

Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 6, No. 6, 1985

Adolescencia y juventud: algunos aspectos demográficos y epidemiológicos¹

Introducción

El reconocimiento de adolescentes y jóvenes como parte integrante de los programas sociales y de salud es relativamente reciente y representa un cambio significativo en las políticas y estrategias de desarrollo. Su inclusión en los planes de salud ha sido una innovación, no solo en la Región de las Américas, sino en el mundo entero. Dicha incorporación se hace cada vez más necesaria a raíz del crecimiento numérico y proporcional de este grupo de edad, por la extensión del período juvenil al prolongarse la educación y por la creciente capacidad de expresión propia de los grupos de jóvenes y adolescentes.

La definición y el enfoque conceptual del adolescente y del joven varían según los objetivos que se tengan presentes al establecer los límites cronológicos de esos períodos (1,2). Parece existir consenso en que el término "adolescencia" se refiere a un proceso primariamente biológico, que trasciende al área psicosocial y que constituye un período durante el cual se inicia y trata de perfeccionarse la madurez de la personalidad, el sentido de identidad, la capacidad de abstracción y, como resultado de todo ello, la adaptación armó-

nica al ambiente familiar y comunitario. Esta etapa transcurre entre los 10 y los 20 años de edad. El concepto de juventud, en cambio, es una categoría fundamentalmente sociológica y se refiere al proceso en que las personas comienzan a formar parte de la sociedad, con plenos derechos y responsabilidades. Las variables más importantes para la delimitación cronológica de la juventud están constituidas por la oportunidad y duración tanto de las actividades educativas formales básicas y de orientación vocacional, como de las posibilidades de incorporación efectiva a la fuerza de trabajo. Esta definición del período juvenil abarca de los 15 a los 24 años de edad, incluye la etapa pospuberal de la adolescencia y la prolonga hasta llegar, imperceptiblemente, a la condición de adulto. Para los fines de este informe se tomará especialmente en consideración el grupo de edad de 15 a 24 años.

Comparado con otras especies biológicas, el ser humano se demora bastante en adquirir nuevas pautas de conducta, requiriendo para madurar un período estimado en unos 20 años de vida. Por otra parte, cuanto más avanzada es una sociedad desde el punto de vista técnico, más largo es el período de maduración social del adolescente (3).

¹El presente artículo resume el contenido del primer capítulo de *La salud del adolescente y el joven en las Américas*, Publicación Científica 489 (1985) de la OPS. Su inclusión en el *Boletín Epidemiológico* responde a la importancia que es preciso otorgar a las necesidades de salud de los adolescentes y jóvenes de la Región de las Américas, así como a la intención de participar en la celebración del Año Internacional de la Juventud declarado por la Asamblea General de las Naciones Unidas para 1985.

Aspectos demográficos

En los últimos decenios, la población de adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas ha experimentado un aumento considerable tanto en números absolutos como en

EN ESTE NUMERO . . .

- Adolescencia y juventud: algunos aspectos demográficos y epidemiológicos
- Los registros de cáncer
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

- El Registro Nacional de Tumores de Costa Rica
- La información sobre el cáncer en Brasil
- Calendario de cursos y reuniones
- Publicaciones

su proporción en relación a otros grupos de edad. Para América Latina y el Caribe la proporción del grupo de 15 a 24 años supera el 20% de la población total y ha llegado a ser una de las más elevadas del mundo, comparable solo con la correspondiente al sur de Asia (4).

El número total de jóvenes para América Latina y el Caribe ascendía a 38,5 millones en 1960 y a 73 millones en 1980, de modo que en 20 años casi se había duplicado. Las proyecciones de las Naciones Unidas indican que hacia el año 2000 habrá alrededor de 107 millones de jóvenes en la Región, virtualmente tres veces más que en 1960. Entre 1960 y 1980, la proporción de jóvenes aumentó en relación con el total de la población, pasando de 17,9 a 20,2%. Las variaciones en las tendencias demográficas permiten esperar que hacia el año 2000, esta proporción se reduzca levemente, pero manteniéndose siempre en una cifra cercana al 20%.

Este fenómeno de crecimiento relativo de la población juvenil se asocia a un alto ritmo de urbanización, más pronunciado aún que el observado en la población general. En la mayoría de los países de la Región existe un intenso proceso de migración interna de los jóvenes desde las zonas rurales a las urbanas. Se supone que esas tendencias se acentuarán en el futuro y que la concentración urbana convergirá preferentemente en las grandes metrópolis, cuyos cinturones marginales representan áreas de riesgo para la adquisición de enfermedades y comportamientos negativos por parte de jóvenes y adolescentes (4).

Situación de salud

Principales causas de defunción

La salud del adolescente, al ser un eslabón del ciclo vital, está fuertemente condicionada por el desarrollo de las etapas previas. Además, el proceso de maduración que experimenta el joven influye en las nuevas enfermedades que contrae y pueden transferirse a las etapas posteriores de la vida trastornos no superados que pueden llegar a comprometer el futuro de su descendencia (1).

Dadas las variaciones individuales con que se presentan los cambios puberales, es evidente que los jóvenes y adolescentes forman un grupo heterogéneo desde el punto de vista de la salud. A esa diversidad biológica se agregan las grandes disparidades sociales existentes en la Región que, especialmente en esos grupos de edad, se traducen en importantes variaciones del perfil epidemiológico.

El adolescente presenta una baja mortalidad global, lo que a menudo limita la asignación de prioridad a este grupo. Sin embargo, las tasas de mortalidad según causa muestran la influencia de factores que requieren una clara definición intersectorial para la atención al adolescente.

La indudable utilidad de los análisis de mortalidad según causa está limitada por la calidad, muchas veces deficiente, del registro de defunciones y de la certificación médica. Además, la muerte como evento final de registro no permite detectar la prevalencia de patologías y comportamientos

anormales que tienen repercusiones sobre la salud del adolescente y más tarde sobre la del adulto. De allí la importancia que tienen, en particular para los jóvenes y adolescentes, los estudios de morbilidad que se están realizando en varios países.

El cuadro 1 señala las cinco principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 24 años, diferenciadas por sexo y subregión, y presenta un panorama general de la problemática de salud juvenil en las Américas.

Los accidentes aparecen como primera causa en ambos sexos en las cinco subregiones consideradas. La tasa específica de mortalidad es siempre mayor en los varones, siendo más del doble y llegando a cuadruplicar la de las mujeres. En términos porcentuales, los accidentes representan entre el 41 y 60% de todas las muertes de varones juveniles y entre el 16 y 48% en las mujeres (5).

La segunda causa corresponde a los homicidios o a los suicidios en los varones, en tanto que en las mujeres aparecen las enfermedades del corazón y las complicaciones del embarazo, excepto en América del Norte, donde los homicidios son también la segunda causa entre las mujeres.

Las complicaciones del embarazo están presentes entre las cinco primeras causas de defunción en las adolescentes de todas las subregiones de América Latina y el Caribe, ocupan el segundo lugar en América del Sur Tropical y en Mesoamérica Continental, y el cuarto lugar en el Caribe y en América del Sur Templada. Este hecho representa una diferencia epidemiológica importante al compararse con los países de América del Norte y es de destacar que en Mesoamérica Continental y en América del Sur Tropical esa causa contribuye el 10% o más de las defunciones de las mujeres en este grupo de edad.

En orden siguiente alternan, para ambos sexos, las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la influenza y neumonía, la enteritis y la tuberculosis. Las tres últimas causas mencionadas no debieran figurar en la mortalidad de este grupo de edad y su persistencia entre las cinco primeras causas en algunas subregiones señala problemas derivados del nivel socioeconómico y de la insuficiente cobertura de servicios.

En el cuadro 2 se proporcionan las tasas de mortalidad para todas las causas y para ciertos grupos de causas, por sexo, en algunos países de las Américas, alrededor de 1978. Como regla general se observa que en todos los países la tasa global de mortalidad de los varones es mayor que la de las mujeres y en la mayoría de los casos por lo menos la duplica. Para los varones, los valores extremos oscilan entre 117,0 defunciones por 100.000 habitantes de 15 a 24 años de edad (en el Uruguay) y 284,3 (en Guatemala) y, para las mujeres, entre 53,1 (en Costa Rica) y 200,5 (en Guatemala).

Los accidentes originan las tasas de mortalidad más altas entre los varones de todos los países. Entre las mujeres, los accidentes también constituyen la causa de muerte más importante en diez de los quince países, en tanto que en cuatro países (Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú) las causas

Cuadro 1. Cinco primeras causas de defunción en jóvenes de 15 a 24 años, tasas por 100.000 habitantes y porcentajes de defunción según sexo y subregión de las Américas, alrededor de 1978.

Causa ^a	Hombres		Mujeres		
	Tasa	%	Tasa	%	
<i>Caribe^b</i>					
Accidentes	65,2	45,8	Accidentes	31,1	32,3
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	20,8	14,6	Enfermedades del corazón	7,2	7,5
Enfermedades del corazón	5,8	4,1	Tumores malignos	5,7	5,9
Tumores malignos	5,6	4,0	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	5,7	5,9
Influenza y neumonía	3,9	2,7	Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	3,3	3,5
<i>Mesoamérica Continental^c</i>					
Accidentes	109,5	47,6	Accidentes	21,1	16,2
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	32,0	13,9	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	13,1	10,0
Influenza y neumonía	9,0	3,9	Enfermedades del corazón	10,6	8,2
Enfermedades del corazón	9,0	3,9	Influenza y neumonía	8,6	6,6
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	5,7	2,5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	6,8	5,2
<i>América del Sur Templada^d</i>					
Accidentes	71,1	50,6	Accidentes	18,6	22,9
Suicidio	9,4	6,7	Enfermedades del corazón	6,3	7,8
Tumores malignos	9,3	6,6	Tumores malignos	6,2	7,6
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	8,7	6,2	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	6,0	7,4
Enfermedades del corazón	6,9	4,9	Suicidio	5,8	7,1
<i>América del Sur Tropical^e</i>					
Accidentes	74,7	40,8	Accidentes	18,1	16,5
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	28,2	15,4	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	12,9	11,8
Tuberculosis	7,3	4,0	Tuberculosis	7,0	6,4
Suicidio	6,8	3,7	Enfermedades del corazón	6,6	6,0
Enfermedades del corazón	6,7	3,6	Tumores malignos	5,5	5,1
<i>América del Norte^f</i>					
Accidentes	101,3	60,1	Accidentes	28,1	47,8
Suicidio	20,3	12,1	Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	5,4	9,3
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	18,3	10,9	Suicidio	4,7	8,1
Tumores malignos	7,5	4,5	Tumores malignos	4,7	8,0
Enfermedades del corazón	3,0	1,8	Enfermedades del corazón	2,0	3,4

Fuente: Oficina de Estadísticas de Salud, OPS.

^aLos grupos de causas corresponden a la 8^a Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* y comprenden los siguientes códigos: enteritis y otras enfermedades diarreicas, 008-009; tuberculosis, 010-019; tumores malignos, 140-209; enfermedades del corazón, 390-429; influenza y neumonía, 470-474, 480-486; complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, 630-678; accidentes, E800-E949, E980-E989; suicidio, E950-E959; homicidio, intervención legal y operaciones de guerra, E960-F978.

^b*El Caribe*: Antigua, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Cuba, Dominica, Grenada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y Granadinas, Santa Lucía, y Trinidad y Tabago.

^c*Mesoamérica Continental*: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

^d*América del Sur Templada*: Argentina, Chile, Uruguay y las Islas Malvinas.

^e*América del Sur Tropical*: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela.

^f*América del Norte*: Canadá, Estados Unidos de América, Bermuda, y San Pedro y Miquelón.

Cuadro 2. Número de defunciones en la población de 15 a 24 años y tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, según grupos de causas, por sexo y país, alrededor de 1978.

País (año)	Sexo	Tasa según grupo de causas ^a						
		Todas las causas		Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Causas maternas	Accidentes	Suicidio
		No.	Tasa					
Argentina (1978)	M	3.529	136,9	8,4	8,6	—	66,3	8,4
	F	1.929	83,7	6,0	7,9	6,5	17,5	6,9
Colombia (1977)	M	5.209	188,1	6,7	7,2	—	66,2	6,9
	F	2.850	105,8	6,4	7,1	13,1	19,1	3,9
Costa Rica (1979)	M	326	127,9	9,8	6,3	—	71,8	5,5
	F	132	53,1	5,2	5,2	3,6	12,1	2,0
Cuba (1978)	M	1.060	130,5	7,6	4,8	—	89,3	14,7
	F	876	111,7	6,8	8,0	2,7	67,9	37,6
Chile (1979)	M	1.763	153,1	11,1	4,0	—	85,2	11,0
	F	878	77,7	6,2	3,7	5,5	20,1	3,5
Ecuador (1978)	M	1.650	214,1	6,1	12,5	—	87,5	7,0
	F	1.276	169,4	4,4	11,9	22,2	22,0	10,2
Estados Unidos de América (1978)	M	36.017	169,4	7,5	3,2	—	101,2	19,5
	F	12.483	59,6	4,8	2,1	0,6	28,4	4,6
Guatemala (1978)	M	1.962	284,3	5,4	7,1	—	127,2	...
	F	1.333	200,5	3,8	8,1	15,9	15,6	...
México (1976)	M	14.369	232,6	5,5	9,4	—	114,6	4,6
	F	7.627	128,1	4,5	11,3	13,1	23,0	1,8
Panamá (1978)	M	218	126,7	2,3	1,7	—	81,4	2,9
	F	133	76,4	6,3	3,4	6,9	15,5	0,6
Paraguay ^b (1978)	M	311	198,1	10,2	6,4	—	74,5	9,6
	F	249	159,6	7,7	12,8	31,4	16,0	4,5
Perú (1978)	M	1.961	119,6	4,3	4,3	—	32,5	2,9
	F	1.678	103,8	4,5	5,1	11,3	9,9	2,8
Trinidad y Tabago (1977)	M	179	138,9	8,5	3,9	—	69,1	16,3
	F	88	73,4	8,3	4,2	5,0	9,2	10,0
Uruguay (1978)	M	278	117,0	9,7	4,6	—	51,7	12,2
	F	164	71,6	7,4	3,1	3,9	22,3	6,5
Venezuela (1978)	M	3.211	229,2	7,7	5,3	—	132,5	11,3
	F	1.194	85,6	5,5	3,6	7,7	22,9	3,4

Fuente: Oficina de Estadísticas de Salud, OPS.

^aLos grupos de causas corresponden a la 8ª Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* e incluyen los siguientes códigos: tumores malignos 140-209; enfermedades del corazón, 390-429; causas de mortalidad materna, 630-678; accidentes, E800-E949, E980-E989; suicidio, E950-E959.

^bÁrea de información.

... Datos no disponibles.

maternas ocupan el primer lugar. Estas causas—las complicaciones del embarazo, parto y puerperio—tienen el más amplio margen de variación en este grupo de edad, desde 0,6 por 100.000 mujeres de 15 a 24 años de edad en los Estados Unidos de América hasta 31,4 en Paraguay; es decir, que el riesgo de muerte materna para una adolescente de este último país es 52 veces mayor que en el primero.

Pese a que el perfil de mortalidad de este grupo de edad tiende a mostrar menores diferencias entre países desarrollados y en desarrollo que el de otras edades, cabe destacar que en América Latina y el Caribe aún persisten países en los cuales las tasas de defunciones juveniles por enfermedades infecciosas y parasitarias alcanzan a dos dígitos. Por lo tanto, las cifras más recientes de mortalidad sobre este grupo

de edad, presuntamente más resistente, revelan la influencia de las desigualdades existentes en las distintas sociedades. Estudios más profundos, que incluyan datos sobre morbilidad y consideren las variables sociales y las relativas a los servicios de salud, permitirán la definición y utilización de estrategias más apropiadas para hacer frente a los problemas de adolescentes y jóvenes.

Tendencias de la mortalidad por ciertas causas

Al examinar las cinco primeras causas de defunción en jóvenes de 15 a 24 años es evidente que los accidentes y la violencia tienen una enorme importancia para la mortalidad

en ambos sexos; en las mujeres se suman además las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Es conveniente analizar, brevemente, las tendencias de la mortalidad por estas causas en años recientes.

Accidentes. Esta causa de muerte ocupa el primer lugar entre los niños mayores, adolescentes y jóvenes. En algunos países, los accidentes ocasionan más del 50% de las defunciones en esos grupos. Sin embargo, no solamente son importantes los accidentes mortales, ya que se estima que por cada persona que muere hay 15 heridos graves y de 30 a 40 heridos leves (2). Esto da una idea de las pérdidas y la incapacidad residual que producen, con el consiguiente esfuerzo que implica la rehabilitación de las víctimas. De todos los accidentes, los de tránsito son los que ocasionan el mayor número de muertes entre los adolescentes (6), en tanto que los que se producen en el hogar afectan en mayor medida a grupos de menor edad (7).

Existen datos disponibles no publicados de mortalidad por accidentes para el período de 1968 a 1982 en algunos países de la región, los cuales permiten observar que en Venezuela, las tasas de los hombres aumentaron hasta alcanzar un nivel considerable (141,3 en 1980). En las mujeres, las tasas también aumentaron, pero menos marcadamente y permanecen a un nivel mucho más bajo que el de los hombres (20,9 en 1980). En los Estados Unidos de América, por el contrario, las tasas de los hombres descendieron hasta mediados del decenio de 1970, para luego aumentar; en cambio, las de las mujeres se mantuvieron relativamente estables. En México se observó un aumento en las tasas de ambos sexos.

Suicidio. Algunos estudios sobre el suicidio entre los jóvenes revelan que las causas inmediatas de este acto de autodestrucción están relacionadas con problemas personales: fracasos amorosos y escolares, dificultades en las relaciones con los padres, embarazos de madres solteras, etc. El alcoholismo y, especialmente, las experiencias con drogas pueden contribuir directa o indirectamente al suicidio (8).

Datos no publicados de mortalidad por suicidio según sexo, en algunos países de la Región de las Américas, señalan que en Canadá hubo un notable ascenso en las tasas de los hombres: de 11,7 en 1968 a 25,5 en 1982 y que las de las mujeres oscilaron entre 3,2 y 5,9. En Cuba, las tasas de las mujeres ascendieron de 24,4 en 1968 a 37,6 en 1978; más del doble que las de los hombres durante todo el período y las más altas de las Américas. En cambio, en otros países como el Perú, el suicidio parece no ser un serio problema de salud en este grupo de edad.

Al analizar este problema es importante tener en cuenta que en América Latina el subregistro de muertes por suicidio es considerable. Aun en los países con una larga tradición en estadísticas vitales se nota cierto grado de omisión en los datos sobre el suicidio. Las razones varían de un país a otro, dependiendo no solo de los métodos utilizados para certificar la causa de muerte (médico u otra autoridad), sino también de los procedimientos empleados en el registro y la codificación, así como de las actitudes culturales de la

población. El estigma que se asocia al suicidio en algunas sociedades, la influencia de las creencias religiosas que condenan este acto y la legislación vigente en algunos países pueden ser razones adicionales que expliquen el subregistro.

Causas de mortalidad materna. Las altas tasas de defunción de adolescentes y mujeres jóvenes debido a causas maternas indican que es preciso enfocar de manera especial sus necesidades de salud relacionadas con el proceso reproductivo, incluida la planificación familiar.

Según los datos disponibles, las tasas de mortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en mujeres de 15 a 24 años de edad experimentaron un descenso en la Región entre 1968 y 1982; no obstante, permanecen mucho más elevadas que las de Canadá y Estados Unidos de América. Es notable el hecho de que, en Ecuador y Colombia, la acelerada disminución en las tasas lograda durante el decenio de 1960 fue reemplazada en el de 1970 por una disminución mucho más lenta y la permanencia de tasas relativamente altas. En Chile, las tasas se redujeron marcadamente durante todo el período, mientras que en Venezuela su descenso fue mucho menos acelerado.

Morbilidad general

La complejidad de los cambios que los adolescentes y jóvenes sufren y la trascendencia de los problemas que los afectan, hacen cada vez más imprescindible su conocimiento y atención. La adolescencia es una etapa crucial para la formación de hábitos de conducta que influyen sobre la salud propia y ajena, y se relacionan con el desarrollo de modelos de socialización, la vida sexual, el uso de diversas drogas—incluidos el alcohol y el cigarrillo—y, en algunos países desarrollados, la conducción a alta velocidad de automóviles u otros vehículos (9). Los hábitos que se adquieren a esa edad pueden tener una importancia vital para el futuro de adolescentes y jóvenes y permitirles o impedirles el pleno aprovechamiento de su potencialidad. Estas consideraciones son especialmente importantes cuando se tiene en cuenta que es posible influir sobre los hábitos que se adquieren durante la adolescencia y juventud, si se implantan estrategias adecuadas.

Respecto de las enfermedades ligadas al proceso reproductivo, desde el decenio de 1960 se ha observado un aumento sustancial en la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente la blenorragia o gonorrea, que es la enfermedad infecciosa notificable más común de la adolescencia. En los Estados Unidos de América la incidencia de esta enfermedad se duplicó durante el período de 1960 a 1974 en los adolescentes varones y se cuadruplicó en las mujeres de la misma edad. Otras enfermedades venéreas frecuentes en los adolescentes son las infecciones por clamidia, la sífilis y el herpes genital. La gonorrea—y su complicación más frecuente, la inflamación pélvica aguda—las infecciones por clamidia y el herpes genital han alcanzado proporciones epidémicas en numerosos países de la Región.

Las infecciones venéreas en adolescentes promiscuas pueden indicar la existencia de una patología subyacente importante como, por ejemplo, un grave estado de depresión. Estas infecciones pueden dar lugar a numerosos cuadros clínicos distintos y en un porcentaje de casos, conducir a la infertilidad.

Los trastornos mentales y psicosociales de los adolescentes comprenden una gama muy amplia de afecciones que incluyen desde los problemas de aprendizaje relativamente simples hasta trastornos psiquiátricos graves tales como depresiones profundas que pueden conducir a intentos de suicidio.

Otros problemas de salud que presentan los adolescentes incluyen los trastornos nutricionales (anemia por falta de hierro, desnutrición, obesidad, anorexia nerviosa), las alteraciones metabólicas y endocrinas como el bocio y la diabetes, diversas dermatosis—especialmente el acné—, los problemas dentarios y las enfermedades crónicas de distinta índole como el asma, la epilepsia, las infecciones renales y los problemas musculoesqueléticos y neurosensoriales (10).

Finalmente, hay que considerar que los adolescentes no crecen en un vacío social, sino que en esa etapa crítica de formación de sus valores y conducta ellos responden creativamente a las influencias familiares, culturales, políticas y socioeconómicas de su tiempo. No se deben subestimar estos efectos, especialmente en tiempos como los presentes y en algunas subregiones de las Américas, en donde, lamentablemente, gran parte de la población se encuentra aún gravemente afectada por la pobreza y los conflictos sociales.

Comportamientos generadores de riesgo

El abuso del alcohol, el cigarrillo y las drogas no es un fenómeno nuevo, pero se ha incrementado señaladamente en los últimos años. El consumo de esas sustancias se inicia a edades cada vez más tempranas y en las mujeres adolescentes es más frecuente que en el pasado. Un estudio realizado en 1984 por la División Estatal sobre Abuso de Drogas del Estado de Nueva York reveló que un 31% de estudiantes había experimentado con drogas antes de comenzar el séptimo grado. En la década de 1970, se observaron algunas nuevas tendencias relacionadas con el uso indebido de drogas, entre las que cabe mencionar la extensión geográfica del hábito, el empleo de drogas causantes de dependencia no solo por los jóvenes de grupos minoritarios y de escasos recursos económicos, sino por los adolescentes de las clases media y alta, y la tendencia al consumo de drogas múltiples por la misma persona. Esta última circunstancia resulta en la potenciación de los efectos y el consiguiente aumento de su peligrosidad.

Los peligros del consumo excesivo del alcohol ya han sido claramente demostrados. Por una parte, en vez de impedir el consumo de otras drogas, parece aumentar las posibilidades de que ello ocurra. Además, origina problemas

que rebasan los límites individuales. Se ha comprobado repetidamente que entre un 45 y 60% de los accidentes automovilísticos mortales provocados por conductores adolescentes se relacionan con el abuso del alcohol por parte de los mismos. Otro ejemplo es el efecto nocivo del alcohol sobre los hijos de adolescentes alcohólicas, los cuales pueden presentar el "síndrome de la embriopatía alcohólica", caracterizado por bajo peso al nacer, retardo del crecimiento, microcefalia y otros trastornos físicos y mentales.

El hábito de fumar tabaco comparte muchas de las características causales y los peligros del alcohol y las drogas. Está ampliamente demostrado que el fumar aumenta sustancialmente el riesgo de contraer bronquitis crónica, enfisema, enfermedades cardíacas y cáncer del pulmón y, en la mujer embarazada, disminuye el peso de sus hijos al nacer y también la resistencia de los mismos a las enfermedades.

El embarazo en las adolescentes constituye una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de los jóvenes. Como resultado de la mayor precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de medidas anticonceptivas, los embarazos en las adolescentes han aumentado notablemente en épocas recientes. En los Estados Unidos de América, las cifras anuales de adolescentes embarazadas entre los 15 y los 19 años de edad ha llegado a más de un millón. A estas cifras hay que agregar la de alrededor de 30.000 adolescentes embarazadas menores de 15 años que se observan cada año. Del millón de embarazos, aproximadamente 600.000 terminan en nacimientos, alrededor de 300.000 en aborto provocado y el resto en aborto espontáneo. En varios países de América Latina y del Caribe la proporción de embarazos en madres menores de 20 años supera el 30% del total.

Diversos estudios comparativos muestran la asociación entre la pobreza y la maternidad precoz. La pobreza es siete veces más frecuente entre las adolescentes que tienen un hijo que entre otras adolescentes. Además, la frecuencia de divorcio o separación de su compañero es tres veces mayor para las madres adolescentes y se estima que los salarios que recibirán hasta el final de sus vidas serán considerablemente inferiores a los que pueden esperar otras adolescentes.

Con respecto a los hijos de las adolescentes, la prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal y neonatal son más comunes en ellos que en los nacidos de mujeres adultas. La ocurrencia de embarazos repetidos en las adolescentes presenta características predictivas que pueden tener gran importancia para desarrollar estrategias de prevención efectiva de esas situaciones. Se ha demostrado que los embarazos tienden a repetirse con mucha mayor frecuencia en aquellas adolescentes que no se reintegran a la escuela o a la fuerza laboral después de tener un hijo. El que las jóvenes puedan hacerlo depende en gran medida de la ayuda que reciban de parte de su pareja. En ese sentido, cabe señalar que el padre adolescente ha sido tradicionalmente desatendido por los servicios de salud, a pesar de que en numerosas ocasiones la situación puede tener efectos tan devastadores sobre él como sobre la madre del niño,

tanto desde el punto de vista psicológico como en lo que respecta a sus posibilidades laborales y educacionales.

Enfoque multidimensional

El examen de las causas de defunción y de las características de la morbilidad en la adolescencia y juventud, revela la complejidad de las necesidades de salud en esta etapa crucial del desarrollo humano y señala la urgencia de idear enfoques dinámicos y múltiples para solucionar los problemas que los afectan. De allí la importancia de los estudios tendientes a generar conocimientos no solo sobre la patología física y psicológica de los jóvenes, sino también sobre los factores demográficos, sociales y ocupacionales que inciden en su salud.

La multidimensionalidad de los problemas de la juventud requiere una coordinación intersectorial que permita desarrollar la capacidad de abordar las necesidades del adolescente en forma integral.

Referencias

(1) Cusminsky, M. y E. N. Suárez Ojeda. Características de la morbimortalidad en el adolescente y el joven. En: *Condiciones de salud del niño en las Américas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1979 (Publicación Científica 381).

(2) Rosselot, J. La salud del adolescente y el joven en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 83(4):295-303, 1977.

(3) May, A. R., J. H. Kahn y B. Cronholm. *La salud mental de los adolescentes y los jóvenes*. Informe sobre una conferencia técnica. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1971 (Cuadernos de Salud Pública 41).

(4) Comisión Económica para América Latina (CEPAL). *Situación y perspectivas de la juventud en América Latina*. San José, Costa Rica, 1983 (Publicación E/CEPAL/Conferencia 75/L.2).

(5) Alfaro, A. C. y C. Díaz Coller. Los accidentes de tránsito: creciente problema para la salud pública. *Bol Of Sanit Panam* 83(4):310-318, 1977.

(6) Norman, L. G. *Los accidentes del tráfico: epidemiología y prevención*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1963 (Cuadernos de Salud Pública 12).

(7) Backett, E. M. *Accidentes en el hogar*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1966 (Cuadernos de Salud Pública 26).

(8) Organización Mundial de la Salud. *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra, 1976 (Cuadernos de Salud Pública 58).

(9) Cattell, R. B. *Personality*. Nueva York, McGraw-Hill, 1950.

(10) Smith, M. S. *Chronic Disorders in Adolescence*. Littleton, Massachusetts, John Wright-PSG, 1983.

(Fuente: Programa de Salud Materno-infantil y Oficina de Estadísticas de Salud, OPS; Dr. Daniel Korín, Director, Department of Outpatient Care, Woodhull Medical and Mental Health Center, Brooklyn, Nueva York, E.U.A. y Dr. Marcos Cusminsky, Director, Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra, La Plata, Buenos Aires, Argentina.)

Los registros de cáncer

El registro de cáncer es un sistema de recolección, análisis y utilización de la información sobre algunas características de los tumores malignos en una zona geográfica determinada. Se denomina también registro de tumores cuando además de neoplasias malignas incluye algunos tumores benignos. La publicación del presente artículo responde al creciente interés manifestado por los países miembros de la OPS respecto de esos registros y tiene como fin la divulgación de aspectos metodológicos pertinentes.

Existen diversos tipos de registro de cáncer; la clasificación más aceptada se basa en la población comprendida y en la periodicidad con que funcionan. Entre los registros que podrían llamarse permanentes—o sea, de larga duración—se distinguen dos tipos: los registros de base poblacional (relacionados con una población general) y los registros hospitalarios o institucionales. Las encuestas periódicas o cortes transversales, que brindan información sobre los casos de la enfermedad en un tiempo designado, son la forma no permanente de registro.

Los registros permanentes de base poblacional son los

más útiles desde el punto de vista epidemiológico, no solo porque permiten determinar la situación relativa al cáncer sino porque además facilitan la vigilancia y el control de las formas malignas, la detección de agentes carcinógenos y la búsqueda de factores causales. Se llaman también registros de incidencia porque dan información sobre el número de casos nuevos diagnosticados en la población. Los registros hospitalarios de cáncer, en cambio, tienen su mayor aplicación en la medicina clínica y en el estudio de la historia natural y la atención de cada tipo de tumor.

Los registros basados en la población pueden organizarse por ciudades o provincias, pero raras veces por países enteros debido a las razones que se expondrán más adelante. Los requisitos básicos para establecer un registro poblacional de cáncer son los siguientes:

1) *Accesibilidad de la población a servicios médicos aceptables*

Es indispensable contar con un nivel tecnológico apropiado para efectuar diagnósticos fiables. Con frecuencia este