

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Población joven y violencia interpersonal: reducción de la vulnerabilidad y opciones de futuro

Introducción

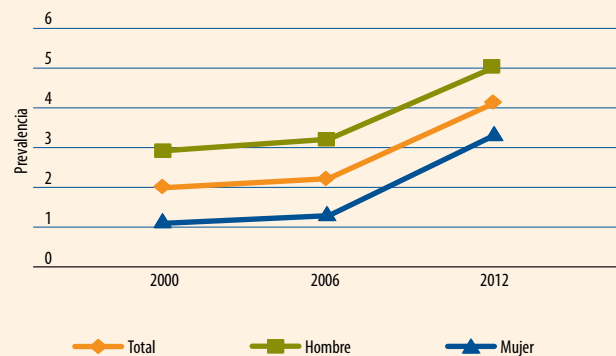
En el mundo cada día mueren aproximadamente 565 niños, adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años a causa de la violencia interpersonal (VI).¹ Este tipo de violencia abarca la intrafamiliar, la de pareja, y la comunitaria, en donde se incluyen los robos, riñas y secuestros en espacios públicos. Las consecuencias de la violencia incluyen lesiones que pueden requerir atención hospitalaria, daños a la salud mental, discapacidad y muerte. Por cada homicidio juvenil, hay alrededor de 20 a 40 víctimas que reciben tratamiento en hospitales.¹ América Latina es la región donde las tasas de homicidios en población joven son más altas, aunque existen diferencias importantes entre países. La tasa más elevada es la de Colombia (84.4 por 100 000 habitantes), y le siguen El Salvador (50.2 por 100 000 hab.), Brasil (40.97 por 100 000 hab.) y México (16.15 por 100 000 hab.).¹ Los hombres tienen un riesgo de homicidio mayor que las mujeres, y principalmente mueren a manos de otros hombres en espacios públicos;² las mujeres son asesinadas por hombres con quienes están vinculadas sentimentalmente. En México, durante 2008 murieron un total de 13 900 personas por agresiones³ y para 2010 esta cifra aumentó a 25 757,⁴ ubicándose en la séptima posición de las causas de mortalidad, con una tasa de 22.9 por 100 000 habitantes.⁴

Resultados

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), en México cerca de 1 712 485 adolescentes y

adultos jóvenes (10 a 29 años de edad) reportaron daños a la salud a consecuencia de la VI. La prevalencia nacional de daños a la salud a causa de la VI en los últimos 12 meses en jóvenes fue de 4.1% (IC-95% 3.7-4.6); ésta es mayor a la reportada en los años 2000 y 2006. Tanto en hombres como en mujeres, se registra un incremento en la frecuencia de este tipo de violencia si se toman como referencia los datos de la ENSA 2000. En los hombres, esta prevalencia alcanzó, para 2012, 5% (IC-95% 4.3-5.7) (figura 1).

Figura 1. Prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal según año de aplicación de la ENSANUT. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



Entre los adultos jóvenes (20 a 29 años), la prevalencia de VI en 2012 fue de 4.4% (IC-95% 3.6-5.3), dos veces más de lo reportado en 2006. Para el grupo de adolescentes (10 a 19 años), la prevalencia actual es de 3.9% (IC-95% 3.5-4.3), 2.6 veces mayor que la prevalencia en 2000 y 1.7 veces mayor que en 2006. Por grupo de edad, la prevalencia es mayor en hombres, en el grupo de 16 a 19 años (5.6%) y de 20 a 24 (6.7%) (figura 2).

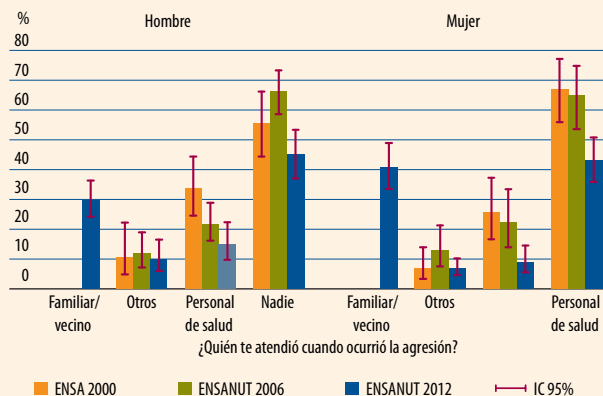
Consecuencias de la violencia en población joven en México:

- En 2012, 12.6% de jóvenes que reportaron daños por VI recibieron atención por personal de salud; 44.2% no se atendió cuando ocurrió la agresión (figura 3).
- Las principales consecuencias a la salud por violencia fueron de tipo mental (7.8%) y físicas (3%). La proporción de mujeres que reportaron consecuencias a su salud mental fue de 11.8%. En hombres esta proporción fue de 5.1% (figura 4).
- La frecuencia de las lesiones o limitaciones físicas permanentes es similar entre hombres y mujeres (3.2 y 2.8%, respectivamente) (figura 4).

Recomendaciones

La ENSANUT 2012 documenta un aumento importante en la frecuencia con que la población reporta haber sufrido consecuencias de la violencia; este aumento indica la necesidad de realizar estudios para entender mejor este fenómeno y diseñar estrategias e intervenciones apropiadas desde el sector salud que tengan repercusión sobre la violencia en comunidades que se documenta en este reporte.

Figura 3. Usuarios de servicios de salud, por lesiones causadas por violencia interpersonal, según sexo y grupo de edad. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



Se propone realizar un diagnóstico nacional especializado que incluya:

- Identificación de factores que aumentan o disminuyen el riesgo de VI y que podrían modificarse mediante intervenciones, diferenciando por grupos de edad y sexo.
- Selección de factores que abarquen desde una perspectiva ecológica los niveles: individual, familiar, relacional inmediato con los pares (barrio y escuela), institucional (instituciones existentes para los y las jóvenes, y su respuesta

Figura 2. Prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal, según sexo y grupo de edad. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

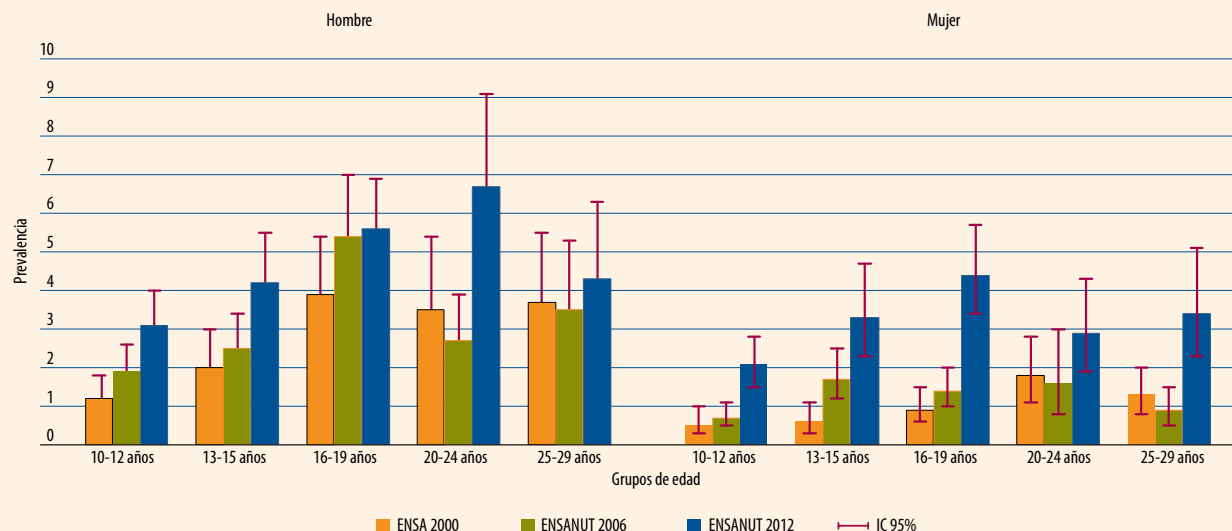
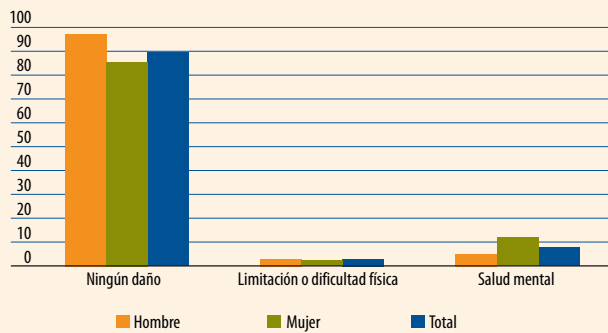


Figura 4. Porcentaje de lesionados por violencia interpersonal que reportaron tener consecuencias permanentes en su estado de salud, según sexo. México, ENSANUT 2012



ante ellos), cultural (normas, creencias y valores) y estructural (principalmente la escolaridad y el empleo) para dar cuenta de qué variables pueden operar como “riesgo” o “protección” en contextos que en general pueden considerarse poco favorables, adversos y expuestos a una serie de desventajas, de modo que dificultan el decidir sobre trayectorias de vida alternativas a la violencia.

- Identificación y adopción de programas que puedan ser implementados en las escuelas, ya que se ha demostrado que tienen mejores resultados para reducir la violencia, más aún si en ellos se combinan varios contextos, como la familia, el salón de clase y la comunidad.⁵
- Adopción de medidas que permitan incidir tanto a nivel primario como secundario; es decir, identificar y abordar factores específicos y modificables que posibiliten evitar comportamientos violentos, por un lado, y por el otro, contar también con aquellos dirigidos a disminuir las secuelas derivadas de la violencia en la salud mental, tales como el trastorno por estrés postraumático, la depresión y el inicio en el consumo temprano de sustancias.
- El abordaje debe orientarse a descriminalizar la violencia interpersonal juvenil y generar una descripción crítica de la problemática más allá de los estereotipos asociados con los jóvenes, particularmente aquéllos pertenecientes a los sectores menos favorecidos social y económicamente.

Acciones

1. Ampliar las funciones del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) para transformarlo en un centro nacional de prevención de la violencia, lo que implicaría incluir las lesiones intencionales.
2. Convocar la participación de las diferentes instancias, tanto programas del gobierno federal y local como instituciones académicas y de la sociedad civil que estén llevando a cabo actividades de investigación o intervención para atender la VI, en cualquiera de sus expresiones, para conformar un sistema nacional para la atención y prevención de la violencia en población joven.
3. Uno de los propósitos será hacer una compilación de los datos existentes, y la documentación de experiencias de intervención que hayan sido exitosas para la atención y prevención de la VI en población joven en México y América Latina.
4. Diseñar y desarrollar un modelo de prevención de la violencia para adolescentes y jóvenes en las escuelas.

Conclusiones

La población joven en México está expuesta a sufrir daños a la salud física y mental a consecuencia de la violencia, que abarcan desde lesiones leves hasta permanentes e incluso la muerte. Sin embargo, no existen en nuestro país esfuerzos articulados que permitan llevar a cabo acciones de prevención y atención de la violencia en este sector tan importante de la población, que transita de la vulnerabilidad social y el desaliento a la criminalización y la muerte prematura.

Referencias

1. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
2. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.
3. Dirección de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. 2012; <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>. Consultado: 17 de Mayo de 2012.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI.) 2012; <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/> Consultado: 15 de octubre de 2012.
5. Webster-Stratton C., Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2001 (2) 165-192

Responsables: Rosario Valdez Santiago,* Mariana Mojarro Iñiguez,* Elisa del Carmen Hidalgo Solórzano,* Leonor Rivera Rivera,† Luciana Ramos Lira.‡

* Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México

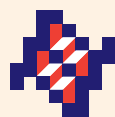
† Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México

‡ Instituto Nacional de Psiquiatría. México

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>



Instituto Nacional
de Salud Pública

