentes, debido a que el nuevo Plan de Acción de la salud reproductiva cuyo origen data de 1993, confiere una alta prioridad a la salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, la importancia que se le ha dado obedece a la definición que se da a la adolescencia como la etapa de la vida de los individuos comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, y a la juventud como la etapa comprendida entre los 15 y 24 años. La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad; estos cambios se acompañan de profundos ajustes de los adolescentes a un ambiente social, cultural y político cambiante, que en ocasiones puede serles hostil y generarles cierta dificultad para adaptarse a esa etapa de su desarrollo, particularmente en lo relativo a la sexualidad.

Atendiendo a este concepto tal vez es que este campo haya sido uno de los más investigados y retomados para su intervención en el trabajo de salud pública, hay que recordar que los movimientos estudiantiles, los grupos de jóvenes liberales y de mujeres en busca de emancipación son el marco de referencia para la aparición de políticas de atención y prevención a problemas de estos grupos, que el Estado ha llamado grupos vulnerables. El diseño de estos programas se vincula fuertemente con lo que los gobiernos denominan demandas sociales y que obedece a discusiones de orden nacional e internacional, en donde destaca la OMS, que considera se deben privilegiar las acciones de tipo preventivo, para lo cual los adolescentes y jóvenes requieren estrategias de información, atención médica y apoyo psicológico de acuerdo a los procesos intrínsecos de maduración que ocurren en esas etapas de la vida.

Los mismos organismos refieren la percepción del rol de género, de las prácticas de la sexualidad y el concepto mismo de salud sexual como elementos básicos para hacer referencia a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. El concepto propuesto por la OMS en 1974 planteó a la salud sexual como la “integración de los aspectos somáticos”, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. El concepto integral de salud reproductiva es relativamente reciente, establecido en la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, a partir de la cual se debe entender por salud reproductiva¹⁴⁹, el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos y no solamente la ausencia de enfermedad, es decir, la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

La declaración de los Derechos humanos de Ginebra en 1948, habla de que todo ser humano (sin importar edad, estado civil, raza, religión, condición socio económica y otras características), tiene derecho a su integridad física, psicológica y social, o sea a la salud y que la comunidad social tiene la obligación de proveerle todos los elementos básicos que coadyuven en ello. Acuerdos internacionales de la 42ª Asamblea Mundial de la Salud

¹⁴⁹ ¿Quo Vadis México? De acuerdo a las proyecciones de población del CONAPO, se estima que debido al peso de la inercia demográfica, la población entre 15 y 24 años de edad continuará en aumento hasta el año 2010, con un máximo histórico de 21.2 millones y a partir de entonces se iniciará la reducción de su tamaño hasta alcanzar 19.5 millones en 2020 y 13.9 millones en 2050.³² Es por lo tanto imprescindible redoblar los esfuerzos en las instituciones de salud y educación, para que en concertación con la sociedad en su conjunto, consoliden y fortalezcan las acciones de desarrollo saludable entre la población de adolescentes y jóvenes. Pérez-Palacios Gregorio,* Gálvez-Garza Raquel, El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?, *Gaceta Médica de México* Vol.139, Suplemento No.4, 2003, P. S27-S31.

Ginebra 1989, Asamblea General de la salud (Washington, 1993), basada en las declaraciones de Alma-Ata, promueven el enfoque preventivo, formativo, multidisciplinario y participativo como relevante para el grupo de adolescentes. Es importante mencionar que en 1974 el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos fue modificado para garantizar que todos los mexicanos tuvieran derecho de decidir libremente el número de hijos que querían tener y el espacio entre ellos. A partir de este artículo se promulga la Ley General de Población aprobada en 1974 y la Ley General de Salud de 1978, ambas constituyen el marco jurídico institucional de la planificación familiar en nuestro país.

Se dice que el programa propuesto tiene una visión integral de la salud reproductiva, acorde con las recomendaciones de la declaración de la ciudad de México (1993), del Programa de Acción de la Tercera Conferencia Internacional sobre el Cairo, en septiembre de 1994, en el cual participa un Grupo Interinstitucional¹⁵⁰, ahí se promueve una nueva noción holística que considera el acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva que deberán ser accesibles, asequibles y aceptables para toda la población. Así la salud reproductiva se ha institucionalizado como un derecho de toda la población, a partir de las conferencias Internacionales de derechos Humanos (Viena 1993), la de Población y Desarrollo (Cairo 1994), La Cuarta Reunión Internacional de la Mujer (Beijin 1995) y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague 1995) de donde

¹⁵⁰ El grupo está conformado por las nueve instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaria General del Consejo Nacional de Población (CONAPO), La Secretaria de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, la Coordinación Ejecutiva del Programa Nacional de la Mujer de la Secretaría de Gobernación y siete organizaciones no gubernamentales que realizan actividades de salud reproductiva y planificación familiar; quienes serán los encargados de implementar el Nuevo Programa Nacional de Salud Reproductiva que fue instalado por el Secretario de Salud el 15 de febrero de 1995. En Pérez P., G., Morales del Olmo A., Varela Y. (2000), El programa de salud reproductiva en México. Alcances y desafíos. *Gaceta Médica de México*. Vol. 136. Suplemento No.3, . S3-S6.

surge la base para establecer los conceptos de salud sexual y reproductiva en el contexto de la salud integral.

Respecto a la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, la reunión Internacional de la salud Adolescente (FELASSA) 1994; el VI Congreso de Salud Adolescente Vancouver 1995; en México, Dirección General de Planificación Familiar (ahora de Salud reproductiva) de la SSA se comprometen a coordinar asociaciones para conformar la Red Intersectorial de Salud Adolescente (RIIASA), así como elaborar una estrategia nacional amplia que permita proporcionar acceso universal y en condiciones de igualdad a los servicios de atención primaria de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; a fijar metas y plazos para mejorar la salud, planificar, ejecutar, supervisar y evaluar los programas, además de conducir a la responsabilidad masculina y femenina de todas las edades, para compartir por igual los derechos en las esferas de la vida pública y privada.

Por su parte, el Instituto Mexicano de la Juventud, implementa el Programa de mediano plazo 2008-2012¹⁵¹, en salud, sexualidad y reproducción, con el fin de fomentar estilos de vida saludables con miras a elevar el bienestar y fortalecer el ejercicio pleno de la autonomía de los jóvenes y los servicios de salud pública. Así mismo, la promoción del derecho de las y los jóvenes a la salud, que busca ejercer este derecho al ser partícipe de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. El programa cuenta con un marco jurídico nacional e internacional, desde la constitución hasta la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes que afirma el derecho a una salud integral y de calidad, que garantice atención primaria y gratuita; educación preventiva; nutrición; atención y cuidado especializado de la salud; investigación de los problemas de salud que

¹⁵¹ Programa de mediano plazo 2008-2012, 1.2.4 Salud, sexualidad y reproducción. *Programa Nacional de Juventud 2008-2012*.

se presentan en esta etapa; prevención de alcoholismo, tabaquismo y el uso indebido de drogas; y el derecho a la educación sexual y reproductiva.

En este contexto, se comienzan a realizar varios estudios como los relacionados a la sexualidad, sobre el perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos, embarazo no deseado, representaciones de la maternidad y paternidad en jóvenes en situación de calle, embarazo, aborto y programas de salud sexual y reproductiva en jóvenes, entre otros.

Monroy y cols., consideran importante conocer el perfil¹⁵² de salud reproductiva de un país, para lo que es necesario, por un lado, tomar en cuenta el de sus adolescentes y jóvenes, cuyos estilos de vida sexual se reflejarán en la tasa de crecimiento y la salud futuras del país, y por tanto en su desarrollo económico y social. En el caso de México, el perfil señala que de 91'158,290 habitantes 30'209,543 son adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años casi 33% de la población, de los que 51% son mujeres y 49% varones; por otro lado, debe considerarse que algunos de los factores que inciden en la salud reproductiva son el inicio más temprano de la menarca, por lo cual hay que atender a los resultados de estudios clínicos y epidemiológicos que demuestran el inicio temprano de la vida sexual, la edad más tardía al matrimonio o de la primera unión, el uso de métodos anticonceptivos entre ellos el preservativo, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH SIDA.

En su estudio Monroy y cols., encontraron que el inicio de la vida sexual en jóvenes ha tenido varios cambios, comenzando con los de la menarca en la mujer que ha disminuido de 13.8 años en 1986 a 12.5 años para 1991, en el caso de la primera relación sexual la edad media en los hombres es de 16 años y 17 en las mujeres, 9.4% de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 14 años, 53% de los 15 a 19 años y 27% de los 20 a los 24 años, 57% de las mujeres de 15 a 19 años reporto haber tenido una relación premarital; el

¹⁵²Monroy A., Velasco I., Velasco M., 2000. Op. Cit., P. S 35- S 40.

grupo de 15-19 tuvo su primer hijo a los 19 años, el embarazo en adolescentes es uno de los problemas que enfrenta el país, se calculaba que en 1995 había 771,513 casos en jóvenes de 15 a 19 años¹⁵³.

Las instituciones de salud hablan de que las altas tasas de embarazo precoz en jóvenes han llevado a desarrollar programas de planificación familiar a través de sus centros de servicio, a fin de contribuir a mejorar los niveles de salud reproductiva de la familia. En ellas se asume que la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las enfermedades se constituirán en los pilares fundamentales de la salud, se dice que los resultados en el descenso de la natalidad han sido lentos, pues las tasas de fecundidad no mostraron cambios significativos siendo 3.6%, la más alta tasa en la historia de México hacia mediados de los años 60s, cuando el promedio de hijos por mujer era de siete; el primer descenso significativo en los años subsecuentes permite llegar a 3.4% en 1988, y es actualmente de 2.4 hijos por mujer, no se tienen los mismos resultados en las tasas de mortalidad en donde ya desde de 1940 y especialmente en las décadas de los años cincuentas y sesentas ha sido evidente el descenso dramático de las tasas de mortalidad

¹⁵³ Porque del 26% de las madres adolescentes 14.24% es soltera, separada o divorciada posteriormente al embarazo, algunas de las solteras se casan posteriormente al nacimiento del niño. Otra dificultad es el aborto, cuando existe sexo forzado del que poco se habla pero que existe entre los mismos familiares de los adolescentes, del total de casos de violaciones el 60.5% era de adolescentes, 23.38% en el grupo 10-14 años y el 37.2% en el de 15 a 19 años, 10 de los embarazos habían sido causados por sexo forzado. Hay más probabilidades de enfermedades y muerte en las madres y niños cuando se presenta el embarazo y parto antes de los 20 años que después de ellos; las infecciones de transmisión sexual en mayores de 25 años fueron candidiasis, tricomoniasis y gonorrea, de acuerdo en la encuesta de CONASIDA en el grupo de 15-19, 0.7% de los adolescentes entrevistados para prueba de VIH SIDA habían padecido una enfermedad de transmisión sexual; Del total de la población estudiada 7.2% de 15 a 19 años de edad ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual y 8.2% del grupo 10-24 la han padecido también, en el grupo 15-19 de 609, 34 jóvenes habían padecido una enfermedad de este tipo. Del total de casos de SIDA acumulados hasta abril de 1997, el 50% se encuentra en los grupos de 20-24, 25-29 y 30-34. si hacemos un promedio del tiempo en el debieron infectarse, dichas personas, estas se contagiaron durante su adolescencia. (S39). Según Monroy A., Velasco I., Velasco M., 2000. Op. Cit. P. S 35- S 40.

particularmente la materno infantil, se dice que debido al avance de la tecnología médica y a la institucionalización de los servicios de salud.

Los estudios demuestran que el uso de anticonceptivos varía significativamente según la escolaridad de las mujeres, entre las adolescentes que viven en pareja únicamente el 45% está regulando su fertilidad con el uso de algún anticonceptivo. El uso de los métodos anticonceptivos en México se ha modificado significativamente en los últimos años. En 1976 los hormonales orales, eran los anticonceptivos de mayor uso. En segundo lugar se encontraba el dispositivo intrauterino (DIU) por el que habían optado el 18.7%, y en tercer lugar, la oclusión tubaría bilateral (OTB). El método que actualmente ocupa el primer lugar es la OTB, con el 44.7% de la cobertura total, y en segundo lugar se encuentra el dispositivo intrauterino con cerca de 21% en la SSA.

La prioridad en la implementación de estrategias en la salud sexual y reproductiva tiene su base en las concepciones que se tienen de adolescencia y juventud, pues según Hernández, desde la medicina se considera que con la pubertad la actividad hormonal genera un decidido interés hacia los miembros del sexo opuesto, lo cual señala el inicio de la sexualidad adulta; un mismo hecho como la reproducción, el acto sexual, la elección de pareja, el matrimonio y la anticoncepción, tienen referencias culturales e implicaciones distintas para los miembros de la pareja, que se cristalizan en el ejercicio abierto de la sexualidad.

Para conocer cómo se perciben hombres y mujeres Hernández¹⁵⁴, realizó un estudio sobre las representaciones sociales de la maternidad y paternidad en jóvenes, niñas y niños que viven en la calle. La representación social de los hombres se basa en que poseen cuerpo de

154 Hernández Ordoñez A.; Representación social del género masculino en un grupo de niños y jóvenes que viven en la calle, en la ciudad de México. Segunda parte, Gaceta Médica de México, *Salud Mental*, Vol. 29, No. 1, enero-febrero 2006, p. 56-61

hombre, en el caso de las mujeres su esquema de representación corresponde a la idea tradicional de mujer, hombre y familia; se sigue entendiendo que el hombre es violento y, en consecuencia, sus vínculos los establecen a través de la relación de violencia, dominación, sumisión. Las percepciones anteriores contienen y perpetúan las construcciones dominantes de lo que significa ser hombres.

Por otro lado, se hizo una evaluación en alumnos provenientes de escuelas públicas y privadas, de enseñanza media y media superior inscritos en el ciclo escolar 1997-1998, ubicadas en las 16 delegaciones políticas de la ciudad de México para conocer la conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México¹⁵⁵ a fin de establecer la proporción de estudiantes que han tenido relaciones sexuales, las situaciones bajo las cuales las tienen, así como identificar el uso de anticonceptivos y comparar estos datos por nivel escolar. Los resultados indican que los adolescentes que no estudiaron el año anterior al levantamiento de esta encuesta o estudiaron medio tiempo, fueron quienes reportaron en 35% y 27.5% haber tenido relaciones sexuales en comparación con los alumnos que estudiaron tiempo completo, que las tuvieron en 15.6%. Por otro lado, quienes más relaciones tuvieron en el último mes (7 o más veces) fueron los estudiantes de bachillerato técnico 9.2% hombres y 12.3% mujeres, es importante mencionar que 55% de los estudiantes no ha vuelto a tener relaciones sexuales.

Respecto al uso de anticonceptivos, los estudiantes de bachillerato son quienes reportan haberlos usado más, 81.2% en comparación con los estudiantes de secundaria 72.9%, en todos los niveles escolares las mujeres son quienes menos usaron anticonceptivos; el método que más usan es el condón 60.9%, un porcentaje muy pequeño reporto el coito

155 Fleiz B., Clara, Villatora V., J., Medina Mora M., E., Alcantar M., E., N., Navarro G., C., Blanco J., J., Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 4, 1999., p. 14 - 20.

interrumpido 1.8% usado por alumnos de bachillerato técnico. 22% de los adolescentes sexualmente activos no usa ninguna protección lo que aumenta la posibilidad de embarazar o de ser contagiado por alguna enfermedad de transmisión sexual. Los estudiantes de secundaria que iniciaron su vida sexual señalaron que en promedio han tenido relaciones sexuales con cuatro personas, los de bachillerato y bachillerato técnico con tres personas en promedio y reportan haberlas tenido bajo los efectos del alcohol; actualmente los jóvenes inician un año antes su vida sexual, los hombres a los 15 años y las mujeres a los 14 años; los estudiantes de los tres niveles de estudio dijeron 56.5% que sí habían pensado en el embarazo, sobre todo las mujeres fueron las que pensaron más sobre este aspecto; el 0.8% de todas las mujeres del estudio se han embarazado.

Un estudio más es el de embarazo no deseado de las adolescentes y el aborto en México¹⁵⁶, el interés es debido a que se han convertido en un problema de salud pública, puesto que uno de cada seis nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años. El embarazo en la adolescencia desde el punto de vista médico y social se considera como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre, según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad, por lo cual en las instituciones de salud se trabaja para evitar el embarazo en menores de 18 años, entre algunas de las razones médicas es que no se ha

¹⁵⁶ Díaz-Sánchez Vicente, El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública. El embarazo de las adolescentes en México, *Gaceta Médica de México* Vol.139, Suplemento No. 1, 2003, p. S23-S28.

completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

Cuando se presenta un embarazo no deseado las adolescentes recurren al aborto muchas veces de manera ilegal o insegura por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebé o no saber cómo podrán continuar su educación. Durante el año 2000 se registraron 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de defunciones en mujeres de este grupo de edad, estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de población.

En una revisión reciente Pérez y Gálvez revelan que el conocimiento de métodos anticonceptivos ha incrementado en la población universitaria, pero el uso de estrategias preventivas es muy limitado, considerando que las causas del inicio temprano de la actividad sexual, embarazos no planeados, abortos, ITS y adicciones en adolescentes y jóvenes son complejas y muy variadas.

Atendiendo a esa situación la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) desarrollo un programa integral e innovador, orientado a la elaboración, implementación y validación de un Modelo Universitario de Salud Sexual y Reproductiva para la Comunidad Estudiantil en la Facultad de Medicina. El Modelo se inscribe en un marco integral de

desarrollo y sexualidad saludable, con un enfoque de protección y promoción de la salud para fortalecer valores, autoestima y capacidad de negociación con sus pares¹⁵⁷.

Si bien, la población citadina es un sector amplio de jóvenes en riesgo, el 40% de las y los jóvenes mexicanos viven en el campo y para ellos no se han desarrollado servicios específicos de educación sexual y salud reproductiva, el Centro de Integración Juvenil (CIJ) es una de las pocas instituciones que está dirigiendo su acción a este sector y elaboro un Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual¹⁵⁸ dirigido a jóvenes que viven en comunidades rurales mestizas, para promover una cultura preventiva que contribuya al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Desarrolla aspectos biológicos y condiciones socioculturales, salud sexual y reproductiva en el campo, así como habilidades y destrezas que se requieren para vivir una sexualidad sin riesgos.

Son pocos programas de educación sexual que se han desarrollado y evaluado adecuadamente basándose en una investigación sistemática sobre las necesidades de los jóvenes, en este caso el programa “Planeando tu vida” es un programa de educación sexual¹⁵⁹ que se basa en investigaciones explicativas mediante un curso taller con estudiantes de preparatorias públicas. A partir del cual se encontró que: a) El curso no modifico la actividad sexual de los adolescentes; b) Que si se imparte antes de que los adolescentes hayan empezado a tener relaciones sexuales, se incrementa la posibilidad de que se usen anticonceptivos; y c) que los adolescentes que tomaron el curso tuvieron un mayor conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción, así como una mayor percepción de acceso y uso de anticonceptivos, aunque esto no tiene efecto en la probabilidad de iniciar o

¹⁵⁷ Pérez-Palacios Gregorio,* Gálvez-Garza Raquel, 2003, op. Cit., p. S27-S31.

¹⁵⁸ *Los caminos de la vida: Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinas y campesinos*, CONASIDA, ONUSIDA, AFLUENTES, IMSS, JUNTOS POR LA VIDA, Secretaria de salud.

¹⁵⁹ S., Pick de Weiss, P., Andrade Palos, J., Townsend, M., Givaudan, Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes, *Salud Mental*, Vol. 17, No. 1, marzo 1994, p. 25-30

continuar la actividad sexual; en ambos géneros hay una actitud de mayor responsabilidad hacia la sexualidad, aunque solo cambia la conducta anticonceptiva entre hombres lo cual podría ser explicado en términos de mayor lentitud para cambiar la conducta sexual y anticonceptiva entre mujeres y mayor libertad sexual para ellos en sociedades conservadoras.

Con base en estos resultados el Instituto Mexicano de Investigaciones de Familia y Población (IMIFAP) está desarrollando programas dirigidos a niños desde edad preescolar hasta preparatoria, así como a maestros, padres de familia y jóvenes según mencionan los autores, insistiendo en que el estudio tiene especial relevancia en países de Latinoamérica, en donde la educación sexual no forma parte de la mayoría de los programas escolares.

- *Infecciones de transmisión sexual (ITS)*

Como parte de la educación sexual y reproductiva las infecciones de transmisión sexual han sido un tema investigado e intervenido de manera más recurrente, aunque las medidas implementadas no han tenido los efectos deseados sobre todo en el caso de VIH/SIDA en donde las infecciones ocurren con más frecuencia y en edades cada vez menores desde la infancia hasta la adolescencia. Se sabe que el sida, virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome que genera (VIH/SIDA) son un crítico problema de salud y un problema de desarrollo en la actualidad, pues por cada caso de Sida reportado hay 4 no detectados; del total de los casos registrados 15% son mujeres, 85% hombres y de este el 15% son jóvenes y niños. Existen nuevos fármacos eficaces para lograr la reconstrucción casi total del sistema inmunológico, y a pesar de eso Jean Louis Lamboray, ONU habla del fracaso que las políticas públicas han tenido para frenar su propagación debido a que no se han puesto

en práctica medidas preventivas verdaderas con las personas y se ha trabajado con planes, programas y campañas para su prevención y control desde los despachos de los expertos.

Sin considerar que se trata de una epidemia silenciosa

Sin embargo se continúa haciendo investigación para conocer cuáles son los factores que están incidiendo en esta pandemia, uno de los estudios realizados es el denominado de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas¹⁶⁰ con experiencias adversas¹⁶¹ en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. Las experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia fueron: haber convivido con un adulto cercano con problemas de alcohol y haber sido víctima de descuido, abuso físico, emocional o sexual.

Según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, el 60.4% de ellas había sufrido algún tipo de violencia alguna vez en la vida, 42.2% maltrato físico, 21.4% insultos, 16.5% humillación, 7.6% abuso sexual, en la investigación de dos grupos de mujeres con virus del papiloma humano, inmunodeficiencia humana y herpes simple. Se encontró: abuso pasivo, físico emocional y sexual donde destaca que la relación entre estas categorías y padecer una ITS por virus es totalmente significativa.

Otra de las investigaciones sobre ITS, hace referencia a la problemática que se vive en torno a los sistemas penitenciarios con respecto a la salud de quienes viven y conviven en ellos. En este contexto, tanto en hombres como mujeres tienen procesos diferentes para

¹⁶⁰ González P., I., Lartigue T., Vázquez G., Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud mental*, Vol. 31. No. 4, 2008. p. 262- 269.

¹⁶¹ Los traumas psíquicos, también denominados experiencias adversas, son acontecimientos de la vida del sujeto caracterizados por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a ellos adecuadamente y los efectos patógenos que provocan en la organización psíquica. A este respecto Pinherio¹⁶¹, señala que la “violencia física viene a menudo acompañada de violencia psicológica, injurias, insultos, aislamiento, rechazo, amenazas, indiferencia emocional y menosprecio, todas ellas son formas de violencia que pueden perjudicar el desarrollo psicológico del niño y su bienestar, especialmente cuando estos tratos provienen de una persona adulta respetada, por ejemplo, el padre o la madre. En: De Caso González Ana Elena y Cols., *Guía para la atención domiciliaria de personas que viven con VIH/SIDA*, Organización Panamericana de la Salud, 1999, 135 p.

elaborar este proceso, pero además internos y parte del personal de los Centros Penitenciarios creen que las personas que están privadas de la libertad también están privadas de sus derechos fundamentales, como el de salud¹⁶².

En cuanto a medidas de prevención y control del VIH se han desarrollado cursos y talleres para la población joven que se encuentra en riesgo de contraer esta enfermedad, al tiempo que se han editado libros y manuales que permitan controlar el padecimiento, es el caso de “La guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en Centros Penitenciarios”¹⁶³, que contiene información técnico-científica y un conjunto de actividades a través de las cuales se busca garantizar una intervención educativa por parte del personal asignado, se propone aplicarla con una visión de género y no de riesgo, en ella se tienen en cuenta los estilos de vida y limitaciones propias de la dinámica de cada lugar. Establece también, los pasos mínimos a seguir, manejo y tratamiento oportuno de las personas que viven con VIH. Pretende ser una intervención educativa oportuna, decidida y concertada que lleven a un cambio de actitud y a la prevención en mediano y largo plazo.

- *Programas y alternativas de inclusión para la salud los jóvenes*¹⁶⁴

Como parte de la búsqueda de salud de los jóvenes se integran una serie de programas a partir del 2003, que apoyaran las condiciones de vida para que se desarrollen de manera integral. En ese año se implemento un programa general de salud del adolescente y otros servicios, con lo cual se pretende dar un lugar a los jóvenes dentro de las políticas públicas

¹⁶² De Caso González Ana Elena y Cols., 1999, op. Cit.

¹⁶³ Perez Guevara Genoveva, Izazola Licea Sara Elena, Cruz Páez Guadalupe, Astorga Loyola Yareli Margarita, Magis Rodriguez Carlos, *Guía sobre prevención de VIH, para personal que trabaja en Centros penitenciarios*, Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad Pública, CENSIDA, México, 2007, 58 p.

¹⁶⁴ Programas de inclusión de los jóvenes en el ámbito laboral *Gaceta Médica de México*, Vol. 136 Suplemento, No.3, 2000.

ya no como espectadores sino como actores de su destino y salud, de ahí que el Estado asuma responsabilidad en el futuro de la juventud de México.

Desde estos programas se señala que los jóvenes junto con los adultos tienen en sus manos la posibilidad de enfrentar los problemas y buscar soluciones acordes al momento y la geografía concretas, asumir que el futuro es hoy y que requiere olvidarse de una postura lejana y cómoda que distancia del cuerpo y de la vida para reconciliarse consigo mismos y construir un mundo plural, incluyente y menos injusto sobre todo para los jóvenes quienes ahora tienen pocas opciones para el desarrollo y para la vida.

Se dice que los retos que enfrentan las sociedades contemporáneas es la construcción de mejores ciudadanos, cubriendo las deudas históricas no resueltas con soluciones creativas, por su parte los jóvenes necesitan trabajar por una sociedad más justa que responda a los retos del siglo XXI para ello es indispensable formar ciudadanos comprometidos con el bien común y la vida política en una sociedad con nuevas condiciones de producción, un mercado laboral a partir de las nuevas tecnologías y el tránsito a sociedades del conocimiento. Se habla también de la necesidad de que los jóvenes accedan a opciones y alternativas de desarrollo, mejores oportunidades de empleo que se cristalicen en la creación de centros de atención especializados para estas demandas, que funcionen con el objeto de colaborar en la formación de los jóvenes a nivel personal, cultural, académico, deportivo y profesional en diferentes programas, servicios, talleres, capacitación para el empleo y pláticas que se otorguen en un trabajo multidisciplinario.

I.- Opciones de trabajo: una necesidad

De acuerdo con el trabajo de la STPS, está pendiente la construcción de México a partir del trabajo de los jóvenes¹⁶⁵, sin duda, uno de los problemas más preocupantes para los jóvenes de todos los grupos sociales y regiones del país, es la falta de empleo. Según los balances durante el próximo sexenio se incorporarán por lo menos un millón de jóvenes por año al mercado de trabajo, aumentando así la capacidad de la fuerza de trabajo, y quizá también el ejército de desempleados. Los jóvenes no solo enfrentan la falta de empleo sino la mala remuneración o un empleo que no tiene nada que ver con lo que estudiaron o con lo que han decidido para especializarse.

Algunos de los servicios y acciones que se han desarrollado para atender a estas necesidades son los programas: *Observatorio Laboral Mexicano (OLA)*; *Movimiento de Jóvenes por la Competitividad*; *Programa de Apoyo a la Capacitación (PAC)*; *Programas de empleabilidad: becas para desempleados, chambatel- -chambanet, ferias de Empleo, proyectos productivos, programa de nueva cultura laboral para niñas y niños.*

Los desafíos a futuro

En el mundo del trabajo del siglo XXI habrá una tendencia a que la gente tenga que “reinventar” su perfil profesional cuatro o cinco veces a lo largo de su vida productiva; la productividad, vía la robotización y los avances en biotecnología (genética y botánica) desplazarán la mano de obra poco calificada; los flujos migratorios mundiales de Sur a Norte prevalecerán cuando menos durante la primera mitad de este siglo, en poco tiempo el teletrabajo será una realidad común universal; el surgimiento de nuevas tecnologías y

¹⁶⁵ Esparza Héctor, Jiménez de la Garma Pedro, Martínez Alejandra, México y sus jóvenes, *Revista Bien común*, año 12, Número 143, noviembre 2006, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., p. 69-70

fuentes de energía crearán la necesidad de nuevos perfiles profesionales, ahora ni siquiera planeados.

- 1) *Un nuevo modelo educativo- Vinculación Universidad Empresa.*
- 2) *Un nuevo modelo de Cultura*
- 3) *Programa de apoyo para la prevención y eliminación de la explotación sexual comercial infantil.*

A manera de conclusión, diríamos que el análisis realizado a la literatura que sustenta este modelo se basa en la despersonalización del hombre, la medicina se sitúa en el síntoma, es decir el cuerpo para ser usado requiere estar saludable de ahí que los tratamientos sean dirigidos a ponerlo en actividad en el menor tiempo posible a fin de que pueda insertarse en sus actividades y haya las menores pérdidas posibles. Esta basado en metodologías científicas que en el siglo XIX y XX retoman al niño como objeto de investigación de laboratorio para encontrar remedio a padecimientos parasitarios y respiratorios, a partir de las distintas especialidades en que se ramifican sus servicios porque se sigue concibiendo al paciente como un ser humano fragmentado, atendido desde la especialización disciplinar.

El objetivo de curación que prevalece desde finales de la revolución, retoma la curación-atención, medicina preventiva, promoción de la salud que en 1994 se le denominó de atención bio-psico-social y al año 2000 como modelo “Salud para todos”, manteniendo prácticas sustentadas en indicadores, vigilancia epidemiológica “el dato”, potencian la atención a primer nivel a fin de descongestionar el segundo y tercer niveles de atención.

Modelo de atención científico con sustento humanístico integral, al pediatra se le ha considerado clínico-sanitario-higienista mental, dicen que con una tarea médica nueva y con esto el tránsito de la medicina curativa a la preventiva física-mental-emocional que

recupera a la familia como eje en la aparición de los padecimientos y también en el cuidado y atención de los mismos, sin embargo, este nuevo modelo de atención tampoco ha tenido buenos resultados pues sigue siendo causal, basado en la relación agente-huesped-ambiente, tampoco visualiza la reconceptualización del médico en cuanto a su formación, intervención y los conceptos que tiene sobre sus pacientes, pues no hay interés en modificar su formación ni su humanización.

Dado el enfoque evolutivo que tiene la medicina y el concepto de que prevalece de adolescencia y juventud bajo un proceso fisiológico glandular y hormonal tipo sexual debido a los cambios puberales y de desarrollo físico en donde se visualiza al cuerpo joven como sujeto sexuado, por tanto hay que contenerlo ya sea por medio de orientación o de intervención mediante Programas de salud sexual y reproductiva. Cabe mencionar que en este campo tampoco ha sido efectivo el modelo, pues las estadísticas indican que las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes son los abortos y embarazos tratados de forma inadecuada y poco higiénica.

Respecto a la orientación sexual, los programas se dirigen a la educación de la mujer para su buen desempeño sexual y a los varones para conducir la practicas con sus esposas, objetivo que ha sido el mismo desde el siglo XIX. Se podría decir que no hay preocupación real por los jóvenes, más bien los programas de atención a su salud han obedecido a políticas públicas tanto nacionales como internacionales que tienen como premisa el control de la natalidad y la rehabilitación únicamente.

La pregunta sería ¿en qué medida estos programas apoyan a la salud de los jóvenes y como podrán llevarse a la realidad de los mismos con el abandono de que han sido objeto históricamente y hasta este momento, en medio de una crisis de desempleo y sin espacios disponibles para ellos?

Así lo que predomina en la realidad de los sistemas de salud respecto a los jóvenes es la poca preocupación por promover nuevos sistemas de vida y estilos distintos de atención, sólo se mantienen en lo instituido, sin importar que los trastornos de salud de los jóvenes hayan entrado en crisis, sin la capacidad para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad; quizá la opción sea reconceptualizar al joven como un individuo productivo, creativo y autosuficiente que puede tomar el curso de su vida, porque existe, es real, come, duerme, protesta, se divierte y puede ser responsable e independiente en la medida en que acceda a opciones de crecimiento y desarrollo integral distintas volviendo a su cuerpo y construyendo en él las posibilidades de las que hasta ahora ha carecido.

Modelo psiquiátrico y de salud mental

Considerando que el modelo médico de la ciencia parte del principio de que para que los tratamientos sean efectivos es necesario el análisis e investigación tanto de los síntomas presentados por los pacientes como por la búsqueda de medicamentos cada vez más potentes para aliviar la enfermedad, se ha implementado una práctica mediante el método curativo, evolucionado a través de buscar el conocimiento actual, moderno y preciso que resuelva las demandas de los pacientes, de ahí que ante la nueva transición epidemiológica se contemple a la intervención y a la investigación como inseparables para que la salud pública esté garantizada.

Sin duda esto obedece a las encomiendas que el sistema social y las políticas públicas han depositado en este modelo, instituido básicamente a partir de la creación del Instituto Nacional de Psiquiatría con su infraestructura para la atención infantil y para adultos. Desde luego no hay que olvidar que su constitución tiene que ver con condiciones de vida específicas del país y del mundo, pues en los países denominados en vías de desarrollo de los años 60s y 70s se vive una condición de empuje económico- político y de dominación de los países desarrollados, como señala Ceceña, entre 1940 y 1970 el sistema económico-político se caracteriza por dos rasgos sobresalientes de inversión extranjera directa que en nuestro país: 1) corresponden a gigantescas empresas “multinacionales” que forman enormes conglomerados con filiales en muchos países del mundo gobernados desde el centro de control, la matriz, que se encuentra en el país inversionista, y 2) la aplastante mayoría de las empresas extranjeras que actúan en nuestro país son propiedad norteamericana. Estos dos hechos se combinan estrechamente y determinan las consecuencias más importantes de tipo económico y político cuyo resultado es un proceso expansionista que desplazo a los capitales nacionales, estableció una política de fijación de

precios altos en comparación a sus costos obteniendo utilidades exageradamente grandes. Durante este periodo la actividad productiva de nuestro país se comprometió con capitales extranjeros en áreas básicas como: la industria de productos químicos para uso industrial a excepción de la producción de Guanos y Fertilizantes (segunda en importancia) de dominio total de las empresas de participación estatal que controla el gobierno mexicano; en las actividades mineras y metalúrgicas el capital extranjero se eleva al 53.6% del capital global. El capital extranjero también se desarrollo con gran intensidad en la producción de muchos otros productos como: medicinas y drogas, la industrialización de alimentos que ocupa el primer lugar en la estructura industrial del país y que se divide por mitad entre el capital extranjero y el nacional; la industria cigarrera que se encuentra casi totalmente en manos norteamericanas, al igual que la de productos de tocador en la que operan cinco grandes empresas en la elaboración de cosméticos, lociones y perfumes. La industria del cemento y materiales de construcción ha alcanzado importancia debido al proceso de urbanización y la edificación industrial y residencial donde el capital extranjero representa el 38% del capital total.

En otras ramas industriales como el papel, cartón y sus productos también operan importantes firmas extranjeras de manera independiente o en asociación con capitales mexicanos; igual que en la industria de hilados y tejidos y de la confección; la fabricación y venta de productos fotográficos que es prácticamente controlada por la empresa Kodak, así como la industria de muebles sanitarios; a los renglones mencionados pueden agregarse la producción de plumas fuente, bolígrafos, lápices, discos, fonógrafos, producción y venta de libros y revistas, de relojes, joyería, etc.. En la industria de transformación, el comercio, la industria turística y en ella las grandes empresas de transporte aéreo como núcleos de

control, hoteles, restaurantes, centros nocturnos, servicios de taxímetros y agencias de viajes.

Un verdadero enjambre de empresas extranjeras opera en México en una amplia variedad de servicios de tipo jurídico, contable, de administración, de estudios de mercado, de asesoría financiera y de tipo técnico. Lo anterior permite dar cuenta de la estructura industrial del país, de las inversiones nacionales y de la participación del capital extranjero en inversiones directas multiplicadas vertiginosamente en las distintas líneas que forman las filiales y monopolios norteamericanos y europeos, puede apreciarse que sólo escapan al control extranjero las actividades dominadas por el gobierno: electricidad, ferrocarriles, siderurgia, petróleo y gas, y algunas en las que el sector privado mexicano tiene relevancia como los bancos, financieras, seguros o acero, así como la agricultura, que se encuentra bajo el control de grandes empresarios agrícolas y de ejidatarios¹⁶⁶.

En este contexto, la participación de los jóvenes se perfila dentro de un espacio de conciencia y reflexión que se cristaliza en una historia de encuentros y desencuentros de donde emanan movimientos de masas y organizaciones revolucionarias de 1959 a 1975, periodo en que ocurre una gran acumulación de fuerzas a distintos niveles de conciencia, de entrenamiento teórico, político y revolucionario con variantes naturales y morales cuyas contradicciones se manifiestan en organizaciones naturales y políticas. Fue una etapa de desmitificación de la sociedad dominante y de crítica a muchas falsas rebeldías anteriores iniciada tras la revolución cubana y los movimientos guerrilleros que surgieron de ella en la mayor parte de Latinoamérica como pequeños focos o grandes frentes en Nicaragua, Guatemala, Honduras, Venezuela, Ecuador, Argentina, Colombia, Perú, Chile que según

¹⁶⁶ Ceceña José Luis, *México en la órbita imperial. Las empresas transnacionales*, ediciones el Caballito, México, 1976, 271 p.

Fidel Castro “se debía a las espantosas condiciones de explotación en que vive el hombre americano, el desarrollo de la conciencia revolucionaria de las masas, la crisis mundial del imperialismo y el movimiento universal de lucha de los pueblos subyugados”¹⁶⁷, la política de la Alianza y del endeudamiento de los países latinoamericanos.

La crisis tuvo su principal manifestación en las universidades con un creciente proceso de contestación y crítica al sistema, hubo países en los que se desarrollaron grandes movimientos populares como la resistencia masiva de Brasil y el movimiento estudiantil del 68 en México, que termino con la masacre de Tlatelolco donde fueron asesinados varios cientos de estudiantes, movimiento que originalmente envolvió sectores de la clase media pero en el campo coincidió después con el desarrollo de guerrillas, en las ciudades con la formación de grupos terroristas y paulatinamente derivó en un movimiento de “insurgencia obrera” y en “una tendencia democrática” de base proletaria.

Una gran parte de la juventud y de la intelectualidad empezaron a replantear desde entonces todo el proceso histórico del México contemporáneo, lo cual hace evidente la presencia de los jóvenes pero bajo el estigma de rebeldes e inconformes cuya participación más importante es la aparición de grupos hippies y reacciones de emancipación de la mujer con proyectos de libertad sexual y reconocimiento de su persona, cuyas principales conquistas fueron la obtención del derecho al voto de la mujer en 1953, extendido y a los jóvenes que tuvieran 18 años, en 1970. Estos movimientos juveniles tuvieron impacto en el campo educativo, donde el principal logro fue la continuación de campañas de alfabetización en gran escala (todavía quedaba en 1970 por reducir un margen de 23.8% de iletrados), la

¹⁶⁷ Pablo González Casanova, *Imperialismo y liberación. Una introducción a la historia contemporánea de América Latina*, Siglo XXI, México, 1978, 260 y 280 p.

construcción de escuelas primarias, normales y técnicas, la distribución gratuita de libros de texto y la apertura de grandes museos modernos.

Para los jóvenes la infraestructura más importante fueron las instalaciones modernas y espaciosas de la UNAM, inauguradas en 1952 y en años 70s la creación de los Colegios de Ciencias y Humanidades (CCH) con una población de 260 000 alumnos; la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana y del Instituto Politécnico Nacional con edificios especialmente construidos en Zacatenco para 122 000 educandos. También se construyeron algunas universidades e institutos tecnológicos en los estados.

Se creó en 1971 el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para fomentar la investigación y armonizar el trabajo de las instituciones dedicadas a ella y en la formación de investigadores, así como el fomento de intercambios internacionales. Pues para los países subdesarrollados, el dilema implica construir una ciencia y tecnología acorde a las necesidades sociales para favorecer el futuro de las aspiraciones de sus pueblos y el futuro de su juventud; se apostó a la ciencia como la posibilidad de superar el estado de dependencia económica con una ciencia dinámica y nuevas tecnologías, que acompañen a nuevas estructuras económicas que traduzcan y realicen las aspiraciones de bienestar y cultura generalizados, además de independencia económica y política.

En este contexto, surge el Instituto Mexicano de Psiquiatría y sus formas de atención y tratamiento directamente vinculadas a la contención y rehabilitación de los estragos producidos en la población derivados de tales condiciones de vida, esto es claro en los propósitos, programas y proyectos de la institución, según puede apreciarse en la áreas y acciones que se han combinado en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular. A fin de dar respuesta a las necesidades que los adolescentes y jóvenes manifiestan respecto a sus padecimientos, el instituto asume criterios institucionales y de

políticas públicas que el Estado ha absorbido como necesidades de atención a partir de la realidad nacional como ellos dicen o de las políticas a nivel internacional respecto a los padecimientos.

Fue así como la salud mental en nuestro país fue asignada a la psiquiatría y a su instituto desde la atención, la curación, la promoción y la prevención de los problemas de tipo mental, en los que se considero incluso como padecimientos psiquiátricos y no sólo endocrinos a la homosexualidad y el transvestismo, pues se menciona que el tratamiento hormonal en ningún sentido modifica esos trastornos de conducta¹⁶⁸.

Fernández señala la fundación del primer hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez como la institución que da origen a la atención de padecimientos mentales, a cargo de Bernardino Álvarez quien desde su punto de vista hizo la importación a México del trato con caridad y amor al prójimo que ya desde el siglo XV se practicaba con éxito en España y supo dedicarse a su labor con celo y fe suficientes¹⁶⁹, menciona que inconscientemente introdujo en México una tradición que desde épocas medievales cuatro siglos atrás venía siendo orgullo de la cultura peninsular recogida por Pínel a principios del siglo XIX. Se contaba con establecimientos de reclusión para enfermos mentales en los cuales el trato era humanitario y la terapéutica ocupacional había sustituido al régimen de cadenas y cerrojos. Somolinos menciona que el origen y fundación del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, conocido como Hospital de los Inocentes u Hospital General de San Hipólito, fue el primer Manicomio General llamado de “la Castañeda”¹⁷⁰. La mística que enarbolaba era

¹⁶⁸ López Amor Ezequiel, Alteraciones endocrinas testiculares durante la pubertad y adolescencia, *Gaceta Médica de México*, Vol. 104, No. 1, julio de 1972. P. 63.

¹⁶⁹ Fernández del Castillo Dr. Francisco, Bernardino Álvarez, Iniciador de la atención neuro- psiquiátrica en México. Cuarto centenario del primer manicomio en América. (1566-1966), *Gaceta Médica de México*, Tomo XCVI, No. 9, septiembre de 1966, p. 1025.

¹⁷⁰ Dice Díaz Arce... “los padres de Bernardino fueron nobles, españoles y muy cristianos. “toda compañía de alentados, reconocía a Bernardino Álvarez por capitán por ser el que más galante...” Nuestro Bernardino no

la cristiana, tenía conceptos que hoy se promueven por la medicina social: atención médica para todos, que el demente es un enfermo con necesidad de rehabilitación, evitar que el débil sea un desamparado.

Esta forma de tratamiento pronto fue superada por el grado de cronicidad de los pacientes, haciendo necesario otro tipo de atención que toma a la reclusión como vía de curación, en este sentido Sacristán se refiere a la fundación de la primera Granja para enfermos mentales de México, en 1945, cuando la psiquiatría mexicana tenía el reto de innovar su oferta terapéutica y las formas de atención que vincularan a la psiquiatría y la sociedad que demandaba sus servicios. El funcionamiento de esta Granja en el periodo 1945-1948, permite mostrarla como alternativa terapéutica ofrecida por las Granjas-hospitales, apoyada e impulsada por el Estado mexicano con un carácter custodial, que en algún momento de su historia fue modelo retomado por los hospitales campestres, aunque ambos tipos de institución psiquiátrica serían los más abandonados por el Estado en cuanto a financiamiento, recursos terapéuticos y humanos. Su importancia recae en los esfuerzos que la psiquiatría mexicana a través de estos establecimientos ofreció para la reinserción social de los enfermos mentales.

El mismo autor menciona que al parecer el establecimiento de las Granjas para enfermos mentales se convirtió en política de salud mental en México, fue muy exitosa durante sus primeros años de funcionamiento por lo que se convirtió en uno de los pilares de la política

se contento con poner tierra en medio, sino mar, y así pasó a los Reynos de el Perú, como veremos”. “Bernardino Álvarez en Cuzco y otros lugares de Perú, reunió una respetable fortuna y volvió a México diez años después cuando ya sus antiguas hazañas estaban olvidadas. Bernardino dejó su antigua vida y recibió por oficio el de la Santa Hospitalidad, ocupándose en servir y curar a los pobres que acudían al Hospital del Marqués, que eran muchos por no haber en aquel tiempo más de este hospital y el llamado del Amor de Dios donde se curan las bubas”. En visitar y socorrer a los presos, buena parte de su caudal lo empleo en la fundación del Convento de Jesús María, “con la experiencia de haber estado en el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora, vio diferencias de vejez, caduquez y locura y a todo pretendió dar acogida y asegurar albergue”. Somolinos D’Ardois Germán, Comentario al trabajo “Bernardino Álvarez, Iniciador de la atención neuro-psiquiátrica en México. *Gaceta Médica de México*, Tomo XCVI, No. 9, septiembre de 1966. P. 1017.

de salud mental en México durante cinco periodos presidenciales, entre 1945 y 1968, y dio origen al establecimiento de once Granjas en el país inspiradas en su funcionamiento. Algo representativo en su fundación fue la preocupación que los psiquiatras mexicanos expresaron ya desde 1930 por el agotamiento terapéutico del modelo masificador que representaba el manicomio de La Castañeda y elaboraron propuestas encaminadas a mejorar la asistencia psiquiátrica, entre ellas, el establecimiento de explotaciones agrícolas establecidas en el campo y por ende, al margen de la vida urbana, industrial y comercial, se basaban en la terapia ocupacional y tratamientos conocidos en la época, este fue un proyecto modelo.

Si bien, la atención psiquiátrica tiene una larga historia, es hasta los años 70s cuando con la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), se comienza a hacer énfasis en cuanto a la situación de los servicios que se proporcionan y la función que se ha desempeñado dentro de la sociedad en el campo de la salud mental, en este sentido Berenzon y cols., hicieron una evaluación y análisis sobre la investigación realizada y las actividades del Instituto Mexicano de Psiquiatría durante veinticinco años de los Servicios de salud mental, la califican de diversa en cuanto a las áreas de investigación que incluye: encuestas en los hogares, estudios en poblaciones específicas, como niños de la calle, adolescentes, mujeres, población rural y usuarios de alcohol y drogas. También se han desarrollado proyectos de investigación enfocados a conocer las trayectorias curativas seguidas por pacientes con trastornos mentales y/o el uso de servicios alternativos.

En relación a los servicios de salud y adicciones, las encuestas en hogares han permitido conocer las tendencias de la demanda de atención por parte de la población que presenta problemas relacionados con el consumo de drogas. Señalan que la asistencia a servicios especializados es muy baja en 1988 fue de 5%, y en 1998 sólo ascendió a 6.1%, pues antes

de asistir a la institución se apoyan en familiares, amigos o ministros religiosos, de ahí se desprende que la atención a la salud mental está en manos de familiares, automedicación, amigos y sacerdotes o ministros religiosos que son el primer recurso de ayuda al que acuden. Las principales barreras asociadas con esta baja utilización son: tener vergüenza de platicar los problemas, la falta de información y el pensar que el tratamiento puede ser costoso. Otras circunstancias que obstaculizan la búsqueda son las trabas burocráticas para obtener el servicio, como el tiempo de espera de una cita o la asignación de horario poco conveniente; además los autores refieren que hay deficiencias de los servicios, sobre todo en poblaciones específicas como niños de la calle, mujeres y familiares de adictos. Cuando la población recurre al IMP se dirige en su primera solicitud de ayuda al médico general, quien en alto porcentaje de los casos no detecta las necesidades especiales y por lo mismo no refiere al paciente a tiempo a un servicio especializado, lo que eleva el costo de la atención.

Se dice que la población combina y prueba diferentes opciones médicas construyendo múltiples alternativas y estrategias para la búsqueda de la salud. Cuando se presenta un problema emocional o mental, la población recurre tanto a servicios formales de atención como a otros servicios de salud que funcionan como alternativos, donde lo más importante no es el método utilizado como tratamiento sino lo que resulte más eficaz para encontrar curación a su padecer.

Cabe destacar, que el IMP ha realizado una importante labor en la investigación de los servicios para trastornos mentales y adicciones, en donde los estudios realizados en poblaciones especiales como niños, adolescentes, mujeres y población rural proporcionan información relevante sobre las deficiencias de capacitación del personal y la escasez de

recursos; también permiten ver que cada uno de estos grupos tiene necesidades de atención particulares, y que es necesario entender esto para otorgar un buen servicio¹⁷¹.

Uno de los estudios que existe sobre la utilización de servicios especializados para niños y adolescentes es el realizado por Caraveo y cols., quienes realizaron un análisis para estimar la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños, además de identificar las necesidades potenciales de atención percibidas por los padres.

Por su parte, Jiménez y cols., han profundizado en la investigación del estado del arte de la atención psiquiátrica infantil, considerando que la epidemiología psiquiátrica ha permitido avanzar en los estudios históricos, el diagnóstico comunitario, la evaluación de cuadros clínicos, la identificación de nuevos síndromes y sus probables causas y en la realización de encuestas representativas y transnacionales en la población general.

En la década de los 80, se realizaron estudios con diseños transversales para conocer prevalencia de diferentes trastornos en la práctica médica, se evaluó la validez y la confiabilidad de instrumentos de detección y diagnóstico y se publicaron algunos ensayos sobre la importancia de conocer las necesidades y demandas de atención.

En la década de los 90, la atención se dirigió a estudios descriptivos en población rural y urbana de las determinantes principales del uso y los patrones de búsqueda de diferentes alternativas de atención. Se comenzó a investigar la esquizofrenia con revisiones y análisis de su situación en nuestro país, asimismo, se dieron a conocer los resultados de la primera Encuesta Nacional de salud Mental; con ellos se pudo conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños, adolescentes y adultos.

¹⁷¹ Berenzon Gorn Shosahana, Medina-Mora Icaza Ma. Elena, Lara Cantú Ma. Asunción, Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud mental*, Vol. 26, No. 5, octubre 2003, p. 61- 72.

A inicio del siglo XXI se investiga la prevalencia de trastornos a partir de criterios diagnósticos definidos, durante este periodo se ha incorporado la Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica a la primera generación del ICPE que responde a una iniciativa lanzada por la OMS en el año 2000, para realizar estudios epidemiológicos nacionales en diferentes países.

Se puede destacar que resultados iniciales de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica han corroborado que la prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida en nuestra población es de 28.6% y la prevalencia anual es de 14%. Se han abordado los tres ámbitos en que suele dividirse a la población para su estudio: instituciones hospitalarias, práctica médica general y población abierta; el énfasis se ha puesto en los estudios históricos y transversales, estos últimos han permitido dar cuenta de la situación epidemiológica de los trastornos mentales, pero aún hace falta un cuestionamiento de los límites diagnósticos que, de acuerdo con Kessler, es una de las nuevas direcciones que debería tomar la epidemiología psiquiátrica. También habría que analizar las deficiencias que existen en la evaluación de los servicios de salud, que según los especialistas de esta área se podrían resolver mediante la utilización de análisis costo-beneficio.

Lo anterior permite reiterar que en el inicio de este siglo, en la epidemiología psiquiátrica en México según los autores citados, ha destacado el uso de criterios diagnósticos estandarizados para obtener datos comparables en el propio país y de otras partes del mundo, aunque los diseños que se emplean limitan la exploración más rigurosa de la evolución temporal de los trastornos y de sus factores de riesgo. Para la institución una actividad relevante es la configuración de una base de datos con información relativa a la presencia de psicopatología en tres generaciones, lo que sienta las bases poblacionales para los trabajos que se desarrollan en relación con la biología molecular y genética. Sin

embargo, consideran que una tarea pendiente a trabajar es la detección oportuna de trastornos durante la infancia, así como el desarrollo y la evaluación de diferentes formas de intervención. Los autores mencionan que la proyección del trabajo en el IMP en los próximos 20 años será la identificación de los mecanismos protectores y factores de riesgo que desarrollan psicopatología en general y trastornos específicos, considerando que los estudios que pudieran realizarse en estas poblaciones requieren aproximaciones e instrumentos que tomen en cuenta sus características peculiares y sus concepciones cosmogónicas con la finalidad de reducir la influencia de los sesgos culturales. Otro de los aspectos que señalan es urgente considerar se vincula con la prevención y la necesidad de orientar los esfuerzos de investigación hacia los problemas de salud mental que se presentan durante la infancia y la adolescencia¹⁷².

Por su parte De la Fuente y Torres¹⁷³ hacen una aproximación al tema de la investigación en el campo de la psiquiatría en México, con el propósito de dar una visión panorámica de las contribuciones de nuestro país al avance y a la consolidación del conocimiento en el campo de la psiquiatría en los últimos 40 años, su estudio está basado en: a) una búsqueda bibliográfica a través del centro nacional y de información y documentación en salud, que ha dado información reciente; b) una búsqueda personal en revistas, otras publicaciones personales y otras publicaciones nacionales; c) una encuesta entre 20 de psiquiatras informados; d) la experiencia de ellos mismos en el campo y su conocimiento personal de muchos de los autores y trabajos que analizan. De su investigación, concluyen que existe una pobreza relativa en el conocimiento de la disciplina debido a varias causas entre las que

¹⁷²Jiménez Tapia José Alberto, Bojórquez Chapela Letza, Blas García Claudia, Landa Velasco Virginia, Caraveo Anduaga Jorge, Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: último 30 años. *Salud mental*, Vol. 28, No. 3, junio 2005, P. 69-76.

¹⁷³ De la Fuente, J., Torres Torrija R.; La investigación en el campo de la psiquiatría en México. *Salud Mental*, Vol. 6, No. 3, otoño 1983, p. 3-8.

destacan: 1) la mente y los desordenes han sido vistos como de naturaleza distinta a otros desordenes y enfermedades, lo cual repercute en la conformación local de un hecho general; 2) que hasta tiempos muy recientes, el país no contó con los recursos, las instalaciones y el apoyo institucional que tuvo la investigación científica en otras ramas de la medicina; 3) la tendencia de nuestro campo a postular explicaciones especulativas en lugar de situarse en hipótesis científicas.

Señalan también los autores que los avances distinguidos en este campo del conocimiento entre 1950 y 1970 tienen que ver con: el uso de la farmacología y las consecuencias favorables que tuvo en la atención de los enfermos mentales, un ejemplo son las publicaciones mexicanas en donde para ese entonces aparecen trabajos de investigación clínica con un refinamiento metodológico poco homogéneo, en los que se avalúa la eficacia terapéutica de fármacos, algunos probados previamente en otros países. Comentan que la investigación biomédica y, particularmente el avance de la psicofarmacología, han sido un estímulo importante para mejorar la metodología del trabajo clínico de la psiquiatría; en la actualidad trabajan para hacer diagnósticos más confiables y formar grupos más homogéneos, desde un plano fenomenológico.

En el campo de la investigación clínica por su parte, han diseñado e implementado programas piloto para el tratamiento y rehabilitación de pacientes farmacodependientes, alcohólicos y enfermos mentales hospitalizados, así como de niños con problemas conductuales y del aprendizaje.

A decir de los autores son varias las aportaciones que se han hecho en el campo de la salud mental en nuestro país:

- 1) como la publicación del trabajo “psicología y la cibernética”, de Arturo Rosenblueth en 1954. Una de sus cuatro monografías importantes está dedicada al

problema cerebro mente, y sus trabajos cubrieron áreas extensas como: la reacción de despertar y la de orientación, la atención, la habituación, los procesos de dormir y del soñar, los niveles de conciencia y las enfermedades mentales funcionales. Su contribución más importante fue haber percibido las implicaciones de la convergencia de las fibras conductoras de distintos estímulos sensoriales en la formación reticular, y el control descendente que las áreas de integración sensorial de la corteza cerebral pueden ejercer sobre estas células activadoras.

- 2) aportes relacionados de Héctor Brus relacionados con la neurofisiología del aprendizaje y el condicionamiento, en sus últimas publicaciones continúa ahondando en el papel del núcleo caudado y en los procesos de la memoria y el aprendizaje. Sus estudios acerca de la modificación experimental de la conducta mediante la acción de los psicofármacos.
- 3) aportaciones al estudio transcultural de los diferentes estilos de confrontar los problemas de la vida cotidiana en sociedades como la mexicana, en comparación con las sociedades industrializadas de Rogelio Díaz Guerrero quien desde 1967.
- 4) inició de un grupo de estudio con el fin de leer y comentar los textos de Freud de 1947 a 1950, dirigido por Raúl González Enríquez. psiquiatras mexicanos, recibieron adiestramiento en psicoanálisis corriente que habría de jugar en México un papel importante en el desarrollo de un enfoque social ante los problemas de medicina y de salud mental, en una línea que deriva del psicoanálisis humanístico, a partir de los cuales Armando Hinojosa publicará investigaciones sobre la personalidad de los estudiantes universitarios. Esta fue una forma complementaria a la desarrollada en la primera mitad del siglo XX que caracterizo a la psiquiatría que

centraba su interés en la interioridad del individuo, derivada de la influencia de Jaspers y Freud

- 5) entre 1960 y 1970, la SSA estableció una red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales granjas, en sustitución del ya abarrotado manicomio general.
- 6) a partir de los años setenta los hospitales “Fray Bernardino Álvarez” y “Juan N. Navarro” (atención a niños y adolescentes) han jugado un papel importante como sedes en la enseñanza de la psiquiatría. La principal rama fue el estudio de los problemas de los enfermos mentales en su contexto social, representada por Guillermo Calderón Narváez, Rafael Velasco Fernández, Carlos Pecheu, y con un enfoque psicodinámico, Carlos Biro y José Cueli.
- 7) papel destacado del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría en la investigación científica en el campo psiquiátrico y de la salud mental en México, desde 1977, que han llevado a cabo en los últimos 4 años 262 proyectos de investigación de los cuales se generaron 200 publicaciones, 40% en revistas internacionales y las otras en revistas mexicanas dedicadas a la psiquiatría. Las temáticas abordadas se relacionan con algunos problemas en la neurofisiología, la neurobioquímica, la neuroendocrinología y la farmacología, que se consideraron relevantes para la clínica por ejemplo: efectos de inhalantes en el cerebro, los desordenes del sueño, las encefálicas y la plasticidad del sistema nervioso. Por otro lado, se ha incidido en el conocimiento de algunos mecanismos neuroendocrinos implicados en los desordenes afectivos lo cual está haciendo posible la agrupación de enfermos deprimidos en base a estudios hormonales. Este es un paso a la reclasificación de los desordenes mentales en términos de la concurrencia de rasgos clínicos e indicadores biológicos. Algunos de estos trabajos

se realizan en colaboración del doctor Carlos Valverde, del Instituto nacional de Nutrición.

- 8) en la Investigación médico psicológica indican que se utilizan actualmente pruebas psicológicas muy sensibles (Halstead Reitan, Luria, etc.) para la identificación de alteraciones discretas de las funciones cognitivas en niños y adolescentes farmacodependientes y en ancianos. Se llevan a cabo investigaciones cuya aplicación ha permitido evaluar deficiencias y mejorar la asistencia y rehabilitación de los enfermos.
- 9) investigaciones sociomédicas con diferentes metodologías, en varios tipos de poblaciones y distintos lugares del país, en el campo de la fármaco dependencia y el alcoholismo: su prevaecía y patrones de consumo, los problemas psiquiátricos relacionados, sus raíces y repercusiones familiares y sociales. También se ha estudiado el suicidio y la prevalencia de trastornos mentales en la población que recibe atención médica general y enfermos hospitalizados, y las consecuencias en las familias y en la comunidad.
- 10) Ha habido participación en los programas internacionales patrocinados por la OMS y la colaboración con otros organismos del extranjero¹⁷⁴.

1) Las áreas de intervención y estudio de este modelo.

La atención de la salud mental de la población ha sido función fundamentalmente del instituto Mexicano de Psiquiatría desde su creación en 1979, y en este sentido su campo de acción en la salud de los adolescentes se ha enfocado a la atención de la población universitaria en problemas de salud como: parasitología, hematología, nutrición,

¹⁷⁴ Ver anexo de investigación y artículos consultados en la investigación

farmacodependencia, diabetes, venéreas, caries, nefrología, condición física; a) Síntomas emocionales y conductuales, b) Trastornos depresivos y ansiosos c) investigación en Adicciones: Alcoholismo, Tabaquismo, Consumo de otras drogas e intervención en este campo, d) Suicidio, investigación e Intervención, e).Estrés, y f) Conductas alimentarias de riesgo.

a) La salud:

Se comienzan a revisar las investigaciones encontradas en el rastreo a fin de poder identificar las temáticas tratadas, las metodologías empleadas y los principales hallazgos obtenidos en las mismas. En este sentido, el reporte de los trabajos realizados por el IMP se ubica primeramente en la atención e investigación a las demandas de atención de la población universitaria, en donde Vázquez indica que son muchas las patologías encontradas en la consulta externa: parasitología, hematología, nutrición, farmacodependencia, diabetes, venéreas, caries, nefrología, condición física. Los padecimientos de más elevada frecuencia son de vías respiratorias altas, del tubo digestivo, de órganos genitales, dermatológicos, del sistema musculoesquelético, en el sexo masculino 10.9% usan lentes y solo 3.3% estaban bien graduados. La frecuencia de parasitosis intestinal fue de 37.3%, dos a tres especies diferentes de parásitos. En relación con las anemias y peso corporal sus resultados se relacionaron con las alteraciones hematológicas. Otros padecimientos como prediabetes, diabetes, enfermedades venéreas y patología dental, nefrológicos, solo 1% presento alteraciones del tipo de la hipertensión arterial, proteinuria, uropatías obstructivas o litiásicas, infección urinaria y otras.

De acuerdo a las perspectivas de la psiquiatría de Enlace, Saucedá y cols¹⁷⁵..., refieren la prevalencia de la patología y agravamiento de síntomas psicológicos premórbidos, aumento de la conducta de apego, irritabilidad, dolor, trastornos de apetito, regresiones, desesperanza, angustia y fantasías amenazantes en la población pediátrica, que generan altas probabilidades de que se desarrollen problemas psiquiátricos y trastornos de aprendizaje que requieran del fenómeno llamado “hospitalismo”. Este modelo fue puesto en práctica después de los sismos de 1985 y a partir de 1992 cuando se modificó la demanda del servicio de salud mental, al tiempo que se reinició el servicio psiquiátrico infantil, en donde los pacientes ya no se ubican en áreas determinadas por especialidades sino de acuerdo a su edad.

Como parte de la atención en salud mental, los tratamientos farmacológicos han sido de los más utilizados en la atención de padecimientos sobre todo infantiles, de acuerdo a García y cols., el objetivo del Psiquiatra infantil deberá ser alcanzar el máximo beneficio terapéutico con el mínimo de efectos colaterales, evaluando siempre el riesgo-beneficio. Desde 1937 se documentan los efectos de la benzedrina en 30 pacientes pediátricos con problemas conductuales, en la década de los 50 la corpromazina y los antidepresivos tricíclicos empiezan a utilizarse y en las décadas de 80s y 90s se desarrollan nuevos productos para el tratamiento de la esquizofrenia, la depresión y la manía¹⁷⁶.

En el campo de la psiquiatría algo que es fundamental para mantener la salud es conocer la actitud hacia la enfermedad mental y la percepción que de ella tienen los jóvenes, a fin de

¹⁷⁵ Saucedá García Juan Manuel, Maldonado Durán J. Martín, Montoya Cabrera Miguel Ángel. Nuevas perspectivas en la Psiquiatría de Enlace. La experiencia del Hospital de Pediatría del Centro Médico nacional Siglo XXI, *Gaceta Médica de México*, Vol. 130, No. 6, 1993, p. 72-75.

¹⁷⁶ García M., G., Joffe V., V. M., Principios generales sobre la psicofarmacoterapia en niños y adolescentes. Una revisión. *Salud Mental*. Vol. 29. No. 4, 2006, p. 30- 37.

conservar un estado saludable, en este tenor Casco llevó a cabo un estudio con estudiantes de preparatoria, con ocho descripciones hipotéticas de los siguientes padecimientos mentales: debilidad mental, esquizofrenia simple, depresión, paranoia, histeria, obsesión-compulsión, manía y alcoholismo y un cuestionario sobre los medios masivos de comunicación¹⁷⁷.

b). Síntomas emocionales y conductuales

Según Caraveo y cols., los trastornos afectivos en la niñez y en la adolescencia son reconocidos por el DSM-III-R como trastornos cuyos síntomas centrales son similares a aquellos encontrados en los trastornos afectivos de los adultos, pero con las características específicas del desarrollo. Estos niños, por lo general, no reciben atención clínica a no ser que conductas disruptivas, problemas académicos o cambios en el apetito o en el sueño, sean muy aparentes.

Además debe considerarse que muchos de los síndromes ansiosos de la vida adulta, surgen en la niñez y en la adolescencia y pueden ser diagnosticados en esta edad, como las crisis de angustia con o sin agorafobia social, el trastorno por ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno por estrés postraumático.

Los autores señalan que la demanda de los servicios de salud mental en los centros de salud de la ciudad de México ha mostrado que una tercera parte corresponde a niños, siendo los trastornos de conducta y los problemas de aprendizaje, así como las quejas somáticas los motivos más frecuentes de la demanda de atención. Mientras en la población adulta, los trastornos depresivos y de ansiedad son los más frecuentes. El retraso mental es la primera

¹⁷⁷Casco Flores Margarita; Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior, *Salud Mental*, Vol. 13, No. 2, junio 1990, p. 18-22.

causa de internamiento entre los grupos más jóvenes, mientras que la esquizofrenia y las psicosis orgánicas crónicas se distribuyeron de manera relativamente uniforme a partir de los 20 años. La dependencia al alcohol como motivo de internamiento aparece desde los 21 hasta los 70 años. La epilepsia mostró la mayor concentración de pacientes internados entre los 31 y los 60 años; sin embargo, entre los menores de 20 años ya es una condición frecuente.

A partir de la década de los ochenta, se realizan trabajos de investigación más sistemáticos en los que se ha empleado el modelo bioetático. En la práctica médica familiar los estudios han mostrado prevalencias con un rango de 29 a 51%, predominado los trastornos depresivos y ansiosos que en sus formas más severas afectan por igual a hombres y mujeres, aunque las mujeres presentan mayor número de síntomas que los varones. En cuanto a los trastornos depresivos menores representaron el 10.3%, predominando la neurosis depresiva en las mujeres tanto en jóvenes como en la edad madura. La presencia de sintomatología depresiva y de desesperanza en el adulto, denota que entre más severo es el trastorno mayor es la repercusión en los niños.

Por lo que toca a la detección, consideran los autores que el médico general sólo identifica entre una tercera parte y la mitad de los pacientes que requieren alguna forma de intervención, los casos identificados por los médicos, en su mayoría correspondieron a trastornos de larga duración como la distimia, los episodios depresivos recurrentes y la dependencia al alcohol. En las clases diagnósticas relativas a psicosis, se estimó una prevalencia de 7% para las sugestivas de un trastorno esquizofrénico, las cuales afectan por igual a hombres y a mujeres, predominado en el grupo de edad más joven. La psicosis inespecífica se presentó en 9%, afectó por igual a ambos géneros y se apreció un incremento con la edad. Los trastornos obsesivos se estimaron en 2.9%, afectaron

principalmente a mujeres en edad media. Los trastornos de ansiedad representaron el 7% siendo más frecuentes en las mujeres y en el grupo de edad más joven¹⁷⁸.

Aunque en la ciudad de México es donde existe el mayor número de servicios de salud psiquiátrica y salud mental del primer nivel de atención, se ha observado poco uso de ellos por parte de los pacientes, además de un notable retraso tanto para la primera búsqueda de atención como para el arribo a los servicios. Debido a esto se dice que hay necesidad de educar a la población para identificar oportunamente este tipo de trastornos, y por otra parte, la necesidad de capacitar a los médicos generales y familiares en la identificación y manejo de los casos no complicados, así como en la referencia de los casos más severos. Ya en el terreno del trabajo en los servicios de primer nivel de atención, los resultados sugieren que los esfuerzos deben orientarse hacia la detección temprana y la atención de las alteraciones en la infancia. Prevenir que estas condiciones se sigan repitiendo es el reto de la atención, y para ello, es menester educar a la población para la atención oportuna y hacer disponibles y accesibles los servicios para la misma, la estrategia sería contar con los servicios de psiquiatría en los hospitales generales, con capacidad para internamientos breves y la atención de pacientes en crisis.

La principal hipótesis respecto a la aparición de padecimientos emocionales o conductuales en adolescentes y jóvenes es la participación de los espacios de socialización en que se desarrollan, se insiste en que la falta de estimulación física, social y emocional adecuada durante la infancia y la niñez es una causa de crecimiento inapropiado del ser humano, así lo muestra el estudio realizado por Parra y Ramos en un orfanatorio en la ciudad de México

¹⁷⁸ Caraveo Anduaga Jorge J., La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud mental*, Vol. 19, suplemento abril de 1996. P. 8-13.

con grados variables de deprivación psicosocial (DPS), la mayoría carecía de cuidado físico adecuado antes de llegar a la institución, entre dos y los cinco años de edad¹⁷⁹

Otro de los estudios fue el realizado por Caraveo, Colmenares y Martínez, a fin de estimar la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes e identificar las manifestaciones que son percibidas por los padres como necesidades potenciales de atención para sus hijos, así como estimar la búsqueda de servicios de salud mental. Encontraron que la mitad de la población resultó sintomática, la necesidad de atención fue solamente considerada para 25%, y la búsqueda de atención para 13%. Los síntomas de internalización fueron percibidos más frecuentemente y llevados a la consulta por los padres. Algunas hipótesis relacionadas con los problemas de atención y conducta de los menores indican que se pueden identificar equivocadamente como problemas de disciplina y, consecuentemente, ser objeto de diversas medidas “correctivas” que podrían devenir maltrato y complicar el problema.

Se acentúa la necesidad de la investigación y el desarrollo de programas para la vigilancia de la salud mental durante la infancia y la adolescencia en nuestro medio. Los autores consideran que los datos aportados serán de utilidad tanto para los clínicos como para los responsables de la formulación de políticas y de la planeación de los programas de los servicios de salud¹⁸⁰.

En torno a los aspectos emocionales una de las investigaciones realizadas fue la utilización de la escala para evaluar el ambiente familiar que Villatoro y cols., realizaron para encontrar su validez y la confiabilidad, la cual evaluaba indicadores específicos de las áreas

¹⁷⁹ Parra Covarrubias Adalberto y Ramos Galván Rafael, La influencia de la deprivación psicosocial y la composición corporal sobre las gonadotrofinas plasmáticas en niños y adolescentes, *Gaceta Médica de México*, Vol. 6, diciembre, 1992, p.7-12.

¹⁸⁰ Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA., Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2002;44:492-498. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

de comunicación, apoyo y hostilidad en adolescentes en el ambiente familiar y su relación con conductas problemáticas, como el uso de drogas, el abuso de alcohol, la delincuencia y el intento suicida¹⁸¹.

También se han realizado investigaciones respecto al malestar psicosocial de niños y adolescentes que se manifiesta en la infancia por los problemas de conducta, que en la adolescencia da origen a conflictos de identidad y constantes cambios de humor que pueden convertirse o no en síntomas de diversos trastornos psicológicos como la sintomatología depresiva (CES-D)¹⁸². La media grupal de sintomatología depresiva fue 19.3%, no hubo diferencias entre varones y mujeres, ni entre hijos de padres migrantes.

Otro de los temas importantes para la detección de problemas emocionales es la comunicación familiar y ajuste escolar, al considerar que la existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos, por ejemplo síntomas depresivos, ansiedad y estrés según estudios de Estévez y cols.¹⁸³ Los trabajos sobre la relación entre autoestima escolar y victimización no han proporcionado todavía datos concluyentes, afirmando que no existen diferencias en autoestima entre adolescentes victimizados y no victimizados. Es posible que otras variables estén mediando en esta relación.

¹⁸¹ Villatoro Velásquez J., Andrade Palos P., Fleiz Bautista C.; Medina Mora Icaza M.E., Reyes Lagunas I., Rivera Guevara E.; La relación padres hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes, *Salud Mental*, Vol.20, No. 2, junio 1997, p. 21-27

¹⁸² Aguilera Guzmán RM., Carreño García MS., Puares García F.; Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 6, diciembre 2004, p. 58.

¹⁸³ Estévez López Estefanía, Musitu Ochoa Gonzalo, Herrero Olaizola Juan, El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, Vol. 28, No. 4, agosto 2005, P. 81-90.

Uno de los trastornos que está afectando a los jóvenes es el obsesivo compulsivo (TOC), que desde el punto de vista de Vargas y cols., las obsesiones sexuales o religiosas en los niños junto con más obsesiones agresivas y compulsiones de atesoramiento en los adultos representan la mayor frecuencia de padecimientos. En la adolescencia se ha reportado un incremento en el metabolismo en regiones orbito-frontal izquierdo, sensorio-motor derecha, giro de ángulo anterior y pre frontal bilateral. La presentación del TOC continúa representando un importante problema de salud pública por ser de los trastornos ansiosos más incapacitantes en cualquier grupo de edad¹⁸⁴.

Por otro lado, se realizó una investigación que describe el Registro de efectos colaterales para adolescentes (RECA), hecha por De la Peña y Bastida con adolescentes entre 12 y 19 años. El RECA evaluaba: el primer factor somático: problemas para dormir e incluyen áreas específicas, como la gastrointestinal, la genitourinaria o la dermatológica. El segundo factor gastrointestinal: estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, etc., por lo que se denominó factor. El tercer factor misceláneo: ver borroso, ver doble, calambres en las noches, sudar mucho etc. La presencia de los síntomas somáticos no es extraña entre la población clínica adolescente, y es una prioridad para el especialista identificar este espectro sintomatológico, atenderlo y considerarlo al evaluar los denominados síntomas colaterales de los psicofármacos¹⁸⁵.

Por su parte Forteza y cols., consideran que la juventud es una etapa de consolidación y cristalización de la elección vocacional, pues la función fundamental que se plantea a los jóvenes de hoy día en su transición a la edad adulta es la de definir sus relaciones con la

¹⁸⁴ Vargas A., L., Palacios C., L., González T., G., De la Peña O., F. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Primera parte. *Salud Mental*. 2008. Vol. 31. No. 3, p. 173- 203.

¹⁸⁵ De la Peña F., López Bastidas A.; Registro de efectos colaterales para adolescentes (RECA). Descripción y validez del instrumento, *Salud Mental*, Vol. 22, No. 1, enero 1999, p. 7-9

sociedad mediante su relación personal y laboral. Sin embargo, el estrés que se genera en esta etapa de desarrollo va a provocar serios problemas al joven respecto a la forma de enfrentarlo, al dilema que le plantea la esperanza y la desesperanza y su falta de autoestima que puede llevarlo a autodestruirse por la drogadicción, la delincuencia, la sexualidad desprotegida, los accidentes y hasta el suicidio.

También el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ha merecido la atención de los servicios de salud mental al considerar que tiene grandes repercusiones en el rendimiento escolar de los adolescentes, Reyes y sus colaboradores lo conciben como un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza clínicamente por tres síntomas cardinales: disminución en la atención, dificultades en el control inhibitorio que se expresan a través de la impulsividad conductual y cognoscitiva e inquietud motora y verbal. La principal función afectada en esta entidad es la atención, esta focaliza la conciencia para filtrar el constante flujo de información sensorial y resolver la competencia entre los estímulos para su procesamiento en paralelo, así como para reclutar y activar las zonas cerebrales necesarias para lograr respuestas apropiadas¹⁸⁶.

En este campo de la salud mental, ha habido investigación que incluso requirió de intervención inmediata como la del brote de trastorno conversivo epidémico en adolescentes, aparecido en una secundaria y que causo alarma y alerta tanto en la población escolar como en los servicios de salud mental. Tal fue el caso de este trabajo realizado por Navarrete y cols.¹⁸⁷, sobre un brote de trastorno conversivo epidémico en adolescentes,

¹⁸⁶ Reyes Z., E., Ricardo G., J., Palacios C., L., Serra T., E., Galindo y Villa M., G., De la Peña O., F. Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Salud Mental*. Vol. 31. No.3, 2008, p. 214, 215.

¹⁸⁷ Navarrete, N., S. Riebeling N., C., Mejía A., J. M., y Nava Z., A. Abordaje epidemiológico de un brote de trastorno conversivo epidémico en adolescentes. *Salud Mental*. Vol. 29, No. 5, septiembre octubre 2006, p. 10- 11.

ocurrido en una secundaria del centro de la ciudad de México, donde los alumnos habían presentado desmayo presumiblemente posterior a la ingesta de una bebida de frutas “X”.

Algunos autores han señalado que este fenómeno es más evidente en poblaciones estudiantiles, ante la presencia de cambios hormonales, la existencia de disciplinas rígidas como las utilizadas en las bandas de música y durante periodos de exámenes o bajo situaciones de presión.

La propagación de un brote de este tipo es a través de la vía visual y auditiva, y el tratamiento deberá ser dirigido a la detección y supresión de los factores que ocasionan el estrés, que se ven exacerbados por la presencia de los medios de difusión hasta su posterior desaparición.

c). Trastornos depresivos y ansiosos

La depresión es un fenómeno frecuente que afecta diferentes áreas de la vida de quien la padece y que puede presentarse en cualquier etapa; los síntomas depresivos alteran la vida productiva de los sujetos impidiendo el desarrollo pleno de las potencialidades individuales. En los grados más severos, el enfermo puede atentar contra su vida, lo que hace de este trastorno una enfermedad potencialmente mortal¹⁸⁸ Un trabajo de investigación para detectar la problemática fue el de validación de la escala de symptom rating test (SRT) (Kellner y Sheffield, 1973), se llevó a cabo por Mora y cols.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Manelic Rocha Hugo, Ortega Soto Héctor A., La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de estudios Profesionales Plantel Aragón, *Salud Mental*, 1995, junio, Vol. 18, No. 2. p. 31.

¹⁸⁹ Mora, J., Natera, G., Andrade Palos P.; Escala de síntomas “symptom rating test” (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, Vol. 17, No. 3, septiembre 1994, p. 15-28

La depresión en estudiantes universitarios puede constituir un problema importante, pues al malestar psicológico del individuo se agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio, como se sabe las funciones cognoscitivas se alteran sensiblemente cuando se presenta esta enfermedad. Varios estudios indican que la frecuencia de los cuadros depresivos es mayor en la población estudiantil que en la general, y que en ese primer grupo predominan las mujeres y los estudiantes de licenciaturas “difíciles” (vg ingeniería, medicina, etc.). Manelic y cols.¹⁹⁰, los cuales utilizaron el inventario de depresión de Beck (IDB) para detectar los casos que tenían algún síndrome depresivo, encontraron que la diferencia no fue significativa entre hombres y mujeres, hubo una prevalencia general de 11.8% esto podría estar relacionado con los estresores psicosociales: es más probable que los jóvenes, por el hecho mismo de ser varones y pertenecer a una clase media baja o baja se vean en la necesidad de trabajar para sostener sus estudios, o aun más, para sostener a la familia, esto sumado a la tensión emocional que implica cursar una carrera universitaria, pudiera significar un grado de estrés que favorezca la aparición de fenómenos depresivos.

Por su parte, De la Peña, Ulloa y Páez¹⁹¹, han considerado que el trastorno depresivo mayor (TDM) en la adolescencia es la principal categoría diagnóstica encontrada en esta edad y que se relaciona con una elevada comorbilidad con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno distímico (TD) y el trastorno de conducta (TC), entre otros.

¹⁹⁰ Manelic Rocha Hugo, Ortega Soto Héctor A.; 1995, op. Cit., p. 31-33

¹⁹¹ De la Peña Francisco. Ulloa Rosa E., Páez Francisco. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud mental*, número especial 1999, p. 88-92.

Sobre la relación de los trastornos depresivos y el bajo rendimiento escolar De la Peña y cols., realizaron una investigación, sus resultados indican el 12% de trastorno depresivo mayor TDM y de 7.5% para el Trastorno distímico TD. Señalan que las implicaciones clínicas y funcionales de la comorbilidad en los adolescentes es diversa: aumentan los riesgos de depresiones recurrentes, se prolongan los episodios depresivos, se incrementan las conductas o ideas suicidas, disminuye la respuesta al tratamiento, se gastan más recursos y se genera un mayor deterioro en el funcionamiento familiar, con sus compañeros y en el nivel académico de los adolescentes¹⁹².

Respecto al tratamiento administrado ante estos padecimientos se hizo una investigación que diera cuenta del uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia, encontrando que su administración en estas etapas es reciente, aunque son pocos los estudios que demuestren su utilidad, en comparación con los de los adultos. El empleo de antidepresivos en la depresión infantil no ha demostrado aún beneficios significativos, no así para la depresión en adolescentes y para otras psicopatologías como: la enuresis, el trastorno obsesivo compulsivo y la ansiedad de separación. Quizá la aportación más relevante sea el trabajo realizado por De la Peña y cols., cuyo objetivo fue presentar signos y síntomas que aumentan, disminuyen o mantienen una relación curvilínea, o que no tienen asociación con la edad. Los que aumentan con la edad son: la anhedonia, la preocupación o intranquilidad matutina, la desesperanza, el retraso psicomotor y la sintomatología delirante. Los que disminuyen con la edad son: la apariencia depresiva, la autoestima, las quejas somáticas y los fenómenos alucinatorios. Los que mantienen una relación curvilínea, es decir, que se presentan más en etapas preescolar y adulta y disminuye en la niñez

¹⁹² De la Peña Francisco, Estrada Alfredo, Almeida Luis, Páez Francisco, Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud mental*, Vol. 21, No. 3, junio de 1998, p. 9- 14.

terminal y la adolescencia son: la fatiga, la agitación y la anorexia; finalmente los que no guardan una relación con la edad son: el ánimo depresivo, la pobre concentración, insomnio y las ideas e intentos suicidas.

El tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad en la infancia, la niñez y la adolescencia incluyen no solo los medicamentos ADT, sino también los ansiolíticos, como las benzodiazepinas (BDZ), los antihistamínicos y más recientemente los beta bloqueadores, la buspirona y los bloqueadores de la recaptura de la serotonina.

El uso de las benzodiazepinas es aún muy restringido y se ha limitado su prescripción a aquellos padecimientos de vida media larga, su uso en niños y adolescentes son indicadas para convulsiones, terrores nocturnos, sonambulismo, inducción del sueño y relajación muscular; la decisión de usarlas en estas edades deberá hacerse con cuidado, considerando los riesgos potenciales vs los beneficios¹⁹³.

d) Adicciones tratamiento e investigación

Este ha sido uno de los temas más investigados y tratados por los servicios de salud mental, siendo el IMP y los Centros de Integración Juvenil los que se han abocado el primero a su estudio y el segundo a la intervención de la población joven primordialmente. La descripción que se hace enseguida da cuenta de la forma en que ha sido tratado el tema de las adicciones, en una separación del consumo de las drogas, el consumo de alcohol y de tabaco, quizá por los efectos que causan a la salud y de la permisibilidad que existe hacia las drogas “toleradas o lícitas” y las que se consideran como “ilícitas”.

¹⁹³ De la Peña Olvera Francisco R., Almeida Montes Luis G.; El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia. *Salud Mental*, Vol. V 17, No. 3, septiembre 1994, p. 59-64

Se dice que en los últimos tiempos las drogas se han convertido no solamente en un asunto de seguridad nacional, sino que su proliferación es una amenaza a la salud pública y social, es además un fenómeno extraordinariamente dinámico, de muchas facetas, entre ellas la aparición constante de nuevas sustancias cada vez más accesibles, más potentes y más adictivas, además de que la edad de inicio en el consumo ha bajado notoriamente, según datos del Centro de Integración Juvenil en 2003 más de la mitad de los pacientes que acudieron a tratamiento había iniciado el consumo de alguna sustancia adictiva entre los 8 y los 15 años de edad. La disminución en la edad de inicio en el abuso de drogas se pone de manifiesto si observamos que en 1990, 6.4% de los pacientes había iniciado el consumo alrededor de los 12 años y en 2003 esta cifra pasó a 10.2%. Esta situación se complica pues no hay una detección oportuna a nivel familiar ni escolar, cuando se acude a tratamiento la persona afectada ya tiene más de diez años de adicción en promedio, con el consecuente deterioro en la salud y los costos sociales de las enfermedades asociadas. Al iniciar el consumo los niños no se imaginan los graves daños que causan a su salud, a su cerebro en pleno proceso de maduración tanto neurológico como emocional, a la familia y la sociedad¹⁹⁴.

Los altos índices en el consumo de sustancias tóxicas es un tema que debe ser abordado como parte de las políticas públicas, tanto en su atención como en la prevención de adicciones, este último aspecto fue tratado por Lomelí¹⁹⁵ quien señala que la Organización Mundial de la Salud, en 1969, definió a las adicciones como un “estado psíquico y algunas veces físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga,

¹⁹⁴Centros de Integración Juvenil, A. C, *Niños, adolescentes y adicciones*, Centros de Integración Juvenil, A. C, prologo Dr. Jesús Kumate Rodríguez. México, 2007, 150 pp.

¹⁹⁵ Lomelí G. Paulina, Políticas públicas para la prevención de adicciones, *Revista Bien común*, 2006, año 12, Número 143, noviembre, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., p. 52- 55.

caracterizado por una serie de respuestas conductuales que incluyen la compulsión a tomar la droga después de la administración continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el desasosiego de su falta”.

La psicología social define como dependencia a la subordinación de una persona con respecto a alguien o algo, con el objeto de satisfacer algún tipo de necesidad básica o afectiva.

Las adicciones más comunes son las del tabaco, el alcohol y ciertas drogas y productos farmacológicos de gran variedad que desde la antigüedad tanto el hombre civilizado como el primitivo han utilizado con un sinnúmero de propósitos que incluyen: liberación, placer, divinización, magia, profecía, rituales y orgias, pudiéndose afirmar que ninguna droga tiene efectos que puedan ser completamente predecibles, sino que éstos dependen en un gran número de casos de los deseos y del patrón fundamental de la personalidad del que la usa y del ambiente en el cual es tomada¹⁹⁶.

Los Centros de Integración Juvenil¹⁹⁷ han registrado un aumento considerable de las adicciones en la población adolescente, situación que demanda una atención de necesidades específicas de salud, pues desde su punto de vista algunos jóvenes atribuyen valores y significados al consumo de drogas ilegales (ellos pueden percibirlos como beneficios) como por ejemplo: sentir que se rebelan frente al sistema social, saltarse las normas, arriesgarse, sentirse superiores a los demás, suponer que la mayoría de los jóvenes lo hace o creer que la droga lo identifica con el grupo. Esto hace que el consumo de estas sustancias se valore como normal.

¹⁹⁶ Calderón-Narváez Guillermo, El problema de dependencia a drogas en la juventud de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 379-381.

¹⁹⁷ Carranza- Acevedo José, Aspectos farmacológicos de abuso de drogas en México. *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 381-384

El proceso de valoración del ser humano incluye una compleja serie de condiciones intelectuales y afectivas mediadas por emociones que se encuentran de forma paralela vinculadas a las acciones; es decir, se da un proceso en el que la emoción tiene un efecto directo en el pensamiento crítico, previo a una conducta que supone: la toma de decisiones, la estimación y la actuación. Las personas valoran al preferir, al estimar, al elegir una cosa en lugar de otras, al formular metas y propósitos personales; sus valoraciones se expresan mediante creencias, intereses, sentimientos, convicciones, actitudes, juicios de valor y acciones las cuales buscan fomentar valores de convivencia y un proceso de desarrollo y construcción personal.

Los estudios más frecuentes en la prevención del abuso de sustancias en los últimos años se han centrado en los aspectos de riesgo y de protección que colocan al individuo en mayores posibilidades de entrar en contacto con drogas o bien que lo protegen de exponerse a las mismas. Los factores de riesgo incluyen las características biológicas, psicológicas, conductuales, sociales y ambientales, tales como la historia del desarrollo de la familia, los antecedentes familiares de violencia y abuso de sustancias, la depresión, el estrés, el lugar de residencia, el vecindario y las relaciones interpersonales; cabe aclarar que mientras mayor sea la exposición de niños y jóvenes a situaciones de riesgo es más probable que experimenten el consumo de drogas y posteriormente presenten trastornos conductuales asociados¹⁹⁸.

La investigación en este aspecto se ha enfocado prioritariamente a la aplicación de encuestas tanto nacionales como locales, siendo con más frecuencia el Distrito Federal, Guadalajara e Hidalgo los estados en donde se han realizado estas. En cuanto a la

¹⁹⁸Centros de Integración Juvenil, A.C *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores, México, 2006*: Sitio Web: www.cij.gob.mx

intervención, el Centro de Integración Juvenil se ha enfocado a la impartición de talleres y cursos hacia la población usuaria que posteriormente se han convertido en algunas publicaciones de divulgación para la atención y prevención de las adicciones. En este campo también es donde se ha realizado la mayor producción tanto de investigación como de intervención, según se podrá apreciar a lo largo de este subtema.

Consumo de drogas

Entre los aspectos más relevantes que actualmente presenta el consumo de drogas está el hecho de que las edades de inicio han descendido notablemente como resultado de varios factores entre los que se podría destacar la mayor disponibilidad de sustancias, que en la actualidad se pueden conseguir varias drogas a precios que están al alcance de niños y adolescentes. De ahí que sea necesario un programa con un enfoque preventivo y con información especializada y confiable, acerca de la infancia, la adolescencia y las adicciones¹⁹⁹.

Según los Centros de Integración, transitar de una edad a la otra es uno de los procesos más complejos por los que tiene que pasar el ser humano. Los cambios físicos y psicológicos que se dan entre la infancia y la adolescencia son múltiples y muy variados, por lo que para padres y maestros resulta difícil distinguir cuándo se trata de alteraciones propias de la edad y cuándo estas modificaciones del carácter y los hábitos deben alertarnos acerca de un problema relacionado con las drogas o con otros trastornos de la personalidad.

Diversos estudios han demostrado que en la adolescencia hay una asociación entre la aparente vulnerabilidad generada por esos procesos y el desarrollo de problemas relacionados con la salud pública, entre ellos, el consumo de drogas, la violencia y las

¹⁹⁹ Centros de Integración Juvenil, A. C, 2007, op. Cit., 150 pp.

prácticas sexuales de riesgo, todo esto hace evidente la necesidad de instrumentar programas de intervención y preventivos que favorezcan el desarrollo de la salud integral de los adolescentes.

Núñez y cols.²⁰⁰ Diseñaron un estudio cualitativo orientado hacia la teoría de las representaciones sociales, cuyo objetivo fue describir las imágenes que construyeron sobre la adicción los adolescentes usuarios de drogas ilegales, que acudían a tratamiento, partieron del concepto de adicción como un vicio en el que se destaca la voluntad del sujeto en su inicio y, por lo tanto, también para su cese.

En otra de las investigaciones se muestra que el peligro de sufrir trastornos psiquiátricos como consecuencia del abuso de las drogas depende por una parte, de la personalidad del sujeto, de sus tendencias neuróticas y sus proclividades patológicas, y por otra, de la clase de droga que usa, la cantidad, la frecuencia y el tiempo, por ejemplo el abuso de anfetaminas induce marcada dependencia y tolerancia a la psicosis y trastornos de la personalidad; la marihuana además de un agente productor de psicosis tóxicas de sus usuarios crónicos produce cambios persistentes en la personalidad en dirección a la pasividad y el autismo; en tanto que las drogas estimulantes y psicodélicas ejercen fascinación sobre muchos jóvenes porque les permiten huir del aburrimiento y afirmar su protesta y su espíritu de aventura²⁰¹.

Por otro lado en la investigación realizada por López y cols., estudiaron la autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes con conducta delictiva, usuarias y no usuarias de drogas, en una unidad de atención y tratamiento para mujeres. En el grupo experimental, se requirió

²⁰⁰Nuño-Gutiérrez Bertha Lidia, Álvarez-Nemgyei José, González-Forteza Catalina, Madrigal de León Eduardo, La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres, *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, julio agosto 2006, p. 47-54

²⁰¹ De la Fuente Ramón; y Campillo-Serrano Carlos, Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas. *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 384-392.

ser usuario y presentar una historia de consumo de varias drogas. Para el grupo control, el requisito fue que no consumieran drogas²⁰².

Según Medina Mora y cols.,²⁰³ los estudiantes que usan drogas en el país en su mayoría son hombres 61%; en donde lo hacen con mayor frecuencia, cantidad y varias sustancias son los Estados de Baja California, Chihuahua, Tamaulipas, Durango, San Luis Potosí, Guanajuato, Morelos, Puebla, y Quintana Roo; esto es similar en todas las entidades de acuerdo a la encuesta realizada en 1993²⁰⁴, en escuelas de las delegaciones del Distrito Federal²⁰⁵.

También Caballero y cols., analizaron el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales entre 1995-1996. Sus resultados indican que el grado y los porcentajes de consumo tienden a aumentar conforme aumenta la edad, siendo mayor el consumo de alcohol 35.7%, luego de cigarrillos 25.8% y finalmente de drogas 2.3%, esto coincide con los estudios nacionales en población abierta y estudiantil, porque además el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales encontradas en este estudio sobre adolescentes de 15 a 19 años, son similares a las encontradas en las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988 y 1993, y a los datos de la

²⁰² Medina-Mora María Elena, Villatoro Jorge A., López Elsa K., Berenzon Shoshana, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, Vol. 131, No. 4, 1993, p- 383-392

²⁰³ Berenzon Shoshana, Medina-Mora Ma. Elena, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Villatoro Jorge, Rojas Estela, Factores relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, *Salud Mental*, Vol. 19, suplemento, abril 1996, 44-52

²⁰⁴ Berenzon Shoshana, Medina-Mora Ma. Elena, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Villatoro Jorge, Rojas Estela, Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, *Salud Mental*, Vol. 19, No. 1, marzo de 1996

²⁰⁵ Rojas Estela, Medina-Mora Ma. Elena, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzon Shoshana, Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. *Salud Mental*, Vol. 21, No. 1, febrero 1998, p. 37-42.

población general proporcionados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud en Guadalajara en 1995²⁰⁶.

En otro estudio realizado con estudiantes del Distrito Federal, en el años 2000 Villatoro y cols., exploraron el consumo de drogas y los problemas relacionados con él, las conductas de los adolescentes como: intentar suicidarse, su nivel de depresión, sus conductas alimentarias de riesgo y diversos aspectos de su conducta sexual. En él se mostro ligera disminución del consumo de tabaco. El abuso del alcohol se mantuvo estable en los últimos tres años, las drogas que más consumen los hombres son la mariguana 8.3% y la cocaína 7.4%, en tanto que las mujeres consumen más tranquilizantes 5.8%, mariguana 3.3% y cocaína 2.9%. En general, las delegaciones más afectadas por el consumo de cualquier sustancia son Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Benito Juárez y Coyoacán. La población que más consume drogas es la de hombres adolescentes, que por alguna razón dejaron de asistir a la escuela el año pasado, cuyo jefe de familia tiene escolaridad superior.

En este contexto, los autores destacan la importancia que tiene ofrecer distintas opciones saludables a los adolescentes, que les permitan un mejor desarrollo personal, académico y deportivo. Ponderan la importancia de reforzar las líneas de prevención que se han desarrollado en el país y que han sido diseñadas tomando en cuenta el entorno de nuestros adolescentes (instituciones oficiales, CONADIC, PEPCA, SEP)²⁰⁷.

²⁰⁶ Caballero Ramiro, Madrigal de León Eduardo, Hidalgo San Martin Alfredo, Villaseñor Alberto. El consumo de tabaco, alcohol y drogas, en adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 4, agosto 1999, p. 1-7.

²⁰⁷ Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Rojano Cintia, Fleiz Clara, Bermúdez Patricia, Castro Patricia, Juárez Francisco. ¿ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 1, febrero 2002, p. 43- 54.

Un estudio más es el realizado por Wagner y cols., en el que analizan la exposición al uso de drogas²⁰⁸, con base en el modelo de fuerzas balanceadas, considerando las circunstancias que lo propician, como son: la invitación por parte de cualquier persona a consumir marihuana, cocaína, heroína, etc.; el hecho de buscar esta posibilidad libremente o bien el haberse hallado en una situación que posibilitara el uso de drogas sin haberla buscado intencionalmente. Encontraron que uno de cuatro estudiantes había tenido oportunidad de usar drogas, los mecanismos de exposición más frecuentes fueron: el ofrecimiento de la droga como regalo por parte de algún amigo, compañero o conocido; o bien, la invitación a usarla por parte de alguien que intentaba venderla.

En el campo de la prevención, un tipo de intervención efectivo entre personas jóvenes que ya se hubiesen visto expuestas al uso de drogas sería poner en claro las metas que persiguen, oponer resistencia a la presión de los pares, dar apoyo psicoterapéutico y pedagógico, entre otros. Los autores opinan que la efectividad de la intervención deberá establecerse tomando en cuenta su capacidad de influir en las condiciones que gobiernan la tasa de contacto o de exposición al uso de drogas, o la tasa de transición que va de la exposición al inicio del consumo²⁰⁹.

Reconocer la representación social del consumo de drogas sobre el que se construye el modelo que condujo a tomar la decisión de iniciar, continuar y cesar el consumo de drogas en un grupo de usuarios en rehabilitación en los Centros de Integración Juvenil (CIJ), de la

²⁰⁸ El concepto de exposición a oportunidades para usar drogas se refiere a la posibilidad de haber usado alguna droga, ya sea por invitación, por haber buscado la ocasión para hacerlo o bien por hallarse en alguna circunstancia que propiciara el consumo aunque sin buscarla intencionalmente Wagner Fernando A., González-Fortaleza Catalina, Aguilera Rosa Ma., Ramos-Lira Luciana E., Medina Mora Ma. Elena, Anthony James C. Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 2, abril 2003, p. 24.

²⁰⁹ Wagner Fernando A., González-Fortaleza Catalina, Aguilera Rosa Ma., Ramos-Lira Luciana E., Medina Mora Ma. Elena, Anthony James C., 2003, op. Cit. P. 31

Ciudad de Guadalajara, fue la meta de Nuño y cols., al hacer su estudio. Encontraron que el 90% de estas familias tenía antecedentes de consumo problemático de alcohol por parte del abuelo, el padre o el esposo, en 72% había consumo de drogas²¹⁰.

Alcoholismo

Se ha considerado el consumo de bebidas alcohólicas como uno de los principales problemas en el campo de las adicciones, pues si bien el alcohol es una sustancia tolerada y aceptada socialmente, el uso y el abuso se hacen cada vez más severos en cuanto a frecuencia, cantidad de consumo y edad de los consumidores, según lo indican las investigaciones realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, quien ha dado prioridad a la detección del problema con la aplicación de Encuestas Nacionales y locales en el Distrito Federal, preferentemente en centros educativos de nivel medio, medio superior y superior, como podremos visualizar a través las investigaciones presentadas a continuación. La encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar, fue la tercera investigación de este tipo realizada a nivel nacional en 1991 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaria de Educación Pública. Rojas y cols., fueron los encargados de realizarla con los objetivos de brindar un panorama actualizado sobre la prevalencia de consumo de esta población, las drogas más usadas, los problemas asociados al uso de ellas y los subgrupos más afectados, se aplicó a las 32 entidades de la Republica Mexicana de áreas urbanas y rurales.

²¹⁰ Nuño Gutiérrez Bertha Lidia, Flores Palacios Fátima, La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 4, agosto 2004, p. 26- 33.

La droga más consumida es el alcohol, los mayores usuarios de bebidas alcohólicas se encuentran en los estados de: Baja California, Chihuahua, Jalisco y el Distrito Federal, en estos entre el 1.4% y el 1.7% bebió más de 10 ocasiones en el mes anterior a la encuesta, los varones beben más frecuente y en mayor cantidad que las mujeres, especialmente en Baja California y Chihuahua. Los porcentajes más bajos en el consumo de alcohol son: Oaxaca, Tabasco, Puebla y Guerrero principalmente.

El panorama de estos estados indica que los jóvenes siguen en gran parte los ejemplos de los adultos de nuestra sociedad, ya que el consumo de bebidas alcohólicas está sumamente extendido y tolerado, es decir, está “bien visto”, ya que lo más común es que el alcohol esté presente en eventos deportivos, en reuniones sociales, familiares y en toda clase de celebraciones.

Distintas son las condiciones y características en el consumos de alcohol, por ejemplo, respecto a la edad, un porcentaje más elevado de los que tienen 16 años o más consumen alcohol, entre mayores son los estudiantes es más elevado el número de copas que consumen (5 o más) o se embriagan. Alrededor de la mitad de los estudiantes mencionaron tener amigos que toman alcohol, más de una tercera parte de ellos se embriagan una vez por semana. Un mayor número de mujeres está bebiendo, aunque perciban como más arriesgado beber alcohol que los hombres. Que los estudiantes trabajen y perciban un sueldo, influye en su inclinación a beber con más frecuencia, pues pareciera que puede relacionarse con tener amigos bebedores

En la investigación los cuatro problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas que mencionaron con más frecuencia 20% fue el “deseo de beber menos” siguiéndole en importancia “el haber consultado a un doctor, a un orientador o haber estado

hospitalizado por beber”. Una constante, señala el deseo de beber menos de lo que toma por los problemas de salud o sociales²¹¹.

Uno más de los estudios realizados con la población joven, es el de las expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo²¹². Entre los indicadores del abuso de alcohol se consideraron el consumo de cinco copas o más por ocasión, la embriaguez en el último mes y año y los problemas asociados. Se encontró que los 21 años es la edad de mayor consumo en este grupo y que las expectativas respecto al alcohol relacionan a este como facilitador de la interacción grupal y como reductor de la tensión psicológica.

En este mismo sentido estudios realizados en el Estado de Hidalgo, compararon dos grupos de adolescentes, el 76.6% eran estudiantes y el 23.4% no estudiaba en el momento de entrevistarlos, encontrándose que la única opción que tienen los estudiantes que no estudian es “no hacer nada y aburrirse”, “ayudar en las labores de la casa”, “jugar nintendo, maquinitas o juegos electrónicos” e “ir a beber con los amigos²¹³”.

Por otro lado, consumo riesgoso y dañino de alcohol en algunas encuestas sugiere que los problemas por este problema tienen importancia creciente, en este sentido el Observatorio Mexicano de Alcohol y Drogas señalo en el año 2002 cinco o más copas por ocasión de consumo afecta a tres de cinco hombres y a una de cinco mujeres. Tales datos conducen a Díaz y cols., a hacer un estudio cuyo propósito fue: 1) estimar la prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA) durante el último año en los estudiantes de primer

²¹¹ Rojas E., Medina Mora Me., Juárez F., Carreño S., Villatoro J., Berenzon S., López E., El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México, *Salud Mental*, Vol. 18, No. 3, septiembre de 1995, p. 22-27

²¹² Mora-Ríos Jazmín, Natera Guillermina, Juárez Francisco. *Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo de jóvenes*. Salud Mental, Vol. 28, No. 2, abril 2005. P. 82- 89.

²¹³ Mariño Ma. Del Carmen, Medina-Mora Ma. Elena, Mondragón Liliana, Domenech Melanie, Díaz Laura. Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca, Hgo. *Salud Mental*, .22, No. 3, junio de 1999, p. 41-47

ingreso a la licenciatura de la UNAM, y 2) evaluar en esta población la influencia de las variables socio demográficas y familiares CRDA. Los resultados indican que la prevalencia del CRDA durante el último año fue mayor en los hombres que en las mujeres sobre todo en los hombres que trabajan un mayor número de horas, que tienen mayor ingreso, además se relaciono con variables que facilitarían la disponibilidad y el acceso a bebidas alcohólicas y la exposición a actividades de alto riesgo para el consumo; en las mujeres un mayor nivel educativo tanto en el padre como en la madre también se relacionó con un incremento en el riesgo. Una mayor edad y ser casado se asoció con una reducción en el CRDA.

Sus hallazgos concuerdan con un estudio reciente que describió que entre adolescentes de la Ciudad de México, una educación universitaria en ambos padres se relacionó con un mayor uso de drogas durante el último año. Lo anterior podría deberse a que en las familias con mayores niveles educativos las normas que regulan el consumo de alcohol serían menos tradicionales y más tolerantes del consumo entre las mujeres jóvenes²¹⁴.

A pesar de ser un problema tan importante para la salud de la población joven pocos son los reportes de intervención existentes en el acervo del IMP, uno de ellos es el realizado por Martínez y cols.²¹⁵ que tuvo como objetivo desarrollar y evaluar un programa de intervención breve para adolescentes que consumen alcohol en exceso u otras drogas, y que presentaron problemas relacionados con este patrón de consumo pero sin cubrir los síntomas físicos de la dependencia.

²¹⁴ Díaz Martínez Alejandro, Díaz Martínez L. Rosa, Hernández-Avila Carlos A., Robles José, Fernández Varela Héctor, Solís Torres Cuauhtémoc. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA) y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 4, julio-agosto, 2008, p. 271-289.

²¹⁵ Martínez Martínez Kalina Isela, Salazar Garza Martha Leticia, Pedroza Cabrera Francisco Javier, Ruiz Torres Gabriela Mariana, Ayala Velázquez Héctor Enrique. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 2, maro abril, 2008, p. 119- 126.

Tabaquismo

La dependencia a la nicotina se puede presentar a cualquier edad, aunque generalmente empieza en la adolescencia y sus repercusiones también, siendo actualmente uno de los problemas más recurrentes, a menor edad, independientemente del género y con gran cantidad de psicopatologías derivadas del consumo del cigarro. De acuerdo al estudio de la Carga Global de la Enfermedad, para el año 2020, el tabaco sería la causa individual de más muerte en el mundo sobrepasando incluso al SIDA.

Existen estudios que demuestran que la psicopatología como el trastorno por déficit de atención (TDA) se manifestó mas en fumadores adultos que iniciaron tempranamente la adicción al tabaco que los que no presentaban TDA, al respecto Lara y cols., realizaron un estudio en la ciudad de Puebla, que consistió en la valoración de síntomas de TDA, con base en la hipótesis de que sus síntomas y la psicopatología general son más elevados entre los adolescentes que han consumido tabaco que entre los no consumidores²¹⁶.

Por su parte Berenzon y cols., presentan los resultados de la encuesta aplicada en 1997, a los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México a partir de la cual señalan un aumento de 12.5% en el consumo de tabaco, siendo mayor el de mujeres respecto a las mediciones de 1991. 60% de los jóvenes fumadores empezaron a fumar antes de los 15 años, a los 13 el 31.9% y a los 14 años el 35.7%. La prevalencia de consumo se incrementa conforme aumenta la edad, de manera que los jóvenes mayores de 17 años son los que más fuman. Por otro lado, señalan que a los que comienzan a fumar desde la infancia se les dificulta más abandonar el hábito, corren más riesgo de presentar

²¹⁶ Lara Muñoz Ma. Del Carmen, Romero Ogawa Teresita, Foncerrada Héctor, Rebollo Clementina, Aguilar Cortesano Julián, Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 6 noviembre- diciembre, 2006. P. 48- 56.

enfermedades relacionadas con el tabaquismo y de que éstas se manifiesten antes²¹⁷. En esta línea de investigaciones Nuño y cols., en 2005 compararon el ambiente familiar entre los tipos de consumo de tabaco en adolescentes, escolares de nivel medio superior de Guadalajara²¹⁸.

Desde el punto de vista de los autores, en todas estas investigaciones el consumo de tabaco en adolescentes es un fenómeno social en el que intervienen diferentes actores sociales: los adolescentes, sus familias y la influencia de otros agentes, por lo que no es suficiente desarrollar sólo acciones educativas y de tratamiento para los adolescentes, sino además debe involucrar a los padres y desarrollar un enfoque particular en el conocimiento de la conducta de fumar del adolescente; promover relaciones armoniosas entre padres e hijos, así como, entrenar a los padres en funciones parentales como la negociación, la comunicación efectiva y la supervisión de las actividades adolescentes.

Intervención en adicciones

Los Centros de Integración Juvenil son la institución que principalmente se ha dedicado a la atención de las adicciones, para ello ha implementado acciones relacionadas con la integración familiar como ejemplo hicieron la propuesta para la convivencia que denominaron Noche familiar, también promueven ciclos de conferencias de salud integral y derechos humanos, con las siguientes temáticas: 1. salud y personas en situación de vulnerabilidad; 2. Derecho a la salud y su regulación en el artículo 4º constitucional; 3. Calidad en la atención de los servicios de salud; 4. Ciencia, tecnología y derechos humanos

²¹⁷ Berenzon Shoshana, Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz Clara, Alcántar- Molinar Eva, Navarro Claudia. El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 4, agosto 1999, p. 20-26.

²¹⁸ Nuño-Gutiérrez Bertha Lidia, Álvarez-Nemgyei José, Velásquez-Castañeda Alejandra, Tapia-Curiel Amparo, Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 5, septiembre- octubre, 2008, p. 361-370

En los mismos centros se han implementado programas de intervención, edición de libros como el de *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores* cuyo fin fue desarrollar y fortalecer habilidades específicas de: “*Manejo de emociones y estrés*”, “*Autoestima*”, “*Creatividad y pensamiento crítico para la solución de problemas*” y “*Toma de decisiones*”, las cuales se proponen desarrollar estas habilidades en las emociones, el pensamiento, la autoestima, la toma de decisiones, el comportamiento humano y los valores como el respeto, la tolerancia, solidaridad, honestidad y responsabilidad; es una propuesta surgida a partir de la experiencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²¹⁹.

Los CIJ consideran que la prevención para la aparición de este trastorno es compleja pues obedece a múltiples causas. Aseguran que lo ideal sería contar con “vacunas” como ocurre con otras áreas de la medicina, afirman que si un niño nace en un medio donde se le ama y protege, de inicio tiene más posibilidades de una vida sana y productiva²²⁰.

Por otro lado, como parte de las *Políticas públicas para la prevención de adicciones*²²¹, se ha iniciado un proyecto interinstitucional que pretende homologar indicadores, para ello se ha creado un Sistema Estadístico Uniforme para el Control de Drogas (SEUCD) en el que se insiste que los programas deben involucrar a los padres de familia y las comunidades.

En el sistema participan:

²¹⁹ Centros de Integración Juvenil, A. C, Niños, adolescentes y adicciones, Centros de Integración Juvenil, A. C, prologo Dr. Jesús Kumate Rodríguez, Op. Cit.

²²⁰ Centros de Integración Juvenil, A.C, *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores*, México, 2006: Sitio Web: www.cij.gob.mx, op. Cit.

²²¹ Lomelí G. Paulina, Políticas públicas para la prevención de adicciones, *Revista Bien común*, año 12, Número 143, noviembre, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., 2006, p. 52- 55.

- Los medios electrónicos quienes han contribuido a dar mayor divulgación de la información y se ha creado un Sistema Virtual de Información de Adicciones a cargo del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en este sistema se realizan videoconferencias a nivel interinstitucional.
- Las formas de libre expresión como las marchas ayudan a crear conciencia. Existe una línea de ayuda que pertenece al Centro de Orientación Telefónica del Consejo Nacional contra las Adicciones y Fundación Azteca.
- Los Centros de Integración Juvenil también tienen una línea de ayuda telefónica con cobertura en el DF.

Tal sistema reitera que las organizaciones de la sociedad civil deben invitar a las escuelas a pláticas de prevención, involucrar a los mismos jóvenes en programas de prevención e insistir en los testimoniales para que se cree una mayor conciencia sobre los verdaderos costos y se difumine el espejismo de satisfacción creado por cualquier adicción.

Insisten en que es necesaria una mayor inversión en espacios recreativos para crear sustitutos que realmente alejen a las personas de hábitos que dañen su salud:

- Al concienciar a los jóvenes de los daños, por medio de pláticas testimoniales podrán contemplar dentro de su costo de oportunidad por no consumir, cosas de un peso importante para su futuro.
- La prevención siempre deberá ir acompañada de opciones que brinden satisfacción y sea un sustituto de aquello que se busca en las adicciones. Todo aquello que les haga amar su vida contrarrestará el espejismo que brinda cualquier adicción.

e).Suicidio

En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presenta en alto porcentaje entre los jóvenes, según datos estadísticos los hombres suelen suicidarse en mayor número que las mujeres, en tanto que las mujeres lo intentan más; los hombres tienden a utilizar el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras que las mujeres se inclinan por las sustancias; en la aparición de este problema se hace referencia al malestar emocional como un concepto que rebasa la simple polaridad de la salud y la enfermedad ya que involucra el entendimiento de la noción de psicopatologías de género.

De la Peña y cols., han visualizado el suicidio como importante problema de salud mental que ha sido abordado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, acotan que los trabajos de investigación al respecto se iniciaron en 1987 de acuerdo a la reseña hecha por González y cols., y a la fecha se han generado diez publicaciones con los resultados de dichas investigaciones a las cuales se hace referencia en los periodos de 1955 a 1998; a lo largo de este periodo se ha visto que el principal factor de riesgo en los hombres es el ambiente familiar y en las mujeres el ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas²²².

Las investigaciones que refieren los autores en orden cronológico a partir del año de 1984 son: la relación entre los estados emocionales y la conducta psicopatológica en estudiantes de secundaria de Díaz Guerrero quien encontró que la ideación suicida es fuente de tristeza y depresión. De 1989 a 1993 se encontró que en 100% de los casos existía disfunción familiar y que 25% tenía antecedentes de un intento previo.

²²² González Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez A.; 1999, op. Cit. Pag. 145-148.

Por su parte Medina Mora y cols., identifican la prevalencia de la ideación suicida como sigue: el 47% presentó al menos un síntoma de ideación; 17% pensó en quitarse la vida; y un 10% reportó todos los síntomas.

En 1995 se publicaron cuatro trabajos; en tres de ellos se hizo énfasis la importancia de las variables psicosociales y de los factores de riesgo presentes en la problemática suicida de los adolescentes de la ciudad de México; en otro se presentan los elementos metodológicos más importantes de un investigador epidemiológico.

En 1996 se desarrollaron dos investigaciones que muestran un panorama epidemiológico del acto suicida en el ámbito nacional e internacional.

En 1998 se realizó otro trabajo en la ciudad de Pachuca Hidalgo con estudiantes de educación media y media superior, que muestra que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres y que la ideación suicida estuvo más presente en sujetos que lo habían intentado²²³.

Por otro lado, se cita el trabajo realizado por Tercero-Quintanilla cuyo propósito fue describir las características de personalidad de los adolescentes que intentan el suicidio. El análisis refleja que los adolescentes con intento de suicidio, según el Test de Lüscher son personas que continuamente se comprometen a hacer muchas cosas por la facilidad con que son estimulados, buscan tener el control de sus acciones y decisiones y salirse con la suya contra cualquier oposición de los demás²²⁴.

La línea divisoria entre la ideación suicida y el propio suicidio es muy tenue y con frecuencia se pasa de la idea a la acción con resultados que pueden ser letales para los

223 González F. C., Berenzo S., Jiménez A., Al borde de la Muerte: Problemática Suicida en Adolescentes. Salud Mental. 1999. Número especial, p. 145- 148.

224 Tercero-Quintanilla Gabriela *, Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse, Revista Mexicana de Pediatría, Vol. 66, Núm. 5 • Sep.-Oct. 1999, p. 197-202.

actores, el caso de suicidio tiene un carácter multifactorial, es complejo, dinámico y creciente en nuestro país, la autoestima baja y el malestar depresivo con frecuencia se han vinculado con la conducta suicida en la adolescencia; los individuos vulnerables que se enfrentan a factores estresantes o que implican riesgo pueden llegar a presentar ideación o alguna conducta suicida. En este sentido Hijar y cols., consideran que tradicionalmente el problema de suicidio ha sido más frecuente entre las personas con problemas de salud mental. Actualmente la prevalencia y el impacto que este problema está teniendo hace necesario llevar a cabo investigaciones que aborden el suicidio considerándolo más que como un problema individual, como un auténtico problema de salud pública, pues el promedio diario de suicidios pasó de 3 defunciones en 1979 a 6 en 1993. Los principales métodos empleados fueron ahorcamiento 49%, uso de arma de fuego y explosivos 33%, y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas 9%. Hay diferencias según el sexo. En el masculino la tendencia es ascendente, se encontró que el masculino presentan mayor riesgo relativo de 5 veces más suicidios que el femenino y son los hombres de 70 años y más los que se encuentran en riesgo. En el femenino predomina el envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas 35% y son las jóvenes de 20-24 años las que presentan mayor riesgo²²⁵.

Uno de los aspectos vinculados al suicidio, es la ideación suicida, que implica “tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte”, lo que se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima, con conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales; con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de drogas.

²²⁵ Hijar M. Martha, Rascón P. Ramón Alberto, Blanco M. Julia, López L. Ma. Victoria, Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993), *Salud mental*, Vol. 19, No. 4, diciembre de 1996. P. 14 -21.

En México, los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios. 47% de los estudiantes de educación media y media superior presentaron por lo menos un síntoma de ideación, 17% pensó en quitarse la vida y 10% contestó afirmativamente a los cuatro síntomas estudiados. Fue más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres. Los factores de riesgo que se han encontrado en esta línea de investigación psicosocial son: el estrés en las relaciones familiares y de pares, las respuestas de enfrentamiento inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de un repertorio para lidiar y resolver los conflictos cotidianos²²⁶.

El malestar depresivo se ha identificado como el factor de riesgo más importante para la ideación suicida en hombres y mujeres según tres investigaciones transversales realizadas por Jiménez y cols., en 1992-1993 en Tlalpan, Coyoacán 1996-1997, Centro Histórico 1998-1999. Sus conclusiones asocian a la sintomatología depresiva con la ideación suicida pero no a la autoestima baja; parece haber un efecto en cadena entre estas problemáticas, pues los síntomas depresivos pueden ligarse con la ideación suicida, la cual puede afectar a la autoestima y ésta a su vez, dispararía la conducta suicida²²⁷.

González y cols., quisieron conocer la prevalencia la ideación suicida a través un estudio para establecer la relación entre las variables protectoras y de riesgo con la ideación suicida e identificar las variables predictoras de este estado emocional. Encontraron que los factores protectores de la ideación suicida en los adolescentes han sido: la autoestima, la

²²⁶González-Forteza Catalina, García Guadalupe, Medina-Mora Ma. Elena, Sánchez Miguel Ángel, Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios, *Salud mental*, Vol. 21, No. 3, junio de 1998, p. 1-11.

²²⁷ Jiménez T., Mondragón B., González F., c., Self esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*. 2007. Vol. 30, No. 5, septiembre octubre 2007, p. 20,21

percepción del apoyo familiar y el ambiente familiar, entre otros. La autoestima, y el estrés social con el grupo de pares fue la variable predictora de riesgo²²⁸.

Sin duda, la ideación suicida con frecuencia tiene una relación comorbida con varios padecimientos o problemas, una de las asociaciones que se ha hecho es con el abuso sexual, de donde se desprende un estudio llevado a cabo por González- Forteza, et al. Así el malestar depresivo y la ideación suicida fueron significativamente más frecuentes en las mujeres que habían sido víctimas del abuso sexual, y en los varones y en las mujeres que ya habían intentado suicidarse; la asociación de tales experiencias con los indicadores evaluados reconoce que está influida por numerosos factores mediadores de diversa índole: biológicos, psicosociales, culturales, etc.

En la clasificación de usuarios experimentales y usuarios mayor edad y escolaridad, se disminuye la probabilidad de presentar ideación suicida²²⁹.

Por otro lado, medir la prevalencia del intento suicida fue el objetivo de González- Forteza y otros, en 1997 hicieron dos mediciones, donde evaluaron hospitalizaciones-tratamiento, y en 2000 evaluaron el deseo de morir en la ciudad de México²³⁰. Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas en los bachilleratos: las delegaciones

²²⁸ González-Forteza Catalina, García Guadalupe, Medina-Mora Ma. Elena, Sánchez Miguel Ángel, 1998. Op. Cit., p. 1-11.

²²⁹ López L. Elsa Karina, Medina Mora María Elena, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzón Shoshana, Rojas Estela, La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil, *Salud Mental*, Vol. 18, No. 4, diciembre 1995, p. 25-32

²³⁰ Respecto al intento suicida, González-Forteza hacen referencia a las definiciones clásicas hablan de que es para quitarse la vida (Durkheim, 1897), no siempre es el propósito, alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención” a modo de “grito o ayuda” o para “manipular” (Hurry, 2000); también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como los padres o al novio (a). Un aspecto que distingue al intento suicida de otras conductas que ponen en riesgo la vida, como a drogadicción, el sexo desprotegido, las violencias, etc. Es que el intento suicida es un acto cuyo propósito se pretende alcanzar en el corto plazo; es decir, que sus “ganancias” sean, en alguna medida, “inmediatas” González-Forteza Catalina, Villatoro Velázquez Jorge, Alcántar Escalera Isabel, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz Bautista Clara, Bermúdez Lozano Patricia, Amador Buenabab Nancy. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000, *Salud mental*, Vol. 25, No. 6, diciembre 2002, p. 3.

que se mantuvieron por arriba del promedio fueron: Benito Juárez, Gustavo A: Madero y Cuauhtémoc., cabe aclarar que la búsqueda de atención y ayuda es limitada en la ciudad de México, entre 60% y 75% de los jóvenes suicidas no acudió a servicios de salud mental, aún cuando reconocía diferentes grados de malestar emocional²³¹.

A manera de conclusión, señalan los autores que los especialistas en este campo son los que más han trabajado en el manejo de prevención de que hace falta implementar servicios eficientes de salud mental para niños y adolescentes, los cuales incluyan el desarrollo de programas educativos para fomentar la salud emocional y la detección temprana de los factores de riesgo del suicidio, en conjunto con estrategias pertinentes para incidir de manera efectiva en el manejo y prevención de la problemática suicida²³².

La mayoría de los investigadores sobre el tema coinciden en la necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria: antes de que se presente la conducta suicida; y de prevención secundaria: cuando ésta ha ocurrido sin desenlace mortal y para evitar que vuelva a ocurrir. Una posibilidad que señalan es insertar en el currículo educativo de las escuelas estrategias para promover la salud emocional en las actividades académicas como elaborar periódicos circulantes o murales, montar obras de teatro, producir programas de radio, etc.²³³

Los trabajos invitan a reflexionar sobre las alternativas terapéuticas disponibles para ayudar a los muchachos a canalizar de manera óptima sus potencialidades y recursos; es decir, sus pensamientos, sus sentimientos y acciones, ya que lo que se encontró como perfil psicológico, en la mayoría de los estudios referidos, señala éstos como signos indicadores

²³¹ González-Forteza Catalina, et. Al., 2002, P. 1-12.

²³² González Forteza, C., Berenzon, S., Jiménez A.; 1999, op. Cit., p. 145-153

²³³ González-Forteza Catalina, et. Al., 2002, P. 1-12.

de riesgo de suicidio, por lo que estos pacientes podrían ser manejados a través de programas de prevención.

Intervención en suicidio

En las fuentes revisadas es relativamente nula la intervención en esta temática, de ahí que se presente solo esta experiencia preventiva aplicada por Chávez y cols., cuyo objetivo fue la prevención de riesgo suicida por medio de una estrategia psicoeducativa denominado taller “Salvando Vidas”²³⁴ en escuelas de la universidad de Guanajuato. En el taller se abordaron los temas: 1. Estadísticas oficiales internacionales; 2. Análisis de los mitos y realidades del suicidio; 3. Factores de riesgo y protección del suicidio; 4. Detección y abordaje inicial de personas en riesgo suicida y 5. Auto cuidado del “Guardián Informado”.

f).Estrés

Otro de los aspectos en los que se ha investigado e intervenido es el estrés por considerar que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano potencialmente estresante, en la que inciden variaciones según la cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el género, así lo consideran González- Forteza y cols., ellos mencionan que no se trata de ‘calificar’ ni de ‘enjuiciar’ a los (as) adolescentes; sino de comprenderlos. Asumir que el problema surge cuando el proceso se estanca, se exagera, se paraliza y se sufre. Con esta idea surge la investigación para presentar la configuración resultante del interjuego del estrés psicosocial-respuestas de enfrentamiento-malestar emocional (malestar emocional referido a la sintomatología depresiva e ideación suicida), a fin de identificar las diferencias según

²³⁴ Chávez H., A., M., Medina N., M., C., Macías G., L., F., Modelo Psicoeducativo para la Prevención del Suicidio en Jóvenes. *Salud Mental*. (2008). Vol. 31. No. 3, p. 198 - 202.

el nivel socioeconómico (NSE): bajo y medio. El estrés psicosocial fue mayor en los adolescentes de NSE bajo, en este nivel también fue mayor el impacto en las respuestas evitativas de enfrentamiento²³⁵.

Sobre el estrés Lazarus en 1990, señala que se perfila como necesaria una propuesta preventiva integral, en la que intervenga no sólo el adolescente mismo, sino también las personas con quienes comparte su entorno vivencial más inmediato y emocionalmente significativo: su familia y su grupo de pares (amigos, sus compañeros, etc.) y cualquier otro grupo de referencia en particular, según el contexto sociocultural del que se trate. Bajo esta óptica han surgido programas de educación para padres, educadores de niños de la calle, etc.²³⁶

Para identificar los diferentes sucesos que producen estrés en una muestra de adolescentes mexicanos, en relación con el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, Lucio y cols., hicieron un el estudio²³⁷ sobre los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. De acuerdo con los resultados de otras investigaciones realizadas en nuestro país, los adolescentes de sexo masculino y bajo nivel socioeconómico están más expuestos a experimentar sucesos estresantes, lo que puede deberse a que su rol social es más activo que el que desempeñan las mujeres.

Por otro lado, para investigar los recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en adolescentes mexicanos González-Forteza y cols., analizaron la relación entre la evaluación cognoscitiva de estresores cotidianos familiares y sociales con el locus de

²³⁵ González Forteza C., Villatoro J., Pick, M. S., Collado E., El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. Pag. 37-38.

²³⁶ González-Forteza Catalina, Villatoro Jorge, Pick Susan, Collado Ma. Elena, 1998, op. Cit. p. 37-45.

²³⁷ Lucio Emilia, León Ivonne, Durán Consuelo, Braco Elena, Velasco Emilia, Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico, *Salud mental*, Vol. 24, No. 5, octubre 2001, p. 17-22

control, la autoestima y la impulsividad-recursos psicológicos. En sus resultados señalan que la escala ESTFAM, reactivos-estresores con respecto a la relación con su papá, con su mamá y con sus hermanos (as) arrojó seis factores: violencia de los papás, prohibiciones de la mamá, prohibiciones del papá, regaños del papá, problemas con el hermano, enfermedades de los papás²³⁸.

Por su parte González- Forteza y cols., identificaron el nivel de estrés psicosocial percibido por los estudiantes en tres áreas de la vida potencialmente significativas en los adolescentes: 1) la familia (prohibiciones parentales); 2) los amigos: (mi mejor amigo(a) traiciona mi confianza); 3) la escuela (problemas con las autoridades escolares). Los datos provienen de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar²³⁹. En sus resultados mostraron que el nivel de estrés percibido fue significativamente mayor en las mujeres. El área con el nivel más alto de estrés fue la “traición del mejor amigo(a), seguida de “las prohibiciones parentales” y de “los problemas con las autoridades escolares.

f). Conductas alimentarias de riesgo

Estas conductas se han agudizado en las últimas décadas del siglo XX, debido al cambio ocurrido en los estilos de vida de los países occidentales y que ha repercutido en los ideales estéticos respecto al cuerpo comentan Unikel y cols. Este cambio ha sido tratado desde la perspectiva antropológica, epidemiológica y de evolución del hombre, ya que se ha comprobado que la obesidad es un factor de riesgo para contraer múltiples enfermedades.

²³⁸ González-Forteza Catalina, et. Al. 1997. P. 27- 35.

²³⁹ Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la SEP en los estudiantes de educación media y media superior en 1991.

Una mención especial son los trabajos desde la perspectiva de género, que visualiza a los trastornos de la alimentación como la expresión más abierta, global y sintomática de la falta de habilidad de la mujer para regir su vida y para contrarrestar su curso traumático. La investigación en este campo ha demostrado según estos autores, que un cuerpo delgado no sólo se percibe como más atractivo, sino que comer poco se considera más femenino. A las niñas, en particular, se les invita y se les recuerda continuamente el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez. La libertad para comer trae implícita la libertad para hacer dietas.

Estos autores realizaron un estudio para identificar las conductas alimentarias de riesgo²⁴⁰ para lo cual aplicaron la Encuesta sobre Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal, de 1997. En los resultados observaron una tendencia a presentar un mayor porcentaje de indicadores de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos. Las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos.

Considerando a las conductas alimentarias como anómalas, León, Gómez y Platas hicieron un trabajo que tuvo como objetivo determinar si existe relación entre las variables: habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas (seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida) en mujeres adolescente mexicanas. Sus hallazgos indican una correlación significativa entre las variables: habilidades sociales y conductas alimentarias anómalas y la preocupación por el peso y la comida; y pone de manifiesto el

²⁴⁰ Unikel Claudia, Saucedo-Molina Teresita, Villatoro Jorge, Fleiz Clara. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, Vol. 24, No. 2, abril 2002, p. 49-56

efecto de la presión social con referencia a la cultura de la delgadez²⁴¹. Para los autores resulta preocupante que los datos de la presente investigación indiquen que a edades tan tempranas (siete años por ejemplo), las niñas ya estén involucradas en conductas dietarias y que a los seis años se empiecen a preocupar por su peso corporal, estos resultados coinciden con otras investigaciones.

Por su parte León y cols., refieren otro estudio que se señala que existen factores predisponentes en la anorexia tales como: la dificultad para expresar con palabras afectos, emociones y deseos; necesidad de aprobación externa para mantener la autoestima y desarrollar autonomía, indicadores todos estos de una latente dificultad en el ámbito de las habilidades sociales. Para León y sus colegas, si el déficit de habilidades sociales predice el seguimiento de dietas con propósitos de control de peso, el EHS podría disminuir o eliminar el riesgo de las adolescentes que frecuentemente se someten a dieta y/o presentan conductas alimentarias de riesgo como consecuencia de la presión social de la delgadez²⁴².

Si por un lado, los trastornos de la alimentación están cobrando gran relevancia como problema de salud, no se debe olvidar que la desnutrición y otros trastornos por déficit de nutrientes son altamente perjudiciales a la salud y en nuestro país están afectado a un sector importante de la población adolescente y joven, de ahí que se considere importante citar el trabajo de Barquera y cols., que hace referencia a las políticas y programas de alimentación y nutrición en México, señalando que el país tiene una larga historia en la implementación

²⁴¹ La distinción entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome un conjunto de síntomas (cuantitativa y cualitativamente) agrupados como criterios de diagnóstico de la anorexia o bulimia mientras que los factores de riesgo son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con mayor magnitud y frecuencia. León H., R., C., Gómez P., G., Platas A., S., Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*. 2008. Vol. 31. No.6, Pag. 448.

²⁴² León H., R., C., Gómez P., G., Platas A., S., Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, Vol. 31. No.6, 2008, p. 448- 452.

de programas y políticas orientadas a mejorar la nutrición de grupos vulnerables, a pesar de ello, la desnutrición constituye uno de los retos de salud pública más importante.

Al margen de los problemas generados por los trastornos de la alimentación, lo cierto es que uno de los retos más importantes que enfrentan las políticas de salud y nutrición en nuestro país es abatir los altos índices de pobreza que llevan a la desnutrición, teniendo en cuenta que las políticas de ajuste estructural asumidas por los países en desarrollo en momentos de crisis generalmente tienen por objeto reducir el gasto gubernamental y acceder a créditos internacionales y no obedecen a la búsqueda de soluciones al problema de la alimentación y la salud, por ejemplo las políticas donde figura una disminución en la participación del Estado en subsidios, lo que en general conduce a programas selectivos de salud y nutrición dirigidos a grupos vulnerables con intervenciones puntuales de impacto comprobado (inmunizaciones, tratamientos colectivos contra los parásitos, megadosis de vitamina A, etcétera). Los autores opinan que esta serie de medidas han sido criticadas, pues tienen una fuerte influencia de agencias financieras supranacionales y proponen intervenciones mínimas, de bajo precio y elevada eficacia para mejorar indicadores de nivel de vida frente a un panorama complejo donde el desarrollo, el medio ambiente, la cultura, las situaciones geográficas y los problemas administrativos juegan un papel importante que estos indicadores no siempre reflejan. Refieren el último reporte estratégico de nutrición, salud y población del Banco Mundial donde se habla de buscar un papel más balanceado de los gobiernos en estos sectores; es decir, en lugar de que el Estado sea predominantemente proveedor, debería aumentar sus actividades en legislación, regulación, información y financiamiento. También propone un cambio en el abordaje de la salud: un manejo integral de la salud infantil, mejorar la prevención de las enfermedades mediante cambios de

conducta, promover la participación de la comunidad y con mayor atención al contexto, tratar de responder a las críticas que se han hecho de sus políticas.

Asumen la interrelación de factores de educación, salud, alimentación y desarrollo así como la necesidad prioritaria de aglutinar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con el problema alimentario; proponen el diseño de un programa integral con participación de diversos sectores que permita lograr sinergias importantes en los resultados, evitar la duplicación de actividades y ahorrar recursos.

Si bien, los autores reconocen una evolución en las políticas y programas de alimentación y nutrición en México, aceptan que la desnutrición y las enfermedades asociadas con deficiencias de ciertos nutrimentos persisten, además de la aparición de nuevas enfermedades relacionadas con la alimentación que antes no representaban problema alguno en nuestro país como la obesidad, que han tomado rápidamente relevancia como problema de salud pública, por ello, es urgente adoptar una perspectiva de administración para la implementación de programas, en lugar de una de planificación vertical y central tradicionales incorporadas desde los años setenta a los diseños de programas planteadas por el Banco Mundial.

Para ellos, desarrollar programas desde el punto de vista de la administración plantea el reto de mantener a los prestadores de servicios capacitados, sensibles a la necesidad de los grupos que se verán beneficiados, y con un entendimiento claro de las prioridades y política alimentaria y nutricional explícita cuyo efecto adicional sería fomentar la permanencia de ésta más allá de los periodos sexenales o de otros cambios gubernamentales²⁴³.

²⁴³Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A., Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Publica*, México, 2001;43:464-477. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Podríamos concluir este apartado preguntándonos ¿si ante estas condiciones, lo establecido en el plan nacional de desarrollo para el trabajo en salud de los jóvenes podrá cumplirse, sobre todo con lo que PND²⁴⁴ define como Desarrollo Humano Sustentable, cuya premisa básica es el desarrollo integral²⁴⁵.

En conclusión, el modelo medico psiquiátrico y de salud mental bajo los auspicios del Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Instituto de Salud Mental han dirigido su intervención e investigación a problemas de tipo educativo como aprendizaje, lenguaje, conducta; de salud principalmente a las adicciones, depresión, suicidio y estrés entre otros. En consecuencia ahora las principales necesidades de salud mental, son las de las funciones cerebrales y cognoscitivas que impiden que los niños y jóvenes puedan dirigirse por ellos mismos, y por esta razón requieren de la intervención del especialista por ejemplo en casos de déficit de atención, memoria o en las mismas enfermedades consideradas como psiquiátricas: la depresión, obsesiones, estrés, entre otras:

Bajo estas premisas ahora se considera indispensables que la formación de la personalidad de los pediatras en el campo de la salud mental infantil y de los jóvenes se dirija en dos orientaciones que son: mentalidad sanitaria y mentalidad de higiene mental para un ejercicio profesional correcto, científico y humano, sin embargo no se ha logrado que el médico se baje de su pedestal académico para que se humanice y se acerque a su paciente.

²⁴⁴ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Plan Nacional de desarrollo 2007-2012*, DOF del 31 de Mayo de 2007, p. 3.

²⁴⁵ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2007, op. Cit., p. 66-69.

Segunda parte.

Una aproximación al análisis filosófico epistemológico del modelo de educación para la salud de jóvenes

La salud de los jóvenes en nuestro país ha sido poco atendida desde las políticas públicas, esto nos remite al abandono de que han sido objeto los adolescentes y jóvenes en este aspecto, puesto que no existe un programa formal ni la infraestructura indispensable para proporcionarles servicio de salud y mucho menos educación para la salud, es hasta 1993 cuando se elabora un programa formal sustentado por la Secretaria de Salud e integrado en el año 2000 al programa nacional de salud, pero que hasta el momento no reporta ningún resultado.

Realizar el análisis filosófico- epistemológico de las concepciones de atención y cuidado a los jóvenes desde la creación de instituciones de salud hasta la actualidad en nuestro país, nos lleva a señalar que estas obedecen a las concepciones que se tienen en la medicina y sus sistemas de trabajo, de ahí que podamos establecer los siguientes principios que sostienen una visión y concepción del joven y justifican las intervenciones que se han aplicado en este campo, ya sea en la formación o creación de espacios que son acordes a esta postura que no permite otras miradas sobre las formas de crecimiento y desarrollo de los jóvenes, de ahí la necesidad de explicitar esta filosofía y epistemología en particular la de los modelos encontrados respecto a los jóvenes y de forma general las que mantienen prácticas, explicaciones y justificaciones de represión o segregación de estos individuos.

1) *Prevalece una concepción evolutiva que privilegia el desarrollo biológico y la madurez sexual* que concibe al joven como el individuo que pasa por un proceso evolutivo de crecimiento y desarrollo, que tiene plena conciencia de su genitalidad e individualidad, por lo tanto lo consideran como un sujeto en riesgo pues esa madurez sexual lo puede llevar a la práctica de relaciones sexuales sin protección de las que pueden producirse embarazos prematuros e infecciones de transmisión sexual, de ahí que los principales programas implementados en la salud de esta población sean los de salud sexual y reproductiva acompañados de los de adicciones. Dichas concepciones llevan a los jóvenes a concebir a la sexualidad como algo prohibido y a su cuerpo ajeno a sus sensaciones las cuales al presentarse provocan desconcierto e indefensión, aunado a la imposibilidad que ha experimentado de sentir, identificar y expresar sus emociones, esto se convierte en el campo más propicio para provocar lo que se está combatiendo los embarazos y las infecciones de tipo sexual, pues en la actualidad las alteraciones en embarazos en jóvenes son de las principales causas de muerte y las enfermedades de transmisión sexual se incrementan día a día.

Los jóvenes al iniciar la pubertad pueden experimentar sensaciones en su cuerpo que los lleven a vivirlo con represión o con culpa por lo que les ocurre, por otro lado cuando inician su vida sexual se enfrentan a actos que cambian su vida pues en muchos casos todavía impera la moral religiosa de contención hasta el matrimonio, en otros casos el vivir su sexualidad los lleva a embarazos no deseados que se viven como el final de esta etapa y el inicio temprano a una vida adulta que muchas veces

se enfrenta sin experiencia, con dificultades económicas, pero sobre todo con sentimientos y emociones encontradas ante tal evento.

1) *Se concibe al joven como un individuo incompleto*, concepción construida en Norteamérica de los años cincuentas hasta los setenta del siglo pasado aproximadamente, a partir de la cual se le ubica como un individuo que pasa por una etapa de *Edad Feliz* con estilos de vida placenteros y fáciles, copiados de modelos emanados de la televisión y la cultura. La figura del joven alcanza a visualizarse a pesar de la carencia de sitio en la sociedad, pues intenta integrarse a los escenarios dispuestos para él sin que esto signifique enfrentar circunstancias de exclusión, hostilidad, violencia de género y edad, sexualizadas y dentro de un sistema escolar que los clasifica, segrega y discrimina. Esta omisión obedece a las concepciones que en la medicina se tienen de estos individuos, pues antes de este momento se les visualiza como sujetos transparentes o invisibles que aparecen conformados, responsables e independientes cuando son capaces de formar una familia, insertarse a la vida productiva o mostrar que tienen una escala de valores sólida, es decir, cuando pueden comportarse como adultos, el individuo adolescente y joven aparecen cuando ha de insertarse al mundo productivo bajo una concepción de cuerpo terminado y útil, con posibilidades de integrarse a las esferas laboral, familiar y pueda conducirse en ellas de acuerdo al patrón de la vida adulta.

2) *Para la medicina el joven es un individuo crítico*, al igual que para otras disciplinas que se remiten a la construcción social de la juventud como problemática e indeseable, tal concepto fue afianzado sobre todo en la clase media pero actualmente se ha extendido a todos los sectores sociales, en él se sintetizan virtudes

y características del varón joven como: ambicioso, deportivo, familiar, relajado, enamorado, capaz de combinar el estudio con la obtención de experiencias inolvidables. La mujer joven por su parte, necesitará ser moderadamente ambiciosa, deportiva, familiar y hogareña, sentimental (lo opuesto a enamorada), incapaz de confundir la vida con lo que sucede fuera del hogar. Tales estereotipos a menudo proceden de modelos ofrecidos por los personajes de las telenovelas, vistos en la televisión, en el cine o la prensa, en cuyos contenidos se muestra amores idealizados, utopías en el estilo de vivir, de emocionarse, de relacionarse, de recreación, de alimentación, etc. Son de todos conocidas las distintas formas de conducta que se ofrecen en el cine que con dificultad se viven en lo cotidiano pero que se convierten en el deseo e ilusión por alcanzar; del radio y de la música, por otra parte, adoptan el idioma y las formas de comunicación que los identifican como grupo de jóvenes, en fin los en los medios de comunicación masiva se construyen una serie de características que conforman la cultura del joven a partir de códigos de cuerpo y atuendo particulares, con demostraciones de fe y de odio a la familia y otras instituciones sociales a partir de las cuales se rechaza lo instituido y la normatividad con actitudes de confrontamiento y autodestructivas.

- 3) *Los jóvenes son marginados social y políticamente*, pues el estado y la sociedad acatan la ideología, estilos de vida y educación patriarcales desde la moral tradicional, desde la configuración de los principios de la Constitución de 1917 y la consolidación de un gobierno-nación emanado de la revolución que pondera el progreso, pero que no tiene apertura para los jóvenes. El Estado, en el caso de los jóvenes se instituye en normatizador, establece condiciones, límites y recursos que son implementados cuando aparecen actitudes que le ponen en riesgo como los

movimientos estudiantiles del 68; son un buen mecanismo para combatir los síntomas y consecuencias de la falta prerrogativas y derechos que protejan al joven, aunque una función que realiza fundamentalmente es tratar de direccionar las acciones de los individuos en la práctica de valores como la responsabilidad, libertad o en el control de su conducta sobre todo en aspectos de salud pública por ejemplo los casos de alcoholismo, tabaquismo y vida sexual; de condiciones higiénicas como: construir drenajes, pozos de agua, fosas sépticas, desaparecer los residuos y potabilizar el agua, mantener una vida sexual sin riesgos y desde luego prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Puede apreciarse una política pública dirigida a los “síntomas”, con un modelo médico que tiene pilares cognoscitivos aplicados a los principios de la enfermedad y el individuo, no en la salud y los grupos de jóvenes. De ahí que los jóvenes no se sientan incluidos ni representados en esos programas, por lo cual tienden a construir sus propios círculos de vida y diversión sobre todo vinculados con la cultura vigente, de modelos y estereotipos y de rechazo a los sistemas políticos y gubernamentales.

- 4) *La vida y la salud de los jóvenes se plantea como una inversión económica no redituable*, desde el punto de vista de la OMS, se habla de que el 70% de las muertes prematuras en los adultos son consecuencia de conductas desarrolladas durante la adolescencia, cuando superan los riesgos de la juventud en largo plazo su vida puede alterarse con la construcción de padecimientos crónico- degenerativos, con bajos niveles de productividad y altos costos sociales sobre todo en el incremento del gasto público en salud y tratamientos largos, costosos y que deterioran la calidad de vida; desde este punto de vista la vida y la salud tanto de

jóvenes como de adultos se traducen en aspectos económicos. Puede agregarse que en el ámbito de la salud de los jóvenes las tendencias y valoraciones se hacen en términos de costo-beneficio, surgidas de modelos importados, de ahí que tenga fuerte impacto la intervención extranjera, los conceptos de joven y adolescente emanados y compartidos por organismos internacionales como la OMS y la participación de toda una industria farmacológica de origen internacional, por eso insistimos en que la salud de los jóvenes se convierte en un amplio mercado cuya derrama económica sostiene la economía externa y deteriora la del país, pero que sigue sin dar resultados positivos a la erradicación de los padecimientos pues el medicamento solo atiende al síntoma y no va al fondo de los procesos que están generando la enfermedad, alejan al individuo de sentir su cuerpo y los jóvenes se desapegan y lo abandonan, aunado a la creencia que existe de que ser joven es ser el más fuerte, el más sano e invulnerable, los hace sentir como todo poderosos y viven en consecuencia una vida acelerada, desnaturalizada y con excesos.

- 5) *La salud de los jóvenes es atendida bajo un sistema remedial y sin protección*, que prevalece y provee de atención a sus padecimientos de manera fragmentada, científica, bajo el modelo positivista, que se enfoca solamente a aliviar el síntoma sin ir al origen del padecimiento, es un sistema de atención y curación que en ocasiones ni siquiera alcanza cobertura para atender a la demanda de estos, pues se ha hablado de que no existe un servicio de salud destinado para este grupo de edad como lo hay con los niños o con los adultos, a menudo existe la duda de cuál es el sitio para su atención.

Como se ha mencionado, la reciente consideración del joven como sujeto de necesidad de atención a su salud todavía no ha generado la implementación de la

infraestructura que la demanda está solicitando y en ese sentido la población adolescente y juvenil sigue desprotegida en este campo, acude a servicio médico en donde puede y sin una continuidad o seguimiento a sus tratamientos, solamente atiende a las necesidades inmediatas, se automedica o autocontrola, pues él mismo esta inserto en una cultura de la productividad, es decir, debe atender a sus ocupaciones: la escuela, el trabajo, la ociosidad, etc., pero eso si sin un síntoma que le impida estar ahí.

- 6) *La salud del joven se considera un valor de uso* pues necesita estar sano para integrarse a las labores económicas y cuando una enfermedad se presenta la posibilidad de lograr la salud está basada en el consumo de medicamentos y curaciones que lleven a reparar esa parte del cuerpo que no funciona bien del todo. Su cuerpo debe estar siempre en condiciones de producir en una sociedad industrial en desarrollo, con capitales extranjeros dominando casi todas las áreas de producción, que ha reducido la vida a la práctica de actividades para satisfacer necesidades creadas desde el exterior, a actitudes individualistas y competitivas en donde el que más tenga “será el mejor”.

Así el poder toma el lugar principal, acompañado del deseo de posesión que abarca también la necesidad de acumular productos materiales que hagan a las personas una vida confortable, progresista, cómoda, en donde se espera que la riqueza conduzca a la obtención de bienes para obtener la felicidad; en este sentido el joven ha dejado de ser el dueño de su vida entregándose al trabajo o al estudio como medio para obtener lo que la moda y el consumo van delineando, porque vive en una era donde reina el poder y la propiedad, era de aplicación de la ciencia y la tecnología para la producción de bienes superfluos y banales pero cuya posesión da

estatus y poder con miras a alcanzar el progreso social; el joven vive en este sistema económico que concibe al mundo como transformable y desechable al igual que el hombre en donde se sitúa el mismo, con lo que construye un ego que lo ubica como el más fuerte, el más poderoso, que alcanzará lo que se proponga entrando al mundo de individualización y competencia.

7) *Se crea la ideología del joven transformador*, que construye deseos y necesidades instituidos por la sociedad capitalista industrial a través de mensajes de “modernidad” sobre todo en los sistemas de vida urbana en los que se hace visible el adolescente y el joven dispuestos a contribuir a la desintegración de la moral tradicional, a participar en la reflexión y crítica emanada de su formación en centros de enseñanza media y superior, de su inserción a la industria, de pelear su derecho a participar en la vida democrática del país y a la reconfiguración del hombre y la mujer enarbolando las cuestiones de género (información de la sexualidad, uso de la Píldora anticonceptiva, etc.), el derecho a disfrutar de su vida sexual, de nuevas perspectivas de convivencia y desde las instituciones de salud su afiliación a los programas de salud sexual y reproductiva por ejemplo.

8) *Los jóvenes deben insertarse a la vida moderna y científica para lograr su lugar en la sociedad*, sin embargo con estas formas de vida experimentan desapego con su cuerpo y con las emociones producto de la modernidad, consecuencia inmediata en su vida real al convertirse en un sistema rutinario, agotado, mecánico que anula o desprecia al cuerpo y esto provoca un padecimiento ya sea por esta separación corporal o por el agotamiento; los jóvenes están cada vez más lejos de sí mismos, ensimismados por el deseo de poder; en ellos se conforma el proceso de salud - enfermedad a partir de la unidad órgano-emoción, de las formas de vida, de

alimentación pobre e inadecuada, en el olvido del cuerpo y sus necesidades ordinarias, en la poca convivencia y de la falta de amor por ellos mismos y por lo que les rodea.

En conclusión puede decirse que bajo estos esquemas la vida se ha olvidado, solo se atiende el cuerpo en el aspecto físico u orgánico, olvidándose de lo emocional y lo espiritual de los individuos, en este caso de los jóvenes quienes por su parte solo quieren conquistar un estilo materialista, cómodo y confortable, para ello quitan horas al descanso, convirtiendo a la distracción y complacencia en la esencia de sus necesidades, hay abandono y descuido corporal; todo esto, ocurre sin que los sujetos puedan percatarse de que al final del día la vida se les ha escapado o les ha dejado como resultado un cuerpo enfermo por el insomnio, indigestiones o úlceras por los malos hábitos alimenticios, presión arterial elevada, por el efecto de las emociones atoradas o no expresadas, o por el abandono en que se le ha dejado en este estilo de vivir vacío, insensible y desnaturalizado, porque el hombre se convirtió en un depredador de la naturaleza que contamina la tierra, el agua y el aire, que está agotando los recursos naturales y todo lo que preserva la vida, estilo en el que se desenvuelven los jóvenes y que se está heredando a las nuevas generaciones.

Esto sin duda tiene que ver con los modelos de salud: higienista, legal, intervención-rehabilitación y psiquiátrico-salud mental, vigentes en los sistemas de salud de los jóvenes que como se ha señalado en el análisis historiográfico ya que son tradicionales, ignoran la presencia de los jóvenes y por tanto abandonan su salud, cuerpo y su vida, esto lo podremos apreciar en el análisis filosófico-epistemológico que a continuación se presenta de cada uno de esos modelos.

**El modelo de educación para la salud en jóvenes. Cuatro formas de abordaje:
higienista, legal, intervención-rehabilitación, psiquiátrico-salud mental**

En la explicación de los fenómenos salud-enfermedad en los últimos 100 años se ha empleado el modelo de investigación epidemiológica cuyo fin es profundizar en el conocimiento de las causas de enfermedad, las explicaciones sobre la salud de los jóvenes recupera este modelo medico epidemiológico, basadas en el análisis causal bajo el que se explican los problemas de salud por la relación agente - huésped en un determinado ambiente y se presenta en tres acepciones que son:

- 1) Modelo tradicional causa simple/efecto simple.- que ha sido el encargado de encontrar la relación de prevalencia en enfermedades infecciosas, donde un microorganismo (bacteria o virus) era preciso para inducir una enfermedad.
- 2) Modelo de múltiples causas /efecto simple.- que refiere a causa múltiple/efecto simple, se vincula a enfermedades crónicas que presentan variadas causas para desencadenar un padecimiento.
- 3) Modelo de múltiples causas / múltiples efectos.- abarca conceptos relacionados con la salud ambiental, al contemplar más claramente el fenómeno de multicausalidad y de generación de efectos variados. Se dice que este, es un modelo con enfoque estructurado, avanzado, a partir del estudio del proceso salud - enfermedad, que es capaz de superar las interpretaciones unicasales, reduccionistas y biologizadoras puras.

A lo largo del análisis de los cuatro modelos se hace patente la presencia de estas características, según podrá apreciarse a continuación, lo importante aquí es dejar claro, que

este modelo de atención no ha dado respuesta a las necesidades que los jóvenes demandan, ha sido un modelo a partir del cual se continua segregando a los usuarios, los problemas de salud lejos de superarse se han agravado apareciendo ahora en los jóvenes padecimientos crónico-degenerativos que antes solo aquejaban a los adultos mismos que ponen en riesgo no solo la calidad de vida de los enfermos, sino que además la acorta, colocándolos dentro de las estadísticas que al modelo epidemiológico toca estudiar. Quizás para los médicos el dato que estos padecimientos otorga sea el sustento de su existencia y además les sirva para justificar la cantidad de recursos empleados por las instituciones de salud en costosos diagnósticos y tratamientos que sirven como formas de remediación, rehabilitación y readaptación a las condiciones de vida cada vez más deterioradas de la sociedad, en este caso de los jóvenes.

Los deficientes resultados que este modelo medico ha tenido obedecen a que es un modelo muy atrasado de acuerdo a las condiciones de vida actuales, que está basado en la deshumanización del paciente y en este caso a la ignorancia que ha hecho respecto a la vida de los jóvenes, es claro que si el paciente no es visible para el profesional de la medicina, para la institución, ni para la sociedad va a haber poco interés en lo que le ocurra, el abandono e ignorancia por su estado de salud será la constante en sus demandas. Se suma a esos resultados deficientes el hecho de que para el modelo biomédico el cuidado y atención para la salud de los jóvenes así como las investigaciones, los recursos y la práctica deben ir dirigidos al estudio y tratamiento de la lesión, analizando las causas internas sobre las causas del estado de salud o enfermedad, sin conexión con las causas externas.

Esta corriente biologicista o biomédica prioriza en las intervenciones que tratan de *buscar* (diagnóstico) y *reparar* (tratamiento) la lesión en el individuo o individuos afectados por ella, aquí se conceptualiza la salud como la ausencia de enfermedad o lesión, es

individualista, ahistórico, a-social, con una eficacia pragmática; su enfoque es empirista y positivista. Aquí podrá apreciarse como cada uno de los modelos se vinculan a los principios del modelo general, sin embargo, conservan características específicas de acuerdo a su vigencia, propósitos y funciones dentro de los sistemas de salud.

Médico higienista

Es un Modelo tradicional que establece a la enfermedad como una *relación causa – efecto*, en una relación de monocausalidad, ha sido utilizado desde el siglo XIX y principios del siglo XX cuando predominaban las enfermedades infecciosas en las que un agente (virus, bacterias, hongos, entre otros) era suficiente para producir la enfermedad. Es decir, una causa única para un efecto único. Tiene una explicación y práctica a partir de la cual la medicina ha desarrollado acciones como respuesta a condiciones de vida azotadas por infecciones, epidemias y condiciones precarias de salud producto de la guerra de independencia y la revolución.

Sustenta al llamado modelo ecológico, según el cual los problemas de salud se explicaban por la *relación agente - huésped* en un determinado ambiente; aquí se destacan los trabajos de Pasteur, Henle y Koch que fueron retomados y desarrollados por la medicina infantil y la infraestructura montada para su servicio principalmente en el “Hospital Infantil de México” con su especialización y cultivo la ciencia en sus servicios y laboratorios. Exalta la existencia de la Triada Ecológica interrelación *agente-huésped-medio ambiente*, a partir de la aparición de la llamada transición en los perfiles epidemiológicos, decir, la aparición de la enfermedad por múltiples causas y un efecto, mediante el cual se explicaba la disminución de las enfermedades infecciosas, pero el aumento de las crónico degenerativas. En este modelo se dice que las enfermedades son producto de varios factores que pueden

estar asociados a la interrelación del huésped y el medio ambiente, que pueden condicionar o incrementar la aparición e incidencia de determinadas enfermedades también en la comunidad; además clasifica las enfermedades en transmisibles y no transmisibles, pues habla de que un agente causal se transmite de un animal o persona a un hospedero susceptible. Desde luego que sus explicaciones eran acordes a las condiciones de vida al finalizar la revolución, pues como se sabe estas eran precarias y existían epidemias y padecimientos de *orden digestivo*: enfermedades diarreicas agudas, fiebre tifoidea, cólera, hepatitis; *infecciosas*: gripas, respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar, viruela, sarampión; *contacto de piel y mucosas*: sífilis, paludismo, dengue, lepra, entre otras.

El modelo parte del principio de que condiciones sociales y ambientales propicias inician o perpetúan el estado de enfermedad, por ello la identificación de las causas es fundamental para la explicación, atención y tratamiento de los padecimientos, insistiendo en que el contacto con el huésped sea una persona o un animal permite la subsistencia de un agente causal de enfermedad; explica a la enfermedad como resultado de una cadena epidemiológica o cadena de transmisión de las enfermedades, con esta representación se asume que con la ruptura de uno de los eslabones de la cadena se evita la transmisión, lo cual se logra si se aplican de manera correcta las medidas de control. De esta premisa se parte para dirigir los sistemas de salud, dando prioridad a la curación y a la promoción de la salud a través del establecimiento de clínicas y hospitales de atención primaria, secundaria y terciaria, además del lanzamiento de campañas sanitarias, de inmunización y de control natal principalmente; esta es la base de las políticas de salud cuyo objetivo es promover programas de educación para la salud, control higiénico del ambiente en el que se incluye cuidado del agua, de los alimentos y la nutrición, vivienda u otras medidas de

inmunización y desinfección, y en general hábitos saludables como parte de sus programas integrales de salud.

La justificación para emplear esta práctica médica son los cambios en los estilos de vida y de convivencia de las personas entre los que se mencionan la pobre higiene, desnutrición y malas prácticas de saneamiento que elevan el índice de personas enfermas y/o con padecimientos.

Este modelo de atención centra su interés, sus recursos y sus intervenciones en el mejoramiento de tecnologías diagnósticas, reparadoras o paliativas en la salud de las poblaciones, es acorde a las condiciones económicas y políticas del país, proviene del surgimiento y desarrollo de la revolución industrial y la migración creciente del área rural a sitios urbanos. Aunque en nuestro contexto los sistemas de salud y sus políticas públicas no contemplen ni la salud ni la recreación de la población joven, aun reconociendo que las necesidades de atención, educación y prevención de padecimientos son urgentes para los escolares en donde se han incluido a los adolescentes se acepta que las autoridades han incurrido en irresponsabilidades u omisiones a pesar de las demandas de salud de la población, pues ya se ha mencionado que la ciudad es altamente productora de enfermedades y la mayor parte de jóvenes se encuentra concentrada en estos espacios urbanos, lo cual repercute en serias enfermedades y riesgos para su cuerpo y su mente. Lo anterior tiene su base en la concepción que los servicios médicos tienen del joven como un cuerpo fragmentado, incompleto, en riesgo, pues desde la creación del Hospital Infantil de México se ha trabajado primero para establecer un modelo científico y después para mantenerlo a través de la instalación de laboratorios y la especialización del conocimiento como la cirugía, cardiología y neurología, entre otras, donde la especialización disciplinar se hace cargo de la parte que le toca de ese cuerpo y desde esa fracción quiere dar cuenta de

lo que sucede sin importar el resto de las funciones del mismo, ni la integración y mucho menos la totalidad de los sistemas corporales. Esta forma de atención es similar a lo que ocurre en el sistema social en donde cada individuo cumple con una función concreta, aquí se puede apreciar como a nivel social se refleja la presencia de condiciones según este modelo medico higienista lo cual se reproduce también en la atención y cuidado de los cuerpos.

El modelo higienista toma en sus responsabilidades la educación sexual de las mujeres, como una forma de conducir las hacia las funciones que les han sido asignadas socialmente: el matrimonio y la reproducción, así el cuerpo de la mujer se asume como el objeto que ha de ser usado por el varón y la educación aquí cumple la función de sensibilizar a la mujer para que no sufra daños físicos o psicológicos y en cambio pueda cumplir de manera satisfactoria su encomienda. En el mismo sentido se asume la educación sexual del varón para que adiestre a su pareja y le transmita los conocimientos necesarios, que la lleven a ser una buena esposa y más tarde una buena madre.

Se puede concluir que en el modelo medico higienista el cuerpo adolescente está ausente, lo está también de los proyectos de salud debido a que se asume que en la sociedad no tiene un rol ni una función, por ser un ser inacabado que no asume responsabilidades ni compromisos personales, laborales o familiares, por lo cual se le individualiza y vive aislado de su entorno hasta alcanzar la completud que equivale a la edad adulta o de responsabilidades. También está ausente la concepción de la vida y de adolescente, en él se habla de un sujeto higiénico, para el que trabajan los servicios de salud, entendiendo que el aseo personal y el cuidado en el ambiente es la base para un desarrollo sano y un crecimiento saludable, con lo cual se pueden contrarrestar los abandonos y omisiones de que han sido objeto las personas, en este caso los jóvenes, por tanto las prácticas medicas se

dirigen a la demanda de atención y sus intervenciones se limitan a aliviar el síntoma o a reparar el órgano dañado mediante cirugías, prótesis o tratamientos reconstructivos.

Modelo Médico legal

Es un modelo medico monocausal, en donde el participar en actos delictivos o de inconformidad es la causa de que un joven sea recluido en espacios educativos, de readaptación o en clínicas de conducta, cuyo efecto será permanecer ahí durante el tiempo suficiente para purgar una condena, corregirse o sanarse a fin de que puedan resolver los problemas que en su vida les han impedido ajustarse a las normas y cometer actos delictivos. Bajo este modelo serán los científicos y profesionales (médicos, abogados, psicólogos, psiquiatras, educadores, etc.) los que dicten las condiciones para que ese joven se integre a la sociedad.

Es un modelo clasificador, que segrega y discrimina a quienes cometen actos delictivos, protestan o están inconformes con lo que sucede en su sociedad, porque a menudo los jóvenes son enviados a centros de atención psiquiátrica o de integración juvenil al incurrir en conductas delictivas, adictivas o con padecimientos denominados mentales.

Parte del concepto de joven como un ser incapaz o vulnerable de regir su conducta por lo regular agresiva e inconforme, ni de cuidar de los demás, primeramente porque los jóvenes al igual que los retrasados mentales, las mujeres y los niños se les considera vulnerables y faltos de control de sus actos; se asume que ellos están pasando por un proceso en el que predomina el impacto hormonal y eso les impide hacerse cargo de su vida al tiempo que los pone en riesgo de cometer acciones delictivas, de ahí que el cuidado, tratamiento y prevención de la salud de los jóvenes sea vista como un sistema de contención y represión

que implica un trato disciplinario y rehabilitatorio, considerando que el joven no puede asumir responsabilidades y compromisos con su vida, con sus cambios y las acciones que realiza.

Es un modelo normativo y disciplinario, en donde los servicios médicos y psiquiátricos dirigidos a esta población están encaminados a establecer leyes y disciplina para que los jóvenes al alcanzar su “completud” sean capaces de integrarse a la sociedad adulta, pues no hay que olvidar que el concepto que se tiene de adolescente es el que *adolece de* o es un *ser incompleto*, que con el paso del tiempo puede insertarse en un mundo formal en el que prevalece la razón y el sentido común, así al crear instituciones como clínicas de conducta y la misma especialidad de paidopsiquiatría dentro de las escuelas, se garantizarán niveles de salud acordes a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes, para que pueda prevenir que se presente la conducta delictiva o en su defecto sea tratada de manera oportuna en estos espacios; se advierte que esta es una forma de evitar que los delincuentes juveniles en “potencia” tengan que ingresar a centros para menores infractores o centros penitenciarios, pues se les ha considerado como educables.

Es un modelo readaptativo o de reintegración social que sugiere que la vida del joven está suspendida en tanto sea capaz de regirse bajo las condiciones de la autoridad, sobre todo cuando ha incurrido en conductas delictivas y ha sido privado de su libertad, no obstante, al ser readaptado e integrado a la sociedad (cumplir su condena) tendrá la oportunidad de vivir una vida “normal” en la que si logra integrarse podrá continuar con patrones de convivencia social y culturalmente establecidos como productivos y saludables.

Se rige por un concepto de vida devaluado y condicionado por normas y estándares sociales y científicos, en este caso de la disciplina médica y jurídica que dictan las formas socialmente aceptables para la actuación y convivencia del joven. Sin duda, conceptos de evolución y desarrollo se hacen patentes en también en este modelo, pues es claro que un joven cuya conducta es tachada de anormal y desviada es parte de un proceso evolutivo bajo el cual el joven no ha podido continuar con la línea de vida honorable que implica no cometer actos delictivos e inconformes con lo establecido y por lo tanto habrá que asumir una proceso de desarrollo específico para insertarse en una sociedad honesta y respetable de la cual el podrá formar parte en un futuro próximo si logra encontrar esa línea de contacto evolutivo. Desde luego que un joven clasificado con un comportamiento fuera de la legalidad o de la normatividad, es asumido como un objeto de readaptación y educación, considerado inútil en tanto no compruebe que es apto para salir de su reclusión e insertarse en espacios familiares, sociales y laborales productivos. El sujeto entonces es un ser anormal pero educable.

En conclusión diríamos que desde ambos modelos de atención a la salud el joven sigue siendo señalado, estigmatizado y castigado, convirtiéndose en un problema social a la vista de las instituciones, las cuales justifican su represión, violencia o muerte como una medida para prevenir la aparición de problemas mentales o sociales, por ejemplo la intervención armada ante los movimientos hippies o el movimiento estudiantil de 1968, pues “desde el punto de vista de la justicia cometer delitos es una reacción peligrosa de los jóvenes y obliga al Estado a responder de forma la autoritaria y violenta. Frente a los actos juveniles anti-sociales los funcionarios montan en cólera y contestan a una agresión con otra, se hacen “redadas” de jóvenes que frecuentan lugares “sospechosos” y los encarcelados son

vejados y exhibidos despectivamente ante el público, sin ahorrarles los malos tratos y los golpes como menciona Salazar. El resultado inmediato ya se conoce, la hostilidad y la agresividad aumentan en relación directa de la intervención policíaca autoritaria y brutal y la “delincuencia juvenil” así contaminada, amenaza a convertir a los jóvenes delincuentes en delincuentes comunes”²⁴⁶.

Medico de intervención- crisis - rehabilitación

Parte de un concepto biologicista que implica una etapa de crecimiento y desarrollo, dado que para la medicina el concepto que prevalece de adolescencia y juventud tiene que ver con los procesos puberales y de desarrollo físico de ahí que sus acciones hayan sido dirigidas hacia los Programas de salud sexual y reproductiva principalmente, entendiendo que el concepto de joven tiene que ver la madurez sexual-cambios físicos, crecimiento, desarrollo y diferenciación sexual, entre otros. Algo importante aquí es entender que desde el punto de vista médico, todos estos cambios son sólo el producto de un proceso fisiológico glandular y hormonal del cual se derivan actividades de tipo sexual, es decir, solo se contempla el aspecto evolutivo y el cuerpo joven es visto como un sujeto sexuado que transcurre por esas etapas, por tanto hay que contenerlo, sobre todo cuando se hace patente la madurez sexual.

Es modelo monocausal y evolutivo al hacer uso del modelo epidemiológico que inicialmente tenía como objetivo el estudio de las enfermedades infecciosas (específicamente las epidemias), posteriormente se ha extendido su aplicación a todos los problemas de la salud y a todos los campos de acción de la medicina y otras en patologías

²⁴⁶ Salazar Mallén, M., Papel del Estado en la etiopagenia de la conducta anti-social, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962. P.664

no infecciosas, tales como las de la llamada salud sexual y reproductiva, la atención a las adicciones, enfermedades carenciales (fundamentalmente, el escorbuto, la pelagra y el raquitismo), o las neoplásicas, los accidentes, las enfermedades mentales y las enfermedades cardiovasculares por ejemplo, pero se sigue reforzando como fin primordial la identificación de los problemas de salud, el diseño e implementación de medidas preventivas que se asignarán a cualquier etapa de la evolución de la enfermedad y a cualquier tipo de población.

Es monocausal en la medida en que se ha visualizado a la adolescencia como una etapa de riesgo y eso la convierte en un potencial problema de salud cuyos efectos serán: los embarazos, las infecciones sexuales, las adicciones, los accidentes y los suicidios principalmente.

Modelo de múltiples causas / múltiples efectos surgido en los años 80, considerarlo un modelo de atención complejo que hace alusión al concepto de salud holística, pues sostiene que son diferentes las causas que producen los problemas de salud y por ello también son diversos efectos que tienen sobre el individuo, por ejemplo tener relaciones sexuales sin protección, hábitos de fumar o consumir drogas, pueden producir enfermedades del pulmón y otras patologías respiratorias, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, suicidios, accidentes, etc. Sin embargo, aún asumiéndolo como un modelo complejo, este no contempla al joven como persona, tampoco las necesidades que este tiene en el presente para su proyección futura, porque solamente se le visualiza como el enfermo, o el problemático, o el delincuente y no se busca la construcción que ha tenido para conducirse de esta forma; este es un modelo rígido el modelo no permite que el profesional se deshaga de su formación para ir a su emoción, tampoco abre el panorama del médico

hacia el acercamiento con los jóvenes para conocer sus sentimientos, sus pensamientos, sus deseos y compartirlos con ellos, tal vez ir a ese espacio libraría en un primer momento al joven de sus problemas y le permitiría tener una mayor adherencia al tratamiento para encontrar su sentido y las opciones constructivas y creativas que esta buscado.

Es un modelo netamente epidemiológico, pues recupera a la epidemiología cuyo significado "es el tratado o estudio (logos) de lo que sucede sobre (epi) la población (demos), de aquí parten los epidemiólogos para comenzar a examinar los patrones de enfermedades en grupos de personas, labor que les corresponde como ciencia médica encargada de la investigación del conglomerado humano y no del individuo. Esto nos indica que no hay preocupación por la vida ni por los cuerpos de los jóvenes, más bien los programas de atención a su salud han obedecido a políticas públicas interesadas en identificar el dato y a partir de campañas de orientación construir una intervención que pretende homogeneizarse a partir de culturas y necesidades ajenas a la mexicana, emergidas de un contexto de cultura global respecto a la salud actualmente, su premisa es el control de la natalidad y la rehabilitación únicamente, sobre todo en el caso de los recientes programas de Salud sexual y reproductiva dictados de la OMS/OPS y acogidos por México, que tienen como componentes la salud perinatal y la salud de la mujer, la planificación familiar y atención a las adicciones, temáticas centrales de tales programas.

Es un modelo represivo o de control y contención de la sexualidad pues la educación, orientación e intervención en este sentido se hace mediante numerosas campañas de control de la natalidad y uso de métodos anticonceptivos en la que se promueven medidas como la obstrucción tubaría o aplicación de dispositivos intrauterinos (DIU) en cuerpos que tendrán una larga vida sexual pero a los cuales es necesario contener o en su defecto controlar su

natalidad. Respecto a la orientación sexual, los programas se dirigen a la educación de la mujer para su buen desempeño sexual y a los varones para conducir la práctica con sus esposas, que ha sido el mismo objetivo desde el siglo XIX.

Desde el punto de vista de los servicios de salud lo prioritario es prevenir embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual, que según las estadísticas son los principales riesgos de salud de los jóvenes. Cabe mencionar que en este campo tampoco ha sido efectivo el trabajo realizado por los servicios médicos pues las estadísticas indican que las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes son los abortos y embarazos inadecuadamente tratados, seguido de las infecciones de transmisión sexual, lo cual nos remite a la ausencia de servicios para la atención de estas necesidades pero también a los efectos que una sexualidad reprimida, controlada y/o culposa tiene cuando es vivida como prohibida sin percatarse de los verdaderos riesgos que implica la práctica de la sexualidad, el cuidado del cuerpo y la expresión de las emociones cuando es tratada de forma preventiva.

Está ausente el concepto de vida y cuerpo adolescente, aunque los propósitos de la medicina sean alcanzar la salud y mantenerla como una lucha permanente por mantener la vida y resarcir necesidades relacionadas con la naturaleza física, mental y social del ser humano, en el caso de los adolescentes y jóvenes no ha cumplido su cometido, pues no ha dado respuesta a los requerimientos que se tienen en cuanto a la atención de padecimientos, a la infraestructura para esa atención, ni a la implementación de programas que les permitan acceder a los conocimientos y prácticas saludables en su vida, ante las opciones de competencia y estilos de vida fácil y cómoda que se les ofrecen los cuales están generando aislamiento, vida sedentaria, obesidad y otros trastornos de la alimentación.

La salud condicionada por causas específicas y múltiples que conllevan a la enfermedad, que tiene que ver con el hincapié que se hace en atender a la salud; no ha logrado que los grupos de jóvenes se vean reflejados en los programas de salud y en la prospectiva de los gobiernos ni siquiera la medicina social con su carácter de ciencia socio-ecológica con la encomienda de estudiar y examinar las condiciones y fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos y establecer las causas, los mecanismos y los procedimientos tendientes a fomentar y ascender el estado de salud del hombre. Es importante destacar que en el discurso de las instituciones de salud y políticas parecen estar presentes los jóvenes, pero en las prácticas médicas no aparecen.

Este modelo es el más usado en las prácticas de salud, que al interior de la disciplina epidemiológica también se considera evolutivo, porque el propio modelo se ha transformado a un concepto ecosocial que retoma la interacción del agente causal, huésped y ambiente para la explicación y atención a la salud de los jóvenes, el cual centra su interés en el estudio y comprensión de las causas externas que provocan la pérdida de la salud (la enfermedad o la lesión) o la mejora de la salud (estado de bienestar físico, psíquico y social), es decir, considera que estas causas conocidas en sus distintos niveles condicionan y modelan la biología y la genética para que el cuerpo responda mejor o peor a sus agresiones.

Para finalizar, es importante hacer notar como en el discurso la medicina tiene propósitos inclusivos por lo menos en cuanto a la identificación de la enfermedad, aunque en referencia a la intervención regresa a centrar su actuación sólo en los síntomas, sus causas y sus efectos, por lo mismo no es un modelo efectivo para atender a la salud de los jóvenes existen muchos ejemplos de problemas de salud que no han sido resueltos debido al modelo

de acción establecido (de curación o remediación) el ejemplo concreto es la aparición de padecimientos crónicos en los jóvenes, los accidentes, la violencia, etc., pues debe irse más allá, que se requiere entender el origen de los padecimientos, ir a la atención de los procesos previniendo, promoviendo o atendiendo a los cuerpos para lograr su estado de equilibrio y de salud.

Por otra parte, habría que preguntarse ¿en qué medida el modelo médico puede lograr cubrir las necesidades de salud de los jóvenes? si este retoma al modelo epidemiológico para dar cobertura a los servicios y al análisis de políticas sanitarias, por considerarlo idóneo para elevar el nivel de vida de los ciudadanos, su medio ambiente y la biología humana. Sigue contemplando sólo aspectos como la atención medica con base en las causas de la enfermedad asumiéndolas como ventajas para que el epidemiólogo pueda realizar un análisis de acuerdo a la situación; sus criterios son la observación y cuantificación de los fenómenos de salud - enfermedad para determinar dicha causalidad a través la frecuencia de los padecimientos y su distribución, lo cual definirá líneas de acción apropiadas. Lo que ahora nos preguntamos es ¿en qué medida el “dato”, las causas y los efectos obtenidos en la observación de estándares y frecuencias pueden apersonar a un adolescente que requiere de valoración, aceptación, escucha o simplemente de atención?, pues si bien en el campo de la salud especialmente en la epidemiología el diagnostico, la aplicación del tratamiento, la prevención, el control de las enfermedades y la promoción de la salud son las tareas fundamentales para determinar las causas de las enfermedad y definir los métodos para modificarlas.

Lo cierto es que es un modelo cerrado, cuyas características difícilmente profundizará en los aspectos de la vida y mucho menos apoyará a los jóvenes para la formulación de un proyecto para está.

Modelo médico Psiquiátrico- de salud mental

El modelo médico en psicopatología o en salud mental como se le conoce a la especialidad dedicada a la atención de trastornos mentales ha centrado su ejercicio en relación a la constitución de equipos especializados de profesionales encabezados por el psiquiatra y el psicólogo como parte del equipo de salud, para ellos es muy importante realizar un diagnóstico diferencial.

Es un modelo científico, positivista que retoma al joven como un sujeto de investigación y análisis por su conducta y padecimientos, si bien se siguen retomando las funciones básicas de la medicina como: evaluación, diagnóstico, intervención es la investigación en la salud mental la que ha cobrado mayor sentido sobre todo en el IMP. Se sigue manteniendo un mismo patrón de deshumanización en el trato a los pacientes o sujetos de investigación, en donde lo importante es destacar una condición de vida sin atender a las necesidades de su situación, pues como se ha dicho, la cobertura de atención es limitada, los índices de crecimiento en los padecimientos no se han detenido, la poca efectividad en los tratamientos es evidente y la utilización de los hallazgos de la investigación ha sido sólo el origen de nuevas investigaciones del mismo corte pero que no han repercutido en la calidad de los servicios. En cuanto a la condición de los adolescentes y jóvenes apenas ha contribuido a develar su existencia y construir un programa de salud que aún no provee de

resultados pues su introducción en el Programa Nacional de Salud data del año 2000, aunque se puede augurar resultados similares a los presentados pues parte de los mismos modelos de salud y de conceptos evolutivos y críticos de joven.

En el análisis y tratamiento de los jóvenes con su método epidemiológico positivista se busca simplemente la identificación de variables que causan un padecimiento; con el modelo epidemiológico asumido, los usuarios se reducen a un número, a un dato, lo que significa que el individuo o el grupo no son un problema para la medicina, pues su método científico está encargado de observar los fenómenos, elaborar hipótesis, estudios experimentales y demostrar que las poblacionales de jóvenes u otras si tienen presencia en ese dato, sin importar la manera en que se descubre o construye un padecimiento. Este tratamiento de la información es la negación más clara de la persona, de sus sentimientos, pensamientos o emociones, porque lo que se busca son sólo parámetros para determinar la importancia de una patología en relación a sus causas (frecuencia de casos) y la posibilidad de determinar una causa para tales casos, lo que se quiere es demostrar que existe relación entre dos o más variables (agentes de enfermedad – como bacteria o virus -, el individuo, y el ambiente social y físico); o mostrar cómo se distribuyen los padecimientos en un contexto social, los estilos de vida que se relacionan con la ocurrencia de enfermedades, etc. Aquí lo importante es determinar los tres elementos del modelo: agente, huésped y ambiente.

La clasificación de los padecimientos mediante sistemas como el CIE y DSM, sirven para sustentar al modelo dentro de la clínica y en ella a las formas de atención pues la psiquiatría ha implementado mejor que cualquier disciplina toda una industria farmacológica para la atención a los padecimientos de salud mental.

Modelo de corte biologicista que inicialmente dirige su actividad a identificar factores biológicos como causales de la enfermedad mental, por ejemplo: niveles de alguna sustancia en la sangre, alteraciones cromosómicas o genéticas, imágenes o lesiones en el cerebro, entre otras. Las necesidades de atención se dirigen a asuntos neurofisiológicos, neurobioquímica, neuroendocrinología y farmacología, desordenes afectivos (estudios hormonales) -depresión bajo rasgos clínicos e indicadores biológicos. En jóvenes y adolescentes adicciones, suicidio, problemas de aprendizaje y conducta principalmente; en todos estos casos la medicina considera que el individuo no está incapacitado para permanecer en su hogar a menos que el padecimiento altere el orden establecido en la familia, la escuela o la sociedad, lo que si requiere de reclusión.

Es un modelo *epidemiológico y bioestadístico* Es un modelo clasificatorio porque el principal recurso de diagnóstico es la clasificación de los trastornos, en esta área más que en otras para la delimitación del diagnóstico psiquiátrico y de salud mental se destacan criterios diagnósticos estandarizados, con diseños que limitan la exploración temporal de los trastornos y factores de riesgo, las patologías son estudiadas en un contexto comparativo y sistemático bajo un esquema global, clasificatorio a partir del (CIE-10) Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud y el Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV)²⁴⁷, el ejemplo claro

²⁴⁷ (CIE-10), Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, es una lista de códigos publicada por la Organización Mundial de la Salud. Clasificación central en la *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS* (en inglés, WHO-FIC). Es un sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación, presentación y seguimiento de estadísticas que provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños o enfermedad. Se encuentra bajo revisión permanente, actualmente está en uso la décima edición (CIE-10), desarrollada en 1992. Incluye categorías de grupos de enfermedades similares.

del trabajo de IMP son los amplios reportes de investigaciones sociomédicas, con diferentes metodologías, en varios tipos de poblaciones y distintos lugares del país que recuperan la evaluación estandarizada con estos sistemas clasificatorios, mismos que abarcan los campos de prevalencia y patrones de consumo de la fármaco dependencia, alcoholismo, problemas psiquiátricos relacionados, suicidio, prevalencia de trastornos mentales en la población general y enfermos hospitalizados, consecuencias en las familias y en la comunidad sus raíces y repercusiones familiares y sociales, entre otros. O la Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica que responde a una iniciativa lanzada por la OMS en el año 2000²⁴⁸ que investiga la prevalencia de trastornos a partir de criterios diagnósticos definidos, que se ha venido realizando desde 1990 hasta la actualidad. Pero quizá la consolidación de este modelo médico es la constante utilización de pruebas psicológicas e investigaciones basadas en la aplicación de pruebas estandarizadas que es la base de su producción tanto a nivel de evaluación, intervención e investigación en distintos padecimientos como: depresión, adicciones, ideación suicida y suicidio, estrés, conductas alimentarias, trastornos emocionales y conductuales, entre otros. Una forma más de enfocarse a la búsqueda del dato mediante es la aplicación de encuestas periódicas en centros educativos de todos los niveles en este caso los analizados son: secundarias, bachillerato y superior, este tipo de trabajo cobra sentido, pues el modelo médico vigente se apoya en la epidemiología para dar cuenta de la situación de salud, vemos entonces reflejada la búsqueda de información que

(DSM-IV), Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales, del inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA). Es el principal sistema diagnóstico para desórdenes psiquiátricos y psicológicos dentro de los Estados Unidos, usado como adjunto a otros sistemas de diagnóstico en muchos países. Desde 1990, la APA y la OMS han trabajado conjuntamente para aunar criterios y hacer concordar el DSM con ciertas secciones de la CIE; sin embargo, todavía existen algunas diferencias.

²⁴⁸Jiménez Tapia José Alberto, Bojórquez Chapela Letza, Blas García Claudia, Landa Velasco Virginia, Caraveo Anduaga Jorge, Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: último 30 años. *Salud mental*, Vol. 28, No. 3, junio 2005, P. 69-76.

muestra las condiciones de causa y efecto, pues en la información mostrada con mucha regularidad se observa esa linealidad.

En este modelo, la acción epidemiológica es básica en el cual se analiza la relación del hombre con su ambiente natural, específicamente con los factores físicos, químicos y biológicos, que intervienen en su vida, aquí se recuperan los tres factores del modelo: el agente (factor o factores causales), el huésped (individuo afectado) y el ambiente, con el fin de identificar las causas de la enfermedad

Modelo de reclusión surge como un servicio caritativo para dar asistencia a enfermos adultos que están privados de sus “facultades mentales”, de los que requieren un tratamiento aislados de la sociedad, de ahí que aparezcan instituciones de reclusión que dan asilo a los “locos, deficientes mentales e incapacitados de la razón”, siendo el origen de estas instituciones los manicomios, que inicialmente se plantean como centros humanitarios promovidos por Bernardino Álvarez, de donde se originan otros servicios sobre todo de consulta externa como Instituto Mexicano de Psiquiatría; en todos estos centros la prioridad es atender a la población que no puede integrarse a la sociedad por lo que hay que segregarlos u ocultarlos de las personas “normales”. En este contexto la atención a niños y adolescentes es menos aislante solo en casos extremos se llega la reclusión.

Modelo estigmatizante pues la población que requiere de atención psiquiátrica es duramente criticada y señalada, se les visualiza como la escoria de la sociedad, sujetos incapaces de controlar sus actos y su conducta; Con este estigma, la poca demanda de atención obedece a la vergüenza- por el lado del paciente y la ineptitud por parte de los servicios de salud, se considera a los usuarios como individuos de ínfima calidad a los que la atención se les otorga como una caridad y son considerados como una carga social, sobre todo los que se encuentran reclusos en los centros de atención mental. Son personas que no

saben, no piensan, no sienten, y en alguna etapa de nuestra historia se decía que tampoco tenían alma; eran concebidos en el rango de animales. Para ellos no existen esperanzas de vida, cuando se reflexiona sobre su vida, se hace alusión a su sobrevivencia en un medio de abandono tanto en lo emocional como en lo físico, que solamente medicados pueden mantenerse vivos, aquí se recurre a las cuestiones éticas de los modelos médicos como la compasión; los tratamientos se dirigen principalmente a aspectos neurofisiológicos, neurobioquímicos, farmacológicos, aún en caso de desorden afectivo, problemas conductuales, esquizofrenia, depresión y manía se prescribe este tratamiento. En casos de niños y jóvenes, la solicitud de atención es muy baja por considerarlos vergonzosos o degradantes, se resisten a continuar siendo negados o agredidos con sus formas de evaluación y tratamientos.

Modelo evolutivo, igual que los anteriores considera que las patologías de los jóvenes son condiciones temporales y de edad por el crecimiento, madurez y evolución, es decir, cuando sean individuos completos podrán ajustarse a los requerimientos, valores sociales y laborales que la sociedad establece, se espera que entonces también hayan superado la clasificación de desorden mental; plantea que esta evolución junto con los tratamientos prescritos llevaran a los jóvenes a su integración a la sociedad, aunque lo cierto es que estos grupos de población son frecuentemente remitidos al rebelarse contra las normas institucionales o asumir actitudes nihilistas ante las condiciones de vida prevaecientes en su contexto, lo cual no terminara con la edad sino con las propuestas sociales que se les ofrezcan.

El modelo evolutivo se refleja también en la forma de proporcionar los servicios de atención mental según las etapas del desarrollo incluyendo a los preadolescentes y adolescentes como un grupo de atención e investigación, para los que se priorizan

condiciones terapéuticas, de diagnóstico y tratamiento como: orientación a padres, educación para la salud mental, encuestas con maestros y padres para dar proyección social y comunitaria, tratamiento de grupo multidisciplinario, se denomina de atención integral por incluir a la familia. Aun con toda esta gama de servicios y las denominaciones que se hayan dado a los mismos, lo cierto es que los resultados han sido ineficaces, debido a que no se ha abandonado un tipo de formación y atención médica dirigida a la curación del síntoma, en donde prevalece la insensibilidad emocional en el personal de salud pues como algunos autores lo señalan “la medicina es una disciplina inhumana, que sigue olvidando a la persona y sólo ve al paciente enfermo”. Insistimos en que existe un conocimiento limitado de los jóvenes y sus patologías de salud mental, aunado a la falta de interés por la problemática de estos grupos de población en el que el concepto vigente es de inutilidad, incapacidad y de poco valor hasta que lleguen a una edad adulta, en donde puedan responsabilizarse y cumplir con los encargos que se les asignan a nivel social.

Modelo fragmentario, el concepto y valor sobre la vida sigue permeado de una condición fragmentada y devaluada del cuerpo, pues se atiende a los sujetos desde el síntoma y regularmente esta atención se dirige solo a lo cognitivo, es decir, a que adquieran habilidades para relacionarse con su medio, el concepto de “anormalidad” es el que da sustento a los tratamientos a padecimientos de tipo emocional o mental, concibe al sujeto como incapaz de valerse por sí mismo, y en su caso podrá llegar a ser normal en tanto puedan superar la enfermedad o disminución que les aqueja, pero lo importante aquí es preguntar ¿Cuáles serán las posibilidades que tiene un joven en una sociedad que desde siempre lo ha negado, que no tiene opciones para él y que lo descalifica desde su concepción? Qué tipo de vida puede construir en un cuerpo que no figura sino en la infancia o en la edad adulta, y cuando es visualizado en la etapa adolescente se configura

como víctima del riesgo de padecer..., o como peligro de hacer..., como posibilidad de consumir... etc.

En este modelo se quiere dar respuesta a la participación de un joven que se enfrenta a estigmas derivados del consumo de drogas o la necesidad educativa especial como se les ha denominado recientemente, se ubica al adolescente o joven como un individuo ajeno a su cuerpo cuya enfermedad (conducta) tiende a desaparecerlo o afectarlo, en el caso de las adicciones por ejemplo debido a las emociones que son contenidas ya sea contra sí o contra los que le rodean en particular la familia, es así que el joven se consume en emociones como en el enojo o la tristeza y por ello se dice que usa las drogas para castigarse y castigar a los que no puede confrontar abiertamente.

La fragmentación lleva a que los jóvenes se desvinculen de su cuerpo pues el consumo de drogas, los accidentes, la tendencia suicida o el suicidio indican que no hay una apropiación y participación en el cuerpo; con estas prácticas no se logra el equilibrio corporal, pero si se modifican los hábitos de relación, de afecto y de actividad, sobre todo cuando estás llevan implícitas una lesión orgánica o emocional producto del vacío en el que viven los enfermos, en el abandono de que son objeto por parte de las instituciones como: la familia, la escuela y las de salud quienes muestran al joven como el problema, al cual se le atiende desde la cognición con el objetivo de integración a la vida social, familiar, laboral, escolar o a los espacios en donde se desenvuelva, los tratamientos por lo regular no se dirigen a la persona, a su crecimiento espiritual, al abandono de los deseos o a la proyección de su futuro, sólo a esa fracción que desde la salud mental requiere consulta sea la conducta, el aprendizaje, la adicción, el trastorno alimentario, etc.

Esta tipo de trato a la salud está llevando al joven a la agudización de sus padecimientos, a contraer enfermedades que antes eran consideradas del adulto, lo cual es un indicativo de

que la sociedad y el propio individuo están cayendo en una etapa de decadencia derivada de las formas de cuidado y atención que no han sido capaces de dar respuesta a sus necesidades, por el contrario se han encargado de señalarlos y estigmatizarlos como una forma de mantener el control social sobre su vida y sus cuerpos, negando su subjetividad, la energía que tienen por naturaleza, su creatividad y fomentando su inconformidad. Por otro lado, los estilos de vida y condiciones socioculturales, económicas, familiares pueden estar deteniendo su crecimiento personal al mantener patrones de vida estáticos en los que los jóvenes se sumergen al adoptarlos como naturales y únicos pues es la realidad en que se desarrollan, la que conocen y en la que ya se encuentran adaptados.

En general, puede apreciarse que la realidad de los sistemas de salud respecto a los jóvenes es la poca preocupación por promover estilos distintos de atención que lleven a nuevos sistemas de vida, sólo se mantienen en lo instituido, sin importar que los trastornos de salud de los jóvenes hayan entrado en crisis y que no se haya podido disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad, quizá la opción para los servicios de salud sea reconceptualizar al joven, concebirlo como un individuo productivo, creativo y autosuficiente que puede tomar el curso de su vida, porque existe, es real, come, duerme, protesta, se divierte y puede ser responsable e independiente en la medida en que acceda a opciones de trabajo personal y de vida distintas, volviendo a su cuerpo y construir en él las posibilidades de las que hasta ahora ha carecido.

Desde esta perspectiva reiteramos que es necesaria la reconceptualización del proceso salud- enfermedad, del concepto de adolescente y joven, buscar otros modelos que integren a la persona y la reconozcan con las potencialidades para hacer nuevas construcciones en su cuerpo y en su vida porque este modelo médico vigente con sus niveles de prevención y

atención primaria, secundaria y terciaria, no ha prevenido o curado del todo en ninguno de sus niveles, más bien el incremento de la mayoría de los padecimientos ha sido constante, sobre todo las que atañen a esta especialidad en grupos infantiles y juveniles como son: los padecimientos crónicos, degenerativos, el cáncer, las adicciones, los suicidios y los trastornos de la alimentación entre otros.

Tercera parte

La construcción de un proceso pedagógico en el cuerpo de los jóvenes

Fundamentos para una propuesta de trabajo.

En la enseñanza-aprendizaje la curiosidad y la razón forman un binomio, son los primeros asideros que el educador ha de reconocer a fin de que el cuerpo se abra a un proceso distinto de aprender, en donde la ingenuidad, la creatividad y la reflexión sean parte de los mismos acontecimientos objeto de aprendizaje, como los aciertos y los errores; de tal forma que lo aprendido pueda apoyar el reaprendizaje aún sin estarse enseñando. El proceso de aprendizaje entonces, no es sólo cognitivo, más bien en él intervienen las emociones, las experiencias, los deseos y las mismas necesidades objeto de conocimiento; se convierte en un proceso afectivo en donde es importante lo qué se aprende, cómo se aprende y para qué se aprende, por eso es necesario dejar de ver el *enseñar* como un simple proceso de transferencia de conocimientos del educador al aprendiz, en donde la memorización mecánica es la didáctica útil para aprender, porque enseñar y aprender van más allá de leer, escribir o calcular, hay que comprenderlo como una interminable cadena de ver, sentir, oír, gustar, tocar y pensar, en donde el tiempo y el espacio geográfico tienen un papel destacado, porque lo cierto es que el conocimiento de hoy permite o facilita el aprendizaje de mañana y el contacto con otros saberes.

La educación en general como la educación para la salud, deben ser enseñanzas para la vida, a partir de las cuales la primera se vincula con la instrucción, la convivencia y la implementación de valores, en tanto que la segunda se encamina directamente a la atención, cuidado y preservación de esos valores, uno de ellos la *salud*. Entendida esta como

“proceso de cambio, es decir, una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos”²⁴⁹, en donde el estar bien, como el prevenir la enfermedad son igualmente importantes, antes que intervenir quirúrgicamente o rehabilitar. Todo ello forma parte de una práctica en la que la autorresponsabilidad y autoatención se conjugan para mantener el equilibrio en el cuerpo.

Insistimos en que vivir en este momento requiere de una posibilidad distinta de aprender, es decir, de apropiarse de su forma de sentir, de alimentarse, de relacionarse con su entorno y de morir, en donde las oportunidades que existen para lograrlo son limitadas, pues no se han considerado opciones de construcción como la que aquí se ofrece para hacer un cambio en los estilos de vivir, de alimentarse, de respirar o de relacionarse con el cuerpo, para construir en él cosas diferentes a las instituidas hasta ahora, es por eso que se ha integrado un trabajo que pretende apoyar nuevas formas de autoconcebirse, de construirse y de convivir con las que se quiere promover un concepto distinto de cuerpo, de educación, de salud, los cuales sean mediados por el amor por uno mismo, el amor por los otros, por el universo y por la vida.

A continuación se hace referencia a los conceptos de vida, cuerpo joven, salud, a las relaciones de la vida con el aire y su proceso de respiración, con la vida emocional, con el cuerpo y la alimentación, así como el trabajo corporal que conforman nuestro paradigma, comenzamos con la explicación del concepto de la vida.

La vida

²⁴⁹ Álvarez Alva Rafael, *Educación para la salud*: en Antología educación para la salud, Fes. Iztacala, Unam, México, 2008.

Hablar de la vida, es hablar de ti porque la vida eres tú, la vida tiene el principio de supervivencia y se expresa en todos los actos de una persona; cuidar la vida es atender al principio básico interior del cuerpo, que se mueve, se armoniza cuando lo que está adentro fluye; el cuerpo es ese espacio de vida en donde uno construye y siente. Una vida saludable implica el contacto corporal y con la naturaleza en una estrecha relación de cooperación y retroalimentación, lo que ha dado en llamarse la relación microcosmos (individuo)-macrocosmos (universo), tal vínculo nos remite a buscar una vida que regrese a lo natural comenzando con una adecuada forma de respiración, un contacto armonioso con los órganos y las emociones, una alimentación consistente en vegetales, frutas y demás productos de la tierra, así como una práctica de actividad corporal que permita el movimiento interior en los órganos del cuerpo y ayude a protegerlos de los embates externos como el estrés y la vida ajetreada, competitiva y sin sentido espiritual. Porque no debemos olvidar que el eje central de cualquier programa de salud tiene como imperativo ponderar el valor de la vida, que desde esta postura es entendido como un proceso que ocurre sin la voluntad del individuo, que se desarrolla y se construye con las vivencias que a diario ocurren en un espacio geográfico y tiempo determinados; que en todas partes consume lo durable, lo desgasta, lo hace desaparecer, hasta que finalmente la materia muerta resultado de pequeños, singulares y cíclicos procesos de la vida retorna al total y gigantesco círculo de la propia naturaleza, en el que no existe comienzo ni fin y donde todas las cosas naturales giran en inmutable e inmortal repetición. En este sentido, el nacimiento y la muerte de los seres humanos no son simples casos naturales, sino que se relacionan con un mundo en el que los individuos, entidades únicas, no intercambiables e irrepetibles, aparecen y parten. La vida humana en la medida en que construye el mundo, se encuentra en constante proceso de transformación, y el grado de mundanidad de las cosas

producidas depende de su mayor o menor permanencia en el propio mundo; las cosas menos duraderas son las necesarias para el proceso de la vida²⁵⁰.

Otro de los principios importantes es considerar la existencia del yin y el yang, los poderes que hacen posible la realidad física. Sin esos contrarios, en las formas de tiempo y espacio, luz y oscuridad, masculino y femenino, dimensiones (cerca lejos, arriba abajo, izquierda derecha) nada sería posible en el mundo físico. Para comprender sus naturalezas, se explica que en el cielo están el sol, la luna, las estrellas y los planetas, y que todos enviaban una lluvia de energía sobre la tierra en forma de luz solar, rayos cósmicos y fuerzas gravitatorias. Del cielo también emanaban otras fuerzas: el viento, el tiempo atmosférico, las estaciones y los climas. Estas fuerzas provenían de arriba y seguían un camino descendente hacia la tierra; se las llamo yang. En general, la fuerza yang hace que las cosas se contraigan o se acerquen a la tierra. La gravedad, por ejemplo es yang.

Se descubrió que la tierra, por su parte, tenía una naturaleza totalmente diferente. Gira sobre su eje, haciendo que la energía vuele hacia fuera y hacia arriba, hacia el cielo. A esta fuerza se le llamo yin. Tenía una influencia expansiva. Las cosas que crecen hacia arriba, como los árboles y muchas plantas son yin.

El yin y el yang tienen otras características. Las cosas yin son más pasivas, más ligeras, porosas y húmedas, mientras que las cosas yang son más activas, más pesadas, densas y secas. La noche es menos activa y está menos cargada de energía que el día; es la parte más yin del día. El sexo femenino es el más yin. El cielo, como creador de todas las cosas, es el elemento más activo o más yang, mientras que la tierra, la receptora del cielo, es el

²⁵⁰ Arendt Hannah, *La condición humana*. Paidós Surcos 15, España, 2005, p. 118-119 (358 p)

elemento más pasivo, más yin. Todas las cosas poseen en si yin y yang. Todo el cuerpo humano funciona gracias al yin y el yang. El corazón, por ejemplo, bombea sangre en virtud de su capacidad para contraerse (yang) y expandirse (yin); los pulmones respiran aire en virtud de su capacidad de contraerse y expandirse; los músculos funcionan mediante la expansión y la contracción. El yin y yang están por todo el cuerpo humano, así como en todas las actividades que realizamos durante el día y la noche.

Lo anterior es importante, pues permite comprender al cuerpo como una totalidad, un sistema integrado. Este sistema está continuamente influido por el yin y el yang, una vez dominado por uno, después por el otro. Si se entienden los desequilibrios peculiares se entenderá más profundamente a los cuerpos y se aprenderá a tomar las medidas necesarias para recuperar el equilibrio y armonía de la vida.

El cuerpo joven

Concurrimos al concepto de cuerpo en la adolescencia y juventud con el paradigma cuerpo como un microcosmos, que es un espacio con vida, que puede construirse y reconstruirse de acuerdo a un tiempo y espacio específicos, así la vida será esa energía que posee en cada una de sus células, de sus emociones, de los órganos, de los elementos que contiene su cuerpo, de su espíritu, de su intuición y que puede cultivar diariamente mediante la práctica de hábitos saludables, de prácticas corporales, de sistemas de respiración y de alimentación que contribuyan a la generación y regeneración del cuerpo como sistema autoregulator de la vida que posee. La educación planteada de esta manera implica un proceso interpersonal que vincula el cuerpo como un microcosmos inserto en un macrocosmos que es el universo,

pues el cuerpo humano es una analogía del universo en su composición, ambos están integrados por cinco elementos que son: madera, fuego, tierra, metal y agua; estos en el cuerpo además tienen vinculación con los órganos, con las emociones, con colores, sabores, estaciones del año, funciones, etc., según las teorías orientales.

Atendiendo a estas vinculaciones se hace necesario un trabajo para recobrar la relación del joven con su cuerpo y con lo que le rodea, entendiendo que la naturaleza y el planeta son parte de su constitución y hay que aprender a cultivarlos, mantenerlos y conservarlos con un sentido de cooperación, como un patrimonio que es renovable pero que actualmente se extingue poco a poco, con lo que se generan condiciones de vida y de salud riesgosas para las generaciones jóvenes y se limitan las posibilidades de sobrevivencia para los no nacidos, porque las relaciones entre el cuerpo y el universo son bidireccionales, lo que daña al cuerpo también daña al universo y hace que se pierda el equilibrio y armonía en ambos, se altera la relación órgano-emoción al interior del cuerpo y se provoca la aparición de padecimientos psicosomáticos, crónicos y degenerativos.

Las estadísticas señalan que los adolescentes y jóvenes entre los 10 y 20 años, se encuentran insertos en un contexto cuya construcción social ha sido delimitada por una cultura, estilos de vida para el consumo como son: formas de vestir, de divertirse, tipos de música, actitud ante el trabajo y el estudio, formas de alimentación, etc., que surgen a partir de la convivencia con amigos, de la familia, de la comunidad, de la televisión y otros medios cibernéticos a su alcance. Lo cual los hace vivir en un mundo ajeno a sus propias necesidades y potencialidades. De ahí que se proponga la construcción de otra forma de educar en salud, a partir de la cual los jóvenes puedan hacer contacto consigo mismos, para identificarse como personas completas e integradas, con un cuerpo que puede convertirse en ese espacio propio en el que la memoria corporal instituida pueda diluirse al instaurar

otros procesos de autocuidado, autoconfianza, valor personal y espiritual, además de establecer un vínculo con lo natural y desarrollar un sistema de vida armónica y equilibrada, con lo que les rodea que es el universo, a fin de conservar y preservar un mundo humano natural a los no nacidos.

La salud

Partimos de la premisa de que la perspectiva de la salud no debe limitarse a la higienización o a la toma de conciencia como una cualidad necesaria para crecer y progresar, de que es necesario ir más allá, entender que la salud es una manera de vivir, desarrollar habilidades, expresar posibilidades, tomar decisiones, reconocerse como personas para tomar la rienda de la propia vida y promover acciones individuales y colectivas saludables para que los otros también puedan incidir en su salud y se pueda proveer de condiciones favorables aún a los no nacidos. Considerar el concepto de persona capaz de descubrir sus necesidades, deseos y expectativas, en busca de satisfacción y trascendencia personal, con participación activa en una sociedad que tenga bienestar, nos remite a un concepto de salud holístico, en el cual todos los elementos que forman y participan en servicios sanitarios, tanto por parte del individuo como del entorno, se intercambien entremezclándose para llegar al equilibrio generador de salud²⁵¹, porque no hay que olvidar que la vida de la persona debe ser armónica, entendiéndose esto como un equilibrio interno y externo en donde lo natural y lo social conforman el tejido en el cual se vive, se ama, se extraña o se sufre; pues sentir y

²⁵¹ Belda Mercedes / Díez Sales, Ma. Teresa (Centro de salud de Petrer), *Educación para la Salud. Guía didáctica*, Coordinadoras: Ma. Carmen Davó Blanes/Encarna Gascón Pérez, Universidad de Alicante (p.7)

expresar conforman un estilo seguro y confiable para establecer relaciones amorosas, así como una forma de vivir independiente y autónoma²⁵².

Aquí la persona aparece como un ser humano dotado de voluntad, sentimientos e incertidumbres que le permiten no sólo su satisfacción sino recorrer el camino y trascender, es decir de cultivar su espíritu, que es una de las cualidades que lo definen como humano. Cabe retomar dos de las Cuatro Nobles Verdades que el Buda Sakiamuni expuso en su sistema de sanación: 3°. La Verdad del estado de Salud. Todos los seres humanos tenemos la capacidad de generar salud y vivir en ella, cultivando un estado de equilibrio, paz interior, aceptación total, el cual comienza reconociendo la enfermedad, descubriendo sus causas y buscando el equilibrio con la confianza de que este es posible. 4°. La Verdad del Tratamiento, el cual consiste en atacar las causas del desequilibrio y no solamente sus síntomas (ignorancia-error de la percepción).

Aceptar que la persona es un ser humano con un cuerpo que siente, piensa, defeca, actúa, desea, se conduce espiritual e intuitivamente, permite asumir que el cuerpo no es solo la maquina o envoltura, sino que es un complejo integrado en el cual hay procesos autoregulatorios para adaptarse a las condiciones de salud o enfermedad; visto así el cuerpo se convierte en el espacio de construcción personal y social en donde se vive sanamente o con padecimientos según los cuidados y atenciones que se prodigan desde el nacimiento hasta la muerte. Llegar a este punto, nos remite al concepto de memoria corporal²⁵³ mediante el cual el cuerpo hace presentes los eventos que han ocurrido en la vida de la

²⁵² Entendidas las relaciones amorosas como el cuidado y auto cuidado, a partir del cual se comparte con nuestro entorno la confianza, cooperación y el sentido de la vida.

²⁵³ La memoria corporal está constituida por todas las vivencias que tiene el cuerpo, las cuales deposita en sus células, en sus órganos, aparatos o sistemas, que se hacen presentes en cualquier momento de la vida manifestándose como emociones, actitudes, síntomas o padecimientos.

persona y que pueden contribuir a la construcción de un padecimiento, porque si bien, vivir, pensar, sentir o reproducirse es un acto personal, también es cierto que es un acto compartido con la familia, con los amigos o con la sociedad a través de las experiencias obtenidas en esos círculos sociales. Por eso entender que la forma de pensar, de querer o de odiar significa algo, que esa vivencia, conciencia, emoción u otros actos tienen un efecto en la vida de la persona obliga a considerar que hay otros elementos importantes, porque como dice Pascal “existe una vía de conocimiento no racional que conoce lo que la razón desconoce: la razón del corazón, es decir el espíritu de fineza opuesto al espíritu de geometría, plenamente racional. Así pues, esta forma de conocimiento no racional... es una vía emocional de conocimiento. “el corazón- dice Pascal- tiene sus razones que la razón no comprende... conocemos la verdad no solamente por la razón, sino también por el corazón...” (p.6)

La vida a partir de su relación con el aire.

Esa relación se conoce como el proceso de la respiración, que es el primer contacto que el cuerpo (microcosmos) tiene con el universo (macrocosmos) desde el nacimiento hasta la muerte, es una función que no para en el intercambio de gases entre el adentro y el afuera, en el que se apoyan todas las demás funciones del organismo, pues el oxígeno que entra a través de la inhalación es el que va a oxigenar a todas y cada una de las células del cuerpo. Es un proceso fisiológico en el que los organismos vivos toman oxígeno del medio circundante, mediante este proceso también las células liberan energía que procede de la combustión de moléculas de hidratos de carbono y grasas, y como resultado del proceso se producen dióxido de carbono y agua.

La respiración con sus dos movimientos implicados inhalación y exhalación, es un proceso complejo por medio del cual se respira el oxígeno y nitrógeno para mantenernos con vida, es el punto de enlace entre las energías macrocósmicas y microcósmicas que alimentan al cuerpo y al espíritu, es también el proceso de relación entre el cuerpo y el universo. Con la respiración conseguimos tres funciones indispensables para la vida que son: 1) intercambios de oxígeno y bióxido de carbono a través del aire que recogemos y luego expulsamos, 2) regular el PH de la sangre, y 3) hablar debido al aire que pasa por las cuerdas vocales; estas funciones son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para que desarrollen sus funciones las células, los órganos y los sistemas.

Los taoístas encontraron que uno de los secretos de la larga vida consistía en regular la respiración mediante la inhalación y exhalación armoniosos para que el Yin y Yang se relacionen en el principio de larga, saludable o apesadumbrada vida, argumentan que un soplo con empuje lo suficientemente fuerte y vigoroso podía permitir que el microcosmos reprodujera los movimientos del macrocosmos, pues percibieron que los 10 órganos (hígado, vesícula biliar, corazón, intestino delgado, bazo, estómago, páncreas, pulmón, intestino grueso, vejiga y riñón) pueden ser afinados y fortalecidos mediante delicados movimientos realizados con finos ejercicios que al hacer contacto con el oxígeno sustancia divina que rige los pulmones brinda vigor a cada célula del cuerpo. Por el contrario, si se recurre a la inhalación y exhalación por la boca se debilita el cuerpo exponiéndolo a agentes patógenos, ya que la nariz es un filtro principal para todo tipo de partículas.

A través de la respiración se obtiene energía que permite construir el cuerpo y abrir la memoria corporal y los meridianos, pues al aprender a sentir la entrada y la salida del aire

(oxigenación) se crea una respuesta del cuerpo a favor de la vida como principio autorregulador, esto es, se logra un movimiento en el cuerpo y con ello puede armonizarse el principio interno de la vida - *lo que vive fluye*, pues es un principio básico de contacto del hombre con el cielo, con la tierra y con el sol. Así la energía puede almacenarse y distribuirse en el cuerpo y desde ahí regularse mediante ejercicios de respiración con los cuales se establece un movimiento interno que transforma los movimientos externos instituidos por la cultura en el cuerpo para lograr hacer un movimiento propio, nuevo que constituye un aprendizaje y un cambio en la memoria del cuerpo. El poder de la respiración radica en cómo saber llevarla al cuerpo en los puntos específicos para lograr ese movimiento: llevar la energía al ombligo para desbloquear al cuerpo, es decir, sacar lo que ahí está guardado, también conducirla a las emociones (constricto de corazón), a la locución (boca), a la mente (frente); porque respirar adecuadamente da claridad en el pensamiento y el cuerpo, además de eliminar toxinas elimina la ansiedad, por lo tanto, el sujeto-espacio corporal puede construir un proceso personal, aprender con el cuerpo y permitir la vida en este.

La vida también se vincula con las emociones

El cuerpo es el espacio donde se construye y se siente-aprende, en la actualidad los seres humanos dirigimos nuestra vida por los deseos y los afectos a personas, cosas, valores materiales y eso conduce al sufrimiento que se instala en el cuerpo, se pierde la capacidad para vivir emociones variadas y continuas, nos instalamos en alguna y eso hace que se perturbe el equilibrio corporal, pues atendiendo a la teoría taoísta de los cinco elementos se diría que cuando una emoción domina en el cuerpo hay un exceso o acumulación de energía y eso facilita el debilitamiento de otras emociones por la pérdida o deficiencia de

esta misma energía, atendiendo a la relación que guardan con los órganos: hígado- vesícula biliar con la ira, corazón- intestino delgado con la alegría, bazo- estomago- páncreas con la angustia o ansiedad, pulmón- intestino grueso con la melancolía- tristeza, vejiga- riñón con temores, miedos, terrores.

La emoción es la expresión de una situación anterior que se manifiesta en el cuerpo, tiene una ruta que se expresa a través del padecimiento o el síntoma en este. Lo emocional tiene dos planos en el cuerpo: 1) los deseos, de donde nace el tener, y 2) la existencias de las emociones: ira, miedo, tristeza, angustia, alegría. Los deseos mueven la condición del cuerpo a través de la segregación de sustancias, micciones, constricciones, es decir hay una vinculación de la unidad cuerpo-emoción. El deseo se vincula con las células, tejidos, órganos, sistemas y produce cambios en estos, que cuando construyen sentimientos creados culturalmente originan resentimientos, reclamos o abandonos con los cuales pueden destruirse por ejemplo en los procesos cancerígenos; lo que significa que se construye un padecimiento de orden psicosomático al hacerse una relación órgano-emoción-cultura, porque como expuso el Buda Sakiamuni en su sistema de sanación a través de la primera y segunda de sus Cuatro Nobles Verdades: 1°. La Verdad del sufrimiento, dice que el dolor y el sufrimiento existencial constituyen los síntomas universales del estado de enfermedad o pérdida del equilibrio. 2°. La Verdad de la Causa, la causa profunda de toda enfermedad se encuentra por un lado, en los deseos: avidez, ansiedad, avaricia, ambición, apego, etc.; y, por otro, en los odios: animadversión, rechazo, agresividad, cólera, etc., ambas actitudes extremas originadas por la ignorancia que es la causa última de toda enfermedad y sufrimiento. Entendiendo por ignorancia la "ausencia de claridad mental", o sea tener una percepción errónea de la realidad, lo cual se hace más visible en la sociedad donde predomina el pensamiento y la fragmentación del todo, que concibe al cuerpo y al universo

como estáticos, negando la transitoriedad dinámica y cambiante, además de asumir una actitud egocéntrica que niega la interconexión del todo en donde todos necesitamos de todos y en cambio se da una división mental de la realidad en el yo y el otro lo cual genera ansiedad y esta origina una serie de padecimientos mentales, emocionales y corporales.

Esta relación órgano-emoción, es una relación en la que se ha perdido el equilibrio, ahora se establece una relación de dominio, siendo las emociones las que están teniendo poder sobre los órganos y con eso están produciendo padecimientos de orden psicosomático, pues los individuos están siendo dominados por sus deseos y como resultado se están construyendo sentimientos, actitudes y acciones que van en contra de una vida saludable, pues la ira, la tristeza, el miedo y la angustia están dominado al cuerpo y anulando la alegría de vivir. Lo cierto es que los resentimientos, la violencia, la melancolía o la frustración se están instalando en los órganos y los están debilitando de tal forma que ahora son ellos los que dirigen al cuerpo cuyas manifestaciones pueden ser quistes, abscesos o tumores, por ello, el cuerpo lucha por establecer nuevos sistemas de regulación para conservar la vida y protegerse del embate de las emociones enfrentando el reto de abrir nuevos códigos o respuestas.

Lo importante aquí es buscar respuestas contrarias a las anteriores, es decir, volver al cuerpo y con un trabajo corporal cultivar en el movimiento interno que permita deconstruir la memoria hasta ahora instalada para construir sin deseos, para que se permita articular nuevas formas de sentir, de vivir, de aprender, de alimentarse y de respirar a partir de que el individuo pueda reconocer las necesidades reales que tiene, las posibilidades que existen a su alrededor, de vivir sin apegos y sin deseos superfluos emanados de la familia, de la sociedad o de cualquier otra institución, esto significaría que ha sido capaz de reconciliarse con su origen y de sustraerse a las egolatrías o vanidades que se disputan frente de él, el

poder-saber que no tiene implicación social. Es decir, derrotar la superficialidad y modificar el sistema que puede matar al cuerpo ayudándolo a fortalecer la autorregulación de los códigos que se pueden abrir a fin de mantener y mejorar las condiciones de vida interior.

La vida a través de la alimentación

Con la alimentación se conserva la vida, sobre todo cuando se establece una relación con los sabores, porque las preferencias y el consumo continuo de alguno de estos tiene repercusiones en los órganos y la construcción de enfermedades alterando la armonía y equilibrio de la vida, pues se sabe que estos sabores tienen una relación directa con los órganos y con las emociones, así hígado- vesícula biliar con la ira y el sabor agrio; corazón- intestino delgado con la emoción alegría y el sabor amargo, bazo- estomago- páncreas con las emociones angustia y ansiedad, y el sabor dulce; pulmón- intestino grueso con emociones melancolía- tristeza y el sabor picante; vejiga- riñón con temores, miedos, terrores y lo salado. Por lo tanto, establecer un estilo de vida saludable implica atender a la variedad en los sabores y los alimentos, porque la alimentación además implica cuidar la obtención, preparación e ingestión de alimentos que al ser metabolizados, transformados y asimilados por el cuerpo constituyen su nutrición, de ahí que sea recomendable ingerir de manera regular un conjunto de alimentos que contengan cantidades adecuadas de proteínas, lípidos, glúcidos, vitaminas y minerales como parte de una dieta balanceada, además de ingerir una buena cantidad de agua que es vital para la digestión; en la variedad y la moderación del consumo de alimentos reside la posibilidad de mantener un cuerpo sano y en equilibrio que pueda realizar adecuadamente todas sus funciones, sobre todo considerando los estilos de vida actuales en los que se accede a una alimentación moderna,

urbana, que con frecuencia es desequilibrada, desestructurada, rica en carbohidratos, grasas y conservadores, que se combina con un estilo de vida cada vez más acelerado y sedentario.

Desde hace más de 2400 años ya se conocía la relación entre la alimentación y la salud, pues Hipócrates afirmaba que la alimentación era nuestra medida, investigaciones recientes indican que el descuido en el consumo de alimentos nutritivos y naturales está asociado al desarrollo de enfermedades como la diabetes, la osteoporosis, la obesidad, algún tipo de cáncer y la aterosclerosis, entre muchas otras. Si bien el consumo de una dieta inadecuada contribuye a ciertos padecimientos también la carencia de una sana alimentación puede llevar a enfermedades graves por malnutrición como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia, bulimia, vigorexia, y otros problemas psicológicos de los que vienen acompañados, debidos a la excesiva preocupación por cuidar el peso por lo que se sacrifica la comida, esto es el resultado de un fenómeno social de estereotipación que con frecuencia empieza al interior de la familia y converge con la cultura a partir de la información y costumbres que los hijos aprenden de los padres, pueden ser debidos también a la desintegración familiar, a la escasa comunicación entre los familiares, a la dificultad para realizar una alimentación saludable, a que la hora de la comida ya no se considera el espacio íntimo y medio para el encuentro y la comunicación entre allegados, a que ahora los alimentos adquieren la función de premio, castigo o consuelo; en todos estos casos se ha dejado de considerar al alimento como la vida y sólo se usa para conservar la imagen corporal promovida por estándares sociales.

Para llegar a una adecuada nutrición es necesario regresar a la tierra que es nuestro origen y consumir alimentos naturales, provenientes de nuestro espacio geográfico y del tiempo natural a la cosecha, además de atender a lo que el cuerpo requiere, proporcionándose en

el entendido que de ahí obtendrá la energía suficiente para realizar sus funciones, activar su movimiento interno y cultivar una vida saludable con las proteínas, minerales, vitaminas, carbohidratos y grasas que contiene, pues cada una de estas sustancias tiene una función particular en el cuerpo y la combinación de ellas permite y facilita la función de las otras. Como se ha mencionado los sabores tienen relación con los elementos que conforman el cuerpo, por esto es necesario considerar una dieta que esté vinculada a estos, a continuación se hace una descripción de estos:

- 1) *Alimentos que favorecen y/o perjudican el funcionamiento del corazón e intestino delgado y del elemento fuego*, los muy condimentados son dañinos para el corazón y el intestino delgado, como también lo es un nivel muy elevado de colesterol en la sangre producido por el consumo excesivo de alimentos de origen animal. Si una persona tiene débiles el corazón y el intestino delgado deberá reducir o eliminar de su dieta la carne roja, los huevos y los productos lácteos los cuales aumentan el nivel de colesterol en la sangre e impiden que el corazón reciba la cantidad adecuada de sangre y de oxígeno. El corazón y el intestino delgado también se debilitan por el consumo excesivo de alimentos demasiado contractivos o muy refrescantes, como la sal.

Los alimentos que favorecen el elemento fuego son el maíz, las coles de Bruselas, las cebolletas, los cebollinos, las lentejas rojas, los fresones y las frambuesas. Los alimentos ligeramente amargos, como las hojas de diente de león, estimulan el funcionamiento del corazón e intestino delgado. Sólo son necesarias pequeñas cantidades de estos alimentos, sobre todo si se comen con regularidad (digamos semanalmente).

Se debe variar el surtido de alimentos fuego, depender de un solo grupo de alimentos lleva a graves desequilibrios, y finalmente a la enfermedad. Debemos acordarnos de comer estos alimentos en su temporada, pues es importante estar en armonía con el medio ambiente y con el clima.

El funcionamiento del corazón y el intestino delgado se estimula aún más con una actitud optimista ante la vida: la fe y la gratitud fomentan la alegría.

- 2) *Alimentos que favorecen y/o perjudican el funcionamiento del elemento tierra y sus órganos estómago bazo- páncreas*, los que dañan el estómago y el bazo son la azúcar refinada y los alimentos muy ácidos, las bebidas muy edulcoradas. A la inversa, los alimentos de sabor moderadamente dulce favorecen el funcionamiento del bazo. Las calabazas se encuentran entre los mejores estimulantes del bazo que hay en el reino vegetal, entre los cereales, el mijo. Las personas que tienen problemas de estómago o bazo deberían comer mucho mijo y calabaza.

Los minerales son muy importantes para un buen funcionamiento del elemento tierra, por su contenido todas las verduras se encuentran en esta categoría y su función es estimular el funcionamiento del estómago, bazo y páncreas. Particularmente benéficas son las hojas de col, que son ricas en minerales como el calcio. El elemento tierra se favorece aún más masticando bien y salivando porque la saliva suele ser muy alcalina y el estómago muy ácido; el alimento bien masticado, bien ensalivado entra en el estómago y neutraliza los ácidos gástricos creando armonía en el ambiente del estómago. Los alimentos picantes o ácidos poco

masticados acidifican mucho el estómago produciendo molestias estomacales y hasta pueden llegar con construirse úlceras.

- 3) *Alimentos que favorecen y/o perjudican el funcionamiento del elemento metal y sus órganos pulmones e intestino grueso*, los favorecen el elemento metal son principalmente el arroz integral, verduras como la col, la coliflor, el apio, el pepino, el berro, el nabo, el rábano y la cebolla. Según la medicina oriental, la raíz de jengibre, el ébano negro, el ajo y las hojas de mostaza son hierbas medicinales para los pulmones y el intestino grueso, también pequeñas cantidades de sabor picante contribuyen también a mejorar el funcionamiento de los pulmones e intestino grueso.

En general, la fibra ayuda a todo el tracto digestivo al aumentar el tiempo de tránsito y arrastrar hacia afuera los desechos viejos atascados en el organismo dado que contienen fibra; todos los cereales integrales y verduras estimulan y favorecen el funcionamiento del intestino grueso. Por el contrario, los alimentos de origen animal sobre todo la carne roja sobrecargan los intestinos y hacen más difícil la digestión ya que no se puede masticar totalmente en la boca y es evidente que no se puede desmenuzar en el tracto intestinal. La grasa, especialmente la de la carne roja, los huevos y quesos secos son la causa número uno del cáncer de colon. Las personas que tienen problemas de intestino grueso deberían evitar los alimentos de difícil digestión, sobre todo la carne.

Por otra parte, los pulmones son muy sensibles a los productos lácteos y al aceite. Las frituras, la leche, el yogur y otros alimentos grasos y oleosos obturan los

pequeñísimos alvéolos pulmonares impidiendo la plena oxigenación de los pulmones. Si se quiere sanar los pulmones, la dieta debe contener muy poco de aceite y grasa.

Los ejercicios aeróbicos, como caminar y montar bicicleta, favorecen a los pulmones y al intestino grueso.

- 4) *El Alimentos que favorecen y/o perjudican el funcionamiento del elemento aguay sus riñones y vejiga*, los alimentos que favorecen el funcionamiento de los riñones son las legumbres y la sal en pequeñas cantidades. Demasiada sal, debilita los riñones y eleva la presión arterial. Todas las legumbres contribuyen a tonificar y estimular el funcionamiento de los riñones, pero las judías están entre las mejores, así como la cebada y el trigo son los cereales favorables a estos órganos, también todas las algas mejoran el funcionamiento renal. Cuando los riñones están cansados se puede beber en infusión con raíz de jengibre o comer como verdura o aplicar en forma de compresa.
- 5) *Alimentos que favorecen y/o perjudican el funcionamiento del elemento madera: El hígado y la vesícula biliar*, el exceso de grasa y alcohol dañan al hígado y la vesícula biliar. Cuando una persona tiene cálculos biliares suele sentir un dolor punzante en la región baja del tórax. Con frecuencia se extirpa quirúrgicamente la vesícula, pero es posible librarse de los cálculos de forma natural disolviéndolos dentro de la vesícula mediante el cambio a una dieta que contenga menos grasa; esto reduce el colesterol en la vesícula haciendo la proporción colesterol/ácido más equilibrada a favor del ácido. Para conseguir esto la persona ha de ponerse bajo la orientación de un especialista en nutrición que sepa ajustar la dieta a un nivel más

bajo de colesterol en la sangre, lo suficiente para no perder elementos nutritivos importantes. Mientras en la dieta predominen los cereales integrales, gran variedad de verduras, legumbres algas y pescado, no debería haber problema para obtener todos los elementos nutritivos necesarios para una salud óptima.

Así se concluye, que al ser alimentación es un acto voluntario y la nutrición es un acto involuntario, se debe tener cuidado de la utilidad de lo que se ingiere así como de los riesgos al consumir cualquier tipo de alimento y especialmente su sabor, considerar que los seres humanos necesitan el consumo de alimentos variados, equilibrados y naturales, pues ninguno de los alimentos por si solo proporciona la cantidad de nutrientes necesarios para mantener la vida y la salud. Algo que no se debe olvidar es que el acto de consumir comida también es un acto emocional y de sobrevivencia de las células, pues actualmente se están muriendo éstas muy rápido debido a la inadecuada oxigenación y la deficiente alimentación por ello es muy recomendable atender al sabor y tipo de alimentos que benefician a cada órgano, pues se sabe que la madera y sus órganos hígado-vesícula biliar tienen relación con la ira; el fuego- corazón e intestino delgado con la alegría; la tierra- estomago, bazo- páncreas con el angustia-ansiedad; el metal- pulmones e intestino grueso con la melancolía, tristeza, depresión; y el agua-riñón-vejiga con el miedo, terror, pánico y no perder de vista que la relación órgano-emoción- alimentos cuando no es cuidada también lleva al deterioro de la vida, pues no se puede producir la energía (ki) necesaria para llevar a cabo las funciones vitales.

El trabajo corporal

La actividad física o trabajo corporal permite el crecimiento y desarrollo interior, es decir el espiritual, que los individuos puedan encontrarse a sí mismos, que encuentren su camino, logren llegar a sus metas, que vivan nuevas capacidades y conocimientos para elevar su autoestima y fortalecer el surgimiento de un nuevo hombre.

Existen muchas actividades que implican un trabajo directo para la integridad del espacio corporal como los ejercicios de Meditación, Bioenergética, Tai chi, Yoga, Qigong, entre otras, todas ellas en mayor o menor medida están encaminadas a incidir en lo espiritual, emocional, la salud y el flujo armonioso de la energía para lograr el equilibrio corporal y personal. Son prácticas milenarias en donde se combinan los procesos de respiración y alimentación como una forma de apoyar el adecuado flujo de la energía en el cuerpo, por sus características y beneficios algunos de los que se sugieren son:

- Los movimientos lentos y coordinados como los del Tai Chi Chuan, disciplina para el desarrollo de la integración cuerpo/mente y el equilibrio personal, conocido por la secuencia de movimientos que realizan sus practicantes, en estas secuencias se observa: unión de la conciencia y el movimiento corporal, lentitud, flexibilidad, circularidad, continuidad, suavidad y firmeza; características que transmiten un sentimiento de armonía y serenidad. Esta práctica se llama Tai Chi porque está basada en el yin y el yang, en lo lleno y lo vacío, cuyos movimientos siguen las leyes de la naturaleza y la alquimia china con lo cual se busca fortalecer: el espíritu, el movimiento y la quietud.

- La Yoga, que desarrolla una educación corporal en los aspectos tanto físicos como psíquicos, encaminados a lograr la paz interior después de la tonificación, relajación del cuerpo y aquietamiento de la mente. Para llegar a esto se requiere una práctica constante. Se logra además el equilibrio, descanso, capacidad de concentración, conocimiento de sí mismo y aprovechamiento del potencial personal al tiempo que puede convertirse en un camino hacia la realización personal y un conocimiento superior.
- La meditación, que ayuda a calmar la mente de los pensamientos, a hallar la felicidad, armonía, paz interior, que no haya nada externo que le afecte a uno. Ayuda a ver la vida con amor y ecuanimidad, sin sufrimiento, a desear lo mejor a los demás, ayudarles y beneficiarles, y si esto no se puede, por lo menos no dañarles, a sentir amor y compasión hacia a uno mismo y todos los seres del universo. Mediante esta práctica aprendemos a pensar de forma positiva, crear experiencias positivas y actuar con el corazón. Al practicar meditación se busca la sabiduría que no está en el pensamiento, sino en todo el cuerpo, en el sentimiento de amor hacia uno mismo y hacia los demás, para llegar a comprender esto se pasa por cuatro etapas en el camino espiritual: la duda, consciencia de la duda, consciencia de que se duda y en este momento, cuando uno es consciente de la duda y piensa que no sabe y es consciente de que duda, entonces está preparado para liberarse de la duda y con ello alcanzar la iluminación.

Mediante la meditación zen se logra disminuir o desaparecer el miedo, se reduce el apego individualista y el concepto de yo que es lo que causa el desequilibrio, enfermedad o sufrimiento, entendido como dolor físico y dolor existencial. Con la

postura corporal y la respiración de la práctica zazen se clarifica lo que somos, ayuda a despertar, se produce la integración de ambos hemisferios, con lo cual se experimenta un estado de equilibrio y bienestar interior y exterior, un estado "sano". Despertar (*satori, nirvana*) no es otra cosa que aprender a sentir con el cuerpo, aprender a sentar la mente y a HACER, cuando hagas algo, simplemente hazlo, este es el Zen de cada día.

- Qigong (Chi-King), es un método chino llamado también fuente de la juventud, que significa qi=energía, gong= trabajo, se trata de un conjunto de ejercicios internos, que cultivan los tres tesoros de la salud: chi (energía vital), jin (esencia) y shen (espíritu). Forma parte de la medicina tradicional china según la cual la enfermedad surge de un desequilibrio en el flujo de la energía vital en el hombre, combina suaves movimientos del cuerpo, concentración mental y respiración para aumentar la energía del hombre, estas técnicas son también un manantial inagotable de paz, salud, vitalidad y prevención de enfermedades.

La práctica de qigong ayudará a llevar una vida más sana y feliz a lo largo del día, pues permite tomar conciencia de: 1) evitar toda clase de tensiones físicas o emocionales en cualquier parte del cuerpo, 2) llevar una respiración profunda y lenta aún en los problemas o tensiones diarias, 3) centrar su mente y espíritu en todo lo que se está haciendo, vivir en el presente, 4) cultivar la serenidad y ecuanimidad²⁵⁴. Además estos ejercicios tienen también efecto sobre el aparato digestivo facilitando los movimientos gastrointestinales y la secreción de jugos gástricos, refuerza el sistema inmunológico, acelera el metabolismo al estimular la

²⁵⁴ www.luohan.com/html_castellano/qigong.html, 1 de enero 2009

secreción de las glándulas hormonales y ayuda en la regulación del peso y en la salud emocional.

- Con la Bioenergética, se realiza una práctica que apoya al cuerpo y sus procesos energéticos a través de la respiración, el metabolismo y la descarga de energía en el movimiento, en funciones que son básicas para la vida. Como método terapéutico se combina el trabajo del cuerpo y de la mente, así como el sistema energético los cuales actúan a nivel consciente e inconsciente en la persona para resolver los problemas emocionales que se han instalado mediante la rigidez o tensión crónica. Parte del principio de que la rigidez es debida a tensiones musculares que resultan de conflictos emocionales no resueltos, cuyas tensiones se instalan en los músculos restringiendo el juego y movimiento naturales y espontáneos limitando su autoexpresión.

Estas son algunas de las prácticas corporales que proponemos como parte del trabajo corporal que junto con la respiración y la alimentación permitirán llegar a una vida saludable que puede corregir los desequilibrios, bloqueos o estancamiento de la energía que circula en una célula, órgano o emoción del cuerpo, cuya rigidez o resistencia al ejercicio están obstruyendo el flujo o equilibrio de estos.

Lo que se quiere dejar claro, es que una práctica corporal, cualquiera que ella sea favorece el desarrollo integral del cuerpo, pues atiende al desarrollo y crecimiento espiritual que no se cultiva con otras formas de educación, y en este sentido partimos de la idea de que el propio individuo puede construir un sistema energético con el cual haga contacto con su cuerpo, piense, sienta y actúe a través de él y por lo tanto lleve aprendizaje continuo que le

permita prevenir la aparición de padecimientos y construir en su cuerpo para evitar la aparición de vacíos existenciales.

La propuesta fundamental es realizar todo este trabajo y reconceptualización con un principio de articulación y sentido de la vida, es decir, vivir y morir de manera digna, humana, recta, lo que significa construir una vida, en la vida y con la vida, es decir, adoptar una mística y a partir de esta recorrer el camino para cultivar en el cuerpo una ética y moral que nos conduzca hacia la vida, que permita vivir de manera recta y humana consigo mismo, con los otros e incluso con los no nacidos, preservar y mantener un mundo en el que los principios de vida y muerte se encuentren equilibrados a partir de concebir la vida como valiosa y por lo tanto conservar su salud.

Una propuesta de trabajo con jóvenes

Considerando el abandono en que se ha visto involucrado el adolescente en el cuidado y preservación de su salud, se estima pertinente realizar un trabajo dirigido en dos sentidos:

1) a nivel social, 2) a nivel personal; en este caso enunciaremos ambos niveles, sin embargo, enfocaremos nuestra atención al trabajo personal, entendiendo que las políticas públicas tienen una línea de acción que modifica sus objetivos de acuerdo a los recursos internos de la institución, a los propósitos de los gobiernos en turno, así como a los lineamientos y sugerencias de organismos nacionales e internacionales, porque hay poca continuidad y a veces ausencia de programas a favor de este grupo de población como ya se ha indicado en capítulos anteriores, de ahí que se considere necesario ir a los jóvenes, a su realidad y con ellos recuperar su experiencia, necesidades y expectativas en un trabajo que logre establecer una nueva identidad grupal a partir de la vivencia, la cooperación y el entendimiento de las condiciones de vida en que han crecido y la visualización de las alternativas que existen para instituir otros estilos en su vivir.

Por lo anterior, la propuesta de trabajo **a nivel social** deberá encaminarse a:

- La reconceptualización del adolescente y del joven tanto a nivel institucional en el campo de la salud como a nivel nacional en el campo de la política, la educación, la cultura, la religión, etc. Romper con la construcción social que se ha hecho de individuo inacabado, crítico, peligroso, en cambio asumirlo como una persona que existe, piensa y actúa, que es capaz de construir la vida en su cuerpo, de vincularse con el universo y trabajar para la supervivencia del mismo; que es responsable de

sus actos, digno de confianza, respetuoso y activo para la conservación de su vida y la de los otros.

- La institucionalización de la salud del joven como una necesidad de asistencia, educación, cuidado y preservación de la calidad de vida y la longevidad de las nuevas generaciones. Para ello ha de establecerse la infraestructura necesaria y asignarle un sitio en la institución y en la sociedad.
- Resignificar el concepto de salud, entendiendo que la salud es la vida y la vida se encuentra en los cuerpos, por lo que hay que promover nuevos programas educativos, de sistemas de cuidado y atención a la salud, nuevas formas de recreación y socialización, de cultura, así como la construcción de las instalaciones y proyectos de trabajo acordes a esas necesidades.
- Construir una nueva cultura, es decir, reglamentar la difusión de mensajes a través de los medios de comunicación masiva a fin de poner límites a la cultura de comercialización y consumo que se ha instaurado alrededor del joven, con un concepto de individuo adolescente o joven que arrasa con los productos: cosméticos, accesorios, un tipo de literatura, de cine, de música, de alimentación y muchos artículos más que se producen para la conformación de una identidad juvenil.

Propuesta de trabajo personal

En cuanto a las consideraciones del trabajo personal es necesario insistir en que hasta ahora se visualiza como el camino más pertinente para un trabajo corporal que le ayude a crecer

como persona y como miembro de los distintos grupos en que se desenvuelve: familiar, educativo, social, laboral, etc., dado que ir a la vida de los jóvenes y reconocerlos como seres humanos, que existen, que tienen vida, cuerpo, emociones, sentimientos, espíritu, creatividad, intuición, razón y necesidades permitirá el reconocimiento y la recuperación de ellos mismos, de su vida y de la función que tienen como individuos, para con la sociedad y con el universo. Esto no quiere decir que el camino sea sencillo, quizá sea el camino más largo, difícil, lento y sinuoso, pero es el que ahora puede ir al cuerpo, a la persona, al ser humano y humanizarlo.

Partimos del principio de que el trabajo corporal con los jóvenes requiere que estos se apropien de una nueva pedagogía, con la que puedan establecer una nueva relación con su cuerpo, para ello es necesario abarcar los siguientes aspectos:

- Reconceptualización del concepto de la vida y de la consideración de esta como un valor supremo. La vida está en los cuerpos y en todo lo que se encuentra a nuestro alrededor: las piedras, los árboles, la basura, las personas, etc., y por lo tanto respetarlos, cuidarlos, atenderlos y vivir a través de estos es una forma de conservarla y preservarla.
- Construcción de una nueva identidad, reconceptualización y apropiación de su cuerpo. El adolescente habrá de reconsiderarse a sí mismo como una persona capaz de asumir responsabilidades, compromisos consigo mismo y con el mundo y de lograr encontrar su camino para transitar por él y llegar a donde se proponga. En ese proceso deberá de establecer un proyecto de vida vinculado al cuidado de su cuerpo, a la relación con su familia, con su pareja, con su trabajo, con su recreación, etc.

- Recuperación de su cuerpo como un microcosmos vinculado al macrocosmos, es decir entender que el cuerpo humano es una analogía del universo, constituido por los mismos elementos y vivir a partir de construir la relación entre el adentro y afuera, porque lo que hay al interior del cuerpo es lo que se encuentra en el naturaleza: madera, fuego, tierra, metal, agua, por lo que ambos se encuentran en estrecha relación de cooperación, retroalimentación y equilibrio, en un flujo constante de energía física u orgánica, emocional, espiritual, intuitiva, en fin en ese eterno fluir de la vida.
- Reconceptualización de su cuerpo como un todo integrado y trabajar en ese sentido los aspectos: de sexualidad, espiritualidad, emociones, cultura, alimentación, respiración y hacer un trabajo corporal, a fin de mantener el equilibrio de estos.

Sexualidad, identificar lo que ha construido alrededor de su cuerpo: reconocer lo que es, sus sensaciones, sus emociones, sus dolores, sus olores, sus influencias familiares, sociales, educativas, sus deseos, sus actitudes, expectativas personales y sociales, las de él al igual que las impuestas por los otros. Reconocimiento de su cuerpo, de las esencias yin- yang y como se encuentran en él, en todas las cosas y en la naturaleza; descubrir la complementariedad de los géneros masculino y femenino y por tanto la función de ellos en la construcción de la pareja, en la práctica de la vida sexual y en la administración de la economía corporal.

Espiritualidad, que implica el reconocimiento y satisfacción personal, el hacer lo que le llena y ayuda a ser él con lo que tiene, con lo que hace, ¿cómo lo hace?, reconocer su camino en la vida y trabajar para llegar a él. Eliminar los vacíos

existenciales y aprender a vivir la vida como es y no como una ilusión construida de manera artificial, aprender a hacer lo que tiene que hacer y las formas de dejar los deseos, la necesidades artificiosas, la individualidad, la envidia, el egoísmo y demás emociones que son alimentadas por una sociedad capitalista como la nuestra.

Emociones, descubrir que estás son parte de su vida, que puede sentirlas, identificarlas, manejarlas y expresarlas en el momento, en el lugar y con las personas oportunas; aprender a dejarlas pasar y experimentarlas de manera continua en un ciclo interminable de equilibrio para evitar el déficit o la acumulación de estás y con ello la aparición de algunos padecimientos que pueden llegar a ser crónicos o degenerativos. Hay que recordar que el cuerpo construye una memoria, que guarda las emociones en alguna parte del cuerpo: células, órganos, tejidos, sistemas, y el efecto de esa acumulación cuando se vincula en una relación órgano- emoción va a construir un padecimiento.

Cultura, el consumismo es el que media la vida de los jóvenes, a través del cual se ha construido un sistema de vida artificial cuyo resultado es el querer tener una vida fácil, cómoda, rápida, que es el sueño de muchos de ellos y la práctica de otros como los llamados *ni ni's*, en donde la felicidad se encuentra en el tener, en el poder y la infelicidad en la gran cantidad de deseos no cumplidos y los vacíos existenciales procedentes de esto; lo que se buscaría es trabajar para disminuir el impacto de esta cultura juvenil e introducir a los muchachos en una dinámica de valoración de su vida, del trabajo, de una educación: en el conocimiento, en la intuición, en el cuidado corporal, en el arte, en la participación política, en la ecológica, etc.

Alimentación, establecer hábitos saludables requiere el reconocer que el cuerpo es un microcosmos vinculado al macrocosmos, que necesita del consumo de alimentos naturales provenientes de los elementos: madera, fuego, tierra, metal y agua, los cuales son parte del universo o macrocosmos, mismos que contienen la vida en sus vitaminas, proteínas, minerales, etc., y que en el interior del cuerpo van a ayudar a elaborar y renovar la energía necesaria para que el joven pueda realizar sus actividades y desde luego conservar una vida sana y longeva, al tiempo que se separa de estilos de vida inadecuados en los que la alimentación que predomina es la rápida con altos contenidos de grasas saturadas, saborizantes y conservadores que son dañinos para el cuerpo y para la salud, pero que son los que actualmente constituyen la dieta de muchos de estos muchachos.

Respiración, al igual que la alimentación es indispensable en la construcción corporal, es el primer contacto del individuo con la naturaleza al introducir oxígeno a través del aire al interior del cuerpo para que haya una transformación en bióxido de carbono y la salida de este cuando se ha dado el proceso de oxigenación; aquí se hace patente la vinculación adentro – afuera es decir, el microcosmos y el macrocosmos estrechamente vinculados, porque es en esta relación en donde también se construye la vida y se produce la energía del cuerpo, no debemos olvidar que la energía genética, la procedente de la alimentación y la de la respiración constituyen la esencia de la larga vida.

Hacer un trabajo corporal, implica ir al cuerpo para construir en él un espacio espiritual, pues las prácticas como el yoga, la meditación, el tai chi, el qi gong, el wushu, el chikung y otros, son disciplinas milenarias dirigidas a mover la energía

física interna del cuerpo a través de movimientos coordinados, disciplinados que llevan a una plena conciencia de sí mismos, del entorno y de cualquier manifestación de energía que aparezca. Son disciplinas que cultivan la energía de la vida, que ayudan para despertar la verdadera naturaleza del individuo y junto con la respiración producen y conservan la energía corporal en equilibrio.

Incidir en estas dos áreas de trabajo permitirá conducir a los jóvenes a la construcción de nuevos sistemas de vida desde el cuerpo, incorporando conceptos, valores, expectativas y necesidades distintas a las que ha vivido hasta ahora, ubicándose en un tiempo y geografía específicas a partir de las cuales puede crear alternativas de crecimiento y expansión corporal, espiritual, emocional, etc., es decir, lograr un proceso de vida integral y equilibrado.

Como se menciona, es necesario reconceptualizar al joven y sus procesos de salud, debido a los efectos que esta situación está teniendo en su forma de vida en la actualidad, apelamos a una construcción que lleve al joven a concebirse y concebir la vida de manera distinta, entendiendo que un cuerpo joven es un microcosmos en cooperación y retroalimentación con el macrocosmos que puede cultivarse diariamente mediante la práctica de hábitos saludables, de prácticas corporales, de sistemas de respiración y de alimentación que contribuyan a la generación y regeneración del cuerpo como un sistema autoregulator de la vida que posee.

La educación planteada desde esta concepción implica también un proceso interpersonal e intersubjetivo que vincula el trabajo del cuerpo y las emociones de los individuos en un sistema cooperativo entre los actores del proceso educativo: el profesorado, el alumno y

todos los integrantes del contexto. En este sentido, la educación corporal y emocional propuesta será un proceso educativo, continuo y permanente, que pueda potenciar el desarrollo de las competencias corporales y emocionales como elementos esenciales del desarrollo integral de la persona, con objeto de formarle para la vida cuya finalidad sea aumentar el bienestar personal, social y la preservación de una posibilidad de vida digna a los no nacidos. Promover la educación para la salud de esta perspectiva implica tener un enfoque del ciclo para la vida, el desarrollo integral de la personalidad del individuo y una forma de prevención primaria que maximice las tendencias constructivas y minimice las destructivas.

Bibliografía

Abbagnano Nicola, *Diccionario de Filosofía*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1963, 370-371, 896-897.

Abrego Leticia y cols., *Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA*, CONASIDA, México, 1998, 106 p.

Álvarez Alva Rafael, Educación para la salud: en *Antología educación para la salud*, Fes. Iztacala, Unam, México, 2008.

Arendt Hannah, *La condición humana*. Paidós Surcos 15, España, 2005, 358 p.

Belda Mercedes / Díez Sales, Ma. Teresa (Centro de salud de Petrer), *Educación para la Salud*. Guía didáctica, Coordinadoras: Ma. Carmen Davó Blanes/Encarna Gascón Pérez, Universidad de Alicante (p.7)

Bunge Mario, *La ciencia su método y su filosofía*, ed. Siglo veinte, Buenos Aires, 1977, p. 89-110

Ceceña José Luis, *México en la órbita imperial. Las empresas transnacionales*, ediciones el Caballito, México, 1976, 271 p.

Centros de Integración Juvenil, A. C, *Niños, adolescentes y adicciones*, Centros de Integración Juvenil, A. C, prologo Dr. Jesús Kumate Rodríguez. México, 2007, 150 pp.

Chatelet Francois, *El nacimiento de la Historia 2*, Siglo XXI Editores, España, 1985, p. 548

De Caso González Ana Elena y Cols., *Guía para la atención domiciliar de personas que viven con VIH/SIDA*, Organización Panamericana de la Salud, 1999, 135 pp.

Durán Norma Delia Compiladora, *Actha Philosophica Mexicana*, UNAM, México, 1998. P. 10-47

Pablo González Casanova, *Imperialismo y liberación. Una introducción a la historia contemporánea de América Latina*, Siglo XXI, México, 1978, 260 y 280 p.

Kumate Rodríguez Jesús Prologo. *Niños, adolescentes y adicciones*, Centros de Integración Juvenil, A. C. Dr Presidente del Patronato Nacional

Larousse, *Diccionario Enciclopédico Ilustrado*, Edición 1997, Ramón García-Pelayo Gross editor, México 1996

López Luna María Concepción, *Salud Pública*, Interamericana McGraw Hill, México, 1993, 205 p.

López Ramos, Sergio., *Bernardo J. Gastélum, los Contemporáneos y la psicología. Historia de la psicología en Sinaloa*. CEAPAC Ediciones y Universidad de Sinaloa, México, 2005, 201 p.

Los caminos de la vida: Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinas y campesinos, CONASIDA, ONUSIDA, AFLUENTES, IMSS, JUNTOS POR LA VIDA, Secretaria de salud.

Mardones J.M. y Ursua N., *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*, Ediciones Coyoacán, México, 1999, 123 p.

Momigliano Arnaldo, *la historiografía griega*, grijalbo Editorial Crítica, Barcelona, 1984, p.104.

Monsiváis Carlos, *Escenas de pudor y liviandad*, Grijalbo, Colección Narrativa, México, Barcelona Buenos Aires, 1981, 354 p.

Moreno Rafael, *El humanismo mexicano. Líneas y tendencias*, Compiladora Norma Delia Durán, UNAM, México, p. 89-96

Ohashi Wataru, *Cómo leer el cuerpo. Manual de Diagnósis Oriental*. Ediciones Urano, España 2002. P. 192-196.

Perez Guevara Genoveva, Izazola Licea Sara Elena, Cruz Páez Guadalupe, Astorga Loyola Yareli Margarita, Magis Rodriguez Carlos, *Guía sobre prevención de VIH, para personal que trabaja en Centros penitenciarios*, Secretaria de Salud, Secretaria de Seguridad Pública, CENSIDA, México, 2007, 58 p.

Popper Karl, *El mito del marco común, en defensa de la ciencia y la racionalidad*, Paidós Surcos 8, España, 1997, p. 143-189

Portenart Victor, *Los cinco colores de la vida. Como conocer y vivir mejor según los cinco colores de la tradición china*. México, Grijalbo Mondadori, 2000.

Programa de mediano plazo 2008-2012, 1.2.4 salud, sexualidad y reproducción. *Programa Nacional de Juventud 2008-2012*, p. 3142.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Plan Nacional de desarrollo (PND) 2007-2012*, D.F del 31 de Mayo de 2007, Pág. 66 a 69

Bibliografía hemerográfica

Aguilera Guzmán RM., Carreño García MS., Puares García F.; Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 6, diciembre 2004, P. 57- 62.

Andrade-Malabehar Rafael, Melanoma juvenil Benigno. Estudio clínico-patológico de 51 lesiones, *Gaceta Médica de México*, Vol. 110, No. 3, septiembre, 1975, p.181-187.

Alarcón Alfonso E., La aportación de los médicos mexicanos a la pediatría, *Gaceta Médica de México*, Leído en sesión que la Academia dedico al 2do. Congreso de Pediatría, p. 323-343.

Anzures-López María Elena, La Academia Nacional de Medicina. Espejo de la vida de un país* *Conferencia magistral “Dr. Ignacio Chávez”, 2 de febrero de 2005, *Gaceta Médica de México*, Vol.141 No. 4, 2005, p. 345-348

Berenzon Gorn Shoshahana, Medina-Mora Icaza Ma. Elena, Lara Cantú Ma. Asunción, Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud mental*, Vol. 26, No. 5, octubre 2003, P. 61- 72.

Berenzon Shoshana, Medina-Mora Ma. Elena, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Villatoro Jorge, Rojas Estela, Factores relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, *Salud Mental*, Vol. 19, suplemento, abril 1996, 44-52

Berenzon Shoshana, Medina-Mora Ma. Elena, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Villatoro Jorge, Rojas Estela, Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, *Salud Mental*, Vol. 19, No. 1, marzo de 1996

Berenzon Shoshana, Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz Clara, Alcántar-Molinar Eva, Navarro Claudia. El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 4, agosto 1999, p. 20-26.

Buentello Edmundo, Consideraciones en torno a un criminal, *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXIV, No. 2, marzo-abril, de 1954. P. 93-117

Buentello Edmundo, Algunos aspectos de la etiología y terapéutica de la delincuencia infantil y juvenil en México. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, No. 3, mayo-junio, 1955. P. 341-351

Bustamante, Miguel E; El médico como educador en una sociedad en crisis. Conferencia Magistral, *Gaceta Médica de México*, 1973, Vol. 105, No. 2, Febrero, p. 111-121.

Caballero Ramiro, Madrigal de León Eduardo, Hidalgo San Martín Alfredo, Villaseñor Alberto. El consumo de tabaco, alcohol y drogas, en adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 4, agosto 1999, p. 1-7.

Chávez H., A., M., Medina N., M., C., Macías G., L., F.,. Modelo Psicoeducativo para la Prevención del Suicidio en Jóvenes. *Salud Mental* Vol. 31. No. 3, 2008. P. 198- 202.

Calderón-Narváez Guillermo, El problema de dependencia a drogas en la juventud de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 379-381.

Campillo Carlos, Romero Martha, Alcoholismo y Medicina, *Salud Mental*, Numero especial, 1999, p. 93- 97

Caraveo Anduaga Jorge J., La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud mental*, Vol. 19, suplemento abril de 1996. P- 8-13.

Carranza- Acevedo José, Aspectos farmacológicos de abuso de drogas en México. *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 381-384

Carrillo Ana María, El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, p. 71-74.

Casco Flores Margarita; Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior, *Salud Mental*, Vol. 13, No. 2, junio 1990, p. 18-22.

Chávez H., A., M., Medina N., M., C., Macías G., L., F.,. Modelo Psicoeducativo para la Prevención del Suicidio en Jóvenes. *Salud Mental*. Vol. 31. No. 3, 2008, p. 198 - 202.

Cravioto Joaquín, II. Las políticas de enseñanza e investigación. *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 253.

Cravioto Joaquín, Cincuenta años de pediatría en el Hospital Infantil de México. II. Las políticas de enseñanza e investigación. *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, 1993, p. 251

CXXX Aniversario 7°. Congreso salud y desarrollo: un compromiso médico. Resúmenes, *Gaceta Médica de México*, Vol. 130, suplemento, I- 1994, p. 22-23

Da Matta, Roberto, 1980; en Soberon Acevedo, Guillermo, 1987, “El cambio estructural en la salud. IV el financiamiento de la salud para consolidar el cambio” en *Gaceta Médica de México*, Vol. 29, número 2, marzo abril. *Carnavais, Malandros e Heróis*, Rio de Janeiro, Zahar ed.

Daniel, Joven de 20 años de edad con hipertensión endocraneana, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 6, 2003, p.601-605.

Dávila Guillermo, Comentario al trabajo del Dr. Edmundo Buentello, *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, No. 3, mayo- junio, 1955, p. 353- 354.

De la Fuente Muñiz Ramón, Evaluación del estado actual de la medicina psicosomática. *Gaceta Médica de México*, 1960, tomo XC, No.3, marzo, p. 113-121.

De la Fuente Ramón; y Campillo-Serrano Carlos, Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas. *Gaceta Médica de México*, Vol. 103, No. 5, mayo 1972, p- 384-392.

De la Fuente, J., Torres Torrija R.; La investigación en el campo de la psiquiatría en México. *Salud Mental*, Vol. 6, No. 3, otoño 1983, p. 3-8.

De la Fuente Ramón, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Estado actual y perspectivas: una década de actividades, *Salud Mental*, Vol. 13, No. 2, junio 1990, p. 1 - 5

De Micheli-Serra Alfredo, Humanismo en medicina. Homenaje a la memoria del maestro Ignacio Chávez en el vigésimo aniversario de su fallecimiento. *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No.5, 1999, p. 523-526

De la Peña F., López Bastidas A.; Registro de efectos colaterales para adolescentes (RECA). Descripción y validez del instrumento, *Salud Mental*, Vol. 22, No. 1, enero 1999, p. 7-9

De la Peña Francisco, Estrada Alfredo, Almeida Luis, Páez Francisco, Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud mental*, Vol. 21, No. 3, junio de 1998. P. 9- 14.

De la Peña Francisco. Ulloa Rosa E., Páez Francisco. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud mental*, número especial 1999. P. 88-92.

De la Peña Olvera Francisco R., Almeida Montes Luis G.; El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia. *Salud Mental*, Vol. V 17, No. 3, septiembre 1994, P. 59-64

Díaz Martínez Alejandro, Díaz Martínez L. Rosa, Hernández-Ávila Carlos A., Robles José, Fernández Varela Héctor, Solís Torres Cuauhtémoc. Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA) y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 4, julio-agosto, 2008, p. 271-281

Díaz-Martínez Rosa, Rascón María Luisa, Valencia Marcelo, Unikel Claudia, Murow Esther, Rascón Daniela, Leños Clarisa, Ortega Héctor, El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años, *Salud Mental*, Número especial 1999, p. 104-109

Díaz-Sánchez Vicente, El embarazo no deseado y el aborto como problema de salud pública. El embarazo de las adolescentes en México, *Gaceta Médica de México*, Vol.139, Suplemento No. 1, 2003, p. S23-S28.

Editorial, Cincuentenario de la Secretaria de Salud, *Salud Mental*, Vol. 16, No. 3, septiembre 1993, p. 1

Esparza Héctor, Jiménez de la Garma Pedro, Martínez Alejandra, México y sus jóvenes, *Revista Bien común*, año 12, Número 143, noviembre 2006, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., p. 69-70

Estévez López Estefanía, Musitu Ochoa Gonzalo, Herrero Olaizola Juan, El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, Vol. 28, No. 4, agosto 2005, P. 81-90.

Fernández del Castillo Francisco, Bernardino Álvarez, iniciador de la atención neuropsiquiátrica en México. Cuarto centenario del primer manicomio en América. (1566-1966), *Gaceta Médica de México*, Tomo XCVI, No. 9, septiembre de 1966. P. 1023-1025

Fleiz B., Clara, Villatoro V., J., Medina Mora M., E., Alcantar M., E., N., Navarro G., C., Blanco J., J., Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental*. Vol. 22, No. 4, 1999. P. 14 - 20.

Frenk, Julio II. Desempeño del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Médica de México*, Vol. 137, No.5, 2001, p. 421-424.

Galván Jorge, Ortiz Arturo, Soriano Alejandra, Casanova Leticia, Tendencias del uso de drogas en la ciudad de México (1986-2003). Sistema de reporte de información sobre drogas, *Salud Mental*, Vol. 28, No. 3, junio 2005, p. 51-58

García M., G., Joffe V., V. M., Principios generales sobre la psicofarmacoterapia en niños y adolescentes. Una revisión. *Salud Mental*. Vol. 29. No. 4, julio agosto 2006. P. 30- 37.

Gómez Castro Cecilia, Borges Guilherme, Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida; 1966-1994, *Salud Mental*, Vol. 19, No. 1, marzo 1996, p. 45-54

Gómez Federico, La Pediatría que yo viví, artículo magistral, *Gaceta Médica de México*, vol. 101, No. 4, abril 1971, p. 353-367

Gómez Federico Conferencia Magistral El médico como educador en una sociedad en crisis, *Gaceta Médica de México*, vol. 105, No. 2, febrero 1973, p. 111-121.

Gómez Federico, Doctrina pediátrica. El ejercicio de la pediatría, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCI, No. 4, abril, 1961, p. 255-264

González- Block Miguel Ángel, La descentralización de la Secretaria de Salud de México. El caso de los sistemas locales de salud 1989-1994, *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No.3, 1994, p. 183-193

González F. C., Berenzo S., Jiménez A., Al borde de la Muerte: Problemática Suicida en Adolescentes. *Salud Mental*. 1999. Número especial, P. 145- 148.

González-Forteza Catalina, Salgado de Snyder Nelly, Andrade Palos Patricia, Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes, *Salud mental*, Vol. 16, No. 3, septiembre 1993, p. 16-23

González Forteza C., Villatoro J., Pick, M. S., Collado E., El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud mental*, Vol. 21, No. 2, abril de 1998, p. 37-45

González P., I., Lartigue T., Vázquez G., Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud mental*, Vol. 31. No. 4, 2008, p. 261- 269.

González-Forteza Catalina, Andrade Palos Patricia, Jiménez Tapia Alberto. Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud mental*, Vol. 20, No. 1, marzo de 1997, p. 27- 34

González-Forteza Catalina, García Guadalupe, Medina-Mora Ma. Elena, Sánchez Miguel Ángel, Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios, *Salud mental*, Vol. 21, No. 3, junio de 1998, p. 1-11.

González-Forteza Catalina, Ramos Lira Luciana, Vignau Brambila Luz Elena, Ramírez Villareal Claudia, El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes, *Salud mental*, Vol. 24, No. 6, diciembre de 2001, p. 16-25.

González-Forteza Catalina, Andrade Palos Patricia, Jiménez Tapia Alberto, Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud mental*, Vol. 20, No. 1, marzo 1997, p. 27- 35

González-Forteza Catalina, Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Rojas Estela. Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana. *Salud mental*, Vol. 20, No. 4, diciembre de 1997, p. 1-7.

González-Forteza Catalina, Berenzon Shoshana, Jiménez Tapia Alberto, Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud mental*, número especial 1999, p. 145-153

González-Forteza Catalina, Villatoro Velázquez Jorge, Alcántar Escalera Isabel, Medina-Mora Ma. Elena, Fleiz Bautista Clara, Bermúdez Lozano Patricia, Amador Buenabab Nancy. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000, *Salud mental*, Vol. 25, No. 6, diciembre 2002, p. 1-12.

González-Roaro Benjamín, La reforma de la salud en México. IV. Perspectivas para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Gaceta Médica de México*, Vol. 137 No. 5, 2001, p. 429-435

Guzmán Álvarez Sergio, Dossier Jóvenes Inclusión de los jóvenes en la política laboral del gobierno del cambio, *Revista Bien común*, año 12, Número 143, noviembre 2006, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., p. 60-64

Gutiérrez Murillo, Enrique, IV. Educación sexual elemental de la mujer en la época prematrimonial, *Gaceta Médica de México*, tomo LXXXIX, No.3, Marzo, 1959, p. 253-254

Heredia Duarte Alfredo, Problemas de salud en la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México. Introducción. *Gaceta Médica de México*, Vol. 112, No. 6, diciembre, 1976, p.411-412.

Hernández Ordoñez Azucena; Representación social del género masculino en un grupo de niños y jóvenes que viven en la calle, en la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 1, enero-febrero 2006, Segunda parte, p. 56-62

Hernández Patricia; Arredondo Armando; Cruz Carlos; Ortiz Claudia; Durán Luis; Ávila Leticia, Docencia en economía de la salud en México: cinco años de experiencia *Rev. Saúde Pública*, vol.28 no.3 São São Paulo June 1994, Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México

Hijar M. Martha, Rascón P. Ramón Alberto, Blanco M. Julia, López L. Ma. Victoria, Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993), *Salud mental*, Vol. 19, No. 4, diciembre de 1996, p. 14 -21.

Izquierdo J. Sobre el problema de la especialización científica en México, *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXVIII, No. 3 y 4, junio y agosto 1948, p. 113- 119

Jiménez Carlos, S., Higiene escolar y asistencia pública, *Gaceta Médica de México*, Trabajo de turno leído en la sesión del 5 de julio de 1939, p. 100-165

Jimenez T., Mondragon B., Gonzalez F., c., Self esteem, depressive symptomatoly, and suicidal ideaton in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental*. Vol. 30, No. 5, septiembre octubre 2007, p. 20- 29

Jiménez Tapia José Alberto, Bojórquez Chapela Letza, Blas García Claudia, Landa Velasco Virginia, Caraveo Anduaga Jorge, Panorama del trabajo de investigación en epidemiología

psiquiátrica en México: últimos 30 años. *Salud mental*, Vol. 28, No. 3, junio 2005, p. 69-76.

Juárez-Ocaña Servando,* Mejía-Aranguré Juan Manuel,* Rendón-Macías Mario Enrique,*Kauffman-Nieves Armando,* Tatsuko Yamamoto-Kimura Liria,* Fajardo-Gutiérrez Arturo, Tendencia de seis principales causas de mortalidad en niños mexicanos durante el periodo 1971-2000. La transición epidemiológica en los niños. *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 4, 2003, p. 325-336.

Kumate Jesús, Información académica. A la memoria de los académicos recientemente fallecidos, *Gaceta Médica de México*, Vol. 118, No.6, junio1982, p. 248-250

Kumate Jesús. III. El Hospital infantil de México, repercusiones para la salud del niño mexicano, *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre1993, p. 353-357.

Lara Muñoz Ma. Del Carmen, Romero Ogawa Teresita, Foncerrada Héctor, Rebollo Clementina, Aguilar Cortesano Julián, Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 6 noviembre- diciembre, 2006, p. 48- 56.

Le Bretón David, Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Gaceta Médica de México*, Vol. 19, No. 3, septiembre 1996, p. 7-13.

León H., R., C., Gómez P., G., Platas A., S., Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*. Vol. 31. No.6, 2008, p. 447- 452

Levy Santiago, III. La modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social, *Gaceta Médica de México*, vol. 137, No. 5, 2001, p. 425-428.

Lomelí G. Paulina, Políticas públicas para la prevención de adicciones, *Revista Bien común*, año 12, Número 143, noviembre, Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C., 2006, p. 52- 55.

López Amor Ezequiel, Alteraciones endocrinas testiculares durante la pubertad y adolescencia, *Gaceta Médica de México*, Vol. 104, No. 1, julio de 1972, p. 57- 63

López L. Elsa Karina, Medina Mora María Elena, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzón Shoshana, Rojas Estela, La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil, *Salud Mental*, Vol. 18, No. 4, diciembre 1995, p. 25-32

López Salgado, Blanca Estela, López Jiménez, Jorge Luis., López Salgado María del Pilar.; Estudio de la autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y no usuarias de drogas. *Salud Mental*, Vol. V- 17, No. 4, diciembre1994, p. 31-36.

Luna-Martínez Javier, Duran-Vega Héctor César, Carrillo-Esper Raúl, García-Torres Cosme Damian. Tumoración en diastino anterior (timoma) en una joven de 20 años, *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No. 4, 1999, p. 439.

Lucio Emilia, León Ivonne, Durán Consuelo, Braco Elena, Velasco Emilia, Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico, *Salud mental*, Vol. 24, No. 5, octubre 2001, p. 17-22

Macías Valadez G., Modelo psiquiátrico de intervención terapéutica en niños y adolescentes (UTNA), *Salud Mental*, Vol. 5, No. 2, verano 1982, p. 18-21

Macías Valadez G., Verduzco Angélica, Análisis cualitativo de 193 casos tratados en la unidad terapéutica para niños y adolescentes en 1980, *Salud Mental*, Vol. 7, No. 1, primavera 1984, p. 19-23

Manelic Rocha Hugo, Ortega Soto Héctor A.; La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, *Salud Mental*, Vol. 18, No. 2, Junio 1995, p. 31-34

Mariño Ma. Del Carmen, Medina-Mora Ma. Elena, Mondragón Liliana, Domenech Melanie, Díaz Laura. Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca, Hgo. *Salud Mental*, Vol. 22, No. 3, junio de 1999, p. 41-47

Martínez Báez Manuel, Resumen, *Gaceta Médica de México*, tomo LXXXIX, No.3, Marzo, 1959, p. 199-201

Martínez Martínez Kalina Isela, Salazar Garza Martha Leticia, Pedroza Cabrera Francisco Javier, Ruiz Torres Gabriela Mariana, Ayala Velázquez Héctor Enrique. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 2, maro abril, 2008, p.119- 126.

Medina-Mora María Elena, Villatoro Jorge A., López Elsa K., Berenzon Shoshana, Carreño Silvia, Juárez Francisco, Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, Vol. 131, No. 4, 1993, p- 383-392

Medina-Mora Ma. Elena, Galván Jorge, Rojas Estela, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, López Elsa, Berenzon Shoshana, Olmedo Raúl, Carreño Silvia, Ortiz Efrén, Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana, *Salud Mental*, Vol. 16, No. 3, septiembre 1993, p. 2-9

Memoria del Primer congreso Nacional de Asistencia, *Gaceta Médica de México*, Secretaría de Asistencia Pública, 1946.

Millán Alfonso, Relato del Simposio de medicina psicosomática, *Gaceta Médica de México*, Vol. LXXIX, No. 2, junio 1949, p. 255-261.

Millán Alfonso, Comentario al trabajo del Dr. Federico Gómez S. sobre el ejercicio de la pediatría, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCL, No.4, abril 1961, p. 265-268.

Millán Alfonso, La familia (leído en la sesión del 8 de noviembre de 1961), *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, agosto, 1962, p.646- 651

Modena María Eugenia, Vicios públicos, virtudes privadas: Individuos, personas y conjuntos sociales en la salud y la enfermedad, *Revista Nueva Antropología*, Vol. X, No. 36, México, 1989, p. 95

Monroy A., Velasco I., Velasco M., (2000). Perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*, Vol. 136. Suplemento No. 3, 2000, p. S 35- S 40.

Montt María Elena, Ulloa Chávez Fresia, Autoestima y salud mental en los adolescentes, *Salud Mental*, Vol. 19, No. 3, septiembre 1996, p. 30- 35

Mora, J., Natera, G., Andrade Palos P.; Escala de síntomas “symptom rating test” (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, Vol. 17, No. 3, septiembre 1994, p. 15-28

Mora-Ríos Jazmín, Natera Guillermina, Juárez Francisco. Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo de jóvenes. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 2, abril 2005, p. 82- 89

Navarrete, N., S. Riebeling N., C., Mejía A., J. M., y Nava Z., A. Abordaje epidemiológico de un brote de trastorno conversivo epidémico en adolescentes. *Salud Mental*. Vol. 29, No. 5, septiembre octubre 2006, p. 9-15

Noticiero, *Gaceta Médica del México*, Tomo XCII, No. 12, diciembre, 1962. p. 1049-1050

Nuño Gutiérrez Bertha Lidia, Flores Palacios Fátima, La búsqueda de un mundo diferente. La representación social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales. *Salud Mental*, Vol. 27, No. 4, agosto 2004, p. 26- 33.

Nuño-Gutiérrez Bertha Lidia, Álvarez-Nemgyei José, González-Forteza Catalina, Madrigal de León Eduardo, La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres, *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, julio agosto 2006, p. 47-54.

Nuño-Gutiérrez Bertha Lidia, Álvarez-Nemgyei José, Velásquez-Castañeda Alejandra, Tapia-Curiel Amparo, Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, Vol. 31, No. 5, septiembre- octubre, 2008, p. 361-370

Parra Covarrubias Adalberto y Ramos Galván Rafael, La influencia de la deprivación psicosocial y la composición corporal sobre las gonadotrofinas plasmáticas en niños y adolescentes, *Gaceta Médica de México*, Vol. 128, No. 1, enero-febrero, 1992, p.7-12.

Pérez P., G., Morales del Olmo A., Varela Y. (2000), El programa de salud reproductiva en México. Alcances y desafíos. *Gaceta Médica de México*, Vol. 136. Suplemento No.3, p. S3-S6.

Pérez-Palacios Gregorio,* Gálvez-Garza Raquel, El modelo universitario de salud sexual y reproductiva: ¿Quo Vadis México?, *Gaceta Médica de México*, Vol.139, Suplemento No. 4, 2003, p. S27-S31.

Pérez Rincón Héctor, Entrevista Mtra. En Psic. Ma. Elena Medina Mora, *Salud Mental*, Vol. 12, No. 4, diciembre 1989, p. 34-38

Perfil de salud reproductiva de los adolescentes mexicanos, *Gaceta Médica de México*, Vol. 136 Suplemento, No.3, 2000, p.35

Pick de Weiss, S., Andrade Palos, P., Townsend, J., Givaudan, M., Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes, *Salud Mental*, Vol. 17, No. 1, marzo 1994, p. 25-30

Prado Vértiz Antonio, Abandono del niño mexicano desde el punto de vista salud, *Gaceta Médica de México*, tomo XC, No.3, marzo1960, p. 245- 252.

Prado Vértiz Antonio, Symposium sobre la Conducta Antisocial de la Juventud, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962, p. 631-639.

Programas de inclusión de los jóvenes en el ámbito laboral, *Gaceta Médica de México*, Vol. 136 Suplemento, No.3, 2000.

Pruneda Alfonso, Trabajos diversos, La Academia y el Congreso de Pediatría, *Gaceta Médica de México* Leído en sesión del 29 de marzo de 1944, p. 320-338

Pruneda A.; Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Gaceta Médica de México*, Decreto que crea La Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Diario Oficial* 26 de marzo al 1º abril de 1944, el Comité Organizador del Segundo Congreso Mexicano de Pediatría, p. 435-438

Quijano-Pitman Fernando, Primer hospital y primera Revista Pediátrica de México fundados por Miguel Otero en San Luis Potosí, Obra Póstuma, *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No. 6, 1999, p. 653.

Ramos Galván Rafael, Los patrones normales de crecimiento y desarrollo en la adolescencia, *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 135- 139

Remus Araico José, V. aspectos psicoanalíticos de los problemas juveniles en establecimientos de educación extraescolar. Investigación con técnica de discusión dirigida. *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 211-220.

Reyes Z., E., Ricardo G., J., Palacios C., L., Serra T., E., Galindo y Villa M., G., De la peña O., F, Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, *Salud Mental*. Vol. 31. No.3, 2008, p. 213- 219.

Rodríguez-Suárez Romeo S., Centenario del natalicio del doctor Federico Gómez Santos *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No.6, 1994, p. 627-628

Rogel-Ortiz Francisco J., Epilepsia mioclónica juvenil. Artículos originales. *Gaceta Médica de México*, Vol. 132, No. 6, 1993, p. 569-573.

Rojas E., Medina Mora Me., Juárez F., Carreño S., Villatoro J., Berenzon S., López E., El consumo de bebidas alcohólicas y variables asociadas entre los estudiantes de México, *Salud Mental*, Vol. 18, No. 3, septiembre de 1995, p. 22-27.

Rojas Estela, Medina-Mora Ma. Elena, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzon Shoshana, Factores relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993, *Salud Mental*, Vol. 21, No.1, febrero 1998, 37-42

Rojas Estela, Medina-Mora Ma. Elena, Galván Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzon Shoshana, Villatoro Jorge, López Elsa. Prevalencia de consumo de drogas en población escolar, *Salud Mental*, Vol. 16, Vol. 21, No. 4, diciembre 1993, p. 1-7.

Rojas Estela, Medina-Mora Ma. Elena, Villatoro Jorge, Juárez Francisco, Carreño Silvia, Berenzon Shoshana, Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. *Salud Mental*, Vol. 21, Vol. 21, No. 1, febrero 1998, p. 37-42.

Salazar Mallen, M. Papel del Estado en la etiopagenia de la conducta anti-social. *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962, p. 658-665

Saldivar Hernández Gabriela, ramos Lira Luciana, Saltijeral Méndez María Teresa, Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios, *Salud Mental*, Vol. 27, No. 6, diciembre 2004, p. 40-47

Salinas-Lara Citlaltepétl, Guerrero-Juárez Vicente, López-Meza Elmer Guillermo, Rembao-Bojórquez Jesús, Joven de 20 años de edad con hipertensión endocraneana, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 6, 2003, p.601-605

Santos-Preciado José Ignacio, Villa-Barragán Juan Pablo, García-Avilés Martha Angélica, León Álvarez Graciela, Nicolás-Aviña Lidia, Nakamura-López Miguel Ángel, Veras-Godoy Miriam, Tapia-Conyer Roberto, Enfrentando el reto... Hacia un Programa Nacional

de Atención a la Salud de la Adolescencia en México 2001-2006, *Gaceta Médica de México*, Vol. 139 No. 4, 2003, p. 337-346

Sauceda-García Juan Manuel, Ortiz-de la Rosa Laura Tayde, Fajardo-Gutiérrez Arturo, Cárdenas- Zetina José Antonio. La adaptación psicosocial en niños y adolescentes con malformaciones craneofaciales. *Gaceta Médica de México*, Vol. 133, No. 3,1995, p. 203-209.

Sauceda García Juan Manuel, Maldonado Durán J. Martín, Montoya Cabrera Miguel Ángel. Nuevas perspectivas en la Psiquiatría de Enlace. La experiencia del Hospital de Pediatría del Centro Médico nacional Siglo XXI, *Gaceta Médica de México*, Vol. 130, No. 6, 1993, p. 72-75.

Soberón Acebedo Javier, La actitud de la adolescente por temor, ignorancia o mala información ante la consulta ginecológica, *Gaceta Médica de México*, Vol. 100, No.3, 1968, p. 349-354.

Soberón Guillermo, Conferencia magistral “Dr. Ignacio Chávez Salud y desarrollo humano. *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No.2, 1999, p. 217- 230

Soberón Guillermo, Simposio. La reforma de la salud en México. *Gaceta Médica de México*, Vol. 137, No.5, 2001, p. 419- 420.

Soberón-Acevedo G, Martínez- Narváez G., La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Publica*, México, 1996; 38: 371-378.

Solís Cámara Pedro, Riveras A. Iris, Valadez S. Dolores, Confiabilidad de medidas repetidas del Inventario de paternidad para adultos y adolescentes (IPAA), *Salud Mental*, Vol. 16, No. 3, septiembre 1993, p. 38- 42

Somolinos D’Ardois Germán, Comentario al trabajo “Bernardino Álvarez, Iniciador de la atención neuro-psiquiátrica en México. *Gaceta Médica de México*, Tomo XCVI, No. 9, septiembre de 1966, p. 1013-1022

Sotelo Cruz Norberto, Cordero Olivares Andrés, Woller Vázquez Rodolfo, Sandoval José Francisco, Heridas por armas punzo-cortantes en niños y adolescentes, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 2 • Mar.-Abr. 1999, p. 46-50.

Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano-Treviño LR, Reysoo F., Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica, México*, 2003; 45 suplemento 1: S34-S43.

Talayero J., A., y Petra Micu I., Algunos Aspectos de la Delincuencia Juvenil en el Distrito Federal, *Salud Mental*, Vol. 2, no. 1-2, 1979, p. 11-14

Tapia Conyer Roberto y Ma. De Lourdes Motta Murguía, “El Derecho a la Protección de Salud Pública”, en Ingrid Brena Sesma, *Salud y Derecho*, UNAM, México, 2005, p. 149 - 153.

Téllez-Zenteno José Francisco, Hernández-Ronquillo Lizbeth, Tapia-Rangel Beatriz, Garduño-Espinosa Juan. Hepatocarcinoma variedad fibrolamelar en una joven de 17 años de edad, *Gaceta Médica de México*, Vol. 135, No. 1, 1999, p. 83-86.

Tercero-Quintanilla Gabriela *, Perfil psicológico de adolescentes que intentaron suicidarse, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 66, Núm. 5 • Sep.-Oct. 1999, p. 197-202

Torregrosa Ferrales Luis, Cincuenta años de pediatría en el Hospital Infantil de México. Introducción, *Gaceta Médica de México*, 1993, Vol. 129, No.5, septiembre-octubre, p. 251- 253.

Torregrosa Ferrales Luis, IV. Visión del futuro del Hospital Infantil de México, *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, No. 5, septiembre- octubre 1973, p. 357-360.

Uc-Pool Francisco, Torres-Vargas Sergio, Alvarado-Cabrero Isabel, Varón adolescente con dolor en el muslo derecho y dificultad para la deambulaci3n, *Gaceta Médica de México*, Vol.141, No. 6, 2005, p. 527-529.

Ulloa Rosa Elena, Arroyo Eduardo, Cárdenas José Antonio, Cruz Eduardo, Gómez Daniel, Higuera Feliz, Rivera Federico, Santos Gabriela, Velásquez Víctor, De la Peña Francisco. Algoritmo de tratamiento para el trastorno por déficit de atenci3n con hiperactividad en ni1os y adolescentes. *Salud mental*, Vol. 28, No. 5, octubre 2005, p. 1-10.

Unikel Claudia, Saucedo-Molina Teresita, Villatoro Jorge, Fleiz Clara. Conductas alimentarias de riesgo y distribuci3n del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud mental*, Vol. 24, No. 2, abril 2002, p. 49-56

Valero-Elizondo Guillermo, Jáuregui-Aguilar Ricardo, Soto-Márquez Patricia, Paciente joven con infarto del miocardio recurrente sin aterosclerosis coronaria, *Gaceta Médica de México*, Vol.138 No. 5, 2002, p. 473-476

Vargas Terrez Blanca Estela, La ense1anza en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Evoluci3n y perspectivas, *Salud Mental*, Numero especial 1999, p. 98- 103

Vargas A., L., Palacios C., L., González T., G., De la Peña O., F. Trastorno obsesivo compulsivo en ni1os y adolescentes: Una actualizaci3n. Primera parte. *Salud Mental*. 2008. Vol. 31. No. 3, p. 173- 203.

Vasconcelos Rubén, Medicina social y educaci3n, *Gaceta Médica de México*, vol. 101, No. 4, abril 1971, p. 593-600.

Vasconcelos Rubén, IV. Algunos problemas en las escuelas secundarias detectados por el personal de trabajo social, *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 206-211.

Vázquez Santaella Judith, II. Patología más frecuente entre la población universitaria. *Gaceta Médica de México*, Vol. 112, No. 6, diciembre, 1976, p.413-418.

Vega Franco Leopoldo, El desayuno en la nutrición y el rendimiento del escolar, Editorial, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 65, Núm. 3 • May.-Jun. 1998, p. 90-92

Vega Franco Leopoldo, Editor, Dr. Rafael Ramos Galván (1914-1998), *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 65, Núm. 6 • Nov.-Dic. 1998, p 261

Vega Franco Leopoldo, La educación de los niños en el cultivo del hombre, *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 67, Núm. 6 . Nov.-Dic. 2000, p 248-250

Véjar Lacave Carlos, La comunidad como factor etiopatogénico de la conducta antisocial de la juventud, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, Agosto de 1962, p. 652-658.

Velasco Fernández Rafael, III. Los trastornos de la conducta en el escolar mexicano, *Gaceta Médica de México*, Vol. 4, agosto, 1972, p. 201-205

Velasco Suárez Manuel M., Etiopatogenia en el individuo, *Gaceta Médica de México*, Tomo XCII, No. 8, agosto, 1962, p. 640- 645.

Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Cardiel Héctor, Fleiz Clara, Alcántar Eva, Hernández Suhaili, Parra Julieta, Néquiz Guadalupe, la situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México, *Salud Mental*, Vol. 22, No. 2, abril 1999, p. 18-29

Villatoro Jorge, Medina-Mora Ma. Elena, Rojano Cintia, Fleiz Clara, Bermúdez Patricia, Castro Patricia, Juárez Francisco. ¿ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*, Vol. 25, No. 1, febrero 2002, p. 43- 54.

Villatoro Velásquez J., Andrade Palos P., Fleiz Bautista C.; Medina Mora Icaza M.E., Reyes Lagunas I., Rivera Guevara E.; La relación padres hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes, *Salud Mental*, Vol.20, No. 2, junio 1997, p. 21-27

Villatoro Velásquez Jorge A., Medina-Mora Icaza Ma. Elena, Hernández Valdés Mónica, Fleiz Bautista Clara M., Amador Buenabad Nancy G., Bermúdez Lozano Patria, La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y Evolución del Consumo de Drogas. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 1, febrero 2005, p. 38- 51

Wagner Fernando A., González-Fortaleza Catalina, Aguilera Rosa Ma., Ramos-Lira Luciana E., Medina Mora Ma. Elena, Anthony James C. Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 2, abril 2003, p. 22- 32.

Zárate Arturo, Alteraciones ginecoendocrinas en la adolescencia y en la pubertad, Gaceta Médica de México, Vol. 104, No.1, julio 1972, p. 45-55.

Zimmerman Rebeca, Morales Carolina, Buendía Agustín, Saad Elisa, Los servicios de salud mental para niños y adolescentes en el Valle de México, *Salud Mental*, Vol. 4, No. 2, verano 1981, p. 4-7

Consulta Internet

Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A., Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Publica*, México, 2001;43:464-477. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Centros de Integración Juvenil, A.C, *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores, México, 2006*: Sitio Web: www.cij.gob.mx, op. Cit.

Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA., Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2002;44:492-498. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.

Centros de Integración Juvenil, A.C *Habilidades para la vida. Guía para educar con valores, México, 2006*: Sitio Web: www.cij.gob.mx

El secretario de Desarrollo Social, Ernesto Nemer Álvarez, y la directora general del Instituto Mexiquense de la Juventud (Imej), Melissa Vargas Camacho, inauguraron el Centro Interactivo de Atención a la Juventud Poder Joven. Ixtlahuaca, Estado de México, <http://www.estadodemexico.com.mx/portal/noticias/article.php?storyid=1407>, Jueves 11 de Septiembre de 2008. Consultado el 25 de septiembre 2008.

Gómez-Dantés Octavio, Garrido-Latorre Francisco, López-Moreno Sergio, Villa Blanca y López-Cervantes Malaquías, *Evaluación de programa de salud para población no asegurada*. Assessment of the health program for the non-insured population Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Publica, Cuernavaca, Morelos, México Rev. Saúde Pública, 33 (4): 401-12, 1999, www.fsp.usp.br/rsp <http://culturaysalud.wordpress.com/2008/11/11/sistemas-medicos-modelos-medicos-2-conceptos-basicos/>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Historiograf%C3%ADa>, Wikipedia, la enciclopedia libre. p. 8

http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_hist%C3%B3rico. Método histórico, *Primer programa de salud*
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm, Investigador responsable: E: Abigail Becerra Millan

Wikipedia, la enciclopedia libre

http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm,
Investigador responsable: E: Becerra Millan Abigail¹

Wilkie James, *La Revolución Mexicana (1910-1976): Gasto federal y cambio social*, Fondo de Cultura Económica, 1967, 198; en

http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm,
Investigador responsable: E: Abigail Becerra Millan *Primer programa de salud*