

CARTAS AL EDITOR

Baja cobertura de vacunación en niños y niñas migrantes indígenas

Señor editor: Con la presente enviamos resultados de un estudio sobre coberturas de vacunación de niños indígenas migrantes en un contexto agroindustrial cañero de México para su publicación.

La migración laboral de los indígenas mexicanos en situación de pobreza extrema constituye un proceso de movilidad basado en una estrategia individual o familiar de supervivencia.¹ Su dinámica con constantes cambios de residencia ha desfavorecido la vacunación sistemática de los niños y niñas,² lo que ha contribuido a incrementar su vulnerabilidad para la adquisición y transmisión de enfermedades infecciosas.³

Las familias jornaleras migrantes indígenas son un grupo en situación de pobreza extrema y alto grado de marginalidad. Se caracterizan por una elevada proporción de niños en su pirámide poblacional, por altos índices de morbimortalidad y por un limitado acceso a los servicios de salud.^{4,5}

Se realizó un estudio longitudinal y analítico con dos propósitos: 1) describir el cambio en la cobertura de vacunación en los niños migrantes durante su estancia de seis meses en albergues del contexto agroindustrial cañero de Cuauhtémoc, Colima; y 2) identificar factores asociados con la vacunación completa.

Se incluyeron en el análisis 154 niños y niñas presentes en las dos fases del estudio que pertenecían a las etnias Nahua y Amuzgo, con edades entre los

0 y 14 años (mediana = 5 años) y estaban alojados como migrantes o residentes recientes en los albergues cañeros.

Para establecer la significancia en el cambio esperado de porcentajes de cobertura y dosis suministradas se calcularon las pruebas McNemar y Wilcoxon. A su vez, se calcularon *odds ratios* (crudos y ajustados) e intervalos de confianza de 95% para identificar factores asociados con el esquema de vacunación completa. Este esquema se clasificó por grupos de edad tomando en cuenta el año de introducción de nuevas vacunas al esquema nacional de vacunación (SRP en 1998, Hib y HB en 1999, influenza 2005, neumocócica y rotavirus 2007).

Cambio en la cobertura de vacunación durante el periodo de estudio

Durante la zafra fueron vacunados 49.2% de los niños a los que les correspondía vacunarse. Las diferencias de cobertura de vacunación entre enero y mayo de 2011 variaron en un intervalo de 0 a 8.7%. El único cambio significativo se dio en la aplicación esperada de dosis adicionales de polio ($p < 0.01$), mientras que no hubo cambios sustanciales en la aplicación de las vacunas de hepatitis B, refuerzo de DPT y refuerzo de hepatitis B y Td.

Factores asociados con esquemas completos de vacunación

Al finalizar la zafra, 25.3% de los niños alcanzaron un esquema completo de vacunación para su edad. Ningún niño

menor de un año tuvo el esquema completo debido a que fue nula la cobertura de las vacunas DPT+Hib, polio, rotavirus y neumocócica. A su vez, el grupo con mayor porcentaje de esquemas completos fue el de 1 a 4 años (40%).

Se identificaron como factores asociados con esquemas completos la mayor escolaridad de la madre (OR=3,33, IC95%: 1.39-7,98), alojarse en un albergue con menor distancia espacial para acceder a los servicios de salud (OR=3,04, IC95%: 1.25-7,38), el sexo masculino del niño (OR=2.80, IC95%: 1.19-6,58), el mayor número de hijos en el hogar (OR=2,65, IC 95%: 1,06-6,63) y la migración golondrina caracterizada por un mayor grado de movilidad espacial (OR=1,77, IC95%: 1.19-2,62).

Comentario

Durante el periodo de estudio (enero y mayo de 2011) hubo un bajo porcentaje de incremento en el número de vacunas registradas en las cartillas. En ese lapso, se implementó la llamada Semana Nacional de Salud en la que el personal médico aplicó a los niños sobre todo dosis adicionales de polio (en algunos casos con aplicaciones de dosis extras) y se omitió la aplicación de otras vacunas (rotavirus, neumocócica, hepatitis B y Td). El bajo porcentaje en la cobertura completa de vacunación, en comparación con la media nacional, hace susceptibles a los niños y niñas migrantes indígenas a contraer enfermedades prevenibles, lo cual ahonda su situación de vulnerabilidad social por tener una alta desprotección ante daños potenciales a su salud.

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