

La escolaridad de la madre, los albergues de residencia temporal, el sexo de los niños, el número de hijos en el hogar y el tipo de migración son factores que deben ser considerados en las estrategias de promoción de la salud orientadas a lograr la inmunización universal en este grupo de niños y niñas.

Rosa Mirelle Bárcenas-López, MC,⁽¹⁾

mirelle_md@live.com.mx

Rafael Curiel-Reyes, M Cirujano y Partero,⁽²⁾

Ramiro Caballero-Hoyos, DCS,⁽³⁾

Alberto Villaseñor Sierra, PhD.⁽⁴⁾

⁽¹⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Tlanepantla, Estado de México, México

⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad de Colima. México

⁽³⁾Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hospital General de Zona UMF No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social. Colima, México

⁽⁴⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México

Referencias

- Dillon B. Nuevas consideraciones para el estudio de la movilidad territorial de la población. El caso de las migraciones internacionales. *Huellas* 2009;13:113-129.
- Kiros GE, White MJ. Migration, community context, and child immunization in Ethiopia. *Soc Sci Med* 2004;59:2603-2616.
- MacPherson DW, Gushulak BD, Macdonald L. Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. *Bull World Health Organ* 2007;85:200-206.
- Caballero-Hoyos JR, Pineda-Lucatero AG. Estudios sobre la salud de los jornaleros migrantes indígenas cañeros de Cuahtémoc, Colima. Colima: Universidad de Colima, 2011.
- Secretaría de Desarrollo Social. Programa de atención a jornaleros agrícolas. México DF: Sedesol, 2004.

Prevalencia de acoso escolar (bullying) en estudiantes de una secundaria pública

Señor editor: Con la presente carta mostramos los resultados de la prevalencia de acoso escolar y las formas de intimidación en estudiantes de una escuela secundaria pública. La violencia juvenil es una de las formas más visibles de violencia perpetrada por jóvenes de entre 10 y 21

años, principalmente. El acoso escolar o *bullying*^{1,2} se presenta cuando un estudiante es tiranizando o victimizado por parte de otro u otros estudiantes, y se expone repetidamente a estas acciones negativas que se pueden realizar a través de contacto físico, de palabras, o de otras maneras tales como gestos o exclusión intencional del grupo al que la víctima pertenece. En México, entre 20 y 32% de los estudiantes afirma estar expuesto a violencia.^{3,4}

El cuestionario utilizado para evaluar acoso escolar en este estudio es un instrumento estandarizado y validado que califica la presencia de agresores y víctimas de acoso escolar con dos preguntas diana: ¿Qué tan frecuentemente han abusado de ti en la escuela en los últimos dos meses? y ¿Qué tan frecuentemente has participado en actos de abuso contra un estudiante(s) en la escuela en los últimos dos meses? Los estudiantes fueron clasificados como no participantes de abuso, participantes en la intimidación (agresores), intimidados (víctimas) y participantes en la agresión a otros e intimidados (mixtos).

Se encuestó a 321 estudiantes de una escuela secundaria pública de Tijuana, Baja California; 170 (54%) fueron mujeres con una edad promedio de 13.5 ± 0.93 años, y 91 estudiantes (28%) refirieron acoso escolar: 34 (17%) fueron víctimas, 17 (19%) agresores y 40 (44%) víctimas-agresores (mixto). En 52, 62, 71 y 22% de

los estudiantes el acoso escolar fue físico, verbal, social (daño en las relaciones interpersonales) o cibernético, respectivamente, mientras que 39% de los estudiantes refirió que el agresor se encontraba en la misma clase que la víctima; 75% refirió haber tenido acoso escolar en más de un sitio dentro y fuera de la escuela, 14% en el área de juegos / patio, 6% en clase y 6% de ida y vuelta a la escuela. Los hombres que fueron víctimas refirieron mayor frecuencia de acoso verbal (95 vs. 67%, $p=0.003$) y físico (67 vs 33%, $p=0.04$) que las mujeres. Las mujeres que fueron víctimas refirieron mayor frecuencia de acoso escolar cibernético (33 vs. 11%, $p=0.12$) que los hombres.

La conducta agresiva entre los estudiantes es un problema común y universal, tradicionalmente aceptada como un fenómeno natural que en la mayoría de las veces no se le da la atención adecuada. Sin embargo, el acoso escolar puede tener efectos inmediatos o tardíos en la salud general y mental⁵ por lo que es necesaria la implementación de medidas preventivas para lograr una saludable y segura coexistencia social entre los estudiantes.

Diana Socorro Avilés-Dorantes,⁽¹⁾

MC. Abraham Zonana-Nacach,⁽²⁾

abraham.zonana@imss.gob.mx

MC. María Cecilia Anzaldo-Campos.⁽³⁾

⁽¹⁾Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, México.

Cuadro I

ACTOS DE INTIMIDACIÓN EN CONTRA DEL ESTUDIANTE. PREVALENCIA DE ACOSO ESCOLAR Y LAS FORMAS DE INTIMIDACIÓN EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA SECUNDARIA PÚBLICA. TIJUANA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO

	n	%
Me pusieron apodos ofensivos	66	72
Dijeron mentiras o rumores falsos sobre mí	56	61
Me insultaron con comentarios o gestos con tonos sexuales	47	52
Me pegaron, patearon, empujaron	47	52
Me excluyeron a propósito de lo que estaban haciendo	39	43
Me quitaron dinero o dañaron mis pertenencias	35	38
Me insultaron con comentarios acerca de mi raza o color de piel	33	36
Me amenazaron o forzaron a hacer cosas que no quería	25	27
Me mandaron mensajes o fotos crueles por celular, teléfono o internet	20	22

⁽²⁾Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica, Hospital General Regional No. 20, Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana, Baja California, México.

⁽³⁾Departamento de Educación e Investigación, Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 27. Tijuana, Baja California, México.

Referencias

1. Craig W, Harel-Fish Y, Fogel-Ginvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons- Morton D, et al. A cross national profile and bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009;54 (suppl 2):216-224.
2. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School Bullying Among US Adolescents: Physical, Verbal, Relational and Cyber. *J Adolesc Health* 2009; 45: 368-375.
3. Consulta Infantil y Juvenil 2000. [sitio en internet] [Consultado: 2010 diciembre 5]. Disponible en: <http://www.ife.org.mx/documentos/wwwife/confecon.htm>
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006. México. [sitio en internet] [Consultado: 2010 noviembre 15]. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
5. Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pub Mex* 2011;53:220-227.

Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente

Señor editor: El suicidio es un fenómeno multidimensional que ha sido abordado desde diversas disciplinas y corrientes

teóricas. Desde el punto de vista clínico y de salud pública el suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo y se considera que es la tercera causa de muerte en adolescentes.

La tasa de suicidio en los países en desarrollo va en aumento, pero además existen diferencias en las tasas de suicidio entre los países latinoamericanos. Algunas de estas diferencias pueden explicarse por factores religiosos o culturales así como por la frecuencia de algunos factores de riesgo como desempleo, acceso a potenciales métodos letales, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. En algunos países latinoamericanos se describen altas frecuencias de ideación e intento suicida en personas entre los 10 y 24 años (cuadro I).¹⁻⁷ Los resultados de diversos estudios señalan que los hombres se suicidan entre tres a cuatro veces más que las mujeres, aunque son las mujeres quienes más lo intentan. Este patrón puede explicarse por una mayor frecuencia de síntomas depresivos y el uso de métodos menos letales por parte de las mujeres. Se ha observado que las mujeres, en 46% de los casos, produjeron su muerte por intoxicación o envenenamiento, en tanto que los hombres prefirieron la asfixia mecánica por ahorcamiento en 40% de los casos.

Al momento de su muerte 90% de los suicidas presentaban por lo menos un trastorno mental, por lo que este se considera el principal factor de ries-

go. Entre estos, los más relacionados con riesgo suicida son los trastornos depresivos, bipolares, esquizofrenia y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas; además el desempleo, ser soltero o separado, tener una pobre red de apoyo social, historia de abuso sexual, historia familiar de suicidio y el haber intentado suicidarse previamente son considerados otros factores de riesgo para suicidarse.

En una revisión sistemática realizada en 2005 se concluyó que 29.9% de adolescentes ha tenido ideas suicidas en algún momento de su vida y 9.7% han atentado contra sí mismos alguna vez en la vida.⁸ La ideación suicida en muchas ciudades sudamericanas está por encima del promedio mencionado en la revisión sistemática, pues oscila entre 17.1% en Brasil (2005)⁴ y 59.7% en Chile (2007).⁶ Llama la atención que en Perú, en estudios realizados sobre todo en zonas urbanas, este problema aparece con una frecuencia hasta 20% mayor al promedio sudamericano. En Perú el antecedente de intento suicida fluctúa entre 2.9% en la sierra (2003)¹ y 22.3% en la costa norte (2011),³ por lo que sería importante estudiar cuáles son los factores que lo propician, pues la evidencia de estudios realizados en este grupo etario lo proyecta como la principal comorbilidad y causa de mortalidad asociada con los trastornos mentales para 2020. Además, su investigación debe ser uno de los ejes del estudio de la salud mental, tema que

Cuadro I
IDEACIÓN, PLAN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES DE SUDAMÉRICA 2003-2011

Característica	Perú 2003 - 2011				Brasil 2005	México 2006-2009	Chile 2007	Colombia 2008
	Lima metropolitana ¹ 2005 (n=1 450)	Sierra norte y centro ¹ 2003 (n=1 568)	Amazonia ² 2008 Pucallpa, Ucayali (n=263)	Costa norte ³ 2011 (n=844)	Campinas, Sao Paulo ⁴ (n=515)	Colima, México ⁵ (n=12 424)	Metropolitana de Santiago, Chile ⁶ (n= 1 249)	Región de Manizales, Colombia ⁷ (n= 1 298)
Rango de edad	15-24	12-17	12-19	10-18	> 14	14-19	14-19	15-24
Pensado o deseado morir %	48.0	26.9	33.6	47.4	17.1	47	59.7	45.3
Pensado o querido hacerse daño %	-	-	-	37.1	-	-	-	41.1
Suicidio como solución a sus problemas %	30.0	9.8	21.1	40.7	16.5	39	46.0	1.8
Planeado cómo suicidarse %	15.1	3.8	-	36.1	4.8	-	36.0	2.4
Antecedente intento suicida %	8.7	2.9	18.1	22.3	2.8	9	18.8	-