

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA**

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2013.

ANÁLISIS REALIZADO A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO-CLAP-.

**TESIS DE POSGRADO**

**LORENA ISABEL LÓPEZ DONADO DE REYES**  
CARNET 27820-03

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015  
CAMPUS CENTRAL

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA**

SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2013.

ANÁLISIS REALIZADO A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO-CLAP-

**TESIS DE POSGRADO**

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

**LORENA ISABEL LÓPEZ DONADO DE REYES**

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, ENERO DE 2015  
CAMPUS CENTRAL

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR**

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.  
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO  
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.  
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS  
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DECANO: DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ  
VICEDECANO: MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO  
SECRETARIA: MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN

## **NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN**

MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO

## **TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN**

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO  
MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI  
MGTR. MA. TERESA GUADALUPE SOTELO GUZMAN DE AGUILAR

Guatemala 9 de enero 2014

**TUTOR DE INVESTIGACION**

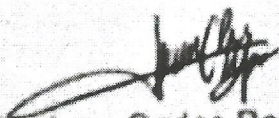
**VISTO BUENO DEL INFORME FINAL DE TESIS**

Licenciada  
Lorena Isabel López Donado  
27822003

Estimada Licenciada:

El informe final de su trabajo de tesis titulado: "SITUACION DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2013, análisis realizado a partir de la base de datos del Sistema Informático del Adolescente del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-CLAP", cumple con los lineamientos y procedimientos establecidos en las guías correspondientes por lo que doy mi **VISTO BUENO** y, recomiendo continuar con los pasos determinados para solicitar la defensa de tesis.

Sin otro particular,  
Atentamente,

  
Dr. Juan Carlos Reyes Maza  
Tutor de Investigación

Guatemala 05 de enero 2015

A quien interese:

Como asesora de tesis, hago constar que he acompañado, guiado y revisado el desarrollo del trabajo de tesis de la estudiante **Lorena Isabel López Donado** carnet número **2782003**, el cual se titula: **Situación de salud de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral de Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala durante el año 2013. Análisis realizado a partir de la base de datos del Sistema Informático del Adolescente del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-CLAP-**. A mi criterio, el trabajo cumple con los lineamientos y procedimientos establecidos en las guías correspondientes por lo que doy por evaluado y aceptado el mismo.

Atentamente,



Dra. Silvia Castañeda Cerezo



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante LORENA ISABEL LÓPEZ DONADO DE REYES, Carnet 27820-03 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 095-2015 de fecha 9 de enero de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

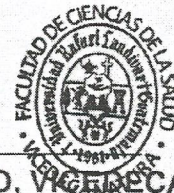
SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2013.

ANÁLISIS REALIZADO A PARTIR DE LA BASE DE DATOS DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO-CLAP.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA Y GERENCIA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 23 días del mes de enero del año 2015.

*Mestr*



MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO, VICERRECTOR  
CIENCIAS DE LA SALUD  
Universidad Rafael Landívar

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Reyes Maza, Coordinador de la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios

A la Dra. Silvia Castañeda, Directora del Departamento de Posgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Rafael Landívar

A Siomara Herrera de la Clínica de Atención Integral para Adolescentes

## ACTO QUE DEDICO A

### DIOS

Fuente de sabiduría infinita

### MIS PADRES

Luis Arturo y María Isabel

Como un pequeño reconocimiento a sus esfuerzos y en agradecimiento a los valores  
y amor a Dios que nos han inculcado

### MI ESPOSO

Dr. Juan Carlos Reyes Maza

Por inspirarme a alcanzar mis metas profesionales y apoyarme incondicionalmente

### MIS HIJOS

Andrea, Marcela y Carlos José

Con amor, por apoyarme y ser mi motivación a seguir adelante y dar un poco más  
cada día

### MIS HERMANOS

Claudia Azucena, Marycarmen, Diana y Luis Arturo

Con amor y admiración



## Índice

### Resumen

I. Introducción .....	1
II. Marco teórico .....	3
III. Antecedentes .....	22
IV. Planteamiento del problema.....	35
V. Preguntas de investigación.....	36
VI. Justificación .....	37
VII. Objetivos.....	38
VIII.Diseño de investigación.....	39
IX. Metodología .....	39
X. Instrumentos de Recolección .....	45
XI. Presentación y análisis de resultados .....	46
XIV. Referencias bibliográficas .....	63
XV. Anexos .....	67
Anexo no. 1: Estadios de Tanner.....	67
Anexo no. 2: Ficha de Historia Clínica del Adolescente-HCA-CLAP.....	68

## Resumen

La salud de los adolescentes y jóvenes en Guatemala varía significativamente según su estrato social, económico y grupo cultural, siendo influenciada por diversos factores biológicos, psicológicos y sociales que les impiden alcanzar un pleno desarrollo. El 70% de las muertes prematuras en adultos están dadas por conductas de riesgo iniciadas en la adolescencia, tales como tabaquismo, drogadicción e infección por VIH generalmente contraídas antes de los 24 años. En el país se han realizado esfuerzos para fortalecer los programas de atención para este grupo tales como la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios que brinda servicios desde el año 2000 y que a partir de 2009 utiliza el sistema de información de adolescentes-SIA- que a diario genera el equipo multidisciplinario de profesionales. En el presente estudio se describe y analiza la situación de salud de los adolescentes atendidos en esta clínica durante el año 2013 con el fin de identificar los principales problemas de salud y brindar recomendaciones para la orientación de los programas ya existentes así como nuevas propuestas de intervención tomando en cuenta el contexto cultural y socioeconómico así como los recursos disponibles en la institución. Entre los resultados más relevantes está que los adolescentes que asisten a la clínica son en su mayoría mujeres en el período de adolescencia temprana y media (10 a 17 años) con un crecimiento y desarrollo dentro de límites normales; las enfermedades infecciosas y hospitalizaciones representan el antecedente personal más frecuente mientras que el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares fueron los antecedentes familiares más reportados. En ambos sexos se reportó el apareamiento de menarca y espermarca entre los 12 y 13 años; las adolescentes mujeres reportaron edades menores que los varones para el inicio de relaciones sexuales (13 y 15 años) siendo la maternidad temprana una característica en este grupo atendándose en el año 2013 un total de 199 embarazos (42.2 embarazos por cada 100 adolescentes), 53 de los cuales se dieron en adolescentes de 15 o menos años y fue uno de los principales motivos de consulta. La mayoría de adolescentes no utiliza métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual ni condón de forma habitual siendo las redes sociales las más utilizadas como recurso para informarse sobre temas de salud sexual y reproductiva. El 20 por ciento de los adolescentes vive en condiciones de hacinamiento y un 10 por ciento trabaja e iniciaron esta actividad antes de los 15 años, principalmente por razones económicas; los hábitos de sueño y alimentación reportados son adecuados según los parámetros establecidos ya que la mayoría realiza por lo menos 3 tiempos de comida al día y los comparte con su familia lo cual es un factor de protección a esta edad; el consumo

de tabaco y alcohol resulto bajo (6 a 8 por ciento) con una edad de inicio entre los 14 y 16 años; la mayoría de los adolescentes se sienten aceptados, conformes con su imagen corporal y tienen un proyecto de vida claro y más de la mitad no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre; el diagnóstico clínico principal lo representaron los traumatismos, seguido de los trastornos emocionales y mentales y el embarazo y sus complicaciones; por último, los problemas de tipo endocrinológicos, nutricionales, hematológicos, digestivos y respiratorios están dentro de las primeras 10 causas de morbilidad y motivo de consulta en este grupo. Tomando en cuenta estos resultados se recomienda a los encargados de la Clínica: 1) reforzar los programas de información, comunicación y educación en temas de salud sexual y reproductiva, proyecto de vida, identidad, autoestima y habilidades para la vida; 2) fortalecer el seguimiento a las adolescentes que consultan por embarazo dando especial atención a sus necesidades de información y educación sobre aspectos de salud sexual y reproductiva así como salud mental; 3) sensibilizar al equipo multidisciplinario de profesionales sobre la importancia de la toma de peso y talla así como la incorporación del diagnóstico de estado nutricional a la impresión diagnóstica integral, tomando en cuenta la magnitud de los problemas nutricionales en el país y el impacto de estos en la calidad de vida futura; 4) identificar los mecanismos para sensibilizar a la población adolescente y los adultos encargados sobre la importancia de las evaluaciones periódicas por parte de un equipo multidisciplinario lo cual contribuiría a identificar y prevenir factores de riesgo e intensificar los factores de protección durante esta etapa de la vida; 5) revisar periódicamente el ingreso de los datos a la ficha HCA y al sistema informático SIA para garantizar la calidad de los mismos y evitar la pérdida de información, revisar las variables utilizadas en la ficha HCA y las opciones de respuesta con el fin de adaptar el instrumento al contexto en el que se desarrollan los adolescentes guatemaltecos; 6) elaborar informes periódicos, semestrales o anuales, con los datos ingresados al sistema SIA que contribuyan al conocimiento sobre la situación de salud del grupo de población que se atiende por parte del equipo multidisciplinario así como a la orientación y fortalecimiento de los programas existentes, y por último, 6) realizar estudios similares utilizando la ficha CLAP-SIA y el sistema operativo de análisis en poblaciones de adolescentes del área rural y áreas urbano-marginales del país.

## I. Introducción

Se estima que para el año 2014 se tendría en Guatemala una población de 15,806,675 millones, de los cuales el 70% corresponde a menores de 30 años. Este grupo se caracteriza por su extraordinaria juventud: cuatro de cada diez personas son menores de 15 años y seis no tienen aún 20 años; los adolescentes entre los 10 y 19 años representan el 23% de la población. (1, 2)

La salud de los adolescentes y jóvenes en Guatemala varía significativamente según el estrato social, económico y grupo cultural al que pertenecen y se ve afectada por diversos factores de tipo biológico, psicológico y social que en la mayoría de los casos les impide lograr un estado óptimo de salud y un pleno desarrollo. Entre los principales problemas de salud y factores de riesgo en este grupo se pueden mencionar el embarazo, infecciones de transmisión sexual, consumo de sustancias nocivas, violencia sexual e intrafamiliar, accidentes de tránsito, fracturas y heridas por arma de fuego y objetos punzocortantes. Además se observa un aumento de los problemas de nutrición tales como la obesidad, sobrepeso y deficiencia de micronutrientes como anemia, trastornos de conducta alimentaria y problemas de salud mental que en el contexto de Guatemala podría responder en gran parte al ambiente de violencia e inseguridad que prevalece principalmente en áreas urbanas, problemas económicos y desintegración familiar que han aumentado en los últimos años.

Tanto el sistema de salud como la sociedad en general no están lo suficientemente sensibilizados sobre la importancia de identificar y prevenir los factores de riesgos para la salud de los adolescentes y éstos, por lo regular, pasan inadvertidos perdiéndose así la oportunidad de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida posterior en este grupo.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud-OMS reportó que el 70% de las muertes prematuras en adultos están dadas por conductas de riesgo iniciadas en la adolescencia, entre las que se pueden mencionar el tabaquismo y la drogadicción así como la infección por VIH que generalmente se contrae antes de los 24 años.

Los datos disponibles sobre la situación de salud de este grupo provienen de diferentes fuentes de información tales como los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala-INE a través de las publicaciones periódicas como las Estadísticas

Vitales, Encuesta de Condiciones de Vida de la Juventud realizada (2010), Análisis sobre la Situación de las Niñas Adolescentes en Guatemala, Encuesta de Salud Escolar capítulo Guatemala realizada en 2009 y los informes de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales que brindan atención a este grupo de población en el país.

La Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios inicio en el año 2000 por iniciativa de la Unidad de Consulta Externa del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Esta clínica cuenta en la actualidad con un equipo multidisciplinario de profesionales de salud conformado por especialistas en Pediatra, Ginecología, Psicología y Nutrición que brindan atención a adolescentes comprendidos entre los 10 y 19 años, de ambos sexos, provenientes de distintos lugares del país y que ha sido constituida como centro de referencia y capacitación a nivel nacional según Acuerdo Ministerial 567-2011. A partir de 2009, se inicia el registro de información de los pacientes de forma sistemática a través de la Historia Clínica del Adolescente-HCA- y el programa computarizado del Sistema Informático del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano del Sistema Integrado para Adolescentes (CLAP SIA), contándose a la fecha con una base datos de alrededor de 6,000 adolescentes evaluados.

En el presente estudio se describe y analiza la información contenida en la base de datos del sistema SIA de los adolescentes evaluados durante el año 2013 en la Clínica de Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios con el fin de conocer la situación de salud de los adolescentes atendidos en esta clínica de atención integral y diferenciada que permita identificar los principales problemas de salud de este grupo, orientar los programas ya existentes así como nuevas intervenciones en pro de la salud del grupo que se atiende tomando en cuenta el contexto cultural y socioeconómico así como los recursos disponibles en la institución.

## II. Marco teórico

### Definiciones

El diccionario de la Real Academia Española define la adolescencia como la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (3). La palabra adolescencia deriva del latín "adolescens" que significa hombre joven, su participio activo "adolescere" significa crecer o desarrollarse hacia la madurez; este crecimiento se acompaña de cambios físicos, psicológicos y sociales que no necesariamente se desarrollan de manera paralela pues cada cambio presenta un ritmo diferente y aparentemente autónomo (4).

Durante esta etapa se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico que se caracterizan por procesos específicos que son propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias, de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas; estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración (5).

Desde el punto de vista sociológico, la adolescencia se define como el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma tanto en los aspectos económicos como sociales. La clásica definición de Hollingshead indica que la adolescencia es el *periodo de la vida de una persona durante el cual la sociedad deja de considerarla como un niño pero no le concede ni el status ni los roles ni las funciones del adulto.* (5, 8)

Las conductas sociales sofisticadas requieren años para su aprendizaje y consolidación y, en ese sentido, la adolescencia es un período crucial del ciclo vital en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia. (5, 8).

Desde el punto de vista psicológico, Krauskopf la define como *un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su*

*crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia. (5)*

Según Erickson, en la adolescencia la persona busca sentido coherente de mismidad que integre las necesidades e intereses personales y las posibilidades y demandas del medio; en este proceso de búsqueda, el adolescente integra todas las identificaciones anteriores hasta alcanzar lo que este autor denomina la *identidad del yo*. Una vez que el adolescente integra su identidad, se compromete con algún rol específico - en los planos psicológico, social, económico y cultural - que ha seleccionado de múltiples alternativas que propone el medio y que ha podido experimentar a través de esta fase y es esta experimentación de roles precisamente la que se asocia con el concepto, también introducido por Erickson, de *moratoria psicosocial* que se define como el período en el que el sujeto experimenta diferentes roles hasta encontrar aquel que reconcilie "*la concepción de sí mismo y el reconocimiento que su comunidad tenga de él*". (6)

El principal criterio para señalar el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta es romper con los lazos de dependencia infantil para poder lograr una identidad propia, la cual incluye la independencia de los padres en cuanto a la adopción de un sistema de valores propios, elección vocacional, autonomía económica y un buen ajuste psicosexual; en ese sentido, la persona alcanza su autonomía, independencia, autodirección y capacidad de tomar sus propias decisiones así como aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es, cómo pedir y aceptar ayuda de otros y posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar. (5, 7)

### **Desarrollo en la Adolescencia**

El paso de la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo y uniforme; el crecimiento biológico, cognitivo, emocional, social y psicosexual puede ser bastante asincrónico y en el logro de cada uno de estos aspectos suelen darse oscilaciones hasta que ocurre el cambio por lo que el conocimiento del rango de estas variaciones permite al profesional de la salud establecer distinciones entre lo que puede considerarse dentro de la normalidad y lo que indica que puede haber un problema en el desarrollo. (5)

Hay 3 diferentes aspectos de desarrollo y cambio que enmarcan a la adolescencia (7):

- Maduración biológica
- Maduración psicológica
- Maduración social

Los cambios biológicos son los más visibles durante la adolescencia siendo los más importantes el aumento de la talla y peso y la madurez sexual. (5, 7).

### **Maduración Biológica**

La adolescencia inicia cuando el sujeto ingresa en el proceso de orden biológico comúnmente denominado *pubertad* y, en ese sentido, es importante establecer una distinción entre *pubescencia* y *pubertad*, dos conceptos muy similares y estrechamente relacionados con los procesos biológicos de crecimiento propios de esta etapa. El término *pubertad* deriva del vocablo latino *pubertas* que significa edad fértil mientras que la *pubescencia* proviene de la voz, también latina, *pubescens* que se refiere a la aparición de pelo (vello púbico). Stone y Church plantean que *"la pubertad es la llegada de la madurez sexual y la pubescencia el período de aproximada mente dos años que la precede"*. (6)

La *pubertad* inicia con una orden de la corteza cerebral que indican al hipotálamo volverse menos sensible a los efectos supresivos de los estrógenos y la testosterona, iniciando la síntesis del factor liberador de la hormona luteinizante, encargado directo de instruir a la glándula pituitaria o hipófisis para que permita la maduración sexual. Esta glándula se divide en dos lóbulos, anterior y posterior, siendo éste último el que guarda relación con el inicio de la *pubertad* a través de la síntesis y secreción de cuatro hormonas fundamentales para empujar al organismo hacia crecimiento y la maduración sexual: la hormona del crecimiento, la hormona folículo estimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH) y la corticotrofina, siendo esta última la encargada de controlar las diferentes secreciones de la glándula suprarrenal, la cual cumple un papel importante en el proceso de la *pubertad* en tanto la glándula endocrina segrega en ambos sexos aproximadamente treinta hormonas entre las que se encuentran los andrógenos y los estrógenos. (6)

Las más importantes transformaciones afeminantes y masculinizantes de la *pubertad* se deben, en mayor medida, a los estrógenos ováricos y al andrógeno testicular respectivamente, en una permanente interacción con las hormonas suprarrenales. La FSH estimula en la mujer la



ovogénesis y la producción de estrógenos mientras que en el hombre posibilita en forma parcial la espermatogénesis mediante el estímulo maduracional a las células de Sertoli y el crecimiento diametral de los tubos seminíferos testiculares. La LH se relaciona con los procesos de ovulación y producción de la progesterona u hormona femenina así como la formación del cuerpo lúteo. De forma similar, la hormona estimulante de las células intersticiales provoca la producción de la testosterona u hormona masculina a través de su efecto madurador sobre las células de Leydig que se encuentran entre los conductos de esperma de los testículos o gónadas masculinas. (6, 7)

En cuanto a los procesos generados a partir de la hormona de crecimiento, en la pubertad se alcanza un punto máximo de crecimiento con ritmos promedio que van de 8 a 12 centímetros por año hasta que los sujetos llegan a la edad de 17 años en el caso de las mujeres y de 21 años en el de los varones. Así mismo se presenta un nuevo alargamiento de los miembros con una alteración transitoria de la relación entre los distintos segmentos. Este empuje de crecimiento corporal (esquelético y muscular) es conocido como estirón y sigue un patrón que va de distal a proximal. Así aumentando en primer término el segmento inferior del cuerpo, se provoca una perturbación de la proporción armónica entre las piernas y el tronco que se equilibra de nuevo en los estados intermedios de la pubertad. (6)

Mientras el tejido adiposo disminuye en el varón por la acción directa de los andrógenos, en la mujer este tejido se redistribuye, depositándose de esta forma, principalmente en las caderas y muslos, definiéndose así de manera marcada, la cintura y las curvas que delinean una figura femenina con formas más redondas que la masculina. Otras transformaciones incluyen los cambios de voz (engrosamiento notable en el varón y afinamiento más sutil en la mujer) producto de la modificación de la estructura laríngea; la expedición del olor característico de la transpiración corporal adulta que se genera a partir del desarrollo de las glándulas sudoríparas y la aparición de espinillas que pueden degenerar en una afección de la piel llamada acné como el resultado del desarrollo de la glándulas sebáceas. (6)

Otros cambios biológicos incluyen el acabado morfológico macro y microscópico del cerebro que ocurre en la gran masa del encéfalo humano, el acabado de los lóbulos frontal y parietales, cuya madurez permite la capacidad de programar y planificar, es más tardío que el de los otros lóbulos cerebrales. Debe tomarse en cuenta que hay todavía inmadurez de las

áreas que posibilitan la motivación y de las que moderan y modulan los comportamientos de riesgo: fumar, actividad sexual precoz, entre otros. (8)

Después de los primeros años de vida, la adolescencia es el período de mayor velocidad de crecimiento en talla. Las mujeres en América Latina inician este crecimiento entre los 9 y 10 años alcanzando su crecimiento más acelerado alrededor de los 12 y finalizando hacia los 19 años mientras que los varones inician ese proceso entre los 11 y 12 años logrando su máxima aceleración hacia los 12 y finalizando alrededor de los 21 años de edad. (7)

El aumento de peso se comporta muy similar al de la talla; los primeros tres años de vida representan la etapa de mayor incremento, a los 5 años se inicia un ascenso importante alcanzando el punto máximo a los 12 años en mujeres y a los 14 en los varones y a partir de estas edades se reduce su incremento en ambos sexos. Este aumento de peso es variable y según reportes podría estar entre los 4.6 a 10.6 kilogramos en niñas y 5.7 a 13.2 en los varones. (7)

Otros cambios fisiológicos son la duplicación del tamaño del corazón y de la capacidad vital pulmonar; se elevan además la tensión arterial, el volumen sanguíneo y el hematocrito, principalmente en varones. La estimulación androgénica de las glándulas sebáceas y apócrinas da lugar al acné y el olor corporal. Se da también un aumento fisiológico de la somnolencia que no debe interpretarse como holgazanería. (5, 7)

En síntesis, son el sistema nervioso y el sistema endocrino los principales responsables de las modificaciones orgánicas e interactúan para posibilitar el funcionamiento del individuo como una unidad coordinadora. (10)

### **Maduración Sexual**

El generador de pulsos de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) del hipotálamo es responsable de la ocurrencia de la pubertad y probablemente de la maduración sexual que son los cambios más notables del desarrollo del y la adolescente tanto en su aspecto externo como funcionamiento interno. En ambos sexos se experimenta crecimiento y maduración de sus caracteres sexuales, tanto los primarios que definen y son inherentes al sexo tales como los testículos, el pene, las mamas, la vagina, los ovarios, etc. así como los secundarios que resultan de los cambios hormonales y complementan la maduración sexual manifestándose

como crecimiento de vello en ambos sexos, cambio de voz, tono muscular y desarrollo pectoral en varones, acumulación de grasa y ensanchamiento de caderas así como crecimiento y desarrollo de mamas en las mujeres. (5, 7)

### **Estadíos de Tanner**

Los estadios de Tanner utilizan escalas para identificar el nivel de maduración sexual a través de la medición del crecimiento de vello púbico, mamas y genitales para establecer el grado de desarrollo sexual del y la adolescente. La escala va del 1 al 5, según el menor o mayor grado de desarrollo, donde 1 representa el menor grado y el 5 el mayor nivel de desarrollo (ver anexo 1). (7)

### **Maduración Psicológica**

Durante la adolescencia además de los cambios biológicos se experimentan profundas transformaciones de personalidad, cognoscitivas y emocionales. Se han identificado 11 aspectos fundamentales que afectan en la formación de la personalidad:

1. Ajuste a una nueva imagen
2. Ajuste a nuevas habilidades intelectuales
3. Ajuste al aumento de demandas cognoscitivas en la escuela
4. Desarrollo de mayores habilidades verbales
5. Desarrollo de un sentido personal de identidad
6. Establecimiento de metas profesionales adultas
7. Establecimiento de independencia emocional y psicológica de sus padres
8. Desarrollo de relaciones de pares
9. Aprendizaje sobre el manejo de su sexualidad
10. Adopción de un sistema de valores personal y moral
11. Control de impulsos e inicio de la madurez del comportamiento

### **Desarrollo Cognitivo**

Este proceso se asocia al desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye el pensamiento abstracto, el pensamiento hipotético y la lógica. El desarrollo cognitivo permite que los y las adolescentes puedan razonar abstractamente, entender el contexto social de sus comportamientos, considerar alternativas y consecuencias al tomar sus decisiones, analizar la credibilidad de la información, meditar sobre las implicaciones de sus acciones en el futuro y controlar sus impulsos. (7)

Un adecuado desarrollo cognitivo puede motivar la toma de decisiones que llevan a comportamientos saludables mientras que la inmadurez cognitiva frecuentemente lleva a comportamientos tales como sentirse invencibles sin poder visualizar las consecuencias negativas que ciertas acciones podrían causar; por lo que es importante que este crecimiento se lleve a cabo en un ambiente que refuerce comportamientos positivos. (7)

El adquirir la capacidad de razonar sobre sí mismo y el mundo lleva al y la adolescente a enfrentar uno de los principales problemas de esta etapa que es construir su propia identidad. (5)

Los padres y proveedores de salud deben estar familiarizados con este proceso y explorar las percepciones, valores y actitudes que influyen en el comportamiento adolescente. El apoyo y orientación durante esta etapa contribuyen a que el y la adolescente desarrolle habilidades tales como resistir a la presión, negociar interacciones exitosamente y comportarse de acuerdo a sus valores y creencias personales (5, 7).

### **Desarrollo Emocional**

El hipotálamo e hipófisis forman parte del sistema límbico, zona del cerebro que regula las emociones. (10) Durante esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas ya que el comportamiento de las y los adolescentes no solo está influenciado por el desarrollo cognitivo y de personalidad sino también por el mundo emocional. Este desarrollo está vinculado a la evolución previa durante la niñez y al contexto social y familiar en el que está inserto. (5)

La autoestima, entendida como la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo, es un determinante importante en el desarrollo emocional y es considerado un factor protector que ayuda a enfrentar y resolver situaciones difíciles; en este sentido, entre más se quieran o se estimen son mayores las posibilidades de ejercer responsable y exitosamente su sexualidad por lo que los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con padres y amigos contribuyen a desarrollar una adecuada autoestima. (7)

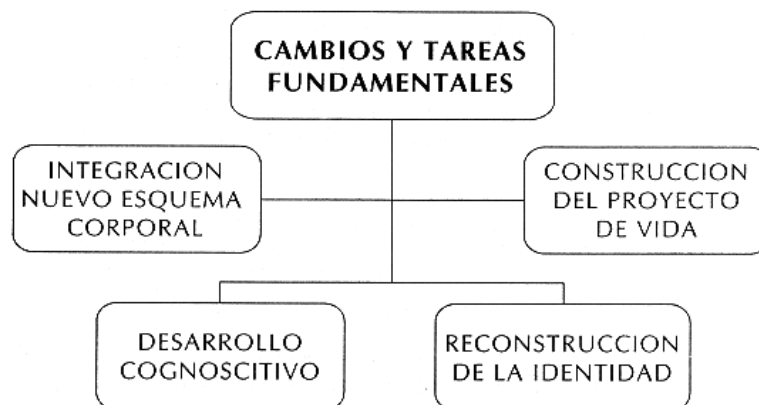
## Maduración Social

Uno de los cambios más significativos que supone la adolescencia es el paso desde la vida familiar a la inserción social. (5) Además de a influencia de los cambios biológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales en la conducta adolescente debe considerarse el ambiente social y cultural como la familia, los amigos, las normas sociales y los medios masivos de comunicación. (7)

En el gráfico no. 1 se presentan los principales cambios y tareas psicosociales que se dan durante la adolescencia, las cuales incluyen la adaptación e integración del nuevo cuerpo, al desarrollo del pensamiento y juicio crítico, la reestructuración de su identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida. (6)

Gráfico no. 1

Principales cambios y tareas psicosociales durante la Adolescencia



Fuente: Díaz, M, Sequeira, M y Garita, C. Manual de Consejería para Adolescentes Costa Rica, 2000. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/consej.html>

## Clasificación de la adolescencia según etapa de desarrollo

Existen diferentes enfoques para definir este período de la vida: desde el punto de vista cronológico y según el criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud -OMS-, la adolescencia se define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y adolescencia tardía y la duración de cada etapa varía tanto individual como culturalmente y cada una incluye aspectos básicos de sus componentes biológico, psicológico y social. En términos generales se puede afirmar que la primera va de los 10 a los 13 años, la segunda de los 14 a 17 años y la tercera de los 18 a 21 años. Johnson indica que el abismo de

experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores orienta a contemplar esta segunda década de la vida dividida en fases. (4, 5)

### **Adolescencia temprana**

Este período comprende entre los 10 y los 13 años de edad, por lo general comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente inician con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. (4, 8)

En los hombres, la pubertad no solo inicia más tarde (entre los 10 y los 16 años), sino que además necesitan más tiempo para completar sus cambios (alrededor de siete años). El influjo hormonal genera modificaciones en la voz, acelera la velocidad de crecimiento corporal y desarrolla los genitales. Los niños comenzarán a notar agrandamiento escrotal y testicular alrededor de los 9 o 10 años de edad, seguido rápidamente por el alargamiento del pene; el crecimiento del vello púbico, así como también el vello de la axila, pierna, pecho y cara, comienza alrededor de los 12 años y alcanzará los patrones de distribución adulta más o menos entre los 15 y 16 años. El crecimiento rápido inicia entre los 10.5 y 11 años y se completará entre los 16 y 18 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 14 años. En medio de este proceso aparece la primera eyaculación o espermaquia. (9)

Durante este periodo, las y los adolescentes concentran su energía principalmente en la comprensión y adaptación a los cambios biológicos que están ocurriendo en su cuerpo. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. (8, 9)

A diferencia de lo que sucedía en la infancia, el adolescente canaliza sus sentimientos hacia afuera de la casa: amigos, compañeros, adultos y cuanta persona sea sensible con relación a sus problemas y comprensiva con su conducta. (9)

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo son menos evidentes pero igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que durante esta etapa el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales

se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. (7, 8)

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal que es la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones por lo que se observa una tendencia a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica lo cual dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. (8)

En el ámbito socio-emocional se manifiestan inquietos, habladores, no les gusta estar solos y desarrollan múltiples relaciones interpersonales. Tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. (8, 9)

Durante esta etapa se dan varias transformaciones en términos de aprendizaje y aparece el pensamiento formal con el que se hace extensiva la lógica al dominio de las ideas, principios y proposiciones abstractas para dar razón de los hechos y acontecimientos concretos observables. El aprendizaje infantil prepara al niño y a la niña para afrontar los retos de la adolescencia; si durante la infancia ha aprendido en independencia, autonomía e iniciativa de expresión de sus deseos y necesidades, de igual forma será su aprendizaje adolescente. De esta manera, su adolescencia será solo el producto de toda la historia evolutiva previa, sin romper con el pasado. Nadie experimenta estos cambios de la misma forma ni en el mismo momento. (9)

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que los adolescentes de ambos sexos cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que

necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos adolescentes, esos conocimientos nunca llegan o llegan demasiado tarde cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar (4).

### **Adolescencia media**

Es el período comprendido entre los 14 y 17 años y se caracteriza por el distanciamiento afectivo de los padres. El adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que la reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos; socializa con pares de diferente sexo y frecuentemente inicia actividad sexual. Además, el adolescente se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. (6, 9)

Durante este período es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural. A medida que la persona avanza en la adolescencia media, el grupo de compañeros se extiende hasta incluir integrantes del sexo opuesto. Son los primeros momentos en los que se es consciente de la atracción sexual por otra persona, del mismo sexo o del sexo opuesto. Las personas adolescentes identificarán durante este periodo, más claramente, cuál es el sexo que les atrae. (6, 9)

En esta etapa los adolescentes son más conscientes de sus propias ideas, lo que les posibilita dar opiniones más estructuradas y tomar decisiones. La profundización del pensamiento abstracto, idealista y lógico los capacita para dar soluciones alternativas a los problemas; aumenta la toma de perspectiva, lo que les permite identificar más rápidamente el punto de vista del otro. Si bien estos cambios tienen un efecto positivo a largo plazo sobre el desarrollo, en el momento pueden llevarlos a discutir más vehementemente, a la vez que a estar más indecisos. Esta conducta es muy frecuente y suele acompañarse de una postura que pone en duda la moral y las creencias familiares. (6, 9)

Otra característica de esta etapa es que se pone de manifiesto un mejor análisis de los problemas y se sigue un pensamiento crítico. Estos procesos del pensamiento les ayudan a ganar independencia y son fundamentales en el logro de su identidad. (9)



## **Adolescencia tardía**

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, entre los 18 y los 21 años de edad. Durante este periodo son pocos los cambios físicos, y estos tienen menor preponderancia frente a los cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos, los cuales se tornan primordiales para la transición a la etapa adulta. Se consolida la imagen corporal y ésta se integra a la personalidad e identidad. (4, 9)

Durante esta etapa los adolescentes prefieren relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Simultáneamente con la atracción por otras personas, las y los adolescentes empiezan a separarse de sus padres y otros adultos. Luchan por romper la dependencia de su familia y conquistar su autonomía con mayor o menor autosuficiencia. Con frecuencia encuentran fallas en las figuras de autoridad y discuten lo que les dicen las personas adultas; analizan y debaten. (9)

Tanto los adolescentes como los jóvenes se van independizando emocionalmente de su familia, construyen un criterio propio, el mismo que gradualmente les permitirá tener una relación diferente con ella en el futuro. Pero la conquista de la autonomía no es algo que sucede en un solo momento; por el contrario, se extiende en el tiempo y en tensión permanente entre la dependencia o no de sus padres. (6, 9)

Durante esta etapa, y cada vez con mayor fuerza, los adolescentes definen planes y metas específicas, viables y reales. Son capaces de abstraer conceptos, definen su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por determinantes de cultura, sexo, nivel educativo, familia y entorno social, entre otros. (9)

La capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. (4, 9)

Los adolescentes en esta etapa pueden ser analíticos y críticos de sus madres, padres y adultos con figura de autoridad, así como de la realidad económica y social que les rodea. Desarrollan progresivamente su capacidad de pensar en abstracto, con lo cual aumentan el control que tienen de su propia vida, toman decisiones más reflexivas y analizan con más serenidad las

consecuencias de cada acto. Una persona adulta que orienta y establece una relación cercana, es un factor de protección para los jóvenes. Esta relación puede darse con al menos uno de sus padres o con otra persona adulta. (9)

La temeridad que es un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el comportamiento adulto, declina durante la adolescencia tardía en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. El hábito de fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. El cerebro puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. (4)

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión y a menudo la discriminación y el abuso. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia y esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (4).

### **Factores de riesgo en la adolescencia**

La palabra “riesgo” es un término biomédico utilizado en asociación a morbilidad y mortalidad; sin embargo, en su aplicación más amplia abarca también el contexto psicosocial. En ese sentido, el riesgo se asocia a vulnerabilidad y exposición al peligro y debe tomarse en cuenta que las circunstancias pueden modificarse según el desarrollo de cada niño o adolescente y las condiciones del entorno en cada momento. En muchas ocasiones una misma conducta puede tener efectos negativos o positivos según la situación, promoviendo o impidiendo el desarrollo de la persona. La identificación oportuna de estos riesgos contribuye a actuar con anticipación, evitando o modificando los mismos. (11)

Debe considerarse la pobreza y especialmente la pobreza crónica como factor de riesgo de toda la vida para la salud, tanto física como mental. Si además hay circunstancias de

marginación e injusticia se intensifican los efectos corrosivos de esa pobreza en el desarrollo del adolescente y en la salud mental. (11, 13)

### **Factores de protección en la adolescencia**

Los factores protectores han sido definidos por Jessor como *aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del adolescente o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado*. Entre los factores protectores encontrados por múltiples estudios pueden mencionarse: (12, 13)

- Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- Modelos sociales que valoren el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos.
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (por ejemplo, en el cuidado de parientes enfermos, de rendimiento escolar).
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista).
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse).
- Experiencias de auto/eficacia, con *locus de control* interno, confianza en sí mismo, y autoconcepto positivo.
- Actitud proactiva frente a situaciones estresantes.
- Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia valórica).

Rutter, epidemiólogo y psiquiatra inglés tomó el término "resiliencia" utilizado en el área de la física para hacer referencia a *la capacidad que tiene un cuerpo de resistir, de ser fuerte y no deformarse*. Adaptando este término al ser humano, *resiliencia* sería la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Ciertas características o condiciones personales o del entorno son capaces de neutralizar o moderar los efectos de la exposición al riesgo, siendo objeto de estudio el por qué algunos individuos que crecen en situaciones adversas parecen vivir de forma saludable y productiva, mientras

otros no parecen poder superar nunca las adversidades experimentadas durante los primeros años. La resiliencia será entonces en función de los factores protectores con los que cuenta cada persona, mientras que la vulnerabilidad dependerá de los aspectos deficitarios personales y de su entorno. (11)

Una de las definiciones más interesante es la que da Vanistendael "*la resiliencia es la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles, y esto de una manera socialmente aceptable.*" Este mismo autor, distingue dos componentes en la resiliencia, que son *la resistencia* frente a la posibilidad de destrucción, o sea la capacidad de proteger la propia identidad bajo presión; y la *capacidad de construir* un estilo de vida positivo pese a circunstancias difíciles. (13)

Los cinco ámbitos interrelacionados que permiten promover la resiliencia son los siguientes:

1. Redes de apoyo social que acepten incondicionalmente al adolescente en cuanto a persona
2. Capacidad para averiguar el significado de la vida, en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa
3. Aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida
4. Autoestima
5. Sentido del humor

Uno de los factores protectores generales, para cualquier conducta de riesgo, es la calidad de la interacción con la familia; algunas investigaciones demuestran que los padres que utilizan un estilo "autoritario-democrático" caracterizado por la calidez, el control firme, el establecimiento de límites y prestar atención al desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales del y la adolescente, tienden a fortalecer la confianza, el autocontrol y las habilidades para afrontar diversas situaciones de sus hijos adolescentes. Por el contrario, los padres autocráticos que se caracterizan por ser severos, críticos, protectivos y ansiosos disminuyen en su autoestima, autoeficacia y limitan su desarrollo psicológico. (5, 7)

En ese sentido, la familia presta un conjunto de funciones importantes resumidas por Alvy en cinco categorías interrelacionadas, a saber: (13)

1. **Satisfacer las necesidades básicas del adolescente.** Esta función incluye el obtener y dar al joven los recursos necesarios para su sobrevivencia básica, lo que incluye alimentación, techo, y acceso a servicios educacionales y de salud. La capacidad parental de cumplir con esta función está estrechamente ligada al nivel de ingresos y educación de los padres.
2. **Función protectora.** Los padres habitualmente se hacen responsables de proteger la integridad física, psicológica, espiritual y cultural de su progenie, alejándolos de amenazas externas provenientes del medio natural, o de grupos o instituciones que representan peligro. Lentamente, y a lo largo de la adolescencia, los jóvenes van pasando a asumir ellos estas funciones de auto-cuidado. El modo concreto de cumplir con esta función parental es el monitoreo de las actividades del adolescente, supervisando y colocando límites al joven.
3. **Apoyo y guía para el crecimiento y desarrollo.** Esta función involucra el promover todos los aspectos del desarrollo infantil, incluyendo sus aspectos cognitivos, sociales, emocionales, morales, espirituales, sexuales, culturales y educacionales. Esto en la práctica se realiza proporcionando información, fijando límites, manteniendo un sistema de recompensas y castigos claro, comunicándose verbal y no-verbalmente con el adolescente y modelando los valores y conductas importantes para el padre. Entre las competencias necesarias para ejercitar esta función, Alvy menciona la capacidad del padre de hacerlo en forma afectuosa, colocando exigencias lo suficientemente elevadas pero no imposibles de cumplir, con una aproximación participativa, con una capacidad adecuada de comunicación, modelando roles positivos para el joven, y transmitiendo una actitud de resolución de problemas adecuada. Estos *estilos de crianza*, permiten mantener una actitud de apego cariñoso, y al mismo tiempo poder colocar estándares de expectativas claros con respecto a conductas maduras por parte del adolescente.
4. **Función de apoyo en relación al medio externo.** La capacidad del padre de conectar al hijo con expertos, grupos, o instituciones que también pueden ayudar en su desarrollo es otro modo de ayudarlos. El confiar en las elecciones del adolescente y apoyarlo en implementar sus planes, es uno de los modos más efectivos de mejorar la auto-estima de los adolescentes.

## **Enfoque de Salud Integral**

Al considerar la salud en su triple dimensión bio-psico-social la trascendencia del periodo de la adolescencia se hace más destacable, dado que en esta etapa se consolidan los estilos de vida que a su vez serán determinantes de la calidad de vida y la salud en los periodos siguientes. Estos elementos fundamentan la necesidad de tener en cuenta la interrelación de salud física, mental y social y su mutua influencia presente y en etapas posteriores, en una perspectiva transgeneracional. (14)

## **Evaluación del estado de salud de la población adolescente**

Una adecuada valoración del adolescente, sus relaciones con el entorno y su condición bio-psico-social es una tarea complicada que requiere tiempo, formación especializada que incluya el conocimiento de las etapas evolutivas normales del ser humano y de los recursos que brinda la sociedad así como una visión integral del adolescente y sus circunstancias. La atención de salud del adolescente debe promover su integración como persona, y por eso no sólo deberá ser integral sino también integradora. (14, 15)

La consulta clínica requiere de un tiempo de calidad y suficiente en el que se pueda establecer un vínculo adecuado y una atención de calidad. Esto con el fin de lograr un clima de confianza y calidez en la relación del profesional con el adolescente, lo cual favorece la puesta en práctica de estrategias. Además, existe habitualmente una doble demanda: la del adolescente y la de su familia, que requieren ser atendidas. Otro aspecto a considerar es que los adolescentes requieren, en múltiples ocasiones, un espacio de reflexión y orientación en aspectos de su vida cotidiana. (4, 15)

## **Instrumentos para la evaluación del estado de salud del adolescente**

### **Historia Clínica del Adolescente**

La historia clínica del adolescente (HCA) que forma parte de la ficha del CLAP facilita el registro y evaluación integral de salud del adolescente, contemplando la percepción de vida que tenga de sí mismo. Incluye además el registro de la percepción y observaciones de los profesionales del equipo interdisciplinario de salud y de sus padres o acompañantes. Este instrumento contempla los datos fundamentales para la atención y seguimiento de los adolescentes y forma parte del registro institucional básico de la atención del adolescente en un centro de atención en salud que puede ser implementado en todos los niveles sin embargo

por requerir un equipo multidisciplinario de profesionales de salud es más factible su implementación en el tercer nivel de atención.

En el anexo 5 se presenta el formulario correspondiente a la Historia Clínica del Adolescente –HCA- que se divide en 16 sectores: identificación del adolescente, motivos de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico, impresión diagnóstica integral, indicaciones e interconsultas. (15)

### **Sistema de Información del Adolescente – SIA-**

El Sistema Informático del Adolescente (SIA) tiene como principal objetivo mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, a partir de un abordaje integral, promoviendo prácticas que contribuyan a brindar una atención de calidad. Pretende a su vez favorecer el conocimiento epidemiológico a partir del procesamiento de la información obtenida. Con tales fines, el SIA está constituido por la ficha CLAP que incluye la historia del adolescente (HCA), formularios complementarios como el de evolución, y un programa de computación que facilita el procesamiento local de la información para asegurar la calidad de atención brindada. La información vinculada a otros aspectos específicos puede ser registrada en herramientas propias, como es el caso de una situación de embarazo en el adolescente, para el cual la Historia Clínica Perinatal (HCP) del SIP constituye el registro normalizado. (15)

A través del desarrollo del Sistema Informático del Adolescente (SIA), el CLAP responde a una necesidad de mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, mediante la búsqueda de la integralidad en la consulta y en el análisis de la información como base para la planificación de intervenciones preventivas. Las tecnologías propuestas fueron pensadas también para constituir una ayuda a la capacitación de los profesionales de salud que atienden adolescentes.

El CLAP se propone con el SIA las siguientes metas específicas:

- Fortalecer la capacidad de autoevaluación de los equipos de salud, mediante el análisis de los datos asistenciales del servicio de salud y su población usuaria.

- Promover la toma de conciencia a los equipos de salud sobre la importancia de la documentación completa de las intervenciones realizadas en el servicio.
- Proporcionar a los servicios de salud una herramienta de investigación y auditoría ágil y de fácil manejo.
- Incrementar los lazos de cooperación técnica entre el CLAP y los servicios de salud de América Latina y el Caribe.

La ficha CLAP y la HCA puede ser utilizada en forma complementaria por todo el personal de salud involucrados en la atención del adolescente. El SIA pretende asegurar la documentación completa de las observaciones e intervenciones, partiendo de la toma de conciencia del equipo de salud sobre la necesidad de una consulta integral. (15)

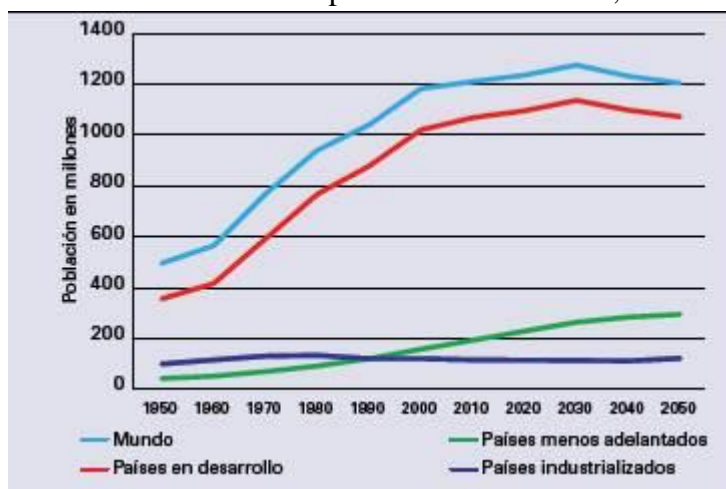


### III. Antecedentes

Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble; la gran mayoría de adolescentes, aproximadamente el 88% vive en países en desarrollo y representan alrededor de uno de cada seis adolescentes. (16)

A nivel mundial, la proporción de adolescentes dentro de la población total alcanzó su punto más alto en la década de 1980 con algo más del 20%. Aunque el número de adolescentes continuará creciendo en términos absolutos hasta 2030 aproximadamente, la proporción de adolescentes con respecto a la población total ya está descendiendo en todas las regiones excepto en África Occidental y Central, y seguirá disminuyendo en todo el mundo de manera constante hasta 2050, como se observa en la gráfica 2. Una tendencia que continuará intensificándose en las próximas décadas es que cada vez habrá más adolescentes en las zonas urbanas. (16, 17)

Gráfica 2: Tendencias en la población adolescente, 1950-2050



Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. 2008

Según Naciones Unidas, para el 2009 en el planeta habitaban alrededor de 1.200 millones de personas que tenían entre 10 y 19 años que constituían el 18% de la población mundial. En la última década se han alcanzado altas tasas de población en el segundo decenio de la vida, uno de cada cinco individuos en el mundo tiene entre 10 y 20 años, todos ellos han vivido siempre, o la mayor parte de sus vidas, al amparo de la Declaración del Milenio. (16)

En el presente siglo vive un período de incertidumbre y agitación económica particularmente en algunas economías industrializadas, dando lugar a mayores restricciones en el gasto social y la asistencia exterior para el desarrollo. En los países en desarrollo, las finanzas públicas también han experimentado recortes, y el gasto social. La crisis económica mundial ha producido una gran cohorte de jóvenes desempleados que hasta 2009 sumaban alrededor de 81 millones en todo el mundo. Los empleos decentes para los jóvenes son escasos; en 2010, cerca de una cuarta parte de los trabajadores pobres de todo el mundo eran individuos de entre 15 y 24 años. (18)

La transmisión intergeneracional de la pobreza se manifiesta con mayor claridad entre las niñas adolescentes. La desventaja educativa y la discriminación basada en el género inciden de manera importante en las condiciones de exclusión y penuria en las cuales muchas viven, así como también en el matrimonio a temprana edad y en la violencia doméstica. Aproximadamente un tercio de las niñas del mundo en desarrollo se casan antes de los 18 años y en algunos países, casi un 30% de las niñas contraen matrimonio antes de cumplir 15 años. (18, 19)

Las adolescentes más pobres también tienen más probabilidades de casarse a temprana edad y las tasas de matrimonio precoz entre estas niñas son alrededor de tres veces más altas que entre las adolescentes de las familias del quintil más rico. Las niñas que se casan a una edad temprana también están más expuestas a quedar atrapadas en el ciclo negativo de embarazos prematuros, altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, y altos niveles de desnutrición infantil. Los datos demuestran que las niñas que han recibido educación tienen menos probabilidades de casarse precozmente y quedar embarazadas en la adolescencia, y más probabilidades de contar con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/ sida y de tener hijos saludables. (19)

Urzúa señalaba en 1998 entre los factores de riesgo para la salud y bienestar de la población adolescente las expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas tales como depresión, estrés excesivo y baja autoestima. Donas Burak, por su parte, en 2001 denominaba “cultura del riesgo” a la forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en que los adolescentes se comportan en la actualidad. Kazdin en el año 2003 planteó que durante la adolescencia hay un incremento en el número

de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo, tales como el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección. (11)

Varios autores en distintos países han investigado diferentes facetas de factores o comportamientos de riesgo para la salud (12). Paniagua Repetto y García Calatayud en 2003 reportaron los trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria y depresivos, conductas violentas, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, episodios de embriaguez y mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (20); Barcelata, Durán y Lucio en 2004 identificaron los problemas emocionales en todas las áreas, en particular la familiar y la de salud, relacionados específicamente con la interacción y comunicación con los padres, la autoimagen (demasiada preocupación con la imagen corporal, especialmente en las mujeres), tendencia al aislamiento (no pertenecer a ningún grupo de pares ni tener amigos) y conductas de consumo de cigarro y alcohol (21); Campo-Arias, Cogollo y Díaz en 2008 identificaron los síntomas depresivos, ser varón y tener baja religiosidad como factores de riesgo para la salud de este grupo (22).

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Las mujeres que comienzan la maternidad a una corta edad tienden a tener familias más numerosas que aquellas que posponen la maternidad, y las madres muy jóvenes y sus hijos que inician sus vidas en la pobreza son a menudo incapaces de salir de esa pobreza. Además, la maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y limitar sus perspectivas de empleo. En contraste, dado que la educación se relaciona cada vez más con el mejoramiento de las perspectivas de vida, las mujeres que aplazan su primer nacimiento hasta después de la adolescencia pueden permanecer más tiempo en la escuela, lo cual les permite jugar un papel más directo en la determinación de su propio futuro y el de sus hijos. Sumado a esto, la maternidad temprana puede empeorar las condiciones de salud de la madre y el hijo cuando éstas son ya deficientes; estos riesgos se agravan en las adolescentes pobres, quienes tienen pocas probabilidades de tener una adecuada nutrición y acceso a la atención médica. La salud

reproductiva y general de las jóvenes tiende a mejorar conforme aumentan los niveles de escolaridad. (24)

La literatura indica que los factores de riesgo asociados al embarazo durante la adolescencia se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso (25), uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (26).

En un estudio cualitativo realizado por Baeza y colaboradores en Chile se encontró que en la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): amor romántico, no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: familia cuidadora y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es la sanción social. (27)

Debe considerarse también que alrededor de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH ocurren en personas que tienen entre 15 y 24 años, período en el que la mayor parte de las personas inicia la actividad sexual; en este sentido, debe tomarse en cuenta que los sistemas de valores y creencias de los adolescentes en cuanto al sexo varía ampliamente de comunidad en comunidad por lo que el desafío se centra en cómo lograr que los adolescentes sean más conscientes de los estilos de vida que escogen con respecto al sexo y reconozcan la importancia de evitar las relaciones sexuales a temprana edad, incluso cuando están invadidos

por los mensajes y las presiones sociales de los medios de comunicación y por sus pares adultos y más experimentados que los alientan en especial a los varones a que inicien su actividad sexual. (28)

La violencia se reconoce claramente como una de las amenazas más apremiantes para el desarrollo y salud de los adolescentes. La violencia en esta etapa de la vida no se limita a traumatismos físicos o sexuales, sino que también abarca el abuso emocional y verbal y las amenazas, entre otros tipos de abuso psicológicos. Entre los factores determinantes de la violencia juvenil se encuentran las características individuales (temperamento e impulsividad difíciles), los factores familiares (estrés económico, crianza deficiente, abuso familiar, abuso de sustancias por parte de los padres) y los agentes sociales (el acceso a las armas, la violencia en los medios de comunicación, las oportunidades educacionales y laborales desiguales, la violencia política). (28)

Los traumatismos que sufren los niños y los adolescentes son motivo de una creciente preocupación en el ámbito de la salud pública. Constituyen la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años, lo que significa que casi 400.000 personas de este grupo de edad pierden la vida todos los años. La mayoría de estas muertes se asocian con accidentes de tránsito. (16)

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas representa otro factor de riesgo para los adolescentes y jóvenes por las consecuencias a corto y largo plazo que acarrea el abuso de sustancias. En este sentido, debe considerarse la vulnerabilidad de este grupo a las imágenes subliminales de los medios de comunicación y su deseo de imitar los modelos de los adultos que alientan el consumo de alcohol y tabaco como un rito o como una forma de afrontar los problemas. (23, 28)

La utilización de drogas ilegales entre los jóvenes plantea una doble amenaza, no solo a través de las consecuencias de la adicción sobre la salud mental sino también debido al riesgo en aumento de la infección por el VIH/sida. (26, 28)

Los trastornos alimentarios y su incidencia en la satisfacción corporal y autoconcepto, han sido considerados como otras conductas de riesgo en esta etapa (23). La anorexia nerviosa entre los jóvenes particularmente entre las mujeres adolescentes es un problema de salud cada

vez más preocupante. Según investigaciones recientes, los trastornos alimenticios y la disconformidad corporal son problemas que se manifiestan entre los adolescentes de bajos recursos económicos y también de los altos estratos sociales y entre los adolescentes afroamericanos e hispanos y los jóvenes asiáticos y caucásicos. (28)

La obesidad es otro problema de salud y factor de riesgo entre los adolescentes a nivel mundial. Durante las últimas dos décadas ha ocurrido un alarmante incremento sin precedentes en la obesidad en niños y adolescentes<sup>1</sup>, así como en el riesgo de padecerla, que ha alcanzado proporciones epidémicas. (29) De acuerdo con información de un subconjunto de 10 países en desarrollo, entre el 21% y el 36% de las niñas de 15 a 19 años tienen sobrepeso (o sea, un índice de masa corporal superior a 25,0). (16) Este aumento ha despertado una mayor conciencia y preocupación por este problema en todo el mundo, en particular en lo que respecta a la asociación entre la obesidad y ciertas condiciones graves de salud, como diabetes, enfermedades cardiovasculares e hiperlipidemia, entre otras. (29)

En 2004 se estableció que la obesidad era el quinto factor de riesgo que más muertes causa a nivel mundial, instalándose desde muy temprana edad. (30) La obesidad y el sobrepeso y las consecuencias de salud asociadas a estas condiciones, también provocan problemas a la economía del país, ya que presentan cargas fuertes a los sistemas de salud al incrementarse el costo de atención médica para personas obesas. Se calcula que el costo médico de una persona obesa es 25% más alto que el de una persona con peso normal, y dicho costo aumenta mientras más obeso se vuelve el individuo. (31) Debe tomarse en cuenta en este sentido que el 50% de los adolescentes obesos llegan a la adultez aún padeciendo este problema y el mayor riesgo relativo se observa entre los adolescentes obesos con edades entre los 10 y 15 años. (28) Una de las propuestas para revertir el problema de obesidad sería mantener un equilibrio energético y llevar un estilo de vida saludable, lo cual implica el desarrollo y la puesta en práctica de estrategias específicas, factibles y eficientes a través de los contextos políticos, sociales y culturales específicos de cada país. (29, 31)

Otro factor a tomar en cuenta es la disminución constante de los niveles de actividad física a medida que transcurren los años de la adolescencia, situación que se da en ambos sexos; esto

---

<sup>1</sup> Cuando se dice niños o jóvenes obesos se hace referencia a aquéllos con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual al percentil 95 de las tablas de IMC de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Los niños y jóvenes con riesgo de obesidad son aquéllos entre el percentil 85 y menos del 95 de IMC para su edad.

ocurre como consecuencia de las demandas laborales y académicas y un enfoque hacia otras áreas de interés así como el aumento en el uso de la tecnología. (29)

### **Los adolescentes en el Ámbito Internacional**

Aun cuando el término “adolescentes” no figura en los convenios, las declaraciones ni los tratados internacionales, todas estas personas tienen derechos derivados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros importantes pactos y tratados sobre derechos humanos. La Convención sobre los Derechos del Niño también consagra la mayoría de esos derechos. Además, las niñas adolescentes están protegidas por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Plataforma de Acción de Beijing y una serie de instrumentos regionales, como el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África. (16)

La adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, que requiere atención y protección especial. Sin embargo, esto no fue así durante la mayor parte de la historia humana; la amplia aceptación de la importancia de la adolescencia es relativamente reciente. Para numerosas sociedades y comunidades, el límite entre la infancia y la edad adulta es bastante difuso y con frecuencia se espera que los adolescentes trabajen, cubran sus gastos y hasta empuñen las armas, se les considera como adultos más pequeños y menos desarrollados. En otras sociedades marcan el paso de la infancia a la edad adulta con ritos de transición que establecen que el individuo asume, desde ese momento, las responsabilidades propias de los adultos, al igual que el derecho a disfrutar de la independencia y los privilegios respectivos. (16, 18)

Durante la primera mitad del siglo XX se dan los primeros pasos para proteger a niños y adolescentes contra el trabajo explotador y nocivo. Los primeros convenios elaborados por la Organización Internacional del Trabajo-OIT luego de la Primera Guerra Mundial tenían por objeto proteger a los niños trabajadores, casi todos mayores de 10 años. Entre ellos, cabe mencionar el Convenio No. 6 sobre el trabajo nocturno de los niños en la industria (1919), y el Convenio No. 10 relativo a la edad de admisión de los niños al trabajo agrícola (1921). El primer convenio citado estipulaba que la edad mínima para trabajar en entornos industriales peligrosos era de 16 años, mientras que el segundo imponía límites claros a la participación de los niños en trabajos públicos y privados. (16, 18)

En 1959 se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño en donde se describen los derechos políticos, económicos, cívicos y sociales que promovieran el bienestar de este grupo. Dos décadas más tarde, las Naciones Unidas declararon que 1979 era el Año Internacional del Niño y en 1985 se celebró el primer Año Internacional de la Juventud. (16)

### **Situación de la Población Adolescente en América Latina**

Los jóvenes de la Región de las Américas representan un segmento socioeconómico de la población importante y en aumento. De los aproximadamente 155 millones de jóvenes en América Latina y el Caribe, el grupo de 10 a 24 años representan el 30% de la población mientras que los adolescentes de 10 a 19 años el 20%. (16, 28)

Según datos disponibles, aproximadamente el 50% de los adolescentes de la Región menores de 17 años son sexualmente activos, la edad promedio de inicio sexual es de 15 a 16 años para las mujeres y de 14 a 15 años para los varones; sin embargo en algunos países los varones inician su actividad sexual entre los 10 y 12 años de edad y a los 15 años el 90% ya había tenido su primera experiencia sexual. (28)

La epidemia de VIH/sida afecta particularmente a los jóvenes de Brasil, Haití, Honduras, Panamá y diversos países del Caribe de habla inglesa; en Haití se calcula que el 4.9% de los varones de entre 15 y 24 años están afectados por el virus mientras que en Honduras es de 1.7%. (28, 34)

En los países de América Latina y el Caribe, los adolescentes, principalmente en zonas urbanas pobres, están expuestos a la violencia; las principales causas de muerte entre jóvenes de 10 a 19 años son externas e incluyen la violencia y el homicidio, alcanzando este último el 29%. Asimismo, la violencia por razón de sexo desempeña un papel clave en el desarrollo de la violencia juvenil en la región en donde la cultura del machismo acepta la violencia como una forma para resolver los conflictos y como parte de la norma social. (16, 28)

El consumo de alcohol es frecuente en adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe. Estudios realizados en Brasil indican que aproximadamente el 50% de los adolescentes entre 10 y 12 admite haber consumido alcohol en comparación con el 74% entre 13 y 18 años. Otros estudios señalan un incremento en el consumo de alcohol en Brasil, Chile, Costa Rica y México, en especial entre las mujeres jóvenes. (4, 28)



Los adolescentes y jóvenes no solo están en la mira de la industria del alcohol sino también en la de la industria del tabaco; la exposición de este grupo en la mitad de la adolescencia (14 a 17 años) a la publicidad sobre el tabaco en los países de América Latina y el Caribe es elevada y alcanza el 90% en Argentina, Bolivia, Costa Rica, México y Uruguay según The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Un estudio realizado con más de 100,000 jóvenes entre 13 y 15 años en 24 países de la región encontró que el 79% expresó que el cigarrillo debería prohibirse en los lugares públicos. (28)

En la mayoría de los países de las Américas, la marihuana es una droga de fácil acceso y en la literatura científica se la reconoce ampliamente como una droga inicial que conduce a la posterior utilización de la cocaína y otras sustancias más fuertes. El Observatorio Interamericano sobre Drogas condujo una serie de encuestas con estudiantes de escuelas secundarias y encontró que más del 60% opinaban que era sencillo acceder a drogas ilícitas; la marihuana es la droga más utilizada, seguida de los inhalantes. (28)

La obesidad es también un tema preocupante en la población adolescente; datos preliminares indican que la prevalencia oscila entre el 8 y 22% en las Américas. (28, 30)

En América Latina, la familia, incluyendo la familia extendida, es probablemente el factor que más contribuye a la salud de las y los adolescentes. Las relaciones familiares contribuyen al desarrollo de la resiliencia o factores protectores para enfrentar prácticas culturales y sociales que puedan perjudicar su desarrollo y salud sexual. (5, 7)

### **Situación de la Población Adolescente en Guatemala**

La población guatemalteca es la más numerosa del Istmo Centroamericano con una proyección de 16.2 millones de personas para el año 2015 de los cuales 52% vive en el área rural. El país se caracteriza por ser multiétnico, pluricultural, con 23 comunidades lingüísticas además de su extraordinaria juventud: El 69% corresponde a menores de 30 años, cuatro de cada diez personas son menores de 15 y seis no tienen aún 20 años. (33) Los adolescentes entre los 10 y 19 años, representan el 23% de la población guatemalteca (17).

Según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística -INE, para el año 2020, el departamento de Guatemala tendrá menos del 25 por ciento de esta población. El resto de departamentos soportarán más del 30 a 35 por ciento de población adolescente y

joven. Esa composición de la población representará nuevas y complejas demandas para los servicios de salud, en la morbilidad y mortalidad, en el campo de la salud sexual y reproductiva, las muertes violentas y los movimientos migratorios, nacionales e internacionales. (36)

Guatemala es el segundo país de América Latina y el Caribe con los más altos índices de pobreza, más de la mitad de la población es pobre (54%); los niveles de pobreza de la población adolescente son críticos, un 82% son pobres y de estos 73% son indigentes lo cual pone en desventaja a este grupo de poder desarrollarse y potencialmente lo limita para poder integrarse a la población económicamente activa y contribuir al desarrollo del país. (2)

El embarazo en adolescentes es alto en el país, 98 nacimientos por 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, debido al inicio de la vida en pareja a edades muy tempranas; el 46% de las mujeres entre 20 y 24 años inicio su vida en pareja antes de los 20 años y un 41% tuvo su hijo o hija antes de de esta edad, representando la proporción más alta el grupo de mujeres jóvenes sin educación (68%) e indígenas (54%). (33) Tres cuartas partes de las que no tienen educación, comparado con una cuarta parte de las que tienen educación primaria o superior, se unen antes de los 20 años. La gran mayoría de mujeres unidas de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes; sin embargo, solo el 18% usa un método anticonceptivo efectivo; sumado a esto la proporción de mujeres que dio a luz siendo adolescente es tres veces mayor entre las mujeres sin educación que entre aquellas que tenían por lo menos siete años de escolaridad. (17, 24)

La pobreza, que va de la mano con muy poca escolaridad, es otro determinante importante de la maternidad adolescente. El 62% de las mujeres del más bajo nivel socioeconómico dio a luz siendo adolescente, comparado con el 52% de aquellas en el rango medio y el 27% de las del nivel más alto; debido a que las mujeres indígenas y rurales tienen alta probabilidad de ser pobres, éstas corren el mayor riesgo de dar a luz a una edad muy temprana (54% en indígenas vs 39% en no indígenas). (24) Esta situación tiene mucho que ver con el acceso a la educación que tienen las adolescentes, lo cual en el país es aún un tema pendiente de resolver. (17)

Con relación a los niveles de educación de los hombres adolescentes y jóvenes en Guatemala, la V Encuesta de Salud Materno Infantil-ENSMI- 2008-2009 indica que del grupo de 15 a 19 años el 3.3% no recibió educación, 22% primaria completa, solamente el 5.1% completó la secundaria y el 0.7% accedió a educación superior; con relación al grupo de 20 a 24 años se reporta en esta misma encuesta que el 6.3% no recibió educación, el 19.8% primaria completa, 16.5% secundaria completa y 8.4% educación superior. Las diferencias entre el área urbana y rural entre quienes nunca recibieron educación son marcadas (5.3% versus 18.4%). (36)

En el caso de las adolescentes y jóvenes mujeres, la ENSMI reporta que en el grupo de 15 a 19 años el 7% no accedió a educación, el 20.9% primaria completa, solamente 3.6% secundaria completa y 1% educación superior; en el grupo de 20 a 24 años se reporta 13.8% sin educación, el 15.1% primaria completa, 11.4% secundaria completa y 9.2% educación superior. Al igual que en el grupo de hombres, hay diferencias entre el acceso a la educación en el área urbana en comparación con el área rural (10% versus 28.8%) (36)

En el país, más del 40% de los hombres inician la vida en pareja antes de los 25 años según esta encuesta; en el grupo de hombres de 15 a 19 años el 1.8% está casado y 5% unidos; en el grupo de 20 a 24 años, el 18.8% y 22.6% respectivamente. En el caso de las mujeres, el 20% inicia la vida en pareja antes de los 20 años y 55% entre 20 y 24 años. Con relación al conocimiento de métodos de planificación familiar, los hombres de 15 a 19 años son los que menos conocimientos tienen; las razones para que los jóvenes tengan este desconocimiento puede deberse a diferentes circunstancias relacionadas con el acceso al sistema educativo, como a la capacitación informal en estos temas. Sin embargo, aproximadamente una tercera parte de los hombres de 15 a 19 años y de 20 a 24 años reportó el uso de algún método de planificación familiar (30.1% y 36.6% respectivamente) (36)

De los hombres jóvenes en Guatemala, el 46.6% tienen su primera relación entre los 15 y 17 años, casi una cuarta parte de ellos (24.4 por ciento), lo hace entre los 13 y 14 años y el 6% antes de cumplir los 13 años. En el país el 77% de jóvenes inician su vida sexual antes de cumplir la mayoría de edad. En el caso de las mujeres jóvenes, el 68% tiene su primera relación sexual antes de los 18 años. (36)

Con relación a la epidemia de VIH/sida, los datos disponibles indican que de los 22,036 casos reportados en el período 1984-2010, 2,416 casos que equivalen a un 10.96% del total, correspondieron a personas hasta los 19 años de edad; distribuidos en 1,338 casos de mujeres y 1,078 de hombres. (37)

### **Marco Legal de Protección a la Niñez y Adolescencia en Guatemala**

Durante el período 2009 - 2010 hubo efectos directos y secuelas de la crisis económica mundial, las catástrofes asociadas con el cambio climático, la persistencia de la pobreza, la discriminación y la exclusión; la violencia, la impunidad y la debilidad del sistema institucional reiteraron el cuadro de carencias y desprotección de la niñez y adolescencia que ha caracterizado al país. Durante este período se promulgaron dos nuevas leyes en materia de protección de los derechos de la niñez y adolescencia en el país; en marzo de 2009, entró en vigencia el Decreto 9-2009, Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas y en el mes de septiembre del año 2010, la Ley del Sistema de Alerta Alba-Keneth. Se cuenta además con la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003 del Congreso de la República, la cual demanda que el Estado guatemalteco ejecute, con eficacia, las políticas sociales básicas que garanticen un nivel de vida adecuado a los niños, niñas y adolescentes y afirma que dicha protección y el desarrollo integral de la niñez y adolescencia sólo será posible en la medida que las diferentes iniciativas, acciones y programas, se enmarquen en políticas públicas cuyos recursos de poder, humanos y financieros garanticen la universalidad, cobertura, calidad y sostenibilidad de los servicios requeridos por la niñez y adolescencia, especialmente por aquellos con sus necesidades parcial o totalmente insatisfechas y los que viven en condiciones excepcionalmente difíciles. (37)

Además se cuenta con la Política Salud para la Adolescencia 2003-2012 del Ministerio de Salud creada según Acuerdo Ministerial SPM-M-636-2004 que da respuesta a la Ley de Desarrollo Social, Ley de Descentralización, Ley de Consejos de Desarrollo y Código Municipal así como también a la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia. En el 2012 se impulsa la Política Nacional de Juventud-PNJ- 2012-2020 cuyo objetivo principal es promover la vigencia plena de los derechos de las y los jóvenes para mejorar sus condiciones y calidad de vida, privilegiando su desarrollo integral y actores estratégicos del desarrollo. Esta política cuenta con un plan de acción interinstitucional el cual es un instrumento de gestión para la movilización de recursos a favor del cumplimiento de la misma y que permite dar seguimiento a resultados asumidos por unidades ejecutoras de Gobierno,

focalizando resultados de desarrollo. Este plan cuenta con un sistema de monitoreo y evaluación organizado en tres grandes resultados definidos en términos de lo social, competitividad y seguridad. El resultado social en el área de salud se enfoca en tres programas: 1) Fortalecimiento a las capacidades y aptitudes del personal de salud para la atención integral de adolescentes y jóvenes; 2) Estrategia de espacios amigables y 3) Clínicas de Atención para Adolescentes y Jóvenes. (38)

#### **IV. Planteamiento del problema**

Desde hace una década se han realizado diferentes acciones que dan respuesta a las necesidades de atención en salud para el grupo de adolescentes y jóvenes en el país. Una de estas acciones es la implementación de Clínicas de Atención Integral para Adolescentes en la red hospitalaria que ha tomado como modelo la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios, la cual según el Acuerdo Ministerial 567-2011 es el centro de referencia y capacitación a nivel nacional.

El sistema de información que se utiliza en estas clínicas es el sugerido por el Sistema Integral para Adolescentes-SIA del Centro Latinoamericano de Perinatología-CLAP-. En la actualidad se han realizado múltiples esfuerzos para mejorar la calidad de los datos que se recogen diariamente por parte del equipo multidisciplinario de profesionales a través de pasantías por el Hospital General San Juan de Dios y capacitaciones en sitio. En este momento se cuenta ya con información valiosa registrada de forma sistemática en estas clínicas pero que no ha sido analizada ni presentada formalmente para la orientación de las intervenciones que se realizan con los grupos atendidos.

El propósito de esta investigación es analizar la situación de salud y los aspectos biológicos, socioeconómicos, psicoemocionales y hábitos de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes en el Hospital General San Juan de Dios durante el periodo enero-diciembre 2013 y cuyos datos fueron registrados en la historia clínica del adolescente-HAC- del Sistema Integral para Adolescentes-SIA del CLAP.

## **V. Preguntas de investigación**

1. ¿Cuál es la situación de salud de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala durante el período enero-diciembre 2013?
2. ¿Cuáles son los aspectos biológicos, de salud sexual y reproductiva, socioeconómicos y psicoemocionales de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala durante el enero-diciembre 2013?
3. ¿Cuáles son los hábitos y consumo de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala durante el enero-diciembre 2013?
4. ¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes identificados por el equipo multidisciplinario de profesionales en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad de Guatemala durante el enero-diciembre 2013?

## **VI. Justificación**

En el país se cuenta con informes sobre la situación de salud de la población adolescente, publicados en su mayoría por organismos internacionales e instituciones del Estado que velan por este grupo. En la última década se ha avanzado en materia de salud y protección para adolescentes, sin embargo aún hace falta mucho por hacer.

La falta de datos de calidad sobre la situación de salud de la población impide muchas veces identificar intervenciones que contribuyan a abordar los problemas de salud de forma eficiente y efectiva. La generación y análisis de información sobre la situación de salud de grupos específicos de la población es indispensable para la planificación y evaluación de intervenciones y programas en todos los niveles de atención en salud.

Contar con un sistema de registro de datos de salud electrónico brinda la oportunidad para la elaboración de informes periódicos que contribuyan a orientar los programas tanto de prevención como atención para los grupos objetivo. En ese sentido, tomando en cuenta que la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios cuenta con este tipo de sistema, se analizó la información registrada durante el año 2013 para la elaboración del presente informe en el cual se analiza la situación de salud de este grupo con el fin de contar con un documento de referencia que pueda ser utilizado para análisis y discusión en la toma de decisiones por parte de las autoridades de la institución.

Se espera además que esta experiencia pueda ser utilizada para establecer los lineamientos para la elaboración de informes periódicos tanto de la clínica en el Hospital General San Juan de Dios como en el resto de clínicas a nivel nacional.



## **VII. Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir la situación de salud de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral del Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala durante el período enero-diciembre 2013.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir:
  - Los motivos de consulta reportados por los adolescentes.
  - Los aspectos biológicos de los adolescentes identificados durante la primera consulta.
  - Los aspectos socioeconómicos de los adolescentes reportados durante la primera consulta.
  - Los aspectos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes identificados durante la primera consulta.
  - Los hábitos y consumo de los adolescentes reportados durante la primera consulta.
  - Los aspectos psicoemocionales reportados por los adolescentes.
  - Los diagnósticos clínicos más frecuentes.
2. Identificar los principales factores de riesgo que presentan los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes durante el año 2013.
3. Dar recomendaciones a las autoridades y tomadores de decisión de Hospital General San Juan de Dios en base a los resultados obtenidos en el estudio.

## VIII. Diseño de investigación

**Tipo de estudio:** Descriptivo analítico

**Área de estudio:** Hospital General San Juan de Dios en la Ciudad de Guatemala

**Objeto de estudio:** Datos registrados en la base del Sistema Integral para Adolescentes-SIA- de las evaluaciones realizadas por medio de la Historia Clínica del Adolescente-HCA- a los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios durante el periodo enero-diciembre 2013

**Población de estudio:** Adolescentes de ambos sexos comprendidos entre las edades de 10 a 20 años atendidos durante el período enero a diciembre 2013

**Muestra:** 906 adolescentes

## IX. Metodología

El objeto de análisis lo constituyen los datos registrados en la base del Sistema Integral para Adolescentes-SIA- de las evaluaciones realizadas a los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios durante el periodo enero-diciembre 2013.

Para el análisis de datos se seguirán los pasos establecidos en el manual de uso del Sistema Informático del Adolescente SIA de la Organización Panamericana de la Salud OPS. Se procederá posteriormente a la elaboración de cuadros resumen de datos y uso de estadística descriptiva.

Entre los aspectos éticos a considerar en la presente investigación están la confidencialidad de los datos contenidos en la base, los cuales se analizarán a través de códigos. Además, se solicitó la autorización para el análisis de la base de datos al Jefe de Sección de Consulta Externa quien funge también como Coordinador de la Clínica de Atención Integral de Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios.

### Variables de estudio

**Dependientes:** problemas de salud de los adolescentes

**Independientes:**

**Aspectos biológicos:** edad, sexo, antecedentes personales (perinatales, crecimiento, desarrollo alergia, vacunas completas, enfermedades crónicas, discapacidad, enfermedades infectocontagiosas, accidentes, intoxicaciones, cirugía/hospitalización, uso de medicamentos,

problemas psicológicos, violencia, educación preescolar, judiciales, otros), antecedentes familiares (diabetes, obesidad, cardiovascular, alergia, infecciones, cáncer, problemas psicológicos, alcohol, drogas y otros, violencia intrafamiliar, madre y/o padre adolescente, judiciales, otros), peso, talla, estado nutricional.

**Aspectos gineco-urológico:** menarca/espermarca, ciclos regulares, dismenorrea, flujo patológico/secreción peneana, ITS-VIH, embarazos, hijos, abortos.

**Aspectos de sexualidad:** relaciones sexuales, pareja sexual, edad inicio relaciones sexuales, inicio métodos anticonceptivos-MAC, uso habitual de condón, otros métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia-ACO de emergencia.

**Aspectos socioeconómicos:** estado civil, etnia, situación de vivienda, educación del adolescente, problemas en la escuela, años repetidos, violencia escolar, deserción/exclusión, nivel de educación de padres y pareja, trabajo de padres o encargados, apoyo social, energía eléctrica, agua y excretas, hacinamiento, trabajo del adolescente, edad de inicio de trabajo, razón de trabajo, tipo de trabajo

**Hábitos y consumo:** sueño normal, alimentación adecuada, comidas por día, comidas por día con familia, actividad física, tabaco, edad inicio tabaco, número de cigarrillos diarios, alcohol, frecuencia de alcohol, edad de inicio de alcohol, episodios de abuso de alcohol, otras sustancias, tipo de sustancia, edad de inicio de sustancias, repercusiones sustancias.

**Aspectos psicoemocionales:** imagen corporal, estado de ánimo, persona referente, vida con proyecto, redes sociales de apoyo.

### Operativización de Variables

ASPECTO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
<b>Problemas de salud del adolescente</b>	Impresión diagnóstica integral	Diagnósticos presuntivos descritos en la impresión diagnóstica integral de los adolescentes identificados por el grupo de profesionales de salud de la Clínica de Atención Integral para Adolescentes. que atendieron al adolescente	Dato obtenido de la evaluación clínica inicial y registrado en la base de datos	Cualitativa Nominal	Enfermedades infecciosas y parasitarias Tumores malignos y benignos Enfermedades de las glándulas endócrinas , del metabolismo y de la nutrición y trastornos de de la inmunidad Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos Trastornos emocionales/mentales Enfermedades del sistema nervioso Enfermedades de los órganos de los sentidos Enfermedades del aparato circulatorio Enfermedades del aparato respiratorio Enfermedades de la cavidad bucal y cara Enfermedades del aparato digestivo Enfermedades del aparato urinario

					<p>Enfermedades de órganos genitales masculinos</p> <p>Enfermedades de órganos genitales femeninos</p> <p>Embarazo y trastornos del embarazo, parto y puerperio</p> <p>Enfermedades de la piel y tejido celular</p> <p>Enfermedades del sistema osteoarticular y tejidos conjuntivos</p> <p>Anomalías congénitas</p> <p>Signos y síntomas mórbidos mal definidos</p> <p>Traumatismos</p> <p>Quemaduras</p> <p>Envenenamientos no intencionales</p> <p>Intento de suicidio</p> <p>Trastorno de aprendizaje</p> <p>Madurador lento, retraso puberal familiar</p> <p>Talla baja familiar</p> <p>Adolescente sano</p> <p>Otro diagnóstico</p>
<b>Aspectos biológicos</b>	sexo	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Dato obtenido de la base de datos	Cualitativa Dicotómica	Hombre Mujer
	edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Dato obtenido del paciente y registrado en base de datos	Cuantitativa	años
	antecedentes personales	Hechos importantes de la vida del adolescente que pueden tener influencia en su vida actual y que pueden ser asociados con factores de riesgo.	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Perinatales Crecimiento Desarrollo Vacunas completas Enfermedades crónicas Discapacidad Enfermedades infectocontagiosas Accidentes Intoxicaciones Cirugía/hospitalización Uso de medicamentos Problemas psicológicos Judiciales
	Antecedentes familiares	Hechos importantes de la vida de familiares de primer grado del adolescente que pueden representar un riesgo para la salud del o la adolescente	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Diabetes Obesidad Cardiovascular Alergia Infecciones Cáncer Problemas psicológicos Alcohol, drogas y otros Violencia intrafamiliar Madre y/o padre adolescente Judiciales
<b>Aspectos gineco-urológicos</b>	menarca/ espermarca	Edad en años y meses de la primera menstruación o eyaculación	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	Años y meses
	ciclos regulares	Ciclo en el que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	dismenorrea	Dolor menstrual que limita en cierta forma las actividades diarias de la adolescente	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	flujo patológico/ secreción peneana	En la mujer indica la presencia de secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. En el varón se refiere a cualquier secreción peneana no fisiológica	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No

	ITS-VIH	Infección de transmisión sexual y Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Se refiere a enfermedades infecciosas adquiridas habitualmente por contacto sexual	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Embarazo adolescente	Total de embarazos de la adolescente mujer o de la/s parejas del adolescente varón en que él engendró un hijo/a	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 o más
	hijos del adolescente	Total de hijos del adolescente	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 o más
	abortos del adolescente	Pérdida espontánea o inducida de un feto	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 o más
<b>Aspectos de Sexualidad</b>	relaciones sexuales	Forma natural de intimidad física, que puede ejercerse con el propósito de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer.	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	No Heterosexuales Homosexuales Ambas
	pareja sexual	Se refiere a si el adolescente ha tenido solo una pareja sexual o varias	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Pareja única Varias parejas
	edad inicio relaciones sexuales	Edad de la primera relación sexual aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	años
	inicio métodos anticonceptivos -MAC	Se refiere a si el adolescente ha iniciado el uso de algún método anticonceptivo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Consejería	Se refiere a si el adolescente a recibido consejería sobre aspectos de salud sexual y reproductiva	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	uso habitual de condón	Uso de elementos protectores en las relaciones sexuales con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	anticoncepción - ACO de emergencia	Anticoncepción utilizada inmediatamente después de una relación sexual para prevenir un embarazo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa	Si No
<b>Aspectos socio económicos</b>	estado civil del adolescente	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones con otros según bajo el marco de la ley que establece ciertos derechos y deberes.	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unido Separado Otro
	Grupo cultural	Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos.	Dato obtenido de la autoidentificación del adolescente durante entrevista inicial y registrado en la base de datos	Cualitativa Nominal	Blanco Mestizo Indígena Negro
	Situación de vivienda del adolescente	Hace referencia a la situación en la que vive el adolescente	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Solo En casa En la calle En institución protectora Privado de libertad

Educación del adolescente	Se refiere a si el adolescente asiste en el momento de la consulta a alguna institución para completar sus estudios	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
Problemas en la escuela	Dificultades de adaptación al sistema escolar que empobrecen el rendimiento o le impiden mantener un nivel de instrucción similar al promedio de sus compañeros	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLA	Cualitativa Dicotómica	Si No
Años repetidos	Número de veces que el adolescente repitió algún año de estudio en cualquier nivel	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 o más
Violencia escolar	Cualquier acción perjudicial o agresión, hereoinfligida, intencional, física, emocional o sexual entre pares, sea en calidad de víctima, victimario o testigo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
Deserción/ exclusión	Se refiere a si el adolescente abandonó los estudios antes de completar el nivel así como las causas que lo originaron	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica Nominal	Si No Familiar Económica Embarazo otro
nivel de educación de padres y pareja	Máximo nivel de instrucción alcanzado por el padre, madre o aquellos que cumplan actualmente funciones paterna o materna y por la pareja	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Ninguno Primaria Secundaria Universitario
Trabajo de padre, madre o responsable	Trabajo del padre, madre o de aquellos que cumplan al momento de la consulta funciones paterna o materna y contribuyan al sostén del adolescente así como de la pareja del adolescente en caso de tenerla.	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Ninguno No estable estable
Ocupación	Tipo de ocupación desarrollada por el padre y la madre o sustitutos así como de la pareja	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Profesional Técnico Obrero Agricultor Ama de casa
Apoyo social o subsidio	Se refiere a si la familia o algún miembro del hogar recibe algún tipo de apoyo social o subsidio en forma de dinero, cupones, transferencias, mercadería, etc	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Transferencia monetaria Bolsa de alimentos Bono escolar otro
Trabajo del adolescente	Cualquier actividad remunerada o no que mantenga el adolescente al momento de la consulta y que implique relación laboral	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Si Busca 1ª vez No y no busca Pasantía Desocupado No trabaja y no estudia
Edad inicio trabajo	Edad del comienzo de cualquier actividad laboral que haya tenido el adolescente en su infancia o adolescencia transcurrida aunque no exista al momento de la consulta	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	años
Razón del trabajo	Motivos por los cuales el adolescente expresa su necesidad de trabajar	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Económica Autonomía Placer otra

	energía eléctrica	Disponibilidad de energía eléctrica en la vivienda	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Agua y excretas	Se refiere a si el domicilio cuenta con instalaciones para la provisión de agua corriente y/o eliminación de excretas y si se encuentran “en el hogar” o “fuera del hogar”	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Agua en el hogar Agua fuera del hogar Excretas en el hogar Excretar fuera del hogar
	Hacinamiento	Razón de habitantes por cuarto (excluyendo cocina y baños) Hacinamiento se define como 3 o más habitantes por ambiente en el hogar, sin considerar baño ni cocina	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
<b>Hábitos/ consumo</b>	Sueño normal	Se refiere al acto de dormir en forma continua	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica  Cuantitativa	Si No  No. horas de sueño
	Alimentación adecuada	Se refiere al acto de comer entre cuatro y seis veces al día, en intervalos horarios según costumbre del lugar donde vive o de su familia; si además es variada e incluye las cantidades recomendables de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Toma en cuenta además de la calidad y cantidad, el lugar, la modalidad, en qué compañía se desarrolla así como el grado de satisfacción que expresa el adolescente.	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Comidas por día	Se refiere al número de comidas en un día hábil que ingiere el adolescente incluyendo entre comidas, colaciones y golosinas	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 5 6 Más de 6
	Comidas por día con la familia	Se refiere al número de comidas que comparte el adolescente con la mayor parte de los miembros de la familia conviviente	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 Más de 3
	Tabaco	Consumo de tabaco de forma inhalada o masticada	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Edad de inicio tabaco	Edad de la primera vez que consumió tabaco aunque no lo haga al momento de la consulta	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	años
	Número de cigarrillos diarios	Número de cigarrillos que se consumen habitualmente en un día	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	1 2 3 4 5 o más
	Alcohol	Frecuencia de consumo de alcohol o cualquier sustancia que lo contenga	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No
	Edad inicio alcohol	Edad de la primera vez que consumió alguna bebida alcohólica aunque no lo haga al momento de la consulta	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	años

	Otras sustancias	Utilización de otras drogas, medicamento o sustancia no indicada por un profesional, capaz de provocar dependencia y el tipo de sustancia	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Si No  Tipo de sustancia
	Edad inicio sustancias	Edad de la primera vez que consumió alguna sustancia aunque no lo haga al momento de la consulta	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cuantitativa	años
	Repercusiones uso sustancias	Repercusiones físicas o psicosociales del uso de sustancias	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa	Si No
<b>Situación psico emocional</b>	Percepción del adolescente de su familia	Caracterización que realiza el adolescente de los vínculos y el funcionamiento familiar	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Buena Regular Mala No hay relación
	Imagen corporal	Percepción del adolescente sobre su apariencia física y sus cambios corporales	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Conforme Crea preocupación Impide relación con los demás
	Estado de ánimo	Impresión del adolescente acerca de su estado de ánimo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Normal Muy triste y/o muy alegre Retraído Ideas suicidas Ansioso/angustiado Hostil/agresivo
	Referente adulto	Grado de integración social con figuras adultas significativas	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Madre Padre Fuera del hogar Otro familiar Ninguno
	Vida con proyecto	Imagen que el adolescente construye sobre sus objetivos de futuro y que sintetiza su autopercepción y relación con el medio a partir de una cosmovisión integradora	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Nominal	Claro Confuso Ausente
	Redes sociales de apoyo	Redes sociales de apoyo tales como clubs, grupo religioso u otro en el cual participa regularmente y reconoce como un espacio de apoyo	Dato obtenido del paciente y registrado en la ficha HCA-CLAP	Cualitativa Dicotómica	Si No

## X. Instrumentos de Recolección

Para el análisis de los datos contenidos en la base de datos del sistema SIA-CLAP de pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala durante el período enero a diciembre 2013 se elaboró un instrumento en Excel para consolidar dicha información y elaborar los cuadros y gráficas descriptivas presentados en este estudio.



## XI. Presentación y análisis de resultados

La población de adolescentes atendida en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes durante el periodo enero a diciembre 2013 fue de 906. Al momento del análisis de datos se identificaron algunas dificultades debido a la ausencia de datos en algunos campos de la base lo cual no pudo ser corregido para fines del presente estudio debido a que el sistema operativo del SIA no permite modificaciones en su estructura y las fichas físicas de la HCA del CLAP no contenían dicha información debido a que no fue registrada al momento de la evaluación de los pacientes. En el cuadro no. 1 se presenta la distribución de la población por grupo de edad y sexo.

Cuadro no. 1

Adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según grupo de edad y sexo  
Enero-diciembre 2013

Característica	n	%
<b>Grupo de edad</b>		
10 – 13	389	43.32
14 – 17	391	43.54
18 – 21	118	13.14
Total	898	100
<b>Sexo</b>		
Femenino	657	73.57
Masculino	236	26.43
Total	893	100

Más del 80 por ciento de la población corresponde a la adolescencia temprana (10 a 13 años) y adolescencia media (14 a 17 años) siendo las adolescentes de sexo femenino quienes acudieron con mayor frecuencia a la consulta durante el año 2013, en una razón de 3:1.

Gráfico no. 3

Adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según grupo de edad  
Enero-diciembre 2013

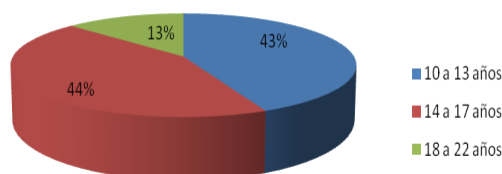
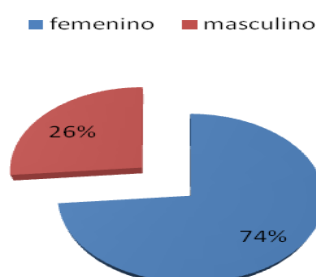


Gráfico no. 4  
Adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según sexo  
Enero-diciembre 2013



Cuadro no. 2  
Antecedentes personales y familiares de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Característica	n	%
<b>Antecedentes personales</b>		
Perinatales normal (n=897)	846	94.3
Crecimiento normal (n=899)	840	93.4
Desarrollo normal (n=899)	840	93.4
Vacunas completas (n=897)	862	96.1
<b>Enfermedades crónicas (n=897)</b>	134	<b>14.9</b>
Enfermedades infectocontagiosas (n=901)	192	<b>21.3</b>
Intoxicaciones (n=898)	16	1.8
<b>Cirugía/hospitalización (n=899)</b>	321	<b>35.7</b>
Uso de medicamentos (n=895)	95	10.6
<b>Problemas psicológicos (n=887)</b>	128	<b>14.4</b>
Judiciales (n=892)	45	5
<b>Antecedentes familiares</b>		
<b>Diabetes (n=896)</b>	236	<b>26.3</b>
Obesidad (n=895)	74	8.3
<b>Cardiovascular (n=894)</b>	183	<b>20.5</b>
Alergia (n=899)	114	12.7
Infecciones (n=894)	48	5.4
<b>Cáncer (n=894)</b>	809	<b>90.5</b>
Violencia intrafamiliar (n=893)	122	13.7
Madre y/o padre adolescente (n=894)	188	21
<b>Alcohol/drogas(n=896)</b>	165	<b>18.4</b>
Problemas psicológicos (n=893)	76	8.5

Casi todos los adolescentes evaluados presentaron un crecimiento y desarrollo normales así como antecedentes perinatales y esquema de vacunación completo; sin embargo, uno de cada cinco adolescentes refirió antecedentes de enfermedades infecciosas y uno de cada tres indicó haber estado hospitalizado. Aunque los problemas de salud mental y las enfermedades

crónicas aparecen con una baja prevalencia en este grupo (14.9 y 14.4 por ciento respectivamente), debe tomarse en cuenta el impacto que estos problemas tienen en el desarrollo psicosocial de los jóvenes así como el impacto en etapas posteriores de la vida. Con relación a los antecedentes familiares, el cáncer es el más reportado seguido de la diabetes y enfermedad cardiovascular lo cual es similar a la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en el país en donde aparecen entre las primeras 5 causas de morbilidad en la actualidad.

Cuadro no. 3  
Aspectos ginecoulológicos de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para  
Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Característica	n	%
Menarca/espermarca (n=541)		
10 años		
11 años	44	8.1
12 años	108	20
13 años	244	<b>45.1</b>
14 años	94	<b>17.4</b>
15 años	35	6.5
16 años	14	2.6
17 años	1	0.2
	1	0.2
Ciclos regulares (n=844)	393	46.6
Dismenorrea (n=800)	81	11.4
Flujo patológico/secreción peneana (n=766)	49	6.4
Femenino	48	0.6
Masculino	1	8.3
Embarazos (n=469)		
0 embarazos	236	50.5
1 embarazo	199	<b>42.2</b>
2 embarazos	33	7.1
3-5 embarazos	1	0.2
Abortos (n=351)		
0 abortos	340	96.9
1 aborto	10	2.8
2 abortos	1	0.3
Hijos (n=363)		
0 hijos	239	65.8
1 hijo	102	28.1
2 hijos	21	5.8
3 hijos	1	0.3
Uso de MAC al inicio de vida sexual activa (n=406)	42	10.3
Consejería sexualidad (n=387)	134	34.6
ACO de emergencia (n=389)	3	0.8
ITS-VIH (n=677)	8	1.2
Redes sociales de apoyo (n=518)	41	7.9

Cuadro no. 4  
Aspectos de sexualidad de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para  
Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Característica	n	%
Edad inicio de relaciones sexuales		
11 años	5	1.7
12 años	14	4.7
13 años	39	13.2
14 años	34	11.5
15 años	70	<b>23.7</b>
16 años	84	<b>28.5</b>
17 años	33	11.2
18 años	15	5.1
Inicio relaciones sexuales voluntarias (n=560)	516	92.1
Sexualidad pareja (n=827)		
Única	252	30.5
Varias	55	6.7
Tipo de relaciones sexuales (n=889)		
Heterosexual	329	37
Homosexual	2	0.2
Uso habitual de condón (n=437)	29	6.6

La mayoría de adolescentes presentó la menarca y espermarca entre los 12 y 13 años de edad como se aprecia en el cuadro no. 4, la edad en que más prevaleció esta situación tanto en varones como en mujeres fue a los 12 años. Las adolescentes atendidas en la clínica reportaron edades más tempranas que los varones para el inicio de relaciones sexuales, la mayoría inicia entre 13 y 15 años siendo en la mayoría de los casos voluntarias; sin embargo, debe tomarse en cuenta que un 7 por ciento indicó que no fueron voluntarias. Es importante resaltar los factores de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual y VIH así como para embarazo en este grupo ya que solamente el 10 por ciento de los adolescentes usaron un método anticonceptivo al momento de la primera relación sexual y la mayoría (94 por ciento) reportó no usar de forma habitual un condón a pesar de que más de un tercio informó haber recibido consejería en aspectos de salud sexual y reproductiva. Un número similar de adolescentes reportó mantener relaciones con varias parejas, siendo en más de un tercio de la población de tipo heterosexual. Las redes sociales son utilizadas para apoyo y consejería en temas de salud sexual y reproductiva por un 7.9 por ciento de los jóvenes en este grupo. (Cuadro 4, 5 y 6)

Cuadro no. 5  
 Edad de menarca/espermarca de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para  
 Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según sexo  
 Enero-diciembre 2013

Gineco-urológico - años menarca / espermarca	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
10 años	1	16.7	41	7.8
11 años	1	16.7	106	<b>20.1</b>
12 años	2	<b>33.3</b>	239	<b>45.4</b>
13 años	1	16.7	91	<b>17.3</b>
14 años	1	16.7	34	6.5
15 años	0	0	14	2.7
16 años	0	0	1	0.2
17 años	0	0	1	0.2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>527</b>	<b>100</b>

Cuadro no. 6  
 Edad inicio relaciones sexuales de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para  
 Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según sexo  
 Enero-diciembre 2013

Edad inicio relaciones sexuales	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
11 años			5	1.8
12 años	1	6.7	13	4.7
<b>13 años</b>	2	13.3	37	<b>13.3</b>
<b>14 años</b>	2	13.3	32	<b>11.5</b>
<b>15 años</b>	1	6.7	67	<b>24.1</b>
16 años	8	<b>53.3</b>	76	<b>27.3</b>
17 años			33	11.9
18 años	1	6.7	14	5
<b>Total</b>	15	100	277	100

La situación encontrada en este grupo con relación a embarazo en la adolescencia es similar a lo que indican las estadísticas nacionales acerca del aumento en la incidencia de embarazos en los últimos años y que se da cada vez a edades más tempranas; en ese sentido, se encontró un 42.2 por ciento de embarazos entre las adolescentes atendidas durante el periodo enero-diciembre 2013, 175 adolescentes que reportaron un embarazo y 24 reportaron dos embarazos, incluyendo en este último grupo casos alarmantes como el de una adolescente de 10 años y 5 de 11 años. El embarazo fue uno de los principales motivos de consulta por parte de las adolescentes que asisten a la clínica (cuadro no. 7).

Cuadro no. 7

Embarazo en adolescentes atendidas en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios según edad y número de embarazos  
Enero-diciembre 2013

<b>Edad</b>	<b>1 embarazo</b>	<b>2 embarazos</b>
10 años	0	<b>1</b>
11 años	0	<b>5</b>
12 años	5	0
13 años	16	0
14 años	9	0
15 años	<b>22</b>	0
16 años	<b>40</b>	5
17 años	56	4
18 años	27	9
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>24</b>
	<b>199</b>	

La mayoría de adolescentes se autodescriben como mestizo lo que correspondería a ladino en la clasificación de país ya que en la ficha de HCA-SIA-CLAP no se cuenta con la clasificación de grupos culturales local (ladino, garífuna, xinca y maya). Más del 80 por ciento son solteros, sin embargo, el 15 por ciento ya viven en pareja (casados o unidos) dato similar a lo reportado por organismos internacionales e informes de salud de país en donde se ha indicado que los jóvenes en Guatemala inician la vida en pareja a temprana edad.

El 25 por ciento de los jóvenes entrevistados no estudian y muy pocos reportan problemas o violencia en la escuela; sin embargo, un tercio de la población evaluada ha repetido al menos un año y un 15 por ciento al menos dos. En relación al nivel de educación de los padres, en ambos sexos más del 50 por ciento completó la primaria y un 27 por ciento la secundaria; similar a lo que reportan las estadísticas nacionales, menos del 5 por ciento logró matricularse en la universidad, lo cual refleja las pocas oportunidades de acceso a la educación que tiene la población guatemalteca. (Cuadro 8)

Cuadro no. 8  
Aspectos socioeconómicos de los adolescentes atendidas en la Clínica de Atención Integral para  
Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Aspecto	n	%
Grupo cultural (n=896)		
Blanco	55	6.1
Mestizo	748	<b>83.5</b>
Indígena	90	10
Negro	1	0.1
Estado civil (n=896)		
Soltero	758	84.6
Unido	93	10.4
Separado	2	0.2
Casado	42	4.7
Educación del adolescente		
Estudia (n=902)	676	<b>74.9</b>
Problemas en la escuela (n=853)	60	7
Años repetidos (n=421)		
1	115	<b>27.3</b>
2	67	<b>15.9</b>
3	14	3.3
4	6	1.4
Violencia escolar (n=840)	42	5
Deserción/exclusión (n=852)	169	19.8
Nivel de educación de los padres		
Madre (n=836)		
Analfabeta	149	17.8
Primaria	435	<b>52</b>
Secundaria	227	27.2
Universitario	25	3
Padre (n=754)		
Analfabeta	120	15.9
Primaria	387	<b>51.3</b>
Secundaria	213	28.2
Universitario	34	4.5
Trabajo del padre, madre o responsable		
Madre (n=813)		
Ninguno	387	47.6
Estable	143	17.6
No estable	283	<b>34.8</b>
Padre (n=718)		
Ninguno	104	14.5
Estable	317	44.2
No estable	297	<b>41.4</b>
Características de la vivienda		
Energía eléctrica (n=896)	885	98.8
Agua dentro del hogar(n=886)	870	97.1
Agua fuera del hogar	26	2.9
Excretas dentro del hogar	845	95.4
Excretas fuera del hogar	40	4.5
Hacinamiento (n=879)	197	22.4
Lugar en donde vive el adolescente		
Vive en casa (n=871)	690	79.2
Vive solo (n=624)	3	0.5
Vive en institución (n=625)	47	7.5
Vive en la calle (n=611)	3	0.5

Con relación al tipo de trabajo de los padres, los adolescentes indicaron que los padres tienen mayor estabilidad en sus empleos que las madres y éstas en su mayoría no cuentan con uno. Las condiciones de vivienda de la mayoría de jóvenes cuenta con servicios de energía eléctrica, excretas y agua, sin embargo, una quinta parte de la población evaluada vive en condiciones de hacinamiento lo que incrementa los riesgos de enfermedades relacionadas a esta condición, tales como enfermedades respiratorias y gastrointestinales, desnutrición, parasitismo, entre otras, además de no favorecer un desarrollo físico y mental adecuado.

Cuadro no. 9

Aspectos relacionados al trabajo de los adolescentes atendidas en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Aspecto	n	%
Trabajo (n=630)		
Trabajo infantil (n=630)	49	7.8
Trabajo juvenil (n=163)		
Decente	149	91.4
precario	13	8
Razón trabajo (n=823)		
Economía	155	18.8
Placer	5	0.6
autonomía	12	1.5
Edad inicio trabajo		
10 años	13	8.1
11 años	5	3.1
12 años	10	6.3
13 años	26	16.3
14 años	15	9.4
15 años	37	23.1
16 años	29	18.1
17 años	15	9.4
18 años	9	5.6
19 años	1	0.6
Trabaja actualmente (n=900)	93	10.3
Busca 1ª vez	27	3
No busca	698	77.6
No trabaja ni estudia	10	1.1

En relación a los aspectos sobre el lugar en donde viven los adolescentes se encontró que más del 70 por ciento vive en casa pero hay un 10 por ciento que vive solo, en situación de calle o en una institución, siendo éstos últimos los que probablemente tienen más oportunidades de cubrir sus necesidades humanas básicas de vestuario, alimentación y vivienda. Con respecto a la situación de trabajo, del total de jóvenes 93 se encontraban laborando al momento de la evaluación lo cual representa un 10 por ciento de la población



estudiada y más de un tercio de los que asisten a la clínica empezó a trabajar antes de los 15 años; los jóvenes, en su mayoría, opinan que el tipo de trabajo que han tenido es decente y que lo realizan principalmente por cuestiones económica lo cual coincide con la realidad económica del país en donde las oportunidades de empleo son limitadas principalmente para los más jóvenes. Llama la atención además que 1.1 por ciento de los adolescentes no trabaja ni estudia.

**Cuadro no. 10**  
Hábitos y consumo de los adolescentes atendidas en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Aspecto	n	%
Sueño normal (n=904)	882	97.6
Alimentación adecuada (n=889)	827	93
Comidas por día (n=864)		
0 comidas	2	0.2
1 comida	5	0.6
2 comidas	38	4.4
<b>3 comidas</b>	<b>695</b>	<b>80.4</b>
4 comidas	88	10.2
5 comidas	32	3.7
5 a 6 comidas	4	0.5
Comidas con la familia (n=738)		
0 comidas	41	5.6
1 comida	98	13.3
2 comidas	69	9.3
<b>3 comidas</b>	<b>519</b>	<b>70.3</b>
4 comidas	6	0.8
5 comidas	5	0.7
Alcohol (n=895)	<b>68</b>	<b>7.6</b>
Edad inicio alcohol		
11 años	2	3.7
12 años	5	9.3
13 años	8	14.8
<b>14 años</b>	13	<b>24.1</b>
<b>15 años</b>	10	<b>18.5</b>
<b>16 años</b>	12	<b>22.2</b>
17 años	4	7.4
Tabaco (n=894)	<b>57</b>	<b>6.4</b>
Edad inicio tabaco		
10 años	1	2.1
11 años	1	2.1
12 años	4	8.5
13 años	7	14.9
<b>14 años</b>	11	<b>23.4</b>
<b>15 años</b>	13	<b>27.7</b>
16 años	8	17
17 años	2	4.3

En relación a los hábitos y consumo de los adolescentes, se encontró que en general presentan hábitos adecuados de sueño, alimentación tanto en cantidad y calidad como en la modalidad y lugar en donde se realiza ya que la mayoría reportó que come por lo menos 3 tiempos de

comida al día y comparte también 3 tiempos de comida al día con su familia, lo que según estudios sobre el tema indica que es un factor protector para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes. La prevalencia de consumo de tabaco y alcohol es baja, de 6 a 8 por ciento y de los 14 jóvenes que informaron consumir tabaco solamente uno consume más de cinco cigarrillos al día y ocho consumen entre 1 y 5 cigarrillos al día. En relación a la edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco, para ambas situaciones el comportamiento en este grupo es muy similar ya que la mayoría reportó que lo hizo entre los 14 y 16 años.

**Cuadro no. 11**  
Aspectos psicoemocionales y vida social de los adolescentes atendidas en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

Aspecto	n	%
Aceptación (n=898)		
<b>Aceptado</b>	813	<b>90.5</b>
Ignorado	16	1.8
Rechazado	24	2.7
Estado de ánimo		
Ansioso/angustiado	13	1.4
Hostil/agresivo	21	2.3
Ideas suicidas	13	1.4
Muy triste y/o muy alegre	72	7.9
<b>Normal</b>	728	<b>80.4</b>
Retraído	62	6.8
Imagen corporal (n=896)		
<b>Conforme</b>	796	<b>88.8</b>
Crea preocupación	86	9.6
Impide relación	14	1.6
Referente adulto (n=906)		
<b>Madre</b>	618	<b>68.2</b>
Padre	34	3.8
Otro familiar	109	12
Fuera del hogar	30	3.3
Ninguno	100	11
Vida con proyecto (n=872)		
<b>Claro</b>	468	53.7
Confuso	316	36.2
Ausente	88	10.1
Vida social en pareja (n=877)		
Si	261	29.8
<b>No</b>	616	<b>70.2</b>
Vida social actividad física (n=857)		
<b>0 días</b>	468	<b>54.6</b>
1 día	85	9.9
2 – 3 días	235	27.4
4 - 6 días	50	5.8
7 -10 días	14	1.6

La mayoría de los adolescentes se sienten aceptados, conformes con su imagen corporal y tienen un proyecto de vida claro; sin embargo, a un 10 por ciento le causa preocupación su imagen corporal y una tercera parte de ellos reportó estar confundido en relación a su proyecto de vida, lo cual es importante tomar en cuenta ya que es una de los cambios y tareas principales en el área psicosocial a realizar durante la adolescencia (ver gráfica 1).

El 70 por ciento indicó no tener vida social en pareja y más de la mitad no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre lo cual podría representar un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades asociadas al sedentarismo y la salud mental. Los aspectos de la vida social de los adolescentes son muy importantes ya que contribuyen a desarrollar la identidad, fortalecer la autoestima y construir el proyecto de vida; es por ello fundamental que los mismos sean abordados, en la medida de lo posible, por el equipo multidisciplinario de salud durante las consultas de los jóvenes a la clínica del adolescente y evaluar su progreso en las visitas posteriores.

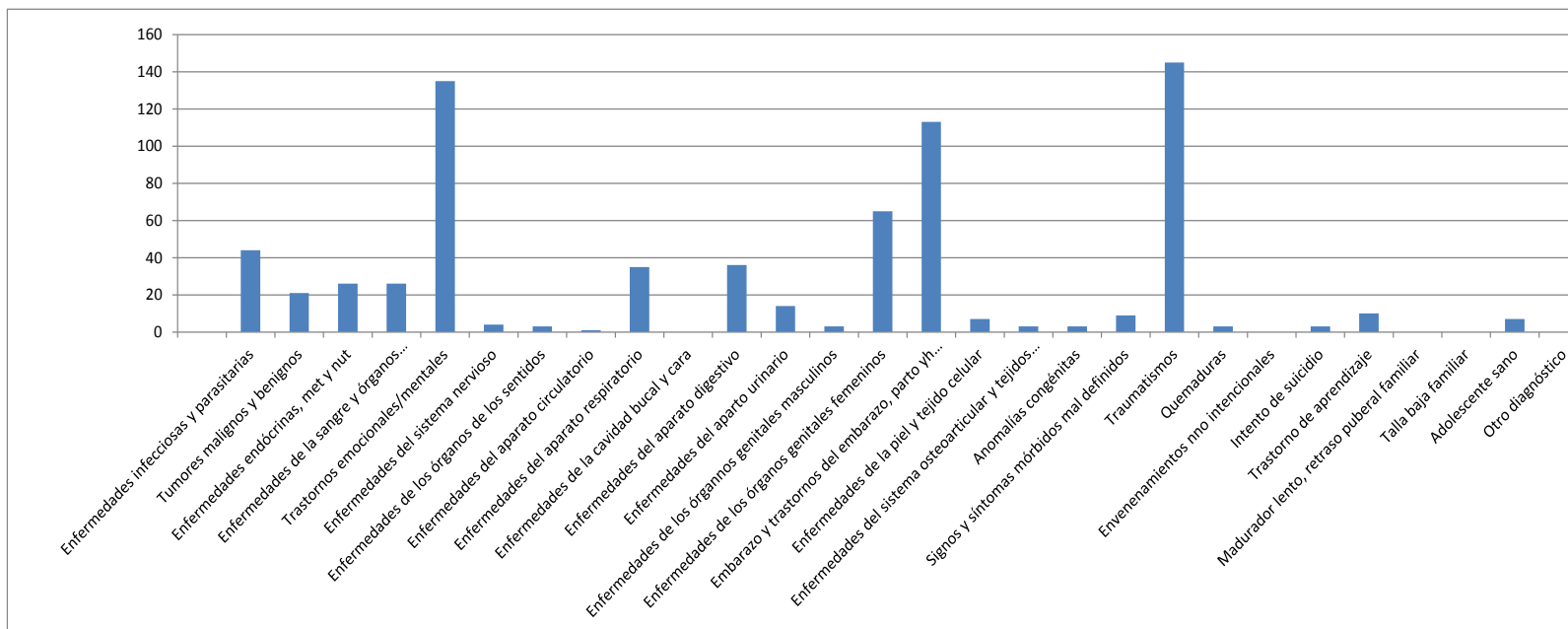
Con respecto a la impresión diagnóstica generada por el equipo multidisciplinario de la Clínica de Atención Integral de Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios, la misma se realiza con base a la lista de clasificación del sistema informático de salud-SIA- y se realizó al 79 por ciento de los adolescentes (n=716) registrados en la base de datos durante el periodo enero-diciembre 2013. El diagnóstico clínico principal lo representaron los traumatismos, seguido de los trastornos emocionales y mentales y el embarazo y sus complicaciones. Estos resultados concuerdan con la literatura y el perfil epidemiológico del grupo de edad y de país en donde se ha indicado que prevalecen las consultas por accidentes, heridas por armas de fuego y punzocortantes y embarazo durante la adolescencia. Se suma a esto la situación de violencia e inseguridad que se vive principalmente en las ciudades y áreas marginales en el país así como los niveles de pobreza y la crisis social y económica a nivel nacional y mundial. Los problemas de tipo endocrinológicos, nutricionales, hematológicos, digestivos y respiratorios se encuentran dentro de las primeras 10 causas de morbilidad y motivo de consulta en este grupo, por lo que debe dársele la importancia que requieren tanto en su diagnóstico temprano y oportuno como en la atención y seguimiento de estos pacientes por el impacto que tienen en la calidad de vida y desarrollo de los adolescentes.

Cuadro no. 12

Impresión diagnóstica integral de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
Enero-diciembre 2013

<b>Impresión diagnóstica integral</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	44	6.1
<b>Tumores malignos y benignos</b>	21	2.9
<b>Enfermedades de las glándulas endócrinas, del metabolismo y la nutrición y trastornos de la inmunidad</b>	26	3.6
<b>Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos</b>	26	3.6
<b>Trastornos emocionales/mentales</b>	135	18.8
Enfermedades del sistema nervioso	4	0.6
Enfermedades de los órganos de los sentidos	3	0.4
Enfermedades del aparato circulatorio	1	0.1
<b>Enfermedades del aparato respiratorio</b>	35	4.9
Enfermedades de la cavidad bucal y cara	.	.
<b>Enfermedades del aparato digestivo</b>	36	5
Enfermedades del aparato urinario	14	2
Enfermedades de los órganos genitales masculinos	3	0.4
<b>Enfermedades de los órganos genitales femeninos</b>	65	9.1
<b>Embarazo y trastornos del embarazo, parto y puerperio</b>	113	15.8
Enfermedades de la piel y tejido celular	7	1
Enfermedades del sistema osteoarticular y tejidos conjuntivos	3	0.4
Anomalías congénitas	3	0.4
Signos y síntomas mórbidos mal definidos	9	1.3
<b>Traumatismos</b>	145	20.2
Quemaduras	3	0.4
Envenenamientos no intencionales	.	.
Intento de suicidio	3	0.4
Trastorno de aprendizaje	10	1.4
Madurador lento, retraso puberal familiar	.	.
Talla baja familiar	.	.
Adolescente sano	7	1
Otro diagnóstico	.	.
<b>Total</b>	<b>716</b>	<b>100</b>

Gráfico no. 5  
 Impresión diagnóstica integral de los adolescentes atendidos en la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios  
 Enero-diciembre 2013



## **XII. Conclusiones**

1. Los adolescentes que consultaron a la clínica son en su mayoría mujeres y se encuentran en la adolescencia temprana y media (10 a 17 años)
2. La mayoría de adolescentes presentaron un crecimiento y desarrollo dentro de límites normales y esquemas de vacunación completos.
3. Los antecedentes personales más frecuentes en el grupo de adolescentes fueron las enfermedades infecciosas y las hospitalizaciones mientras que los antecedentes familiares más prevalentes fueron el cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas no transmisibles asociadas en gran medida a los estilos de vida de la población.
4. La mayoría de adolescentes presentaron menarca y espermarca entre los 12 y 13 años, situación similar en ambos sexos.
5. Las adolescentes mujeres reportaron edades menores que los varones para el inicio de relaciones sexuales, la mayoría inicia entre 13 y 15 años.
6. El embarazo fue uno de los principales motivos de consulta por parte de las adolescentes que asisten a la clínica, 42.2 por ciento de embarazos entre las adolescentes atendidas durante el periodo enero-diciembre 2013
7. Se identificaron factores de riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual y VIH así como para embarazo en este grupo tales como el no utilizar métodos anticonceptivo al momento de la primera relación sexual y no usar de forma habitual un condón (90 y 94 por ciento respectivamente) a pesar de que más de un tercio reportó haber recibido consejería en temas de salud sexual y reproductiva.
8. Las redes sociales son utilizadas para apoyo y consejería en temas de salud sexual y reproductiva por un 7.9 por ciento de los jóvenes en este grupo.
9. El 15 por ciento de los adolescentes iniciaron la vida en pareja a temprana edad, antes de los 18 años.
10. El 25 por ciento de los jóvenes reportaron no estudiar y el uno por ciento indico no estudiar ni trabajar.
11. La mitad de los padres de los adolescentes completó la primaria y un 27 por ciento hasta secundaria.
12. Se reportó mayor estabilidad en el trabajo de los padres en relación al de las madres y la mayoría de éstas no trabajaba al momento de la entrevista.

13. La mayoría de jóvenes cuenta con servicios de energía eléctrica, excretas y agua en su vivienda.
14. Una quinta parte de la población evaluada vive en condiciones de hacinamiento lo que incrementa los riesgos de enfermedades relacionadas a esta condición y no favorecer un desarrollo físico y mental adecuado.
15. Más del 70 por ciento vive en casa pero hay un 10 por ciento que vive solo, en situación de calle o en una institución,
16. El 10 por ciento de los adolescentes reportó encontrarse laborando y de éstos, más del 30 por ciento empezó antes de los 15 años quienes en su mayoría lo hacen por razones económicas.
17. Los hábitos de sueño y alimentación pueden clasificarse como “adecuados” según lo reportado por los adolescentes; la mayoría reportó comer por lo menos 3 tiempos al día y compartir los mismos con su familia lo que según varios estudios es un factor protector para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes.
18. La prevalencia de consumo de tabaco y alcohol es baja (6 a 8 por ciento).
19. Entre los adolescentes que reportaron consumir alcohol y tabaco, la mayoría inició entre los 14 y 16 años.
20. La mayoría de los adolescentes se sienten aceptados, conformes con su imagen corporal y tienen un proyecto de vida claro lo cual es positivo ya que estas son tareas psicosociales a desarrollar durante la adolescencia.
21. El 70 por ciento indicó no tener vida social en pareja y más de la mitad no realiza ningún tipo de actividad física en su tiempo libre lo cual podría representar un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades asociadas al sedentarismo y la salud mental.
22. El diagnóstico clínico principal lo representaron los traumatismos, seguido de los trastornos emocionales y mentales y el embarazo y sus complicaciones.
23. Los problemas de tipo endocrinológicos, nutricionales, hematológicos, digestivos y respiratorios se encuentran dentro de las primeras 10 causas de morbilidad y motivo de consulta en este grupo.

### **XIII. Recomendaciones**

1. La maternidad temprana en Guatemala es un problema de salud pública que demanda ser abordado desde las etapas previas con acciones integrales tanto de promoción del con énfasis en paternidad responsable, como de prevención y atención a la adolescente embarazada tomando en cuenta las tareas psicosociales que deben alcanzarse durante esta etapa que incluyen principalmente la construcción de un proyecto de vida y la construcción de identidad así como el acceso a información en temas de salud sexual y reproductiva que contribuya a mejorar la toma de decisiones informadas y por consiguiente las oportunidades de desarrollo y crecimiento personal de las adolescentes.
2. A las autoridades y tomadores de decisión de la Clínica de Atención Integral para Adolescentes del Hospital General San Juan de Dios:
  - a. Tomar en cuenta los resultados del presente estudio para la orientación de los programas existentes y la formulación de nuevas intervenciones que contribuyan a prevenir enfermedades y mejorar la salud de los adolescentes que asisten a consulta.
  - b. Reforzar los programas de información, comunicación y educación en temas de salud sexual y reproductiva, proyecto de vida, identidad y autoestima y habilidades para la vida.
  - c. Fortalecer el seguimiento a las adolescentes que consultan por embarazo dando especial atención a sus necesidades de información y educación sobre aspectos de salud sexual y reproductiva y salud mental.
  - d. Tomar en cuenta la clasificación de los grupos culturales en Guatemala para la contextualización de la ficha HCA-SIA-CLAP
  - e. Sensibilizar al equipo multidisciplinario de profesionales sobre la importancia de la toma de peso y talla así como la incorporación del diagnóstico de estado nutricional a la impresión diagnóstica integral, tomando en cuenta que la magnitud de los problemas nutricionales y el impacto en la salud de este grupo en aspectos de crecimiento y desarrollo así como en la calidad de vida futura.
  - f. Identificar los mecanismos para sensibilizar a la población adolescente y los adultos a cargo sobre la importancia de las evaluaciones periódicas por parte de un equipo multidisciplinario lo cual contribuiría a identificar y prevenir los factores de riesgo e intensificar los de protección durante esta etapa de la vida.



- g. Revisar periódicamente el ingreso de los datos a la ficha HCA y al sistema informático SIA para garantizar la calidad de los mismos y evitar la pérdida de información.
- h. Revisar las variables utilizadas en la ficha HCA y las opciones de respuesta con el fin de adaptar el instrumento al contexto en el que se desarrollan los adolescentes guatemaltecos
- i. Elaborar informes periódicos, semestrales o anuales, con los datos generados en el sistema SIA que contribuyan al conocimiento por parte del equipo multidisciplinario sobre la situación de salud del grupo de población que se atiende así como a la orientación y fortalecimiento de los programas existentes.
- j. Llevar a cabo investigaciones similares en poblaciones de adolescentes en el área rural y áreas urbano marginales que permitan conocer la situación de este grupo en condiciones distintas a las del grupo estudiado en la presente investigación.

#### **XIV. Referencias bibliográficas**

1. Rivadeneira, L. Guatemala: Población y Desarrollo. Un diagnóstico socio demográfico. SEGEPLAN/CEPAL. Santiago de Chile, 2001.
2. Instituto Nacional de Estadística-INE. Proyecciones de Población y Lugares Poblados con base en el XI Censo de Población y VI de Habitación 2002. Periodo 2000-2020. Guatemala, 2006
3. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición actualizada 2012. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=adolescente>
4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. La Adolescencia: Datos y cifras de Guatemala. Febrero 2011
5. Gumucio, M. Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la Adolescencia. Curso "Salud y desarrollo de los adolescentes" Módulo1, lección 2. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2005. Disponible en:  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>
6. Díaz, M, Sequeira, M y Garita, C. Manual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Atención Integral para Adolescentes. San José, Costa Rica 2000.  
Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/consej.html>
7. John Hopkins University. Un Modelo para Desarmar. Proyecto para adolescentes y Jóvenes de Comunicación para el cambio de comportamiento. EUA. 2006
8. Martínez Costa, J. La Adolescencia: Una etapa en la historia natural del hombre. España, 2005. Disponible en: [www.uv.es/ayala/jvmc/jvcap25.pdf](http://www.uv.es/ayala/jvmc/jvcap25.pdf)
9. Universidad de Antioquía y Alcaldía de Medellín. Jóvenes por la vida. Colombia, 2013.  
Disponible en  
<http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/programas/previva/publicaciones/Resiliencia/Mesas%20de%20resiliencia/Mesa%20resiliencia%202013/Julio/Etapas%20de%20la%20Adolescencia.pdf>. [Consultado noviembre 2014]
10. Mosso, L y Penjerek, M. Adolescencia y Salud. Argentina: Editorial Maipue, 2007.  
ProQuest ebrary. Web. 2 Enero 2015

11. Páramo, M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*. 2011; 29 (1): 85-95
12. Romero, R. Factores protectores a nivel familiar. [Internet]. España: Universidad de Valencia, Departamento de Pediatría, Ginecología y Obstetricia; 2001. Disponible en: <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/familia.htm>
13. Urzúa, R. Conductas de riesgo y factores protectores. Curso "Salud y desarrollo de los adolescentes" Módulo 4, lección 16. Pontifica U Católica de Chile. 2005. Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion16/m4116leccion2.html>
14. Romero, M. y Tzubarew, T. Curso Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Pontifica Universidad Católica de Chile. 2005
15. Organización Panamericana de la Salud-OPS/Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP-/SMR. Sistema Informático del Adolescente-SIA. Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios. Publicación Científica No. 1579. 2010
16. Fondo de Naciones Unidad para la Infancia-UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011. Enero 2011
17. Fondo de Naciones Unidad para la Infancia-UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2014. Todos los niños y niñas cuentan. Enero 2014. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/documents/spanish/SP-FINAL%20FULL%20REPORT.pdf>
18. Oficina Internacional del Trabajo, Tendencias mundiales del empleo juvenil, Agosto 2010: Edición especial sobre las repercusiones de la crisis económica mundial en los jóvenes, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza 2010
19. Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 2006: equidad y desarrollo, Banco Mundial, Washington, D.C. EUA 2005
20. Paniagua Repetto, H. y García Calatayud, S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Revista Española de Salud Pública*, 2003; 77: 411-422
21. Barcelata, B., Durán, C. y Lucio, E. Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004; 13: 64-73
22. Campo-Arias, A., Cogollo, Z., y Elena Díaz, C. Comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes estudiantes: Prevalencia y factores asociados. *Salud Uninorte*. 2008; 24: 226-234

23. Esnaola, I. El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*. 2008; 24: 1-8
24. Alan Guttmacher Institute (AGI). *Maternidad temprana en Guatemala: Un desafío constante*. Nueva York: AGI, 2006; 5:1-10
25. Moore K, Miller B, Sugland B, Morrison D, Gleit D, Blumenthal C. *Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions*. Publicaciones electrónicas de PAHO. Marzo 2000. Disponible en: <http://www.nnh.org/products/whatworks2.htm>
26. De la Cuesta C. Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia. *J Transcultural Nursing* 2001; 12 (3):180-92
27. Baeza, B et al. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2007, vol.72, n.2, pp. 76-81. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>.
28. Breinbauer, C y Maddaleno, M. *Jóvenes: Opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica no. 594. EUA. 2008
29. Instituto Nacional de Salud Pública. *Prevención de obesidad en niños y adolescentes de origen mexicano. Perspectivas en Salud Pública. Nutrición y Salud. Taller de colaboración Estados Unidos de América-México*. 2007
30. WHO. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization 2009.
31. Sassi F. *Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat*. Disponible en: [http://www.oecd.org/Health/Health\\_policies\\_and\\_data](http://www.oecd.org/Health/Health_policies_and_data)
32. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: Un balance sobre la protección de la niñez*, no. 8, UNICEF, Nueva York, EUA 2009
33. Gobierno de Guatemala y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Plan de Acción del Programa de País 2010-2014*. Guatemala, Julio 2012. Disponible en: <http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/CPAP%20Revisi%C3%B3n%202010-2014%20versi%C3%B3n%20final%20firmada%20con%20Segeplan.pdf>
34. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Seen but not heard: Very young adolescents aged 10–14 years*. ONUSIDA, Ginebra, 2004.
35. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. *Adolescent Development: Perspectives and frameworks – A summary of adolescent needs, an analysis of the various*

programme approaches and general recommendations for adolescent programming.  
Learning Series No. 1. Nueva York, EUA 2006

36. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Informe de Situación de Niñez y Adolescencia Guatemala 2009-2010. Disponible en: <http://www.odhag.org.gt/pdf/Ninez20092010.pdf>
37. Instituto Nacional de Estadística-INE. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil-ENSMI 2008-2009. Guatemala 2011
38. Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia-SEGEPLAN- y Consejo Nacional de la Juventud-CONJUVE. Plan de Acción Interinstitucional-PAI-2012-2016 y Sistema de Monitoreo y Evaluación-SMyE- de la Política Nacional de Juventud-PNJ-2012-2020. Guatemala 2012





## XV. Anexos

### Anexo no.1: Estadios de Tanner

#### Estadios de Tanner en adolescentes mujeres

	<b>Estadio 1.</b> Pecho infantil, no vello púbico.
	<b>Estadio 2.</b> Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	<b>Estadio 3.</b> Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	<b>Estadio 4.</b> Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	<b>Estadio 5.</b> Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

#### Estadios de Tanner en adolescentes varones

	<b>Estadio 1.</b> Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles.
	<b>Estadio 2.</b> Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene.
	<b>Estadio 3.</b> Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro.
	<b>Estadio 4.</b> Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos.
	<b>Estadio 5.</b> Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos.

Fuente: Tanner, 1962. Disponible en [www.infirmus.es](http://www.infirmus.es)  
[Actualizado 4/10/2013] consultado 20/11/2014

## Anexo no. 2 Historia Clínica del Adolescente-HCA-CLAP

<b>CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE</b>		ESTABLECIMIENTO		233		H.C. Nº		10355											
APELLIDO Y NOMBRE <i>S.Y.</i>						FECHA DE NACIMIENTO													
DOMICILIO <i>Vira Soto 183</i>						10/04/80													
LOCALIDAD <i>José C. Paz</i>						Código 84 TEL: 903-0121													
LUGAR DE NACIMIENTO <i>Asunción, Paraguay</i>						ESCUELA													
CONSULTA PRINCIPAL Nº <i>7</i>		FECHA <i>12/05/92</i>		EDAD <i>12/07</i>		ACOMPANANTE		ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> soltero											
						solo <input type="checkbox"/> madre <input checked="" type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>		unión estable <input type="checkbox"/>											
						pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		separado <input type="checkbox"/>											
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:														
1 <i>Baja talla</i> <i>0207</i>					1 <i>Trastornos de conducta</i> <i>0900</i>														
2 <i>Cefalea</i> <i>0407</i>																			
3																			
Observaciones relevantes																			
<i>Pelea c/ compañeros miente y no estudia. Agresivo con docentes y mamá. Cefalea desde 1 semana, coincide con comunicación que puede repetir el grado. Cefalea frontal, opresiva que cede c/reposo. Siempre fue físicamente pequeño</i>																			
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRONICAS		ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS		ACCIDENTES HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICINA O PSICOLOGICOS		TRASTORNOS PSICOLOGICOS		MALTRATO		JUDICIALES		OTROS	
PERNATALES normales		CRECIMIENTO normal		DESARROLLO normal															
si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	
Observaciones										<i>Parto en pelviana. Peso al nacer 2.900 kg. Varicela. Siempre inquieto, distraído, agresivo. Entre 5 y 8 años vivió c/abuela pat.</i>									
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES (TBC, VIH, etc.)		TRASTORNOS PSICOLOGICOS		ALCOHOL DROGAS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		MADRE ADOLESC.		JUDICIALES		OTROS	
DIABETES		OBESIDAD																	
no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>	
Observaciones										<i>Padre y abuela pat. Obesos. Ambos violentos. Padre alcohólico. Talla padre 1,62 m. Talla madre 1,49 m.</i>									
<b>FAMILIA</b>		NIVEL DE INSTRUCCION		DIAGRAMA FAMILIAR		VIVIENDA													
CONVIVE CON		Padre o sustituto		Madre o sustituto		ENERGIA ELECTRICA		AGUA		EXCRETAS		NUMERO DE CUARTOS							
madre <input checked="" type="checkbox"/>		analfabeto <input type="checkbox"/>		prim. incom. <input checked="" type="checkbox"/>		en el hogar: <input checked="" type="checkbox"/>		fuera del hogar: <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		02							
padre <input checked="" type="checkbox"/>		secund./tercario <input type="checkbox"/>		univ./tercario <input type="checkbox"/>															
madrastra <input checked="" type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/>		no estable <input checked="" type="checkbox"/>															
padrastra <input checked="" type="checkbox"/>		estable <input type="checkbox"/>																	
hermanos <input type="checkbox"/>																			
pareja <input checked="" type="checkbox"/>																			
otros <input checked="" type="checkbox"/>																			
VIVE		OCUPACION		PERCEPCION FAMILIAR POR EL ADOLESCENTE															
en instituc. <input checked="" type="checkbox"/>		<i>Limpia oficinas por hora.</i>		Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>															
en la calle solo <input checked="" type="checkbox"/>																			
COMPARTE LA CAMA <input checked="" type="checkbox"/>																			
Observaciones										<i>Padre vive en Paraguay c/ abuela pat. y 2 hijos</i>									
										<i>Casilla precaria c/piso de material.</i>									
<b>EDUCACION</b>										<b>TRABAJO</b>									
ESTUDIA <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>										ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/>									
NIVEL No escrito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										EDAD TRABAJO años <input type="checkbox"/>									
GRADO CURSO <input type="checkbox"/>										TRABAJO <input type="checkbox"/>									
AÑOS APROBADOS <input type="checkbox"/>										TRABAJA <input type="checkbox"/>									
PROBLEMAS EN LA ESCUELA <input type="checkbox"/>										HORARIO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>									
AÑOS REPETIDOS <input type="checkbox"/>										RAZON DE TRABAJO <input type="checkbox"/>									
VIOLENCIA ESCOLAR <input type="checkbox"/>										TRABAJO LEGALIZADO <input type="checkbox"/>									
DESCRIPCIÓN EXCLUSIÓN <input type="checkbox"/>										TRABAJO INSALUBRE <input type="checkbox"/>									
EDUCACIÓN NO FORMAL <input type="checkbox"/>										TIPO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>									
Causa <input type="checkbox"/>										Observaciones <input type="checkbox"/>									
Causa <input type="checkbox"/>																			
Observaciones																			
<b>VIDA SOCIAL</b>										<b>HABITOS/ CONSUMOS</b>									
ACEPTACION <input type="checkbox"/>										ALIMENTACION ADECUADA <input type="checkbox"/>									
PAREJA <input type="checkbox"/>										COMIDAS POR DIA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>									
si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>										TABACO <input type="checkbox"/>									
edad de la pareja años <input type="checkbox"/>										FUMAR <input type="checkbox"/>									
rechazado <input type="checkbox"/>										Frecuencia <input type="checkbox"/>									
no sabe <input type="checkbox"/>										OTRAS SUSTANCIAS <input type="checkbox"/>									
Amigostos <input type="checkbox"/>										CONDUCE VEHICULO <input type="checkbox"/>									
ACTIVIDAD FIEBA <input type="checkbox"/>										SEGURIDAD VIAL <input type="checkbox"/>									
TV <input type="checkbox"/>										Observaciones <input type="checkbox"/>									
COMPL. TADORA <input type="checkbox"/>																			
JUEGOS Y REDES VIRTUALES <input type="checkbox"/>																			
OTRAS ACTIVIDADES (Induso grupales) <input type="checkbox"/>																			
Cuales? <input type="checkbox"/>																			
Observaciones																			
<b>GENCOUROLOGICO</b>										<b>SEXUALIDAD</b>									
MENARCA/ESPERMARCIA años <input type="checkbox"/>										PAREJA SEXUAL <input type="checkbox"/>									
no conoce <input type="checkbox"/>										edad inicio <input type="checkbox"/>									
no comp. <input type="checkbox"/>										uso habitual de condón <input type="checkbox"/>									
CICLOS REGULARES <input type="checkbox"/>										ANTI-CONCEPCION <input type="checkbox"/>									
FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEAANA <input type="checkbox"/>										Inicio MAC <input type="checkbox"/>									
ITS/VIH <input type="checkbox"/>										Consejera <input type="checkbox"/>									
Tratamiento <input type="checkbox"/>										ACG de Embarazo <input type="checkbox"/>									
Embarazos <input type="checkbox"/>										Observaciones <input type="checkbox"/>									
Observaciones																			
<b>SITUACION PSICO-EMOCIONAL</b>										<b>EXAMEN FISICO</b>									
IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/>										ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/>									
conforme <input type="checkbox"/>										PESO (kg) <input type="checkbox"/>									
crea preocupación <input type="checkbox"/>										TALLA (cm) <input type="checkbox"/>									
Impide relación con otros <input type="checkbox"/>										Cabello <input type="checkbox"/>									
Observaciones										Piel, faneras y mucosa <input type="checkbox"/>									
										CABEZA <input type="checkbox"/>									
										AGUDEZA VISUAL <input type="checkbox"/>									
										AGUDEZA AUDITIVA <input type="checkbox"/>									
										SALUD BUCAL <input type="checkbox"/>									
										CUELLO Y TIRÓIDES <input type="checkbox"/>									
										TÓRAX Y MAMAS <input type="checkbox"/>									
										CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/>									
										PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/>									
										ABDOMEN <input type="checkbox"/>									
										GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/>									
										TANNER <input type="checkbox"/>									
										COLUMNA <input type="checkbox"/>									
										EXTREMIDADES <input type="checkbox"/>									
										NEUROLOGICO <input type="checkbox"/>									
										Observaciones <input type="checkbox"/>									
<b>IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL</b>																			
<b>INDICACIONES E INTERCONSULTAS</b>																			
Responsable <input type="checkbox"/>										Fecha próxima visita <input type="checkbox"/>									

Este color significa ALERTA

CLP/96/015-A