

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ENFERMEDADES DEL ADOLESCENTE

Estudio descriptivo realizado en 316 personas comprendidas en las edades de 10 a 19 años de las áreas problema del casco urbano del Municipio de Antigua Guatemala, Octubre de 1992 a mayo de 1993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P. O. R.

JOSE ROLANDO GONZALEZ AZURDIA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1993.



DL
OS
T(6707)

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 27 de septiembre de 1993
DIF-106-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA JOSE ROLANDO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

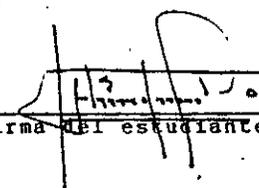
GONZALEZ AZURDIA

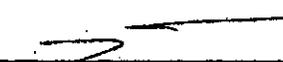
Carnet No. 83-15135

completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ENFERMEDADES DEL ADOLESCENTE"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Sergio Castañeda Cerezo
MEDICO Y CIRUJANO


Revisor

Firma y sello

Registro Personal 11347

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Dr. Miguel Angel Mata Gálvez
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5159

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: JOSE ROLANDO GONZALEZ AZURDIA

Carnet Universitario No. 83-15135

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ENFERMEDADES DEL ADOLESCENTE"

Avalado por asesor(es) y Revisor, por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 27 de septiembre de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco

D E



I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	26
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	105
IX.	CONCLUSIONES	108
X.	RECOMENDACIONES	110
XI.	RESUMEN	111
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	112
XIII.	ANEXOS	115

I. INTRODUCCION

En el Municipio de la Antigua Guatemala del Departamento de Sacatepéquez, ha llegado la sociedad en los últimos tiempos a desencadenar una buena parte; movimientos masivos de población campo-ciudad, generando cambios radicales en los patrones de distribución de los habitantes y en la Estructura Urbana. El fenómeno migratorio ha llevado a ciertas áreas de este municipio hacinamiento que marca para cada individuo espacio insuficiente para una mejor condición Socio-Económica, Cultural y Familiar presentada para nuestra sociedad desde hace varias décadas, medios de ambientes maltratados, cuna de un pueblo, hostil, violento y poco gratificante, en relación al nivel de preparación de la población, un alto porcentaje, tiene estudios primarios incompletos.

Este factor limita al ser humano a un desenvolvimiento de baja capacidad intelectual, cognosiva y baja racionalización lógica, pero se hizo énfasis sobre las condiciones generales de salud del adolescente, tomando en cuenta su situación socio-económica actual, la patología que prevalece y sus condiciones del acceso a los servicios de salud de este grupo de edad.

De los 316 adolescentes del presente trabajo de investigación, todos ellos habitantes del Area Problema del Casco Urbano de la Antigua Guatemala, demostró que la mayoría de ellos viven en un ambiente familiar, estable y favorable, con bajo porcentaje de analfabetismo, pero con problemas de tipo económico y de salud los cuales no eran desestabilizantes. Haciendo poco uso de los Servicios de Salud del Estado, ya que la mayoría cuando requieren de atención médica visitan Médicos Particulares; todo lo expuesto anteriormente, describe las condiciones de vida de la población y de manera particular sobre la franja de población adolescente afectándola en los diferentes niveles de vida.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En países tercermundistas la explosión demográfica es culpable de tener una mayoritaria en el grupo de mediana edad, lo que nos lleva a prestarle mucha atención siendo el factor a considerar el hecho de que no sólo están creciendo en número sino en los problemas psicobiosociales. Los demógrafos han propuesto como período de adolescencia el comprendido entre los 10 y 19 años de edad. Por lo que el conocimiento de las necesidades de salud del adolescente es primordial para organizar la atención y planificar la asignación de recursos. La recolección de esta información se hace difícil dado que la atención de este grupo etareo está muy fragmentada entre los programas infantil y adulto, por lo que los estudios tendrán gran variabilidad según el cual sea la fuente de información. Y en el Registro Pediátrico predomina en un adolescente las enfermedades: Respiratorias, Infecciosas Parasitarias, Sistema Nervioso Central, Organos de los Sentidos, Dificultades Emocionales, Problemas Pondo Estaturales, Transtornos Menstruales; y, en un centro de atención especializada, se puede agregar Alta prevalencia de Transtornos Mentales. (3.11.16.20)

Por lo tanto los adolescentes enfrentan problemas que surgen de sus cambios biológicos, de diferentes formas de vida de los cambios en sus convicciones etico-morales y religiosos, de nuevas situaciones sociales, etc. todos acompañados de una gran cantidad de estímulos ambientales a través de medios de información de masa cada vez más sofisticados o impactantes. Todo lo anterior predispone a la aparición de síntomas emocionales, estimula el uso de drogas y alcohol y permite una mayor expresión de la sexualidad con sus consecuentes riesgos. (2.15)

A pesar de los progresos observados en general en la organización de la atención médica, la mayoría de los adolescentes reciben cuidados médicos sólo en momentos de crisis cualquiera que sea el grupo socio-económico al que pertenezca y a fin de conocer las necesidades de salud, de este grupo etareo se realizó

este trabajo que representa la primera etapa de investigación de la situación actual de atención del adolescente, en el área problema del casco urbano de Antigua Guatemala. (11,24)

Los adolescentes de ésta área provienen de hogares con mayor porcentaje de desempleo y es importante explorar integralmente los problemas psicobiosociales con los de salud física y considerar además a la familia como parte del origen, la solución de ambos problemas del adolescente. (11,24)

En Guatemala, aproximadamente el 45% de la población está dentro del grupo etéreo de adolescentes. Las enfermedades de los adolescentes han sido en numerosos países objeto de considerable atención médica desde hace muchos años pero en general, los médicos no han prestado a los adolescentes los mismos cuidados que a los niños y adultos; por lo que los estudiantes de medicina y médicos han aprendido menos sobre la adolescencia que sobre los demás grupos de edad. Las investigaciones sobre los trastornos de ese período han sido más limitados y los métodos de tratamiento más escasos. (3)

Sin embargo la futura utilidad social de los jóvenes depende en buena parte de los cuidados que reciban en el curso de sus años de formación. (3)

III. JUSTIFICACION

La población del Casco Urbano de 1991 del Municipio de la Antigua Guatemala, es de 13,362 habitantes dividido en 9 sectores, el cual ascendentemente el No. 1, Medicina Comunitaria de este lugar lo considera como problema; este a la vez Sub-Dividido en 12 áreas. La facilidad de vivienda en este sector, hizo que centenares de personas migraran a este lugar, y por la falta de atención médica a este grupo de edad la cual se hace evidente veo la necesidad de una evaluación de salud en el adolescente en dicha región. (anexo 1)

Considerando como área problema la deficiencia de drenajes, la falta de agua potable, hacinamiento falta de eliminación de excretas y de basura, pobreza, prostíbulos, drogadicción, etc. Estos son factores que condicionan un medio ambiente propicio para poder enfermar. Siendo este un reto importante que deben enfrentar las autoridades de salud. Lo cual con el crecimiento de esta población existe la necesidad de investigar, identificar y ejecutar estrategias para prevenir la manifestación prematura de enfermedades transmitibles por estos factores condicionantes.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

- Determinar la situación actual de salud del adolescente en áreas problemáticas del Municipio de Antigua Guatemala.

B. ESPECIFICOS:

- Identificar la patología que prevalece en la población adolescente.
- Describir el perfil Socio-económico del adolescente.
- Determinar las condiciones del acceso a los servicios de salud en este grupo de edad.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICION DE ADOLESCENCIA:

Viene del Latín Adolecere: Desarrollarse.

La adolescencia es a la vez un período de vida y una serie de transformación que se registran entre los 10 y 19 años de edad; bioquímicos, anatómicos y mentales. (15,16)

En un período comprendido entre los 10 y 14 el muchacho y la joven comienzan a hacer asultos, cada uno con arreglos a sus propias modalidades de crecimiento; más tarde entre los 16 y 19 años llega el momento en que el ritmo de maduración se hace más lento. Estos cambios que diferencian al adolescente del niño y del adulto son precisamente los que han de tenerse en cuenta cuando se estudian los problemas de salud peculiares del adolescente. (10,13,23)

1. PUBERTAD:

Del latín pubere, cubrirse de vello el pubis, puede definirse como el período de tiempo en que culmina el crecimiento y el desarrollo de un individuo. (13,23)

2. PUBESCENCIA:

Período en el cual ocurren los cambios sexuales secundarios.
(13)

3. EPIDEMIOLOGIA:

En América Latina y el Caribe hay cien millones de adolescentes, en 1980 en Chile este grupo poblacional representaba 21% (2.400,00 personas) en 1980 en Estados Unidos habían 50 millones de adolescentes y en Guatemala aproximadamente el 45% de la población están dentro del grupo etáreo mencionado. (3)

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. ASPECTOS ANATOMICOS Y FISIOLÓGICOS:

En la primera infancia el crecimiento y el desarrollo progresan a un ritmo constante y moderado pero a partir de los 10 años aproximadamente se producen un notable aumento de la actividad hormonal que desencadena las modificaciones físicas características de la adolescencia; teniendo en cuenta que el momento en que se producen esas transformaciones y varían considerablemente entre los individuos, familias, países, factores ambientales, nutricionales y emocionales y es mejor tomar como ejemplo: La medición de la altura y el peso no siempre bastan para afirmar que el desarrollo en un adolescente es normal. (19)

2. DESARROLLO PUBERAL:

La señal que inicia la pubertad no está clara, pero se sabe antes de esta hay disminución de sensibilidad del hipotálamo y de la hipófisis para el estrógeno circulante y la Testosterona. El comienzo de la pubertad se acompaña de un aumento de secreción de hormona Luteinizante (LH) por la Hipofisis durante el sueño en forma pulsante, por otra parte la hormona estimulante de los folículos (FSH) aumenta poco a poco durante todo el proceso en los muchachos y manifiesta un incremento temprano en las niñas. El efecto de gonadotropina en los varones es el de estimular la producción testicular de testosterona, en las mujeres el aumento de gonadotropina predominantemente interesando FSH estimula el ovario para que produzca estradiol.

Existe una interacción entre: Sistema Nervioso Central, Hipotálamo, Pituitaria (Hipofisis) y las gonadas (Testículos y Ovarios). Esta principia cuando el hipotálamo, la hormona liberadora de gonadotropina (GNRH) la cual actúa sobre la pituitaria (Hipofisis) anterior, la cual a su vez producirá un aumento

de la hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona Luteinizante (LH) en el hombre la LH estimula las células de Leiding, la cual producirá testosterona (principalmente andrógena) la FSH y la testosterona estimula la espermatogenesis; la FSH provoca maduración del ovuclo. (13,16,23)

Para la estimación de la madures sexual se recurre a las tablas que ha realizado Tanner, estas rebasan en las características sexuales secundarias para el varón toma el estado de los genitales y los cambios del vello pubiano; y, en la mujer toma la configuración de las mamas y vello pubiano. Tanto en hombres como en mujeres les da una puntuación de uno a cinco, en el hombre la primera manifestación de la pubertad es el adelgazamiento y enrojecimiento del escroto acompañado a un aumento de tamaño testicular (9.5 a 13.8 años), luego el vello púbico se desarrollará de 18 a 24 meses después (11.2 a 15.6 años). Para medir el volúmen de los testiculos se dispone del Orquidómetro de Prader con volúmen en milimetro determinado. (6.7 a 8.11). (4,13,19,23)

3. DESARROLLO PSICOSOCIAL:

Durante la adolescencia hay que aprender a dominar ciertas funciones para que el muchacho o muchacha puedan desarrollarse en forma adecuada para ser adultos; esto incluye las tareas de la adolescencia: El proceso de la separación del medio protector que es la familia y con ello el desarrollo de independencia; incorporación de los efectos físicos y emocionales a los cambios hormonales de la pubertad en un concepto de sí mismo, desarrollo de una identidad sexual y una sensación de adecuación sexual, tomando desiciones acerca de educación y vocación; logros de la capacidad de confianza, la opinión que tiene de sí mismo es el dato más importante para preveer la fidelidad, la familia tiene una importancia primordial para el adolescente; en ella aprende cuando es niño a expresar sus sentimientos y a dominar sus emociones. Una estructura familiar apropiada desde el punto

de vista psicosocial ayudará al joven a relacionarse con las personas de su edad y más tarde a integrarse de un modo armonioso en la sociedad adulta; aunque según los estudios en la clínica GESSEL, han demostrado que entre los 9 a 15 años su conducta es introspectivo, extrospectivo, molesto y neurótico. (10,13,25)

La pobreza como factor económico y social representa un obstáculo que puede anular los esfuerzos de educación personal del adolescente, pues acorta el tiempo de que dispone para sus estudios y limita las posibilidades de experiencias formativas. El adolescente que crece en un medio pobre se preocupa ante todo de adquirir lo necesario para vivir.

Un adolescente víctima de una discriminación de carácter religioso, étnico, político o económico puede ser especialmente vulnerable, esto le impedirá comprender y aceptar la escala de valores de la sociedad. Por el contrario tenderá a detestar sus normas y a caer en el individualismo, además entre las varias causas de poca auto-estima está la cronología del desarrollo puberal por ejemplo: Para los varones el madurar con mayor prontitud que los compañeros del mismo grupo, resulta una ventaja acompañada de popularidad y hazañas atléticas, en tanto que un varón que madura tardíamente está predispuesto a poco rendimiento educativo y a menos amor propio. (10,13,23)

4. DESARROLLO COGNOSCITIVO:

PIAGET clasificó IV eras y etapas, para el desarrollo lógico y cognoscitivo.

- | | |
|-------------------------|---|
| ERA I (Edad 0-2) | Es la era de inteligencia sensorimotora. |
| ERA II (Edad 2-5) | Pensamiento simbólico, intuitivo o prelógico. |
| ERA III (Edad 6-10) | Pensamiento operacional concreto. |
| ERA IV (Edad 11 adulta) | Pensamiento operacional formal. |

En el cual crece. Según este esquema los adolescentes prematuros debieran considerarse en la etapa de pensamiento operacional concreto, en tanto que el individuo a mitad o fase tardía de la adolescencia habrá progresado hasta la etapa superior del desarrollo o sea la de operaciones formales. Esta etapa se distingue por la capacidad de generar hipótesis que pueden ponerse a prueba sin su ejecución efectiva, además la persona en esta etapa puede pensar en forma abstracta considerar varias contingencias de manera simultánea y es capaz de generalizar desde una a otra situación y considerar las posibles consecuencias de la conducta en forma lógica sin tener necesidad de experimentarlas. (13,17)

C. CRECIMIENTO FISICO DURANTE EL PUBERTAD

Durante la pubertad se experimenta un brusco aumento de todos los sistemas orgánicos del cuerpo, con excepción del sistema nervioso central que sigue con un volumen estable que sufre involución, los cambios más notables producidos por el brote de crecimiento puberal se manifiesta en: la talla, peso y caracteres secundarios.

El brote de crecimiento puberal tiene lugar a mitad de la pubertad en la mayoría de individuos y en máximo promedio a la de 12 años en las muchachas y 14 en los muchachos, durante el brusco aumento de la talla los varones ganan 10.0 más cm. al año. Existe un tipo ordenado de crecimiento lineal empezando con los pies seguido al cabo de 6 meses por la parte baja de la pierna y luego por el muslo; el crecimiento de la extremidad superior y del tronco se produce después del correspondiente a la extremidad inferior.

Aproximadamente 4 meses de alcanzado el máximo de aceleración de longitud de la pierna hay un aumento de los diámetros bilíacos de mayor longitud en el hombre y en la mujer, lo cual origina las diferencias sexuales, características del físico de adulto. Casi al mismo tiempo del hueso del cráneo

sufren un brusco crecimiento sobre todo el maxilar que hace más prominente de manera especial en los muchachos el alargamiento de la faringe provoca un descenso del hioides y la dentición es otro reflejo del desarrollo puberal. (13,23,26)

La masa muscular aumenta tanto en el hombre como en la mujer en la pubertad, la mujer llega al máximo en la pubertad y después disminuye; en el hombre continúa, en la chica encontramos una mayor concentración en la parte inferior del cuerpo contrariamente a la del muchacho que la acumula en la parte superior. Aunque ambos sexos experimentan un brusco aumento de peso durante la pubertad su origen es diferente; en los varones depende del incremento de la masa muscular y en las mujeres de tejido graso. El 8% de peso corporal en promedio es de grasa; en ambos sexos durante toda la infancia al llegar la pubertad los varones pierden tejido graso que empieza a aumentar en las mujeres y alcanza alrededor del 22% una vez completado el desarrollo puberal. (13,19,23)

CLASIFICACION DE LA MADUREZ SEXUAL (Tabla de Tanner)
ETAPAS DEL DESARROLLO PUBERAL (S M R) MAMA

- S M R 1: De tipo infantil, sin desarrollo mamario.
- S M R 2: Aparición de un botón mamario, aumento de diámetro de la areola. La edad promedio es de 11.2 ± 1.6 años.
- S M R 3: Aumento de volumen de la mama. Edad promedio 12.5 ± 1.09 años.
- S M R 4: Areola y papila aumentada, formando una prominencia arriba del tejido mamario subyacente, edad promedio 13.11 ± 1.13 años.
- S M R 5: Configuración adulta con areola y tejido mamario subyacente en el mismo plano. Edad promedio 14.5 ± 1.6 años.

ETAPAS DEL DESARROLLO PUBERAL (S M R) PELO PUBICO

- S M R 1: De tipo infantil no hay pelo en el pubis.
- S M R 2: El pelo es fino, largo y sedoso y ligeramente pigmentado distribuido en la línea medio, siguiendo la separación de los labios menores de la mujer y la base del pene en el varón. Edad promedio 11.9 ± 1.5 en la mujer y 12.3 ± 0.8 en el varón.
- S M R 3: El pelo tiene color más oscuro y más tosco y empieza a ensortijarse empieza a extenderse hacia arriba y lateralmente. La edad promedio de 12.7 ± 0.5 años en la mujer y 13.9 ± años en los varones.
- S M R 4: Textura y distribución adultas para cubrir el monte de venus. La edad promedio de 13.4 ± en la mujer y 14.36 ± 1.08 en los varones.
- S M R 5: Textura del adulto distribuido más allá del monte de venus hacia la parte interna de los muslos. Promedio de edad de 14.6 ± 1.1. años en las mujeres y 15.3 ± 0.8 años en los varones.

ETAPAS DEL DESARROLLO PUBERAL GENITALES MASCULINOS

- S M R 1: De tipo infantil, los testiculos tienen dos milímetros en promedio de volumen.
- S M R 2: La piel del escroto empieza a enrojecer y a adelgazar. El escroto se hace más estrecho en dirección proximal, aumenta el volumen de los testículos y el izquierdo baja, el pene empieza a alargarse.
- S M R 3: Los testiculos siguen aumentando de volumen y crecimiento de los cuerpos cavernosos, que contribuyen al ensanchamiento y alargamiento del pene. Edad promedio de 1.85 ± 1.04 años.

- S M R 4: Sigue el aumento del volumen de los testiculos y pene. El escroto tiene color más oscuro, el glande resulta prominente. Edad promedio de 13.7 \pm 1.02 años.
- S M R 5: Los testiculos han alcanzado el volumen adulto de unos 25 ml. y el peso de 20 gramos. En esta etapa ya hay capacidad reproductora plena. Edad promedio de 15.1 \pm 1.1 años. (12,13,20,23)

VARIACIONES EN EL CURSO DEL CRECIMIENTO NORMAL

El adolescente está en un período de transición en el que los procesos fisiológicos y psíquicos evolucionan constantemente los procesos particulares que han de tener muy en cuenta los médicos llamados a tratar trastornos de esa índole. Estos aparecen en una época de gran vulnerabilidad y menciono a continuación algunos que pueden servir de ejemplo: Modificación de las mamas, la aparición de una ginecomastia ligera en el muchacho habrá que limitarse a tranquilizar a los adolescentes que muy preocupados por el desarrollo de su cuerpo y con dudas acerca de su virilidad pueden sufrir una ansiedad excesiva. En tal caso es preciso que se les de explicaciones y seguridades y se les proporcione un apoyo moral a veces será necesaria una intervención quirúrgica. (8)

1. ACNE:

Antes de que la secreción de androgenos empiece a aumentar, las glándulas sebáceas son pequeñas y relativamente inactivas y no existe el acné, pero en cuanto aumentan los androgenos las glándulas sebáceas se agrandan su producción se eleva con rapidez y puede aparecer el acné que es capaz de dejar cicatrices tanto en la piel como en la personalidad. En algunos casos es posible la influencia del médico para que explique a los pacientes los fenómenos del crecimiento responsable del acné.

(2,12.,13,19)

2. ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO:

El retraso de la maduración sexual, la baja estatura, la tendencia a crecer demasiado llevan a preguntarse si el desarrollo de un adolescente es normal, aunque no conviene descartar la posible influencia de una enfermedad de la mal nutrición o de trastornos endocrinos o emociones aunque es muy importante explicarlos y que hay múltiples maneras diferentes de crecer todas ellas normales. (19)

3. METROPATIA:

No es raro que las adolescentes tengan pérdidas menstruales excesivas y que en las más jóvenes sean acíclicas, esos trastornos son causa de fatiga y de una gran ansiedad. Dada la importancia que reviste la actitud de la adolescente hacia el papel de mujer que habrá de desempeñar más tarde y la posibilidad de una insuficiente secreción de progesterona, es muy necesario tener en cuenta a la vez los sentimientos de la interesada y la posible existencia de una causa fisiológica. (3,19)

4. EPIFISIOLISIS DE LA CADERA:

Esta anomalía aparece cuando a consecuencia de un enderezamiento gradual de la cabeza femoral, el ángulo promedio entre el cuello y la diáfisis se acerca a 120; si se trata de un adolescente obeso se acentúa la tendencia al deslizamiento de la cabeza sobre el resto de la epifisis; un régimen de adelgazamiento pobre en calcio, proteínas y vitaminas de elementos para un crecimiento rápido, no hará más que aumentar la vulnerabilidad de la epifisis. (3,13,19)

5. OSTEITIS APOLISARIA (Enfermedad de Osgood-Schlatter):

Esta enfermedad puede aparecer cuando la intensa actividad característica de la adolescencia coincide con un crecimiento rápido y con el deslizamiento distal de la inserción del ligamento rotuliano por lo general la aplicación de medicinas sencillas basta para curar en poco tiempo la enfermedad pero si se impone un período prolongado de reposo o inmovilidad.

El médico debe tener en cuenta los efectos de ese tratamiento sobre la posibilidades de éxito y de actividad social que se ofrecen al adolescente. (3,13,19)

D. NECESIDADES SANITARIAS

Las necesidades sanitarias del adolescente se manifiestan principalmente en relación con la siguiente disciplinas: Nutrición, salud física, salud mental, higiene escolar y del trabajo, así como también educación sanitaria. (19)

1. NUTRICION:

La Antropometría mide las variaciones en la disminución y proporción física del cuerpo humano, una buena alimentación durante la infancia es la base de un estado nutricional satisfactorio en la adolescencia ya que en esta las necesidades son mucho mayores por la intensidad de su trabajo y demás actividades y por la rapidéz del desarrollo, esas necesidades varían en relación con: El sexo, la edad, las condiciones en que se desarrollan las actividades el tipo constitucional y el clima notando también que en el área rural de la república de Guatemala el niño y el adolescente tienen menos peso a mayor edad. (1)

Sin embargo no consumir una dieta adecuada en este período puede retardar el crecimiento y la maduración sexual. La oficina de alimentos y nutrición del consejo nacional de investigación ha establecido raciones dietéticas y sugiere proteínas, vitaminas

y minerales de acuerdo a la necesidad real de energía según la actividad física en consecuencia el ingreso energético deberá adaptarse balancear el gasto de energía. (4,19,22)

2. SALUD FISICA:

La capacidad del individuo para soportar el esfuerzo físico recuperarse con rapidéz mejora con su programa de entrenamiento regular equilibrado; este tipo de programa no sólo reduce el riesgo de que el ejercicio violento cause al adolescente una tensión o una fatiga excesiva, sino que le permite ejecutar casi sin fatiga las numerosas tareas cotidianas; la actitud para ejecutar esfuerzos físicos intensos y recuperarse depende de distintos factores entre los que cabe atar los factores ecológicos y antropométricos, la constitución hereditaria, la fuerza, la agilidad, la pericia, la personalidad y la eficacia funcional del corazón, los pulmones, vasos sanguíneos y músculos. (19)

3. SALUD MENTAL:

Es importante mencionar el papel fundamental que desempeñan los factores hereditarios y constitucionales, la actitud de los padres antes del nacimiento y durante la infancia, los acontecimientos de la vida familiar y escolar. El grado de aceptación los éxitos, logros y las influencias extra familiares con los primeros años de vida, todos estos elementos determinan en gran parte la calidad de la adaptación del adolescente.

Los criterios para evaluar la salud mental del adolescente son: la adopción de una actitud que debe ser satisfactoria para llegar hacia la autoridad, el conocimiento de sí mismo, el grado de desarrollo psicosexual, el interés por los demás y la calidad de sus principios y sus objetivos. El adolescente responderá más fácilmente a esas exigencias si ha tenido tiempo para reflexionar y tomar decisiones. (19)

4. EDUCACION SANITARIA:

Los adolescentes deberán en su momento asumir las responsabilidades propias de un adulto entre las que figura el cuidado de su propia salud, así como también la salud de otras personas.

Los funcionarios sanitarios y maestros deberían insistir más en los riesgos del tabaco, a pesar de las evidencias categóricas del riesgo que implica el tabaquismo, éste hábito es altamente prevalente y se adquiere tempranamente en la vida. Especialmente en la pubertad y adolescencia, los motivos que lo inducen son variados como los factores de tipo social entre ellos: disponibilidad, curiosidad, imitación, anticipación de vida adulta, revelión y auto-afirmación. El consumo excesivo de bebida alcohólica se considera que es alto entre los estudiantes secundarios y en general entre los adolescentes por lo cual es necesaria la educación sanitaria para evitar graves consecuencias en un futuro cercano. También el uso de medicamentos, prevención de accidentes, la posibilidad de la discusión acerca de los problemas de comportamiento y de moral, la preparación para la paternidad y la vida familiar para satisfacer las necesidades de los adolescentes y en particular de los que no estudian; se deberían distribuir por medio de clubs juveniles, el movimiento de exploradores, la cruz roja, adolescentes en servicio militar y otros diversos grupos, así como también libros y folletos autorizados con el objeto de ayudar a los adolescentes que trabajan, el personal sanitario podría estudiar la posibilidad de facilitar material educativo que pueden hacerlos comprender mejor la importancia de la educación sanitaria en los adolescentes. (2,4,15,18)

5. EL EMPLEO Y LA SALUD:

El trabajo de los adolescentes en los países más desarrollados y prósperos no está extenso de dificultades, pero los problemas sanitarios más graves se plantean en los países en vías de desarrollo, en ellos vive una elevada proporción de los 300 millones de jóvenes de 15 a 19 años que existen hoy en el mundo y también es en ellos donde la pobreza, el analfabetismo, desnutrición y la enfermedad son más frecuentes y forman un círculo vicioso. Millones de adolescentes de esos países

empiezan a trabajar antes de los 14 años y muchos lo hacen desde la infancia, en regiones rurales donde el campesino ingiere cantidades insuficientes de energía se ha comprobado que este tiene un rendimiento sub-normal en su capacidad para trabajar físicamente sabiendo que este distribuye sus necesidades energéticas en gasto metabólico basal, gasto en actividad física y mental lo que conduce a que el individuo sea menos productivo. (19,24)

6. LOS ESTUDIOS Y LA SALUD:

Hoy en día la mayoría de los adolescentes del mundo tiene posibilidad de proseguir después de la enseñanza primaria sin embargo la demanda creciente de mano de obra especializada en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, exige que un mayor número de jóvenes pueda continuar su educación.

Es conveniente realizar un trabajo paralelo y permanente con las familias y seleccionar instrumentos confiables de fácil aplicación en exámenes periódicos de salud de alumnos y docentes que permiten la dedicación precoz de la patología biosfísica con participación de los profesionales adecuados.

Las jóvenes embarazadas abandonan su educación tal como lo requiere la ley y la tradición en muchos países y pocas regresan para completar su educación después de dar a luz. Casi la mitad de todas las jóvenes adolescentes en Colombia, Brasil y México, dejan la escuela antes de completar su educación, según investigaciones en el campo de como tratar al adolescente con este problema plantean 4 temas de estudio como: vigilancia, programas educativos, farmacoterapia y el papel de pediatría en los programas salud y educación. (4,5,10,19)

7. PROBLEMAS DE SALUD:

Los problemas de salud del adolescente han ido adquiriendo

mayor relevancia en los últimos años. Distintos especialistas muestran un creciente interés por los adolescente y en organización del sistema de su atención médica, con metas globales de la atención médica, para ese grupo etareo el disminuir su mortalidad y mejorar su condición de salud en el registro pediátrico predominan las enfermedades respiratorias infecciosas como parasitarias, venereas, sistema nervioso central y organos de los sentidos, cuando la atención del adolescente es realizada por profesionales, aparecen otros problemas propios de esta edad tales como: trastornos mentales, menstruales, etc. acompañado también de una gran cantidad de estímulos ambientales a través de medios de información de masa. Cada vez más sofisticados o impactantes todo lo anterior predispone al uso de drogas y alcohol y permite mayor expresión de la sexualidad con sus consecuentes riesgos, y así mismo algunas enfermedades crónicas como obesidad, asma, diabetes, epilepsia etc. Se hacen más difíciles de controlar y alguna condición fisiológica como el embarazo, presentan un riesgo mayor en este período etáreo. Al considerar los diagnósticos específicos en una población de Chile se ve que los más importantes son: los respiratorios, los accidentes y los trastornos que ponen de manifiesto el hecho de que algunas enfermedades adoptan características especiales en la adolescencia. (9,14,19)

8. SISTEMA ESQUELETICO:

El crecimiento óseo durante la pubertad hace que el sistema esquelético sea vulnerable como en la enfermedad de Osgood-Schlatter, en donde el deslizamiento de la epifisis de la cabeza femoral y la escoliosis idiopática se presentan durante la pubertad, y algunos neoplasios de origen oseo como el sarcoma osteogeno. También algunos problemas funcionales como el codo del beisbolista a los dolores tibiales como consecuencia de su excesiva participación deportiva. (3,13)

9. GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS:

La dismenorrea primaria es casi un problema médico de la adolescencia. La tercera parte de las muchachas sufren dismenorrea intensa invalidante este es la causa principal de la ausencia escolar de las adolescentes, la menometrorragia también plantea problemas especiales cuando se presenta a esta edad y las causa más frecuente en la adolescente es la denominada Hemorragia Uterina Disfuncional. Otro trastorno de particular importancia en adolescentes, relacionado con la menstruación es el Síndrome de Choque Tóxico, el 42% de los casos publicados ocurrió en 1,980 a 1982 en este grupo de edad.

Otros procesos ginecológicos de las adolescentes resultan de experimentación sexual. La incidencia señalada de comercio sexual entre las muchachas estado-unidenses de 13 a 19 años de edad se eleva desde el 10 al 50% y con ello hay aumento de las enfermedades de transmisión sexual y de embarazos, al parecer el número de esos embarazos plantean numerosos y graves problemas fisiológicos y sociales y las que quedan embarazadas antes de los 15 años están en alto riesgo de complicaciones obstétricas y prenatales, como toxemia, Hemorragia Post-parto, infección puerperal y nacimiento de fetos muertos o de niños pequeños para la edad de gestación. (4,18)

Una madre adolescente y su hijo enfrentan mayores riesgos de salud que los de una madre adulta y su niño. Los problemas de salud están extremadamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y educación es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal temprana ya que frecuentemente no reconocen los síntomas del embarazo o no desean admitirlos. Las enfermedades y muertes maternas son más comunes entre las madres adolescentes que entre las que están en sus años veinte, en América Latina y el Caribe, la maternidad y el aborto se encuentran entre las cinco causas principales de muerte para las mujeres de 15 a 19 años de edad. (3,4,13,19)

Es común que las jóvenes sufran de anemia en los primeros años que siguen al comienzo de la menstruación y pocas de las

adolescentes se dan cuenta de la importancia de aumentar su ingestión de hierro. En Estados Unidos, cerca de medio millón de muchachas de 15 a 19 años quedan embarazadas y el número sigue aumentando con 30,000 nacimientos durante el último año. (10.19)

E. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Los adolescentes son los que tienen el número más alto de enfermedades transmitidas sexualmente mayor que en cualquier otro grupo de edad, las más frecuentes son: gonorrea, y las infecciosas por clamidias. Aunque también son frecuentes la tricomoniasis, la sífilis, herpes simple, etc. Entre los métodos de lucha sugeridos se encuentran: la enseñanza a los padres de programas educativos que orienten mejor el desarrollo de la personalidad del futuro adolescente, la educación sanitaria de los propios niños para que adopten pronto una actitud sana ante las cuestiones sexuales por el problema de la propagación de las enfermedades venereas en los adolescentes y el perfeccionamiento de los actuales métodos de epidemiología. (2,13,18,19,-20)

1. TUBERCULOSIS:

La incidencia de la tuberculosis ha disminuído considerablemente en algunos países pero sigue siendo elevada en otros. El rápido descenso se ha debido a la mejora de condiciones de vida en particular de la nutrición el empleo de la quimioterapia y de la vacunación con BCG, en algunos países en vía de desarrollo donde la enfermedad está aún muy extendida, la aplicación de medidas terapéuticas y preventivas apropiadas se ve obstaculizada por la existencia de condiciones sociales desfavorables y por la escases de personal médico y sanitario.

La patología tuberculosa presenta caracteres especiales en la adolescencia si la reacción tuberculínica se hace positiva en ese período, la enfermedad puede progresar rápidamente sobre todo en los adolescentes más jóvenes, la mayoría de los casos

de tuberculosis pulmonar en la adolescencia se deben a una pulmo-infección contraída al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia por eso la reducción de la insidencia por medio de quimioterapia depende de la eficacia de los programas de localización de casos en los jóvenes de 10 o más años. (19)

F. ACCIDENTES:

En algunos países la mitad de las defunciones de los jóvenes de 15 a 20 años se deben a los accidentes, las lesiones son mucho más frecuentes en los varones que en las mujeres. Se trata sobre todo de accidentes de futbol y como el boxeo, causan también algunas víctimas; la elevada incidencia de la muerte por ahogamiento indica la necesidad de enseñar a los adolescentes y a los niños a nadar y a prevenir los accidentes en el agua, aunque las lesiones de atletismo y los accidentes con vehículos de motor son los más frecuentes, los individuos de 16 a 19 años de edad constituyen el 8% de la población de estados unidos, la mayor parte de los casos ocurre entre las 8:00 de la noche y las 4:00 de la madrugada a parte de no utilizar los cinturones en los automoviles y de no llevar cascos con las motocicletas, el abuso alcoholico es la causa principal de la mayor parte de estas muertes.

Hablar con adolescentes acerca del empleo de dispositivos de seguridad y del consumo de alcohol antes de manejar, ha de formar parte de la enseñanza sistemática del cuidado de la salud. (12,15,18,19)

1. ABUSO DE SUBSTANCIAS:

La experimentación con drogas persigue varios fines en los adolescentes de nuestra sociedad puede simbolizar el logro de la madurez o el rechazo de valores humanos, facilitar la aceptación de compañeros, disminuir la tensión y para algunos proporcionar alguna enfermedad y su frecuencia de 45% de uso de pildoras para dieta. El alcohol es la substancia de la que

más se abusa a esta edad, 93% ha señalado su empleo en algún momento y 5.5% su consumo diario.

En Chile investigadores como Montenegro y Ugarte encontraron un 13% de bebedores excesivos hombres y 3% de mujeres estudiantes entre 9 a 15 años. El doctor Alfredo Carmona ha postulado que el beber excesivo es un proceso que tiene como entrada la adquisición de la conducta de ingestión y que es necesario conocer además de la prevalencia de la ingestión de alcohol en una población de estudiantes. Las características que esta adquiere en los niveles socio-económicos y se asocia a patrones diferentes de ingestión si hay relación con la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol del padre y se asocia a otras variables o factores recordemos que el consumo crónico de alcohol puede ser muy perjudicial para la nutrición del adolescente y puede ser muy susceptible en estas circunstancias. (1,2,3,4,7,12,13,17,18)

También el hábito de fumar tiene su efecto sobre la salud y se considera que es el factor responsable del 90% de las muertes por cáncer bronqui-pulmonar y del 75% de las causas por bronquitis crónica y también se menciona como factor riesgo en cánceres de cavidad bucal, laringe, esofago, etc. Además determina una mayor mortalidad para la embarazada, feto como al recién nacido, a pesar de la evidencia categórica del riesgo que implica el tabaquismo, el hábito es altamente prevalente y se adquiere tempranamente en la vida, pubertad y adolescencia.

Los motivos que inducen a un individuo a fumar son variados y entre ellos destacan los factores psicosociales los que actuaran tempranamente en la vida de un sujeto, como factores iniciadores de tipo psicosocial, se han mencionado: disponibilidad, curiosidad, limitación, anticipación de la vida adulta, revelión, y auto-afirmación. (12,15)

2. SISTEMA ENDOCRINO:

Generalmente los problemas se relacionan a desarrollo precoz o tardío por ejemplo: Hirsutismo y Acné, pueden descubrirse

por entonces como trastornos por producción excesiva de hormonas por ejemplo: Hiperplasia suprarrenal o Hipotalámica o tumor ovárico. (4,19)

3. CARIES DENTAL:

Se cree generalmente que en la adolescencia se produce un aumento de la frecuencia de caries dental. Sin embargo determinar si ese fenómeno existe en realidad y si es caso afirmativo se debe al estado fisiológico del adolescente o a sus hábitos higienicos se podría tener en cuenta que el fenómeno de diente y de superficies vulnerables expuestas es mayor en el adolescente que en el niño y que la exposición a los diferentes riesgos ha sido más prolongada. Aumentando notablemente cuando todos los dientes de leche han sido sustituidos por los dientes permanentes. (19)

4. CRIPTORQUIDEA:

La falta de saco escrotal de cualquier lado puede resultar de cuatro estados a saber: testículo retractil, testículo ectópico, criptorquidea verdadera o agenesia testicular, la criptorquidea se diagnóstica por lo general antes de la pubertad en caso de que la intervención quirúrgica sea necesaria debe practicarse si es posible antes de la adolescencia pues según los estudios de fertilidad ulterior en pacientes que se han sometido a orquiopexia han demostrado disminución en los casos bilaterales en comparación con los unilaterales y en niños mayorcitos en comparación con los de menor edad. Incluso en los casos unilaterales se ha informado de menor fertilidad en el niño ó adolescente con criptorquidea, el tratamiento deberá comenzarse lo antes posible por motivos fisiológicos, pues sabido es que los adolescentes tienden a preocuparse por cuanto atañe a su cuerpo y en especial a sus órganos sexuales. (4,19)

5. DEFICIENCIAS FISICAS Y MENTALES:

En la mayoría de los países los niños sub-normales son sujetos de una atención pero la asistencia que se les presta disminuye notablemente cuando llegan a la adolescencia, sin embargo es en ese momento cuando todos los problemas que pueden perturbar a un adolescente normal resultan más difíciles de soportar para un joven deficiente, el empleo y el matrimonio plantean con frecuencia enormes dificultades a los adolescentes sub-normales. Todos ellos ciegos, sordos, mentalmente deficientes o afectos a otro de los numerosos tipos de invalidez, necesitan a su adolescencia una mayor ayuda de la que generalmente reciben en la actualidad. Han recomendado que la OMS dedique más atención a los problemas de organización de la asistencia a los adolescentes físicamente deficientes o mentalmente retrasados. Los servicios asistenciales deben ayudarles a desempeñar en la sociedad un papel tan útil y satisfactorio como les permitan sus capacidades. Entre otros problemas de salud mental la mayor parte es de problemas psíquicos de la adolescencia y son: revelión, crisis de la personalidad, dificultades sexuales pasajeras, estados de ansiedad y depresiones ligeras son el resultado de la evolución emocional normal en esa edad que se caracteriza por el afán de independencia, de afirmación de la personalidad y de madurez psicosexual, algunos de esos problemas pueden aparecerse a los trastornos psiquiátricos de los adultos, pero se deben enfocar y tratar de un modo muy distinto. (4,19)

6. MORTALIDAD:

El riesgo de muerte del adolescente es uno de los más bajos de todo el ciclo vital. El adolescente como individuo está propenso a morir y entre las principales causas de muerte: Accidentes y violencias desglosadas en los Items: "Accidentes por vehículo Motorizado", suicidio y homicidio y es un hecho de observación corriente el mayor riesgo de muerte que tienen los varones en relación a las mujeres a cualquier edad. (1,18)

VI. METODOLOGIA**A. TIPO DE ESTUDIO:**

Tomando en cuenta la profundidad, método, propósito, tiempo y ubicación, se determinó así:

- El estudio que se realizó es de tipo descriptivo ya que se basa en la investigación del Estado de Salud, Enfermedad del Adolescente y así poder hacer una descripción del mismo.
- Por su propósito será aplicada constructivo utilitaria ya que se persigue la aplicación directa o inmediata.
- De acuerdo a la forma de recoger la información será descriptiva porque se analizará y luego se describirá la situación a través de la boleta de encuesta en el momento dado.
- En relación a su ubicación en el tiempo será prospectiva, pues se seleccionará a un grupo de individuos en este caso adolescentes.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Considerando que el sujeto de estudio fueron las personas adolescentes se incluyeron personas de 10 a 19 años de edad, habitantes del casco urbano del Municipio de Antigua Guatemala, del Departamento de Sacatepéquez.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para este caso se incluyó en la investigación una muestra de 22.66% (316 adolescentes) del total de la población de riesgo que es de 1394 comprendidos entre los 10 y 19 años de edad, residentes del casco urbano del Municipio de Antigua Guatemala,

del Departamento de Sacatepéquez. (7)

El tamaño de la muestra fue tomado en base a los límites y precisión de confianza especificados para cantidades muestrales cuando la muestra se da en porcentajes. (ver anexo 3)

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personas comprendidas entre 10 y 19 años de edad.
- Residentes en el casco urbano de Antigua Guatemala.
- Pacientes ambulatorios.
- Guatemaltecos por nacimiento.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Residentes que sean extranjeros.
- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes con problemas congénitos y/o defectos físicos.

E. RECURSOS:

MATERIALES:	-	Recolección de información para la Revisión Bibliográfica.....	Q. 75.00
a) ECONOMICOS:	-	Cinta para máquina de escribir.....	Q. 12.00
	-	Cien hojas papel bond carta.....	Q. 05.00
	-	Impresión del cuestionario.....	Q.200.00
	-	Gastos de traslado al lugar investigación durante 4 semanas.....	<u>Q.125.00</u>
		TOTAL:	Q.417.00
b) FISICOS:	-	Material y equipo de escritorio.	
c) HUMANOS:	-	Personal de bibliotecas: USAC, Hospital Nacional de Antigua.	

F. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

La información del presente trabajo de investigación se recopiló en base a un cuestionario cerrado (ver anexo 2) el cual persigue información de tipo médico.

El cuestionario se llenó haciendo una entrevista a 316 personas adolescentes habitantes del casco urbano de Antigua Guatemala, para lo cual se contó con la colaboración de medicina comunitaria del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; se explicó a las personas el objeto de estudio y que toda la información obtenida será manejada en completo anonimato; las entrevistas fueron llevadas a cabo por el autor de la presente tesis.

G. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
a. EDAD	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Referido por el Entrevistado.	Años
b. ESCOLARIDAD	Grado académico alcanzado por el encuestado, al momento de la entrevista	Se pregunta al Entrevistado.	Años
c. ESTADO CIVIL	Status Legal o Social que define el tiempo de relación entre individuos de diferente sexo.	Se pregunta sobre el tipo de relación que une al entrevistado con su pareja.	Soltero, Casado, Unido, Divorciado, Viudo.
d. ANALFABETISMO	Falta de instrucción Elemental.	Se pregunta al Entrevistado.	Respuesta afirmativa o negativa.
e. INTEGRACION FAMILIAR	Situación que define la persistencia de la familia como Unidad Bio-Social y Económico.	Tipo de vivencia, unidos se parados y grado de compartimiento de responsabilidad.	Relación Familiar y persistencia como unidad.
f. ESTADO DE SALUD	Estado normal del ser orgánico.	Se pregunta al Entrevistado.	Muy malo, malo regular, bueno muy bueno.
g. MORBILIDAD	Alteración de la salud.	Se pregunta al Entrevistado.	Relativo a su situación actual.
h. CONDICION SOCIO-ECONOMICA	Status Económico Social que muestra las condiciones en que la familia vive de acuerdo al Rol que desempeña dentro de la sociedad.	Se pregunta al Entrevistado los ingresos económicos que tiene.	Ingreso económico u otras fuentes para el sostenimiento del Diario Vivir.
i. ATENCION MEDICA	Acto de atender relativo a la medicina.	Se pregunta al Entrevistado.	Médico Particular, Hosp. Nacional, IGSS.

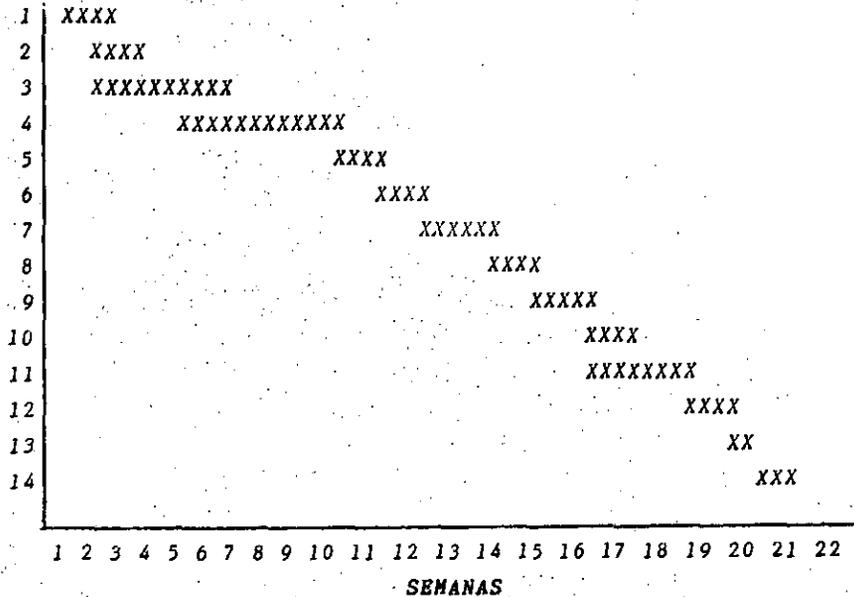
i. ATENCIÓN MÉDICA	Acto de atender re- lativo a la medici- na.	Se pregunta al Entrevistado.	Currandero, Far- macéutico, Na- turista.
j. USO DE ME- DICAMENTOS	Sustancias de efec- tos curativos.	Se pregunta al Entrevistado.	Respuesta afir- mativa o nega- tiva.
k. SITUACIÓN LABORAL	Trabajo. Labranza en especial.	Se pregunta al Entrevistado.	Afirmativo o negativo con el estado o inicia- tiva privada.
l. HÁBITOS O INICIOS	Traje de cada cual costumbre.	Se pregunta al Entrevistado.	Fumar, beber alcohol, drogas

H. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación se realizó en el Área Problema del Casco Urbano del Municipio de Antigua Guatemala, con el apoyo del Departamento de Medicina Comunitaria del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Se inició el trabajo obteniendo bibliografía al respecto. Luego se realizó el protocolo el cual fue aprobado por el Comité de Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se procedió a encuestar a 316 adolescentes de dicha área la cual se volcó la información en la boleta de recolección de datos y se concluyó con la elaboración del informe final.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección de revisor y asesor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Diseño del instrumento que se utilizará para la recopilación de la información.
7. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
8. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de los resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final y trámites administrativos.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público de defensa de tesis.

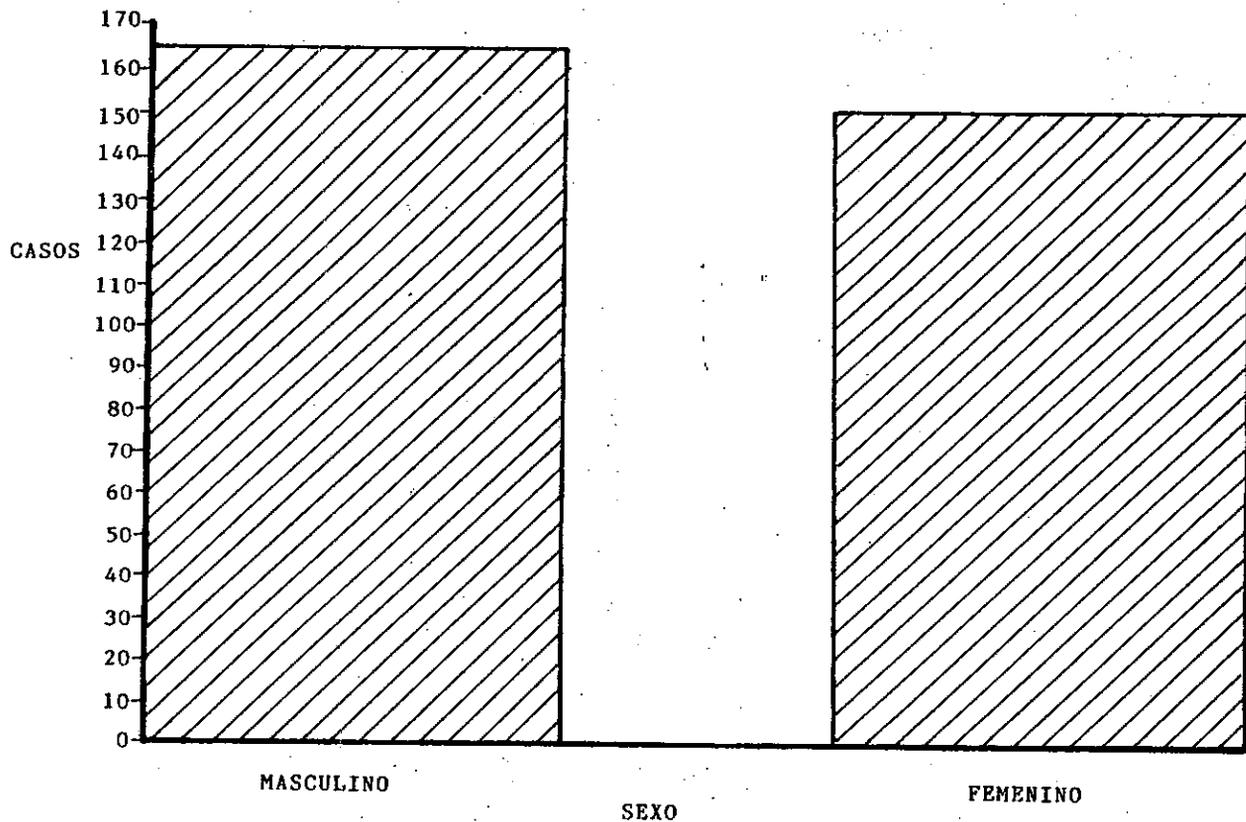
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

ADOLESCENTES HABITANTES
DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO URBANO
ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

SEXO \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	165	52%
FEMENINO	151	48%
TOTAL	316	100%

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



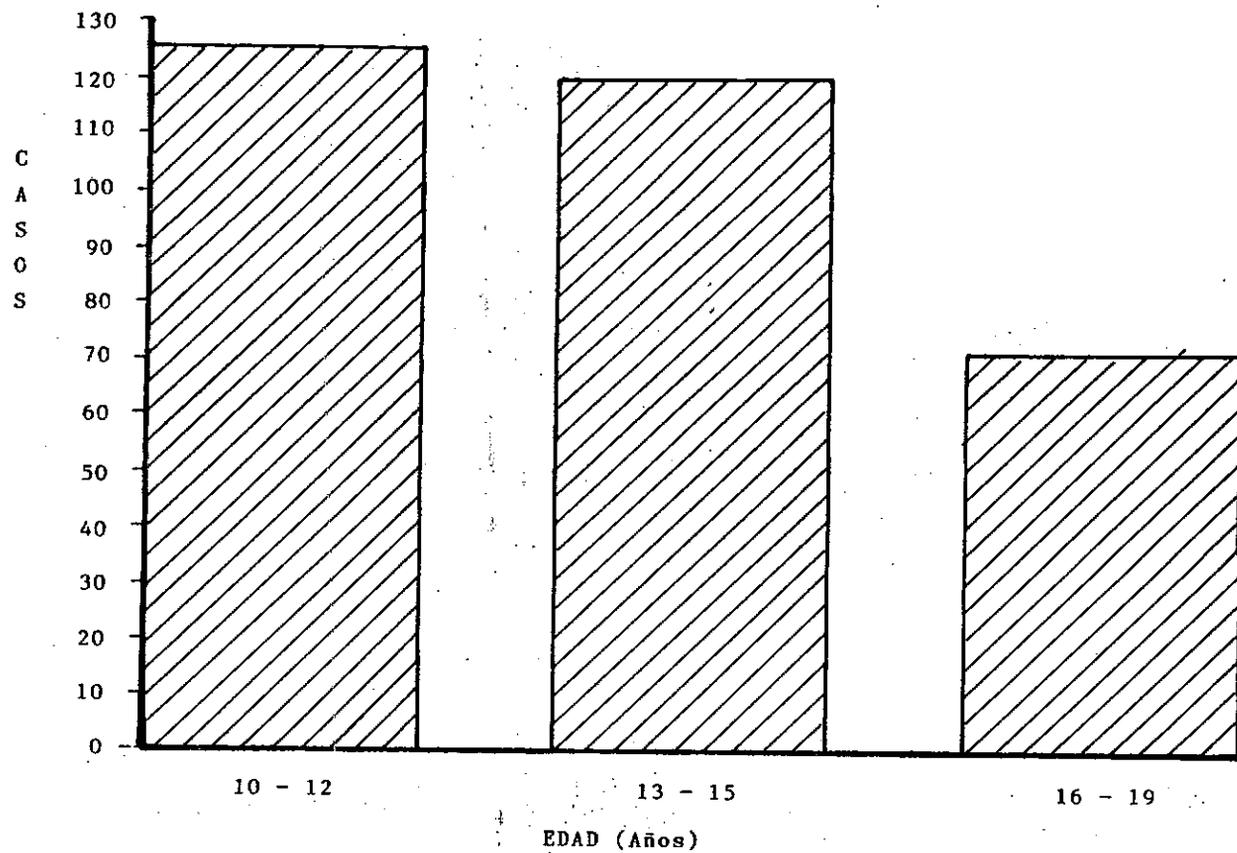
CUADRO No. 2

EDAD

ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
DEL CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

AÑOS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
10 - 12	125	39.55
13 - 15	120	37.98
16 - 19	71	22.47
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



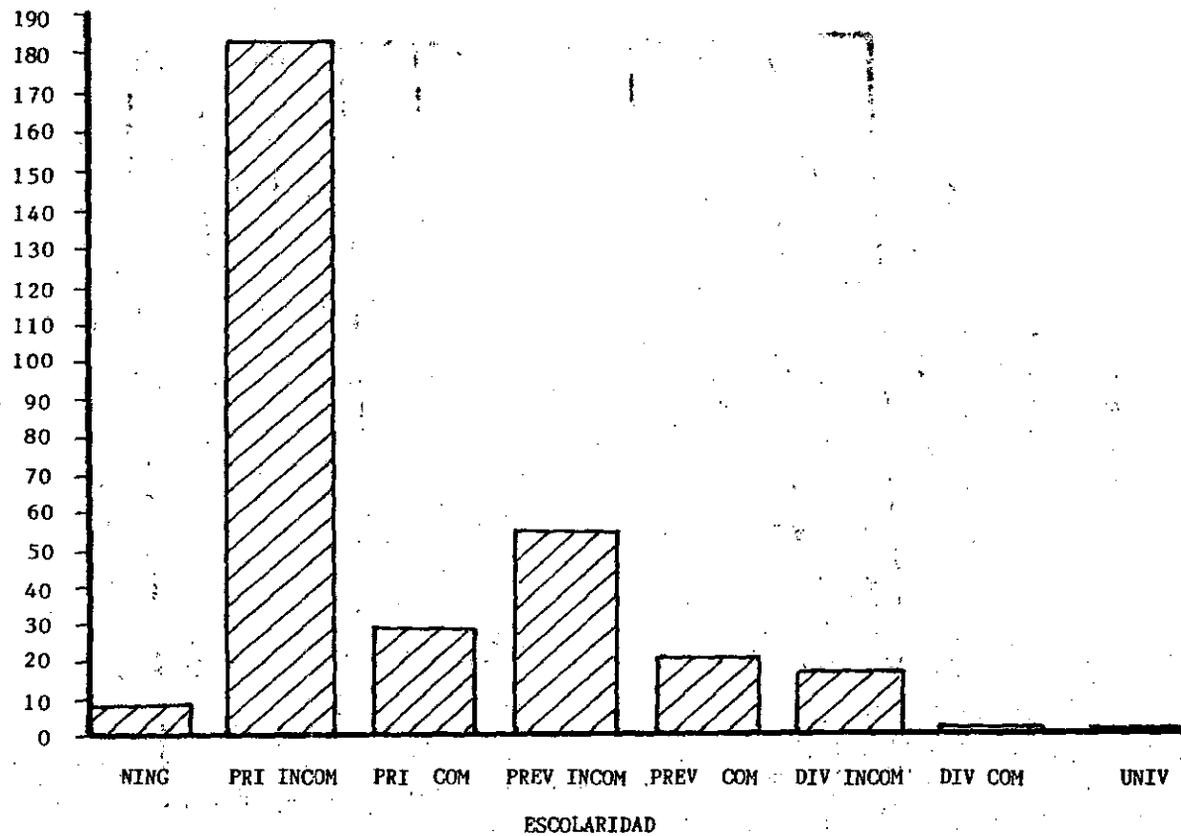
CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD
 ADOLESCENTES HABITANTES
 DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO URBANO
 ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

ESCOLARIDAD \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
NINGUNA	9	2.85
PRIMARIA INCOMPLETA	183	57.91
PRIMARIA COMPLETA	29	9.18
PREVOCACIONAL INCOMPLETA	54	6.65
PREVOCACIONAL COMPLETA	21	17.10
DIVERSIFICADO INCOMPLETO	17	5.38
DIVERSIFICADO COMPLETO	2	0.62
UNIVERSITARIA	1	0.31
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S

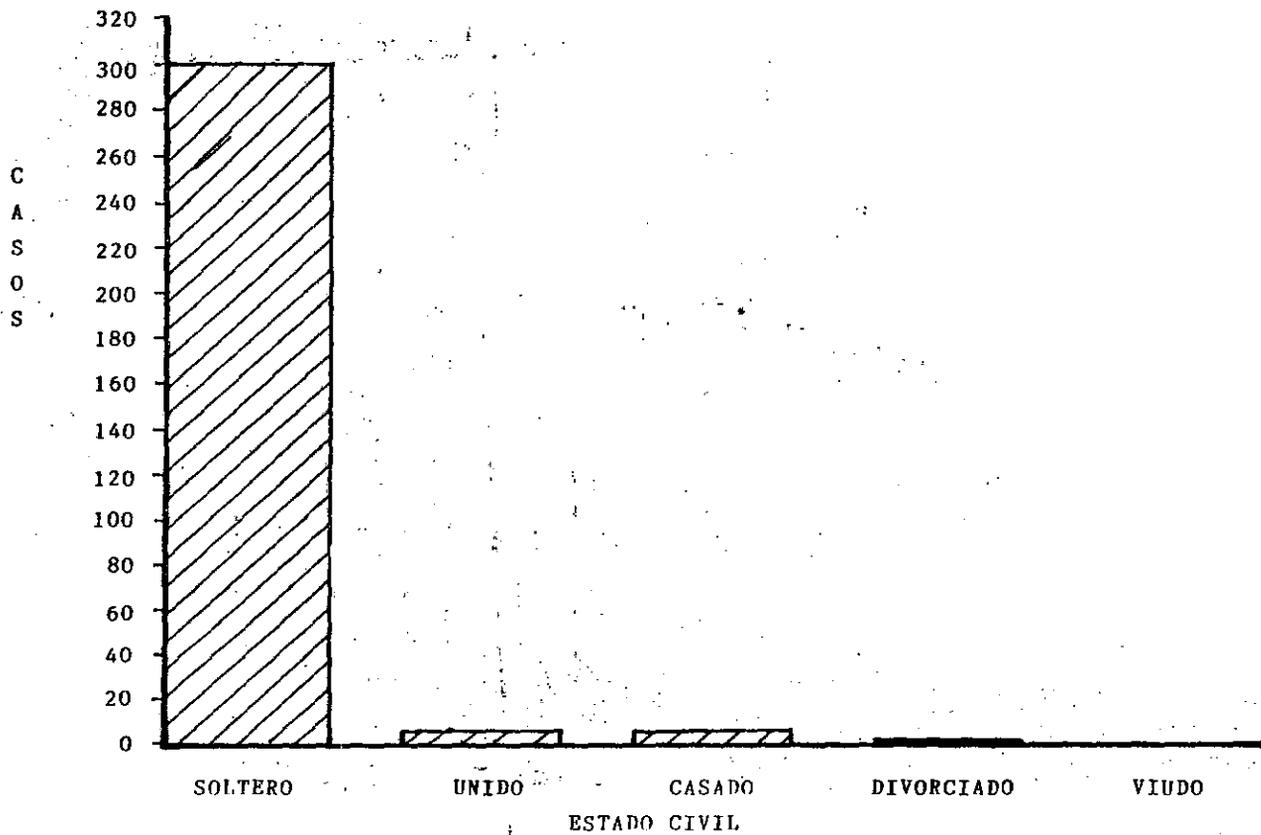


CUADRO No. 4

ESTADO CIVIL
 ADOLESCENTES HABITANTES
 DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO URBANO
 ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

ESTADO CIVIL \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERO	301	95.25
UNIDO	7	2.22
CASADO	7	2.22
DIVORCIADO	1	0.31
VIUDO	0	0.00
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



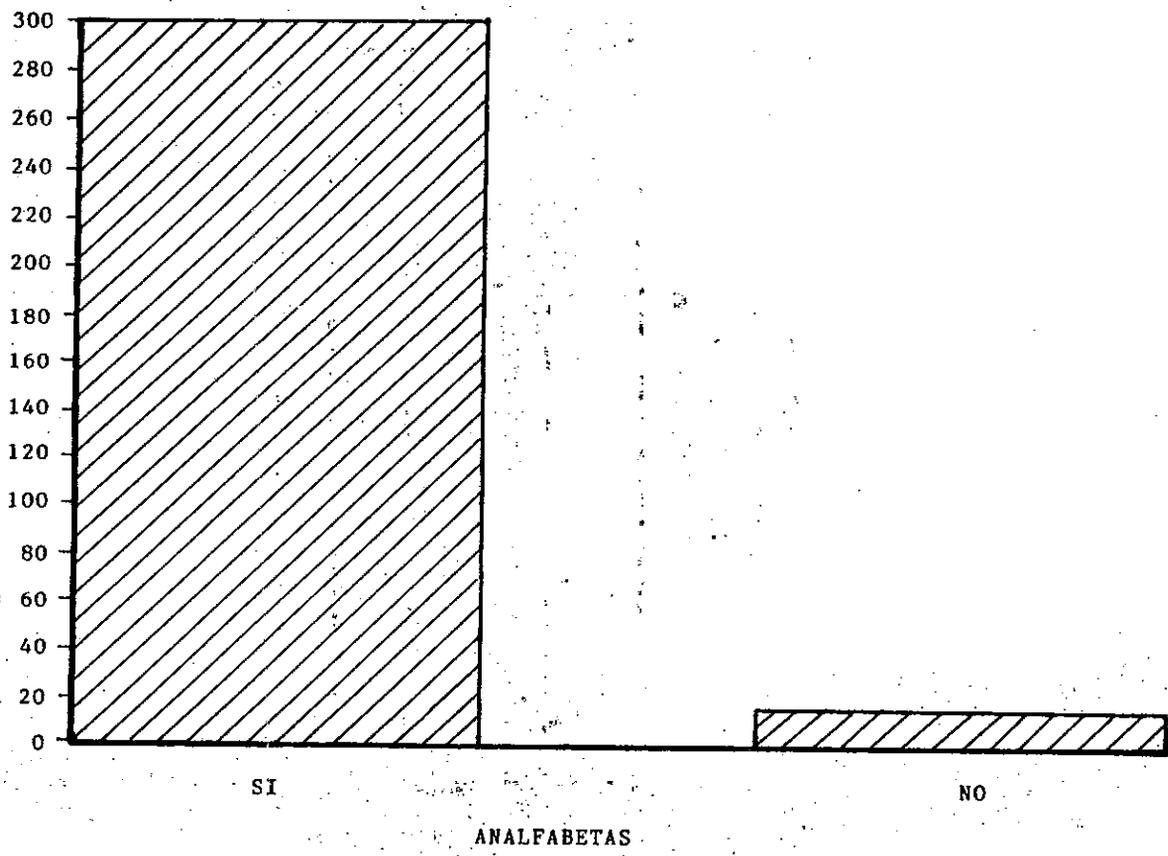
CUADRO No. 5

ANALFABETISMO
 ADOLESCENTES HABITANTES
 DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO URBANO
 ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

ANAL- FABETISMO \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	300	94.94
NO	16	5.06
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



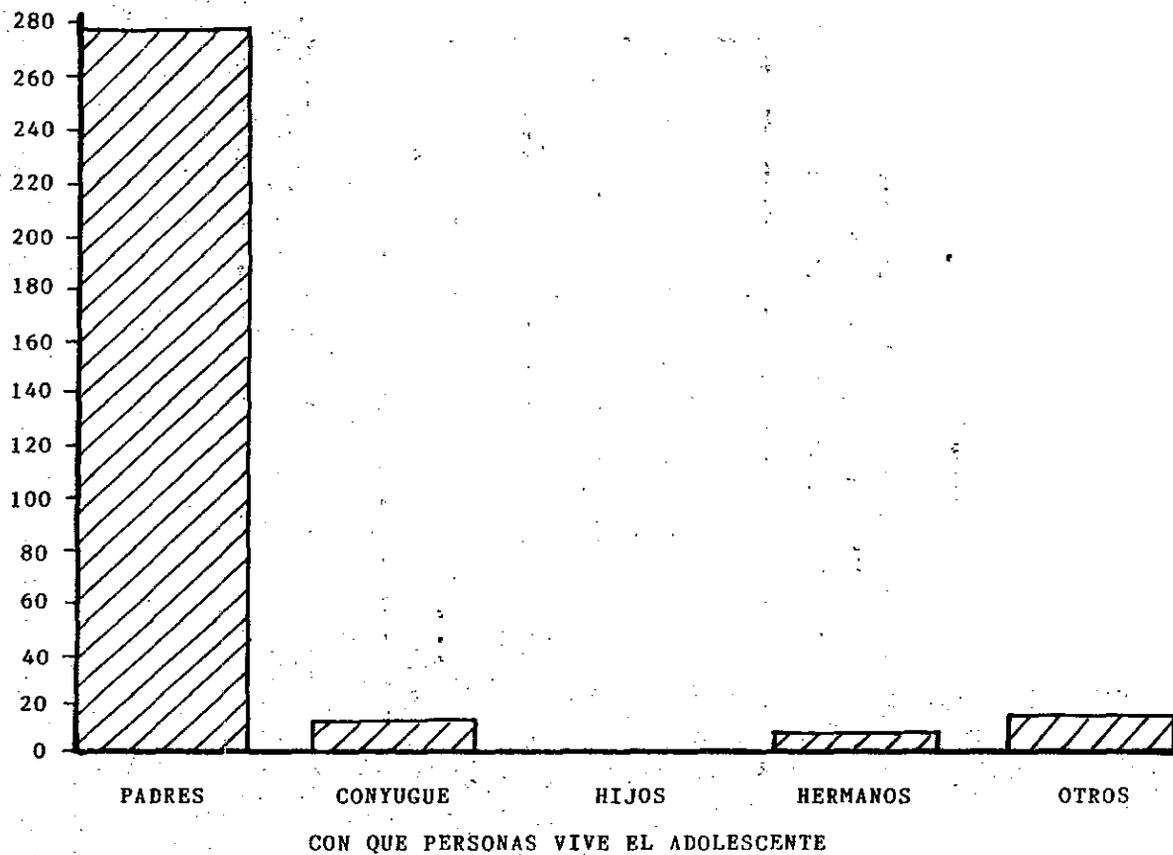
CUADRO No. 6

CON QUE PERSONAS VIVE EL ADOLESCENTE
HABITANTE DEL AREA PROBLEMA DEL
CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS PERSONAS	NUMERO	PORCENTAJE
PADRES	278	87.97
CONYUGUE	14	4.43
HIJOS	00	0.00
HERMANOS	9	2.85
OTROS	15	4.75
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S

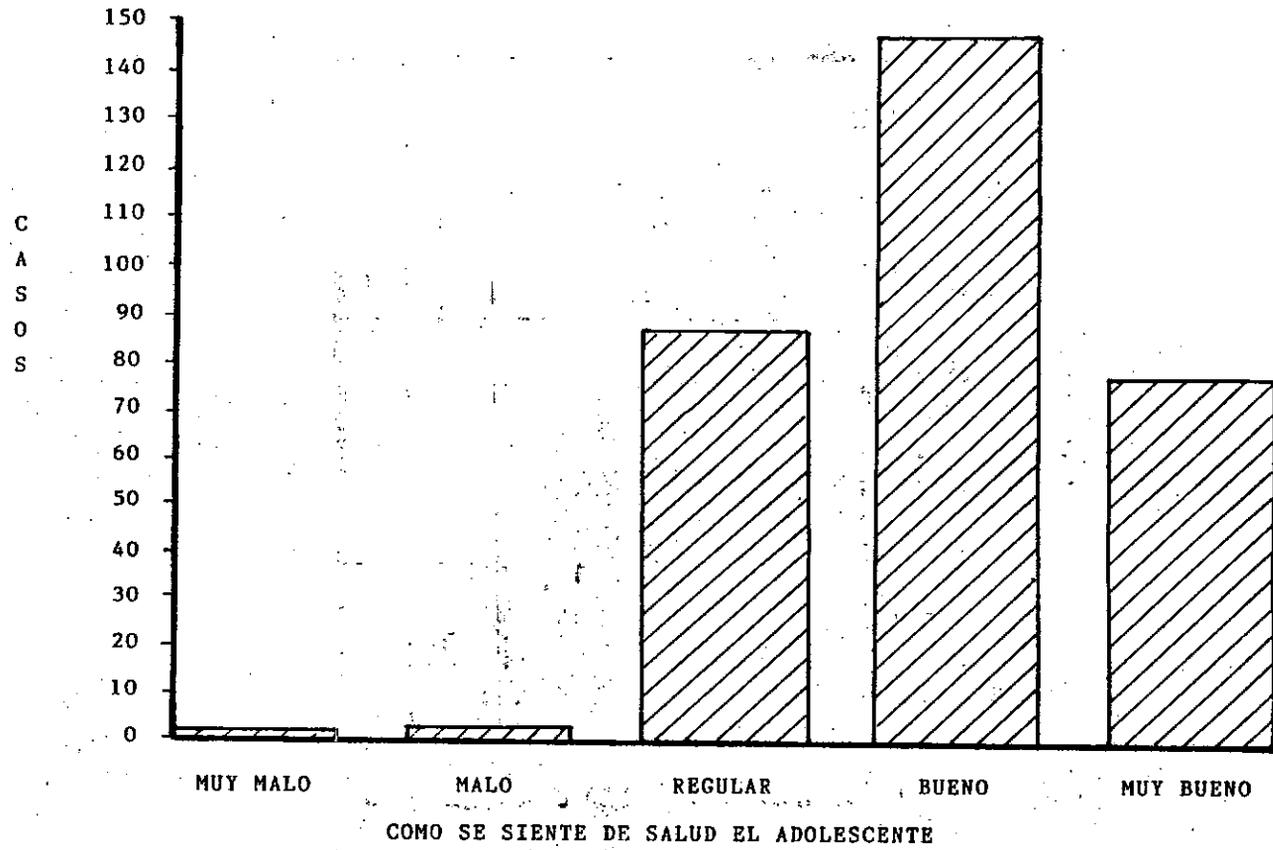


CUADRO No. 7

COMO SE SIENTE DE SALUD EL ADOLESCENTE
HABITANTE DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO
URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

ESTADO \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
MUY MALO	2	0.63
MALO	3	0.95
REGULAR	87	27.53
BUENO	147	46.52
MUY BUENO	77	24.37
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



CUADRO N.º 8

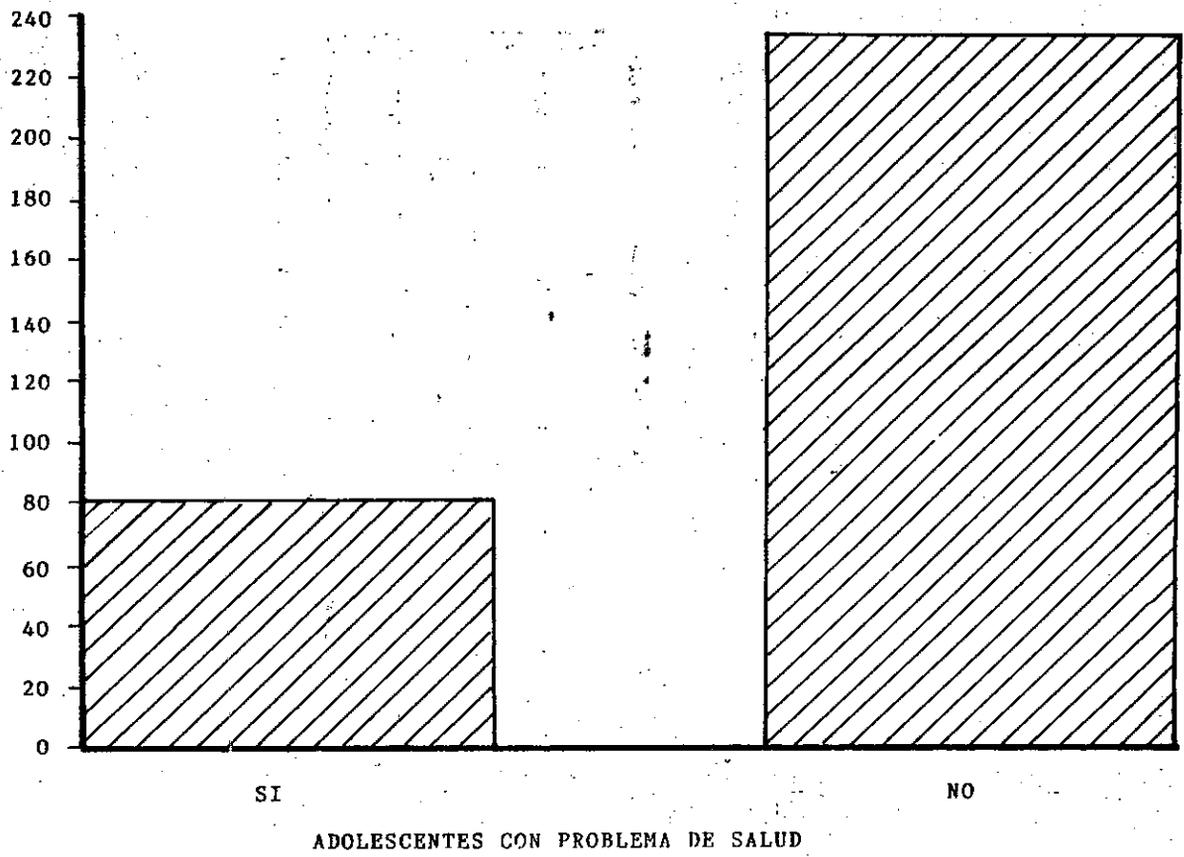
**ADOLESCENTES QUE PRESENTAN ALGUN PROBLEMA DE SALUD
HABITANTES DEL CASCO URBANO
ANTIGUA GUATEMALA, 1993.**

CASOS PROBLEMA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	82	25.94
NO	234	74.06
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

000
005
035
065

C
A
S
O
S



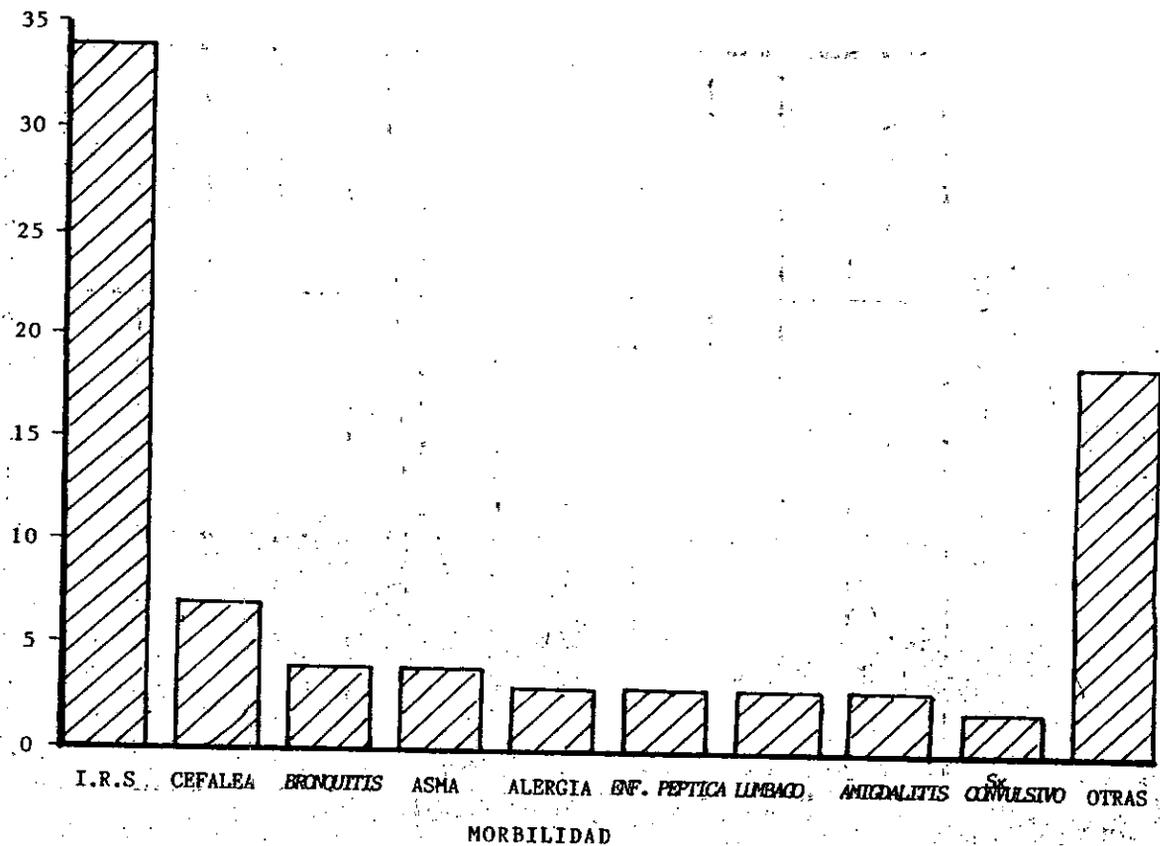
CUADRO No. 9

MORBILIDAD
 ADOLESCENTES HABITANTES
 DEL AREA PROBLEMA DEL CASCO URBANO
 ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS MORBILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
I.R.S.	34	41.46
CEFALEA	7	8.54
AMIGDALITIS	4	4.88
ASMA	4	4.88
ALERGIA	3	3.66
BRONQUITIS	3	3.66
ENFERMEDAD PEPTICA	3	3.66
LUMBAGO	3	3.66
SX CONVULSIVO	2	2.44
OTRAS	19	27.18
TOTAL	82	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S

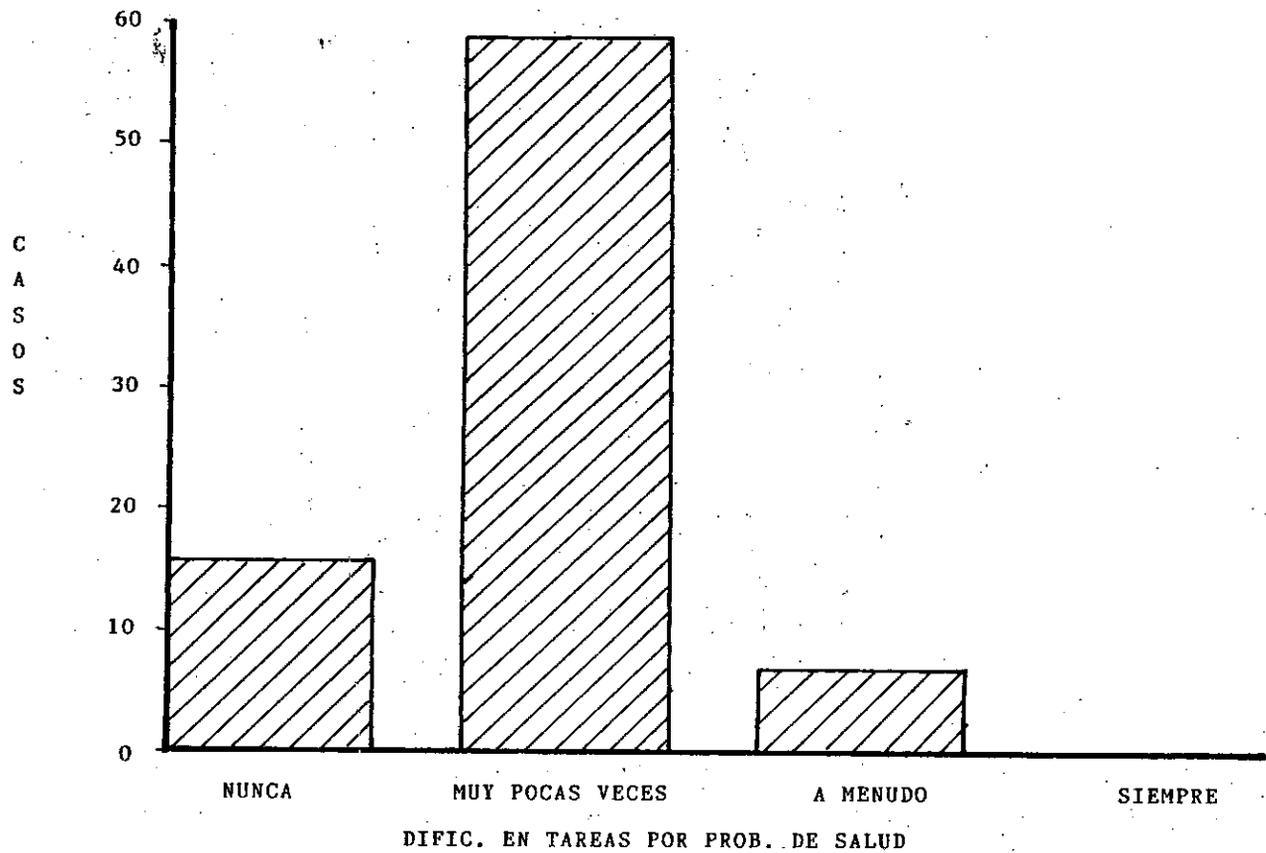


CUADRO No. 10

DIFICULTAD PARA REALIZAR TAREAS
 POR PROBLEMAS DE SALUD
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 DEL CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS DIFICULTAD	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	16	19.51
MUY POCAS VECES	59	71.95
A MENUDO	7	8.54
SIEMPRE	0	0.00
TOTAL	82	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

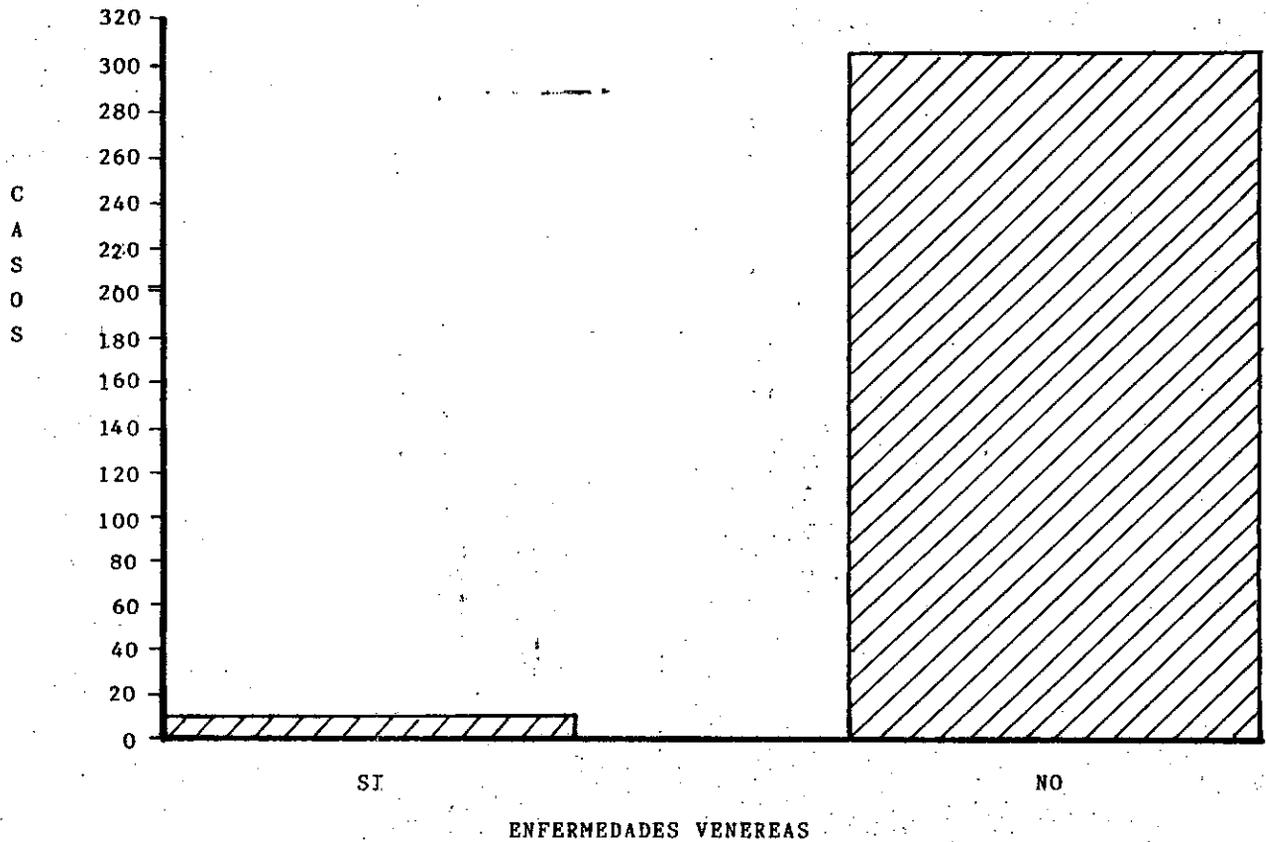


CUADRO No. 11

ENFERMEDADES VENEREAS
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA
PROBLEMA CASCO URBANO
ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	11	3.48
NO	305	96.52
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

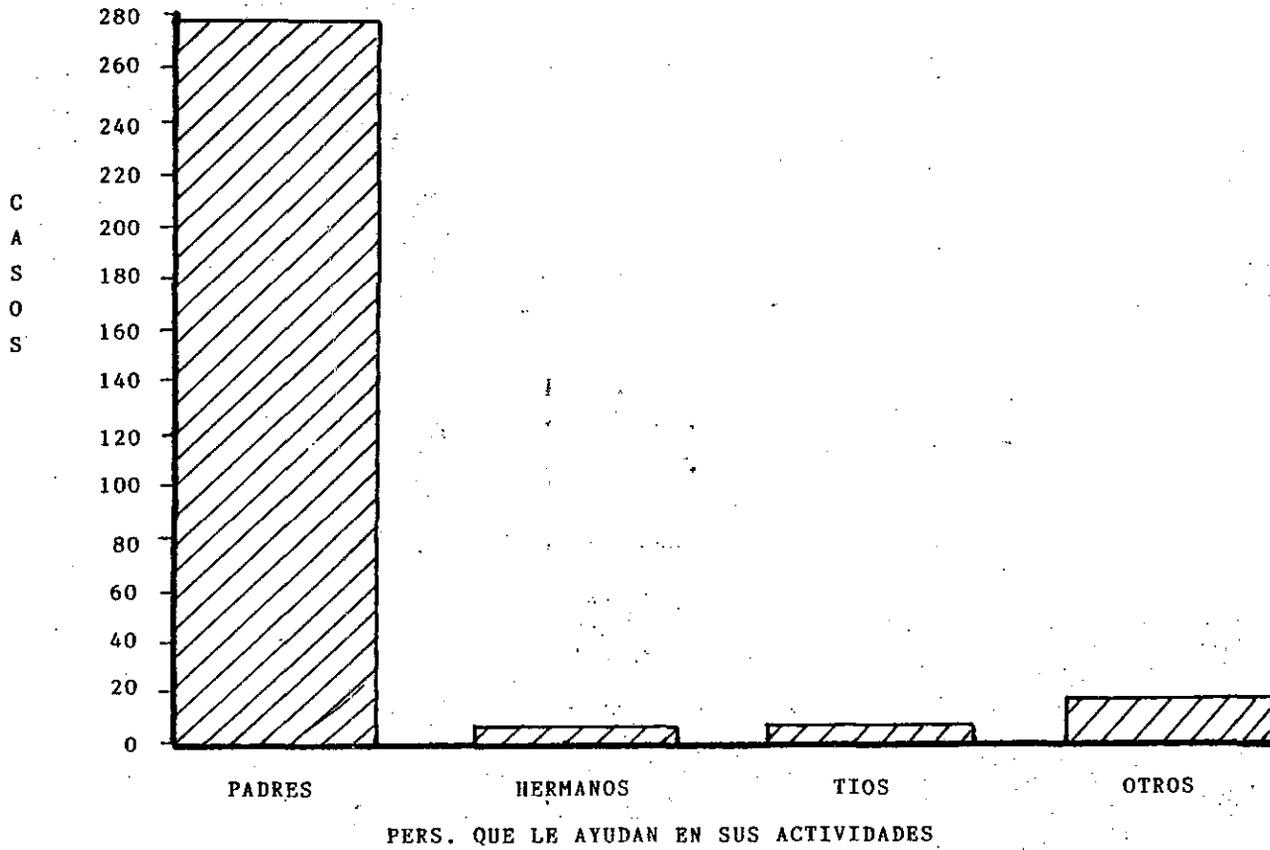


CUADRO No. 12

PERSONAS QUE LE AYUDAN EN SUS ACTIVIDADES DEL DIARIO
 VIVIR ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA
 PROBLEMA CASCO URBANO
 ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

PERSONAS \ CASOS	NUMERO	POCENTAJE
PADRES	279	88.29
HERMANOS	8	2.53
TIOS	9	2.85
OTROS	20	6.33
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

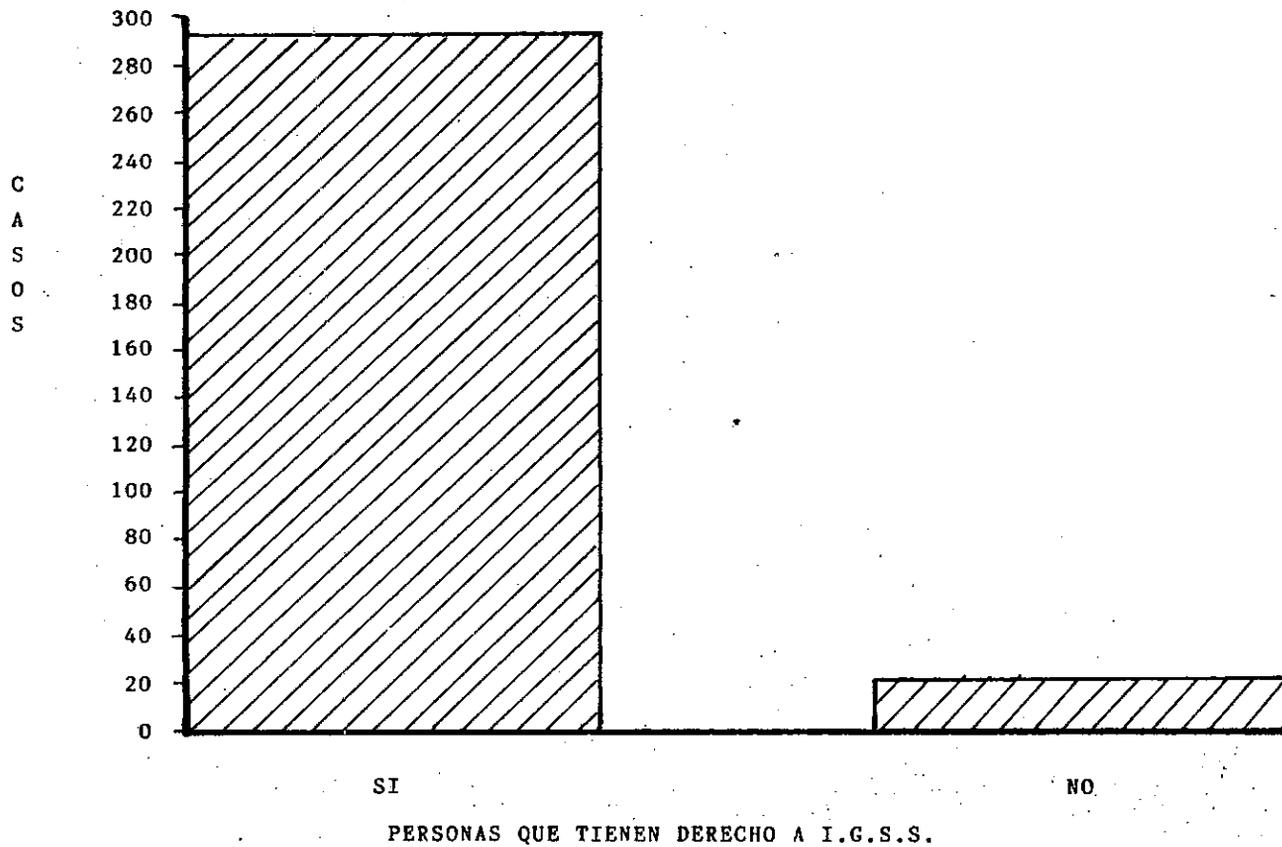


CUADRO No. 13

PERSONAS QUE TIENEN DERECHO AL I.G.S.S.
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

TIENEN DERECHO \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
NO	293	92.72
SI	23	7.28
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

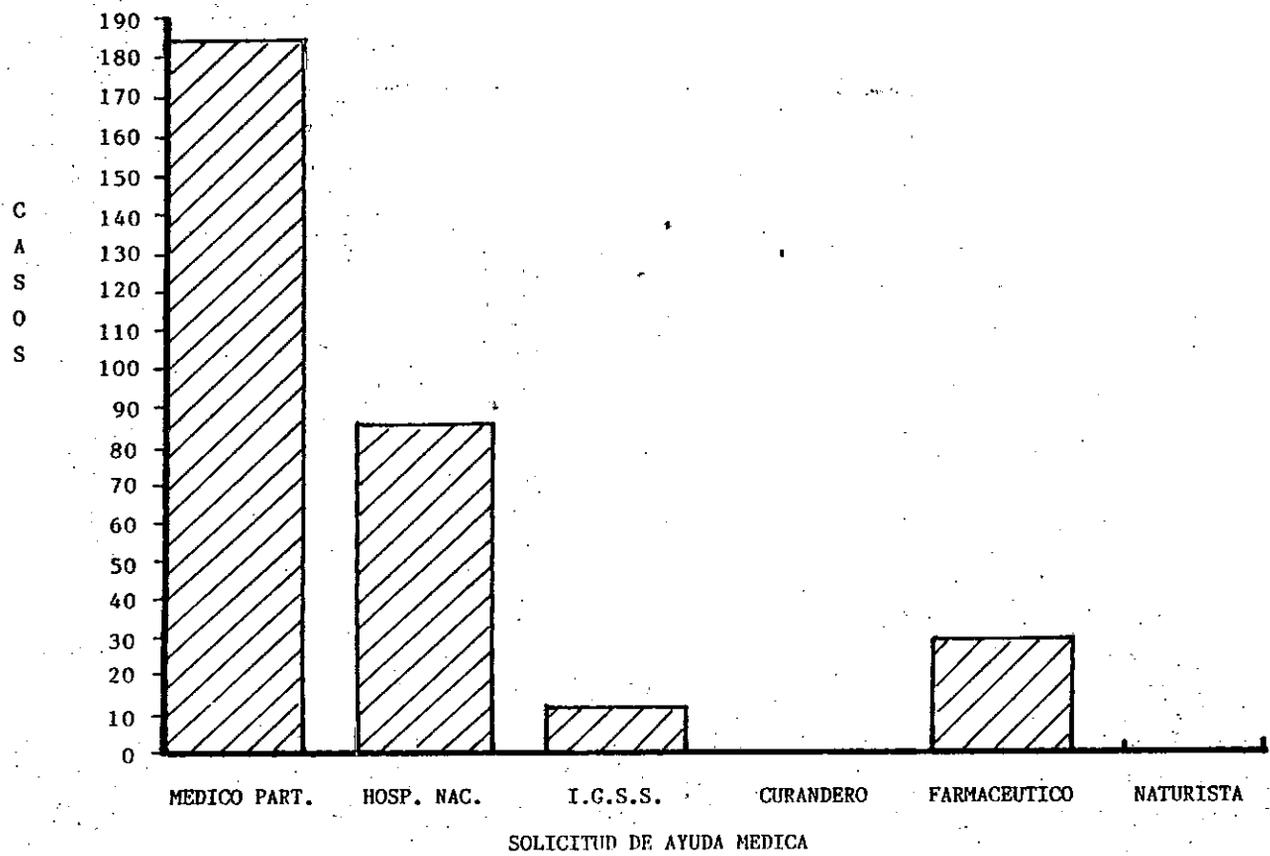


CUADRO No. 14

SOLICITUD DE AYUDA MEDICA
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS CONSULTA A.	NUMERO	PORCENTAJE
MEDICO PARTICULAR	185	58.55
HOSPITAL NACIONAL	86	27.22
I.G.S.S.	12	3.78
CURANDERO	0	0.00
FARMACEUTICO	30	9.50
NATURISTA	3	0.95
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



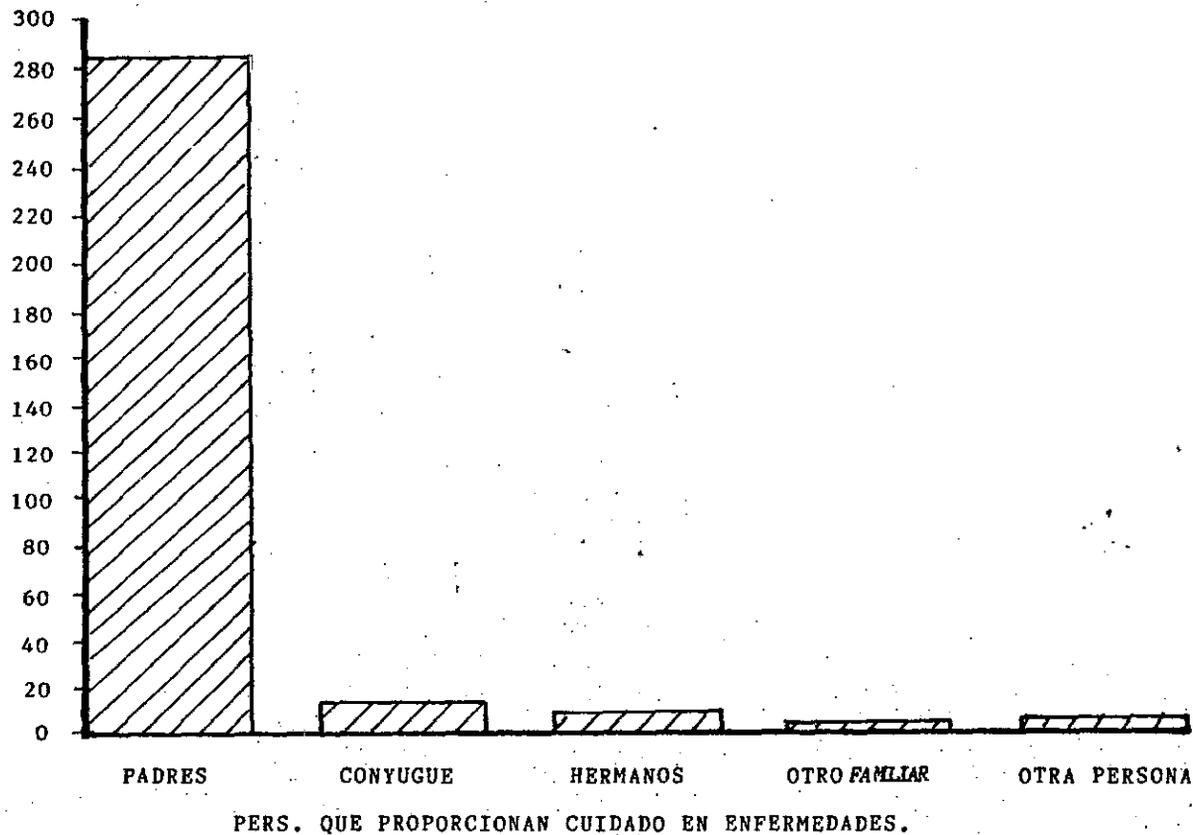
CUADRO No. 15

PERSONAS QUE PROPORCIONAN CUIDADO EN CASO DE ENFERMEDAD
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

PERSONA \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
PADRES	284	89.87
CONYUGUE	14	4.43
HERMANOS	9	2.85
OTRO FAMILIAR	4	1.27
OTRA PERSONA	5	1.58
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



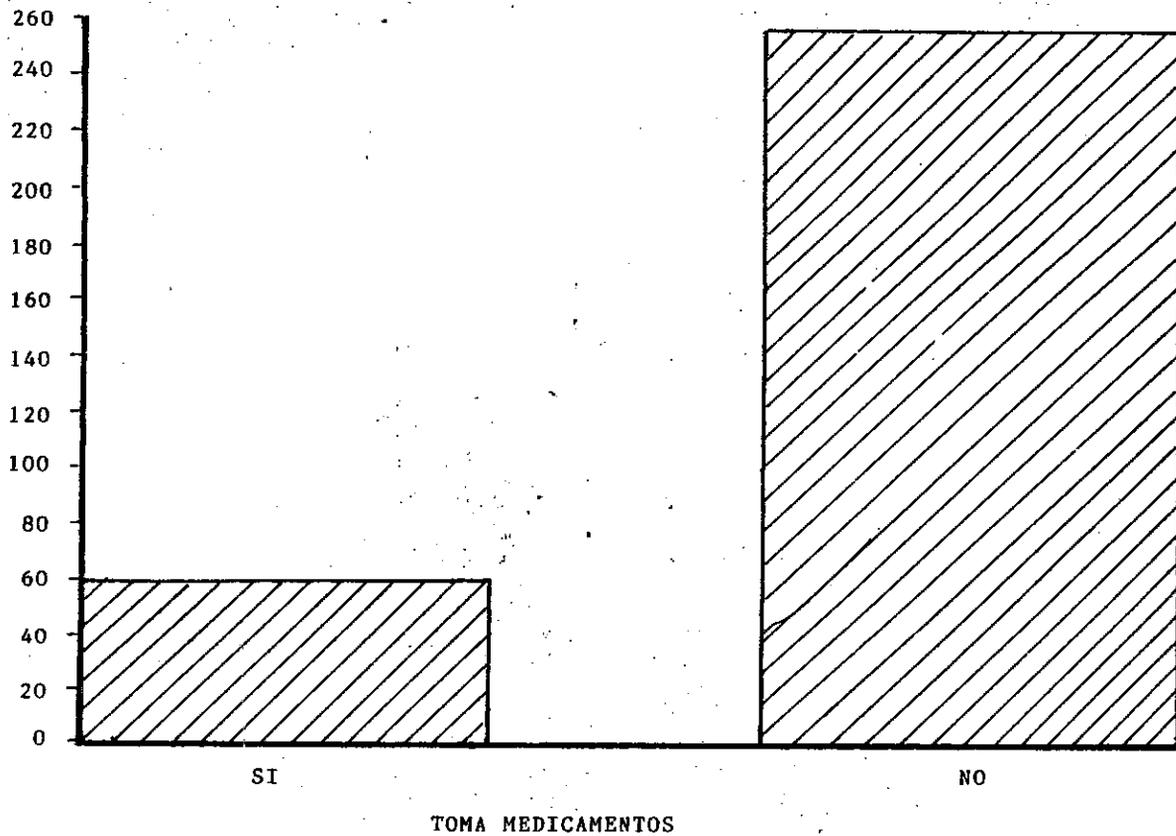
CUADRO No. 16

USO DE MEDICAMENTOS
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

TOMA MEDICAMENTOS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	60	18.99
NO	256	81.01
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



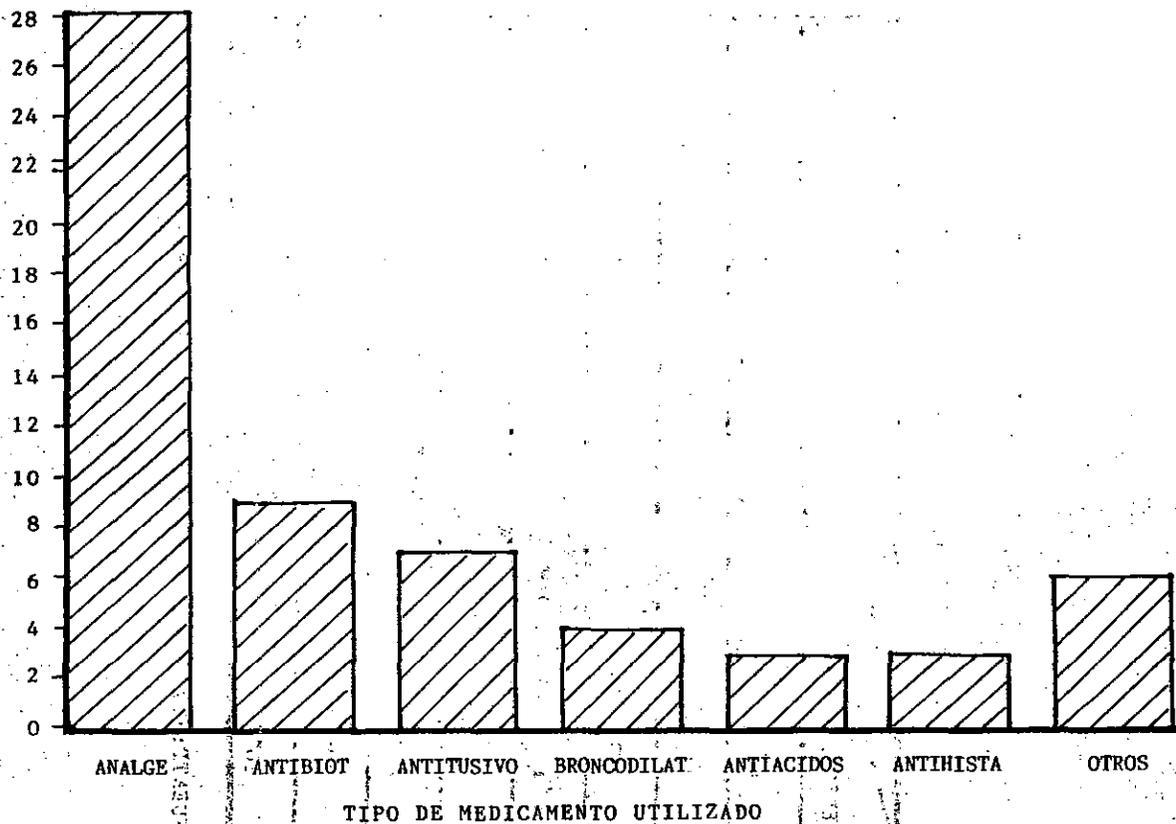
CUADRO No. 17

TIPO DE MEDICAMENTO UTILIZADO
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

MEDICAMENTO \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
ANALGESICOS	28	46.67
ANTIBIOTICOS	9	15.00
ANTITUSIVOS	7	11.66
BRONCODILADORES	4	6.67
ANTIACIDOS	3	5.00
ANTIHISTAMINICOS	3	5.00
OTROS	6	10.00
TOTAL	60	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



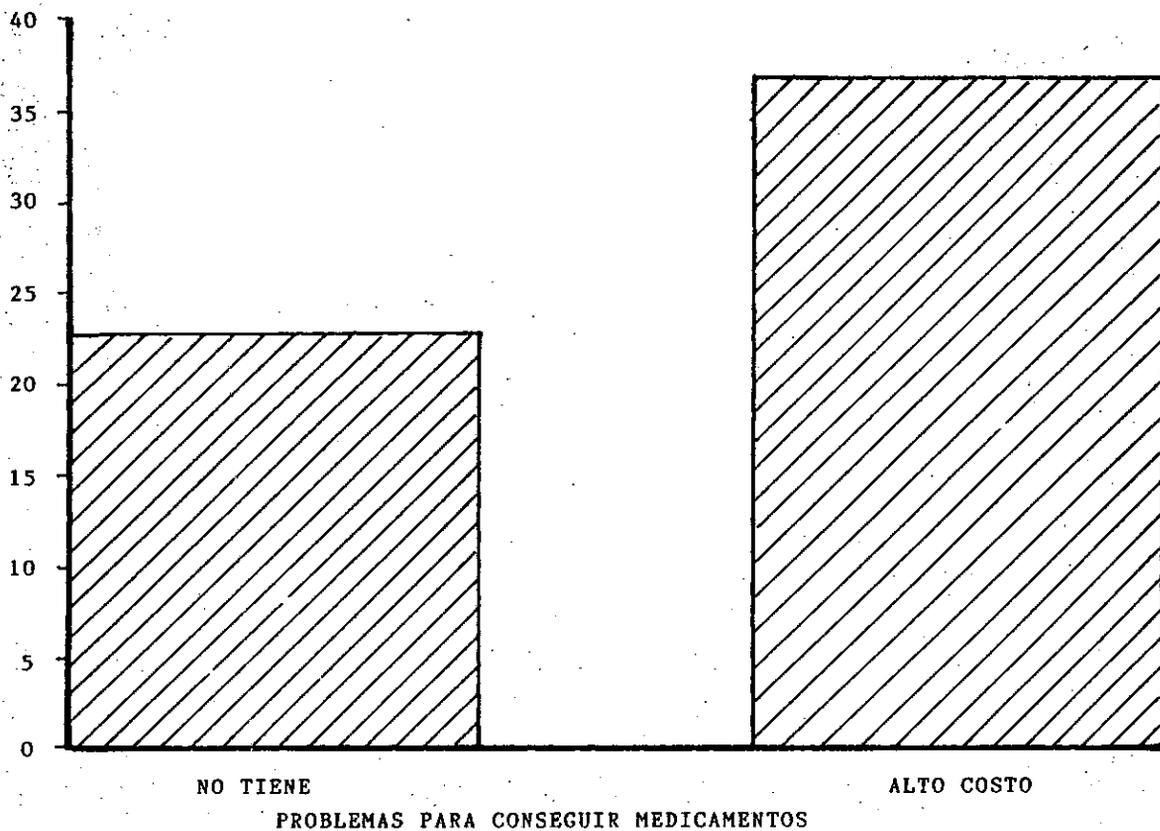
CUADRO No. 18

PROBLEMA PARA CONSEGUIR MEDICAMENTOS
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

PROBLEMA / CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
NO TIENE	23	38.33
ALTO COSTO	37	61.67
TOTAL	60	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



CUADRO No. 19

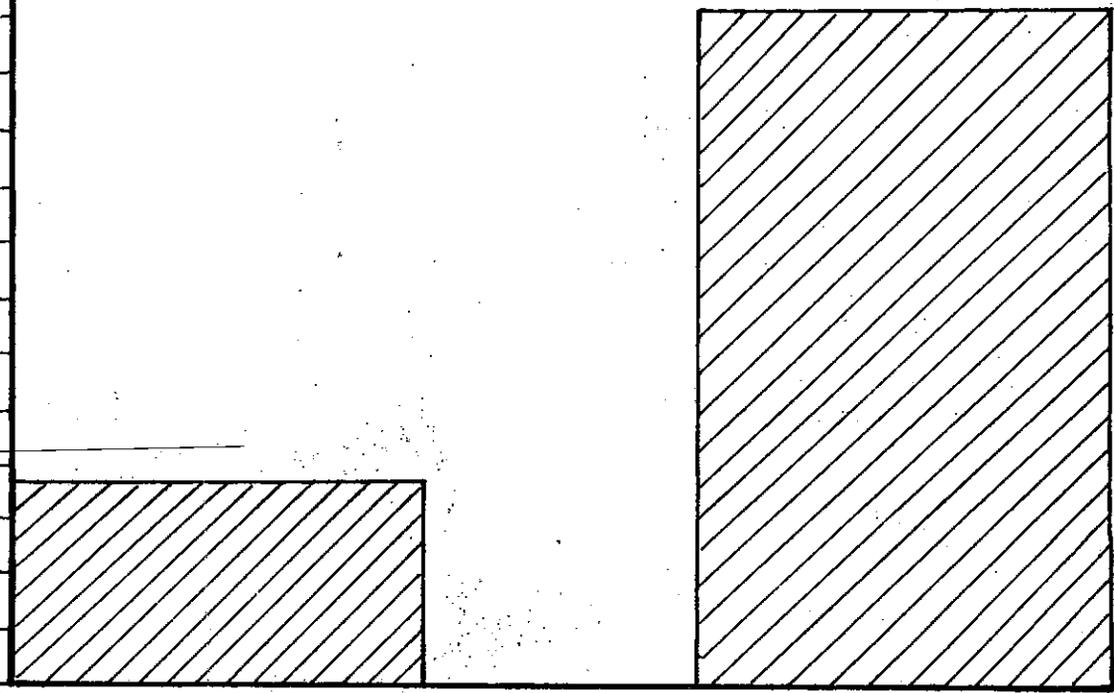
SITUACION LABORAL ACTUAL
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

SITUACION \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI TRABAJA	74	23.42
NO TRABAJA	242	76.58
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S

260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0



SI TRABAJA

NO TRABAJA

SITUACION LABORAL ACTUAL

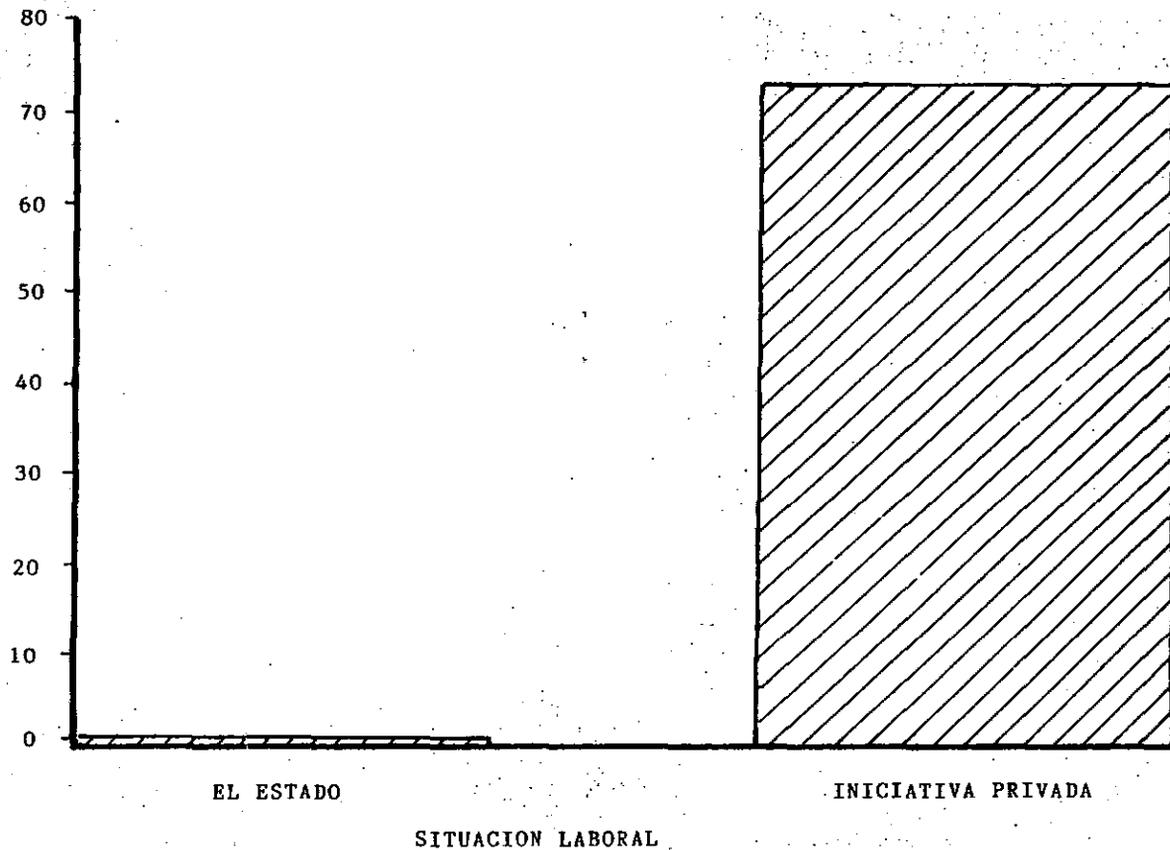
CUADRO No. 20

SITUACION LABORAL
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS TRABAJA CON	NUMERO	PORCENTAJE
EL ESTADO	1	1.36
INICIATIVA PRIVADA	73	98.64
TOTAL	74	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



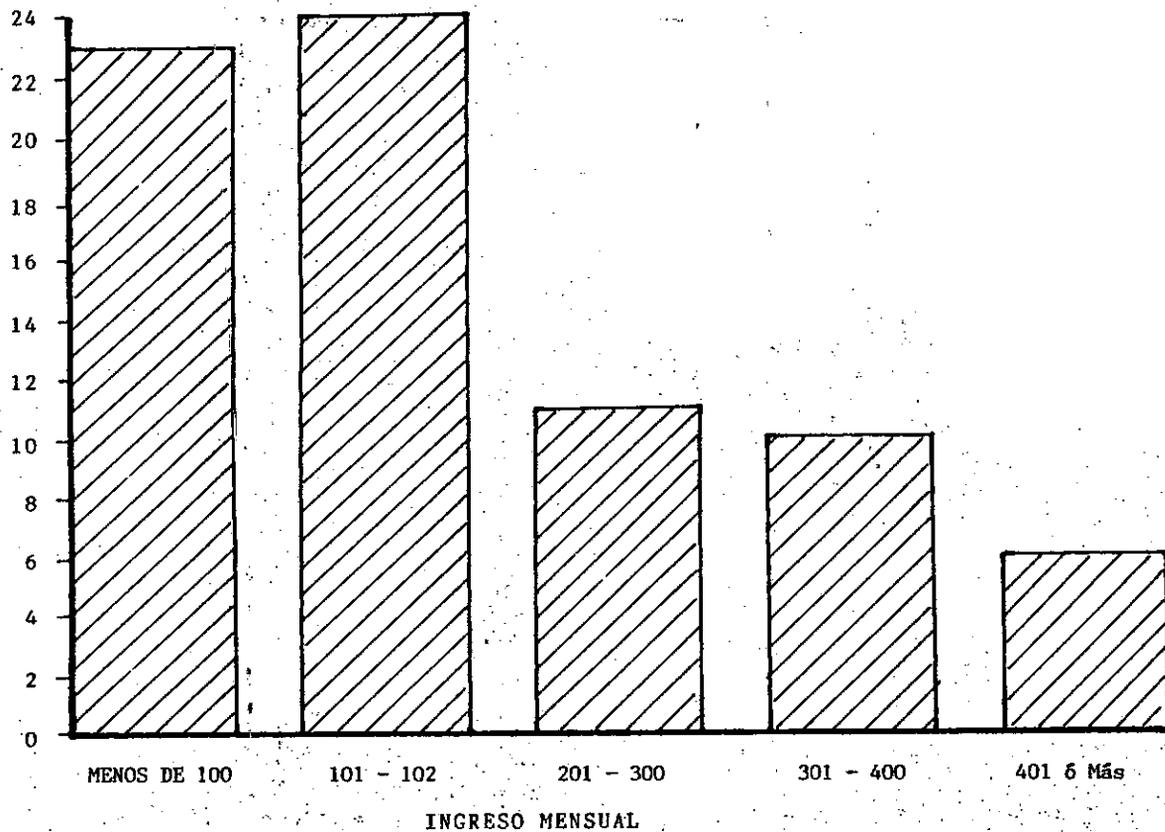
CUADRO No. 21

INGRESO MENSUAL
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS QUETZALES	NUMERO	PORCENTAJE
MENOS DE 100	23	31.08
101 - 200	24	32.43
201 - 300	11	14.87
301 - 400	10	13.51
401 6 MAS	6	8.11
TOTAL	74	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



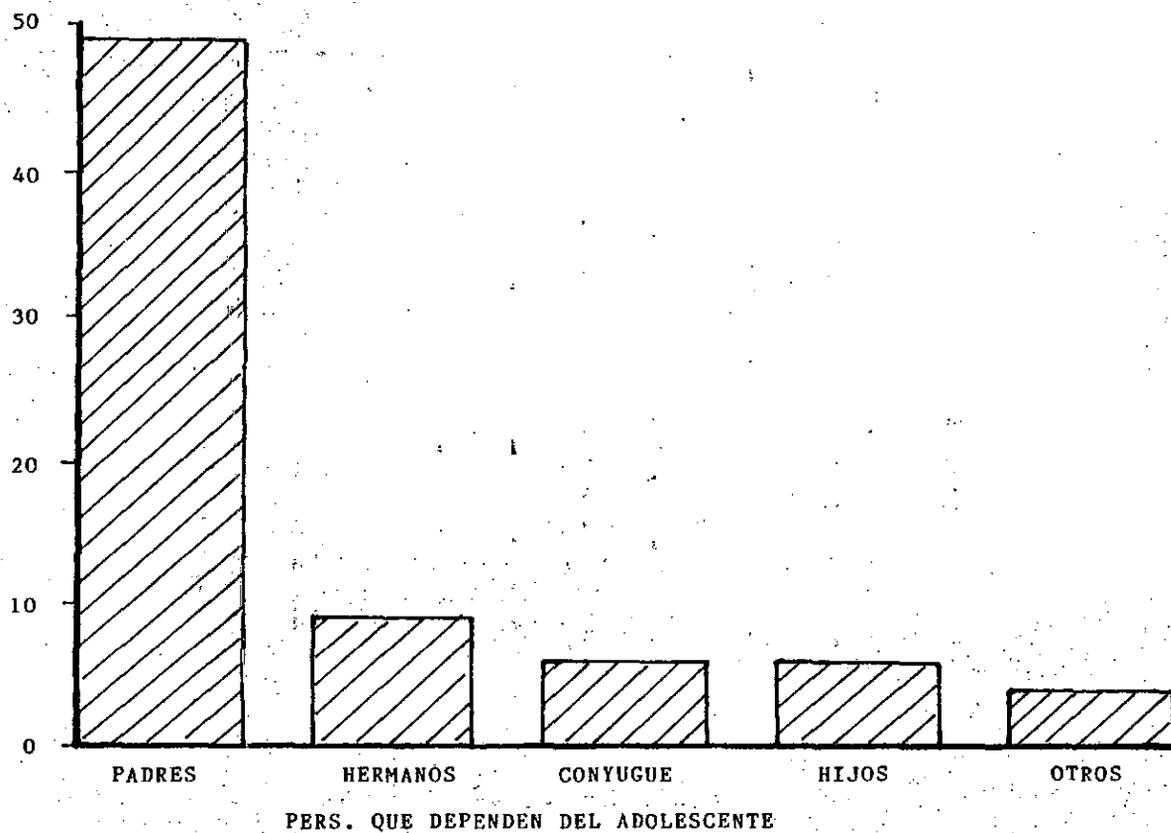
CUADRO No. 22

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL ADOLESCENTE
 ADOLESCENTE HABITANTE DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

PERSONAS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
PADRES	49	66.22
HERMANOS	9	12.16
CONYUGUE	6	8.11
HIJOS	6	8.11
OTROS	4	5.40
TOTAL	74	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



CUADRO No. 23

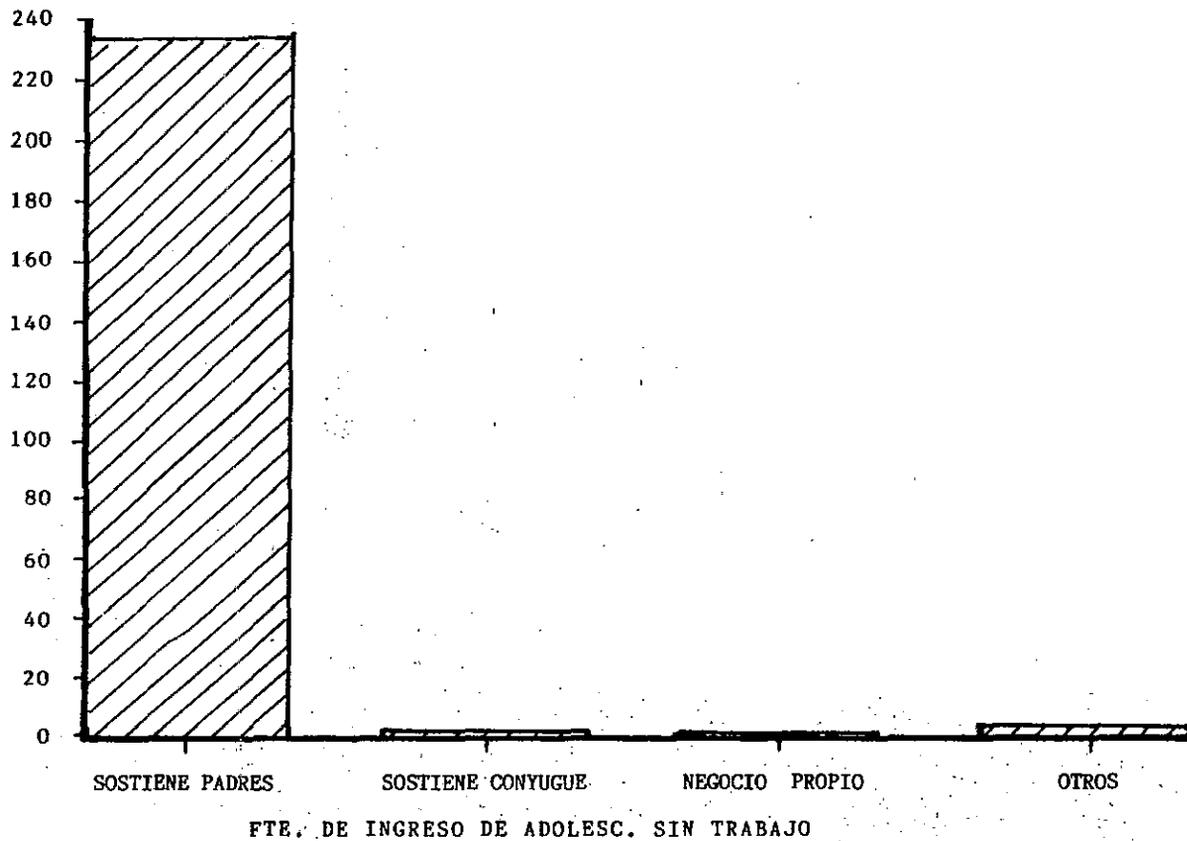
FUENTE DE INGRESOS
DE LOS ADOLESCENTES QUE NO TRABAJAN
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA

FUENTE / CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SOSTIENE PADRES	234	96.69
SOSTIENE CONYUGUE	3	1.24
NEGOCIO PROPIO	1	0.41
OTROS	4	1.66
TOTAL	242	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
ESTADÍSTICA SOCIAL Y ECONOMICA
CENSO DE LA FUERZA DE TRABAJO 1970
ESTADÍSTICA SOCIAL Y ECONOMICA
ESTADÍSTICA SOCIAL Y ECONOMICA



CUADRO No. 24

SITUACION ECONOMICA
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

SITUACION \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
MALA	17	5.38
REGULAR	221	69.94
BUENA	78	24.68
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



CUADRO No. 25

LIMITACIONES POR SITUACION ECONOMIA
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS LIMITACIONES	NUMERO	PORCENTAJE
NUNCA	60	18.99
MUY POCAS VECES	216	68.35
A MENUDO	35	11.08
SIEMPRE	5	1.58
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



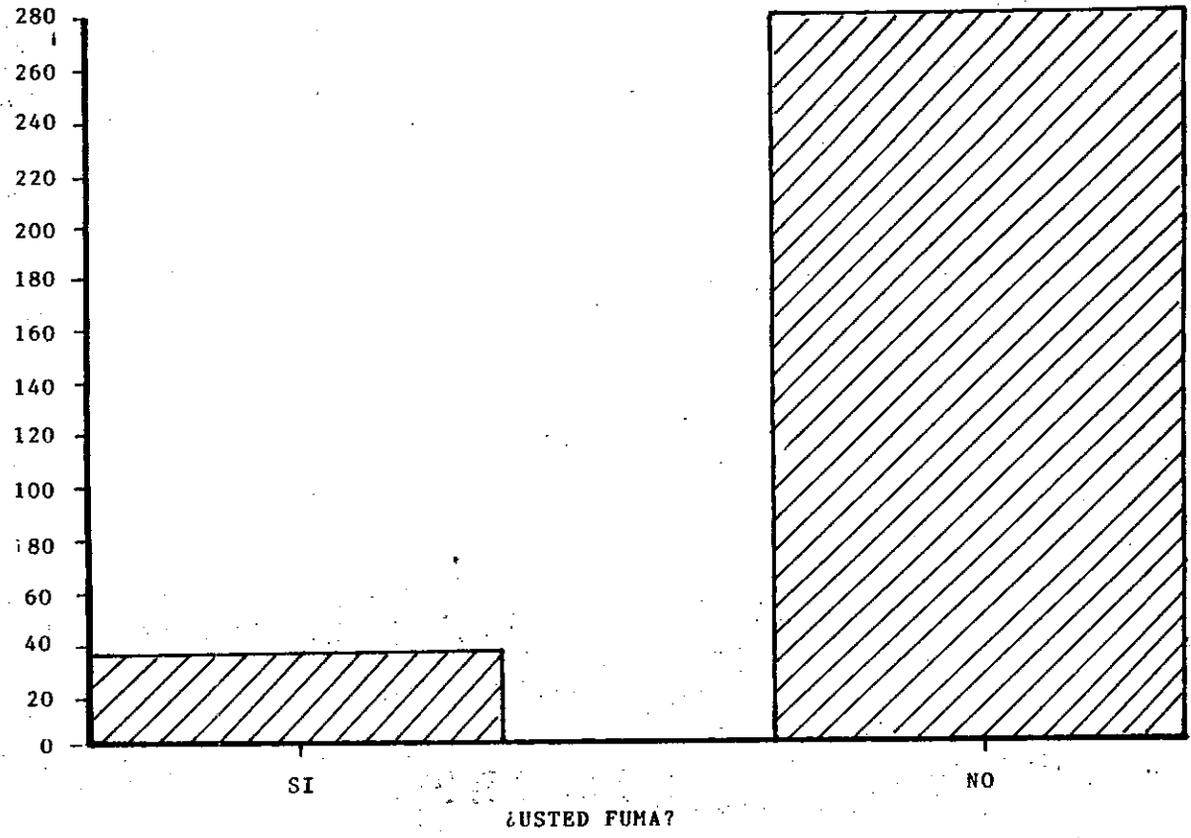
CUADRO No. 26

USTED FUMA ?
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS FUMADORES	NUMERO	PORCENTAJE
SI	36	11.39
NO	280	88.61
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



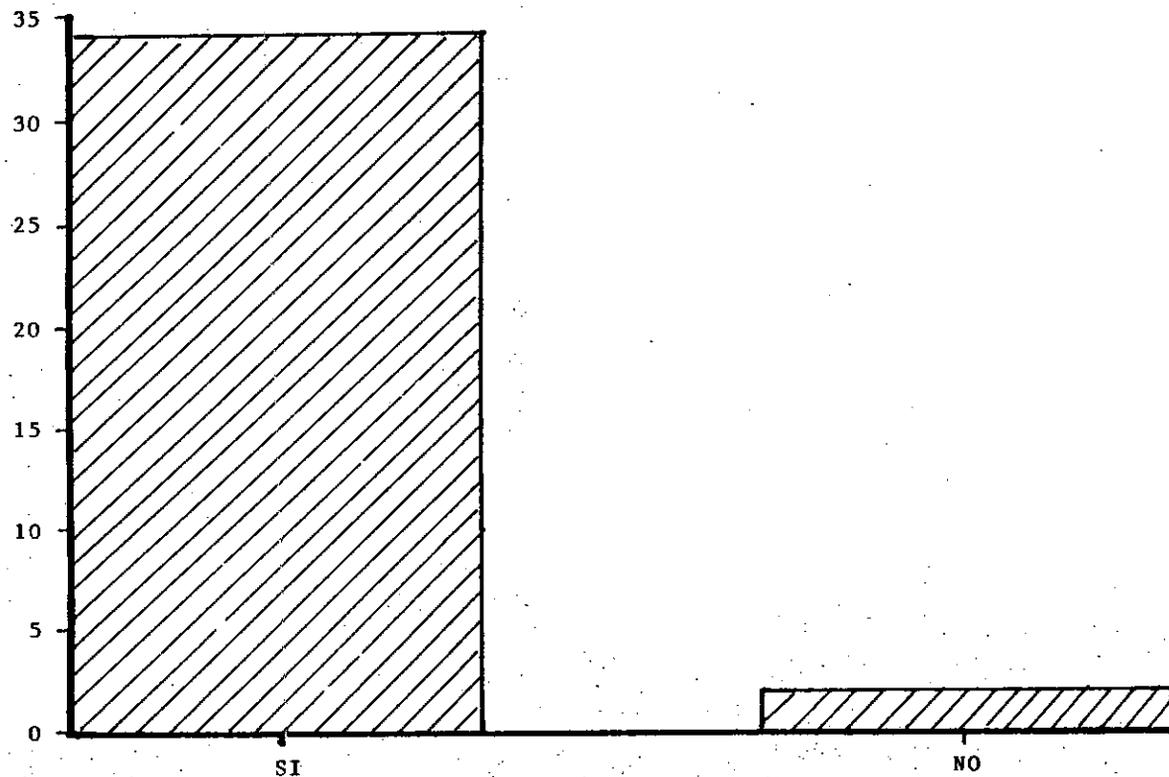
CUADRO No. 27 a

LAS RELACIONES CON SUS PADRES ES BUENA
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

RELACIONES \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	34	94.44
NO	2	5.56
TOTAL	36	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



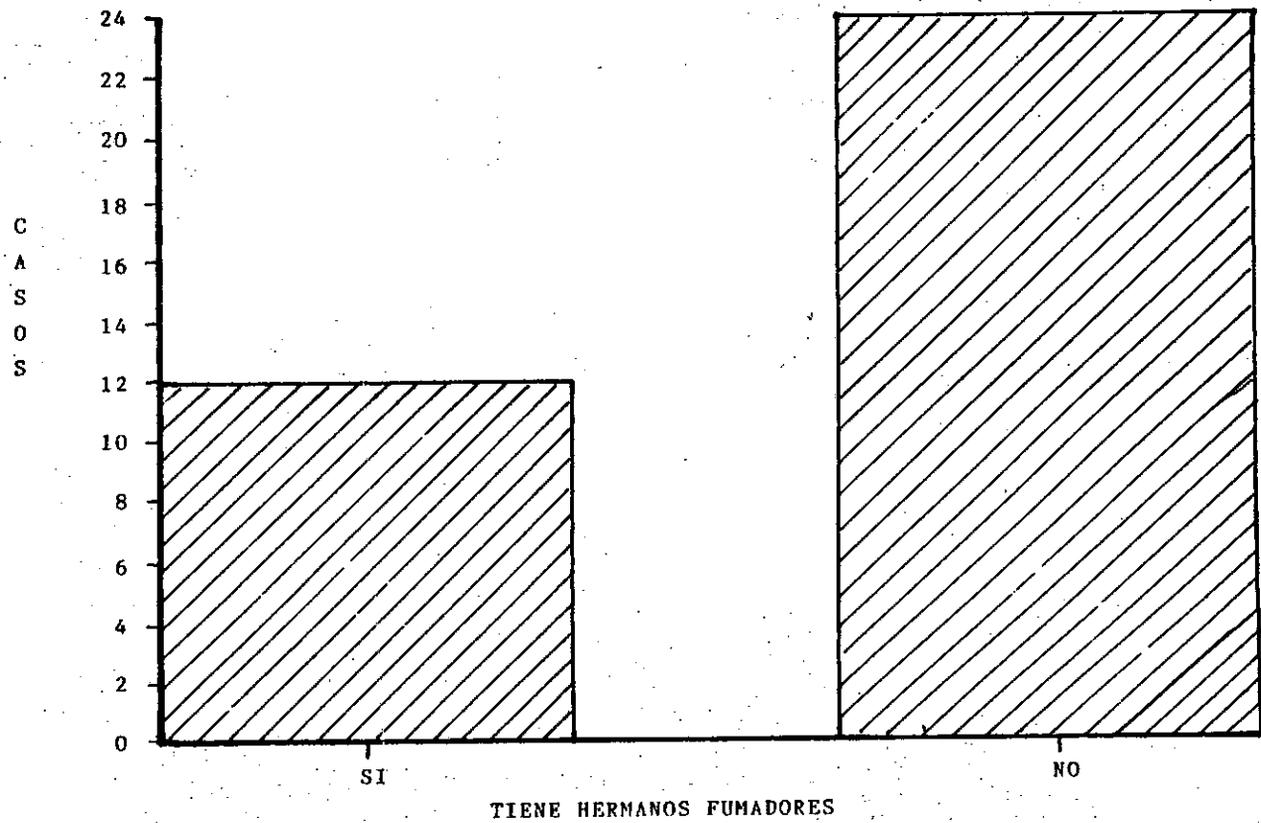
LAS RELACIONES CON SUS PADRES ES BUENA

CUADRO No. 27 b

TIENE HERMANOS FUMADORES
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

HERMANOS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	12	33.33
NO	24	66.67
TOTAL	36	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



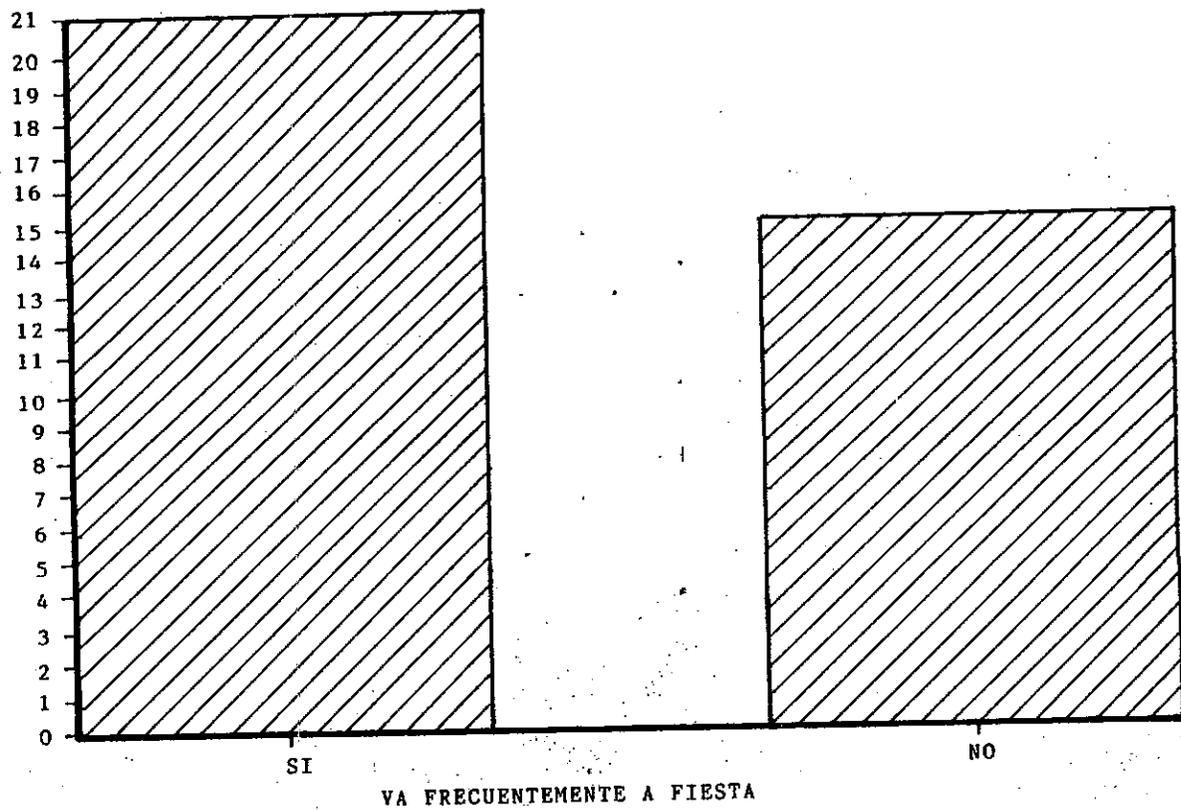
CUADRO No. 27 c

VA FRECUENTEMENTE A FIESTAS
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

FIESTAS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	21	58.33
NO	15	41.67
TOTAL	36	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S

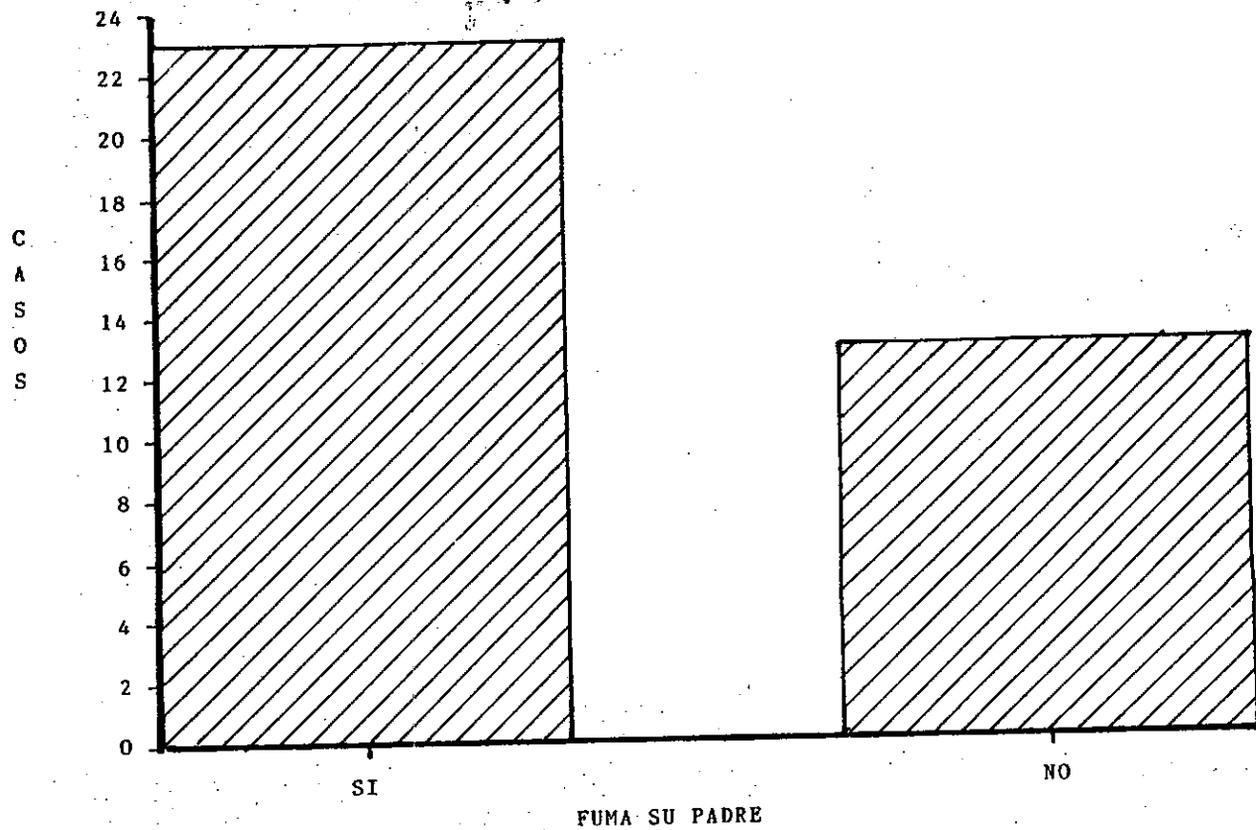


CUADRO No. 27 d

FUMA SU PADRE
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

FUMA SU PADRE \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	23	63.89
NO	13	36.11
TOTAL	36	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

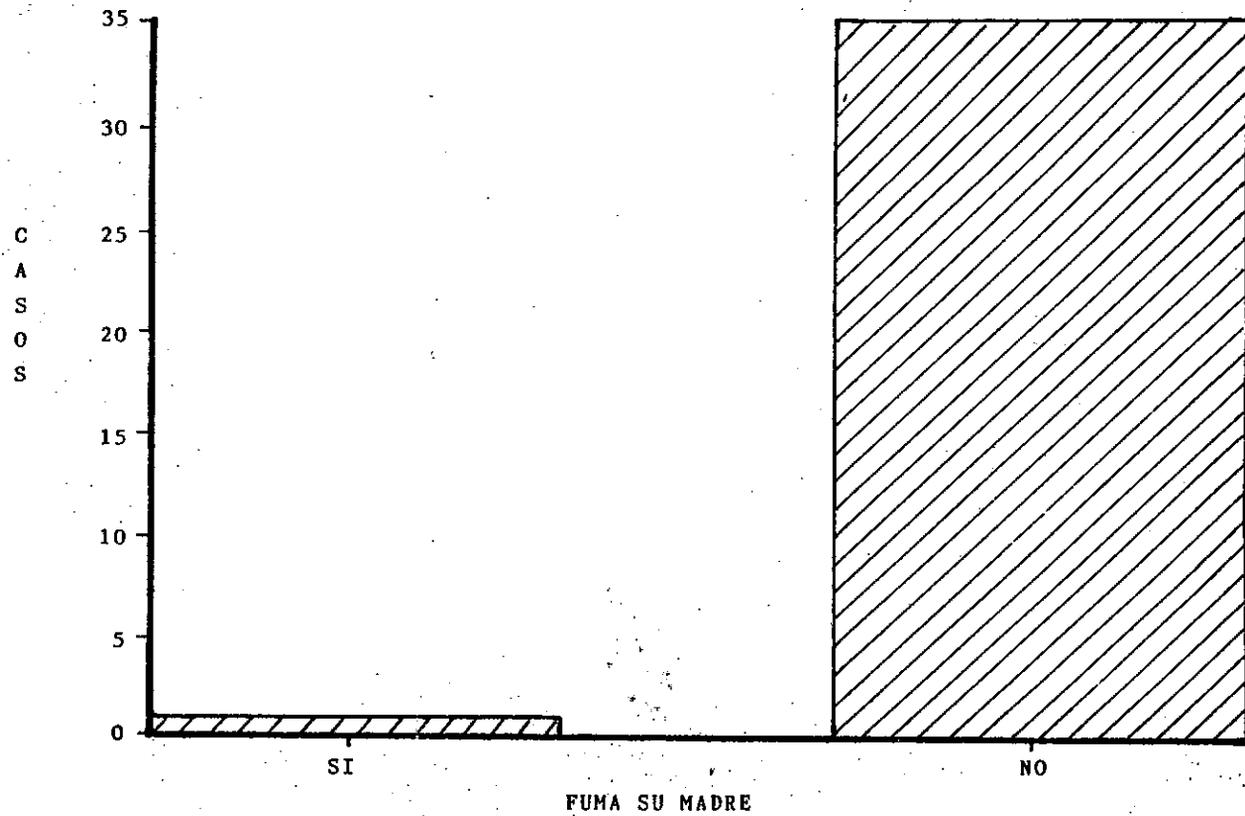


CUADRO No. 27 e

FUMA SU MADRE
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

FUMA SU MADRE \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	1	2.78
NO	35	97.22
TOTAL	36	100.00

FUENTE: En base al instrumento de recolección.

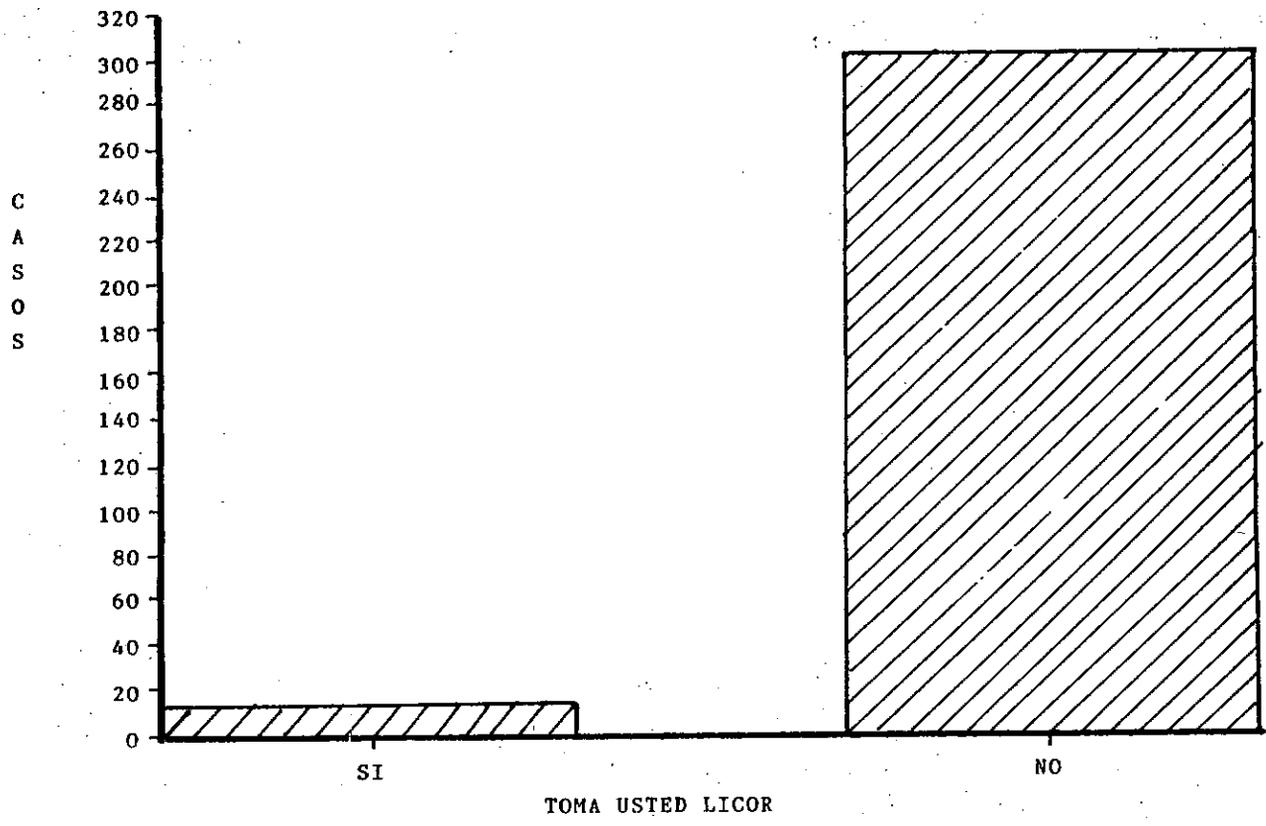


CUADRO No. 28

TOMA USTED LICOR
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

TOMA LICOR \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	14	4.43
NO	302	95.57
TOTAL	316	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.



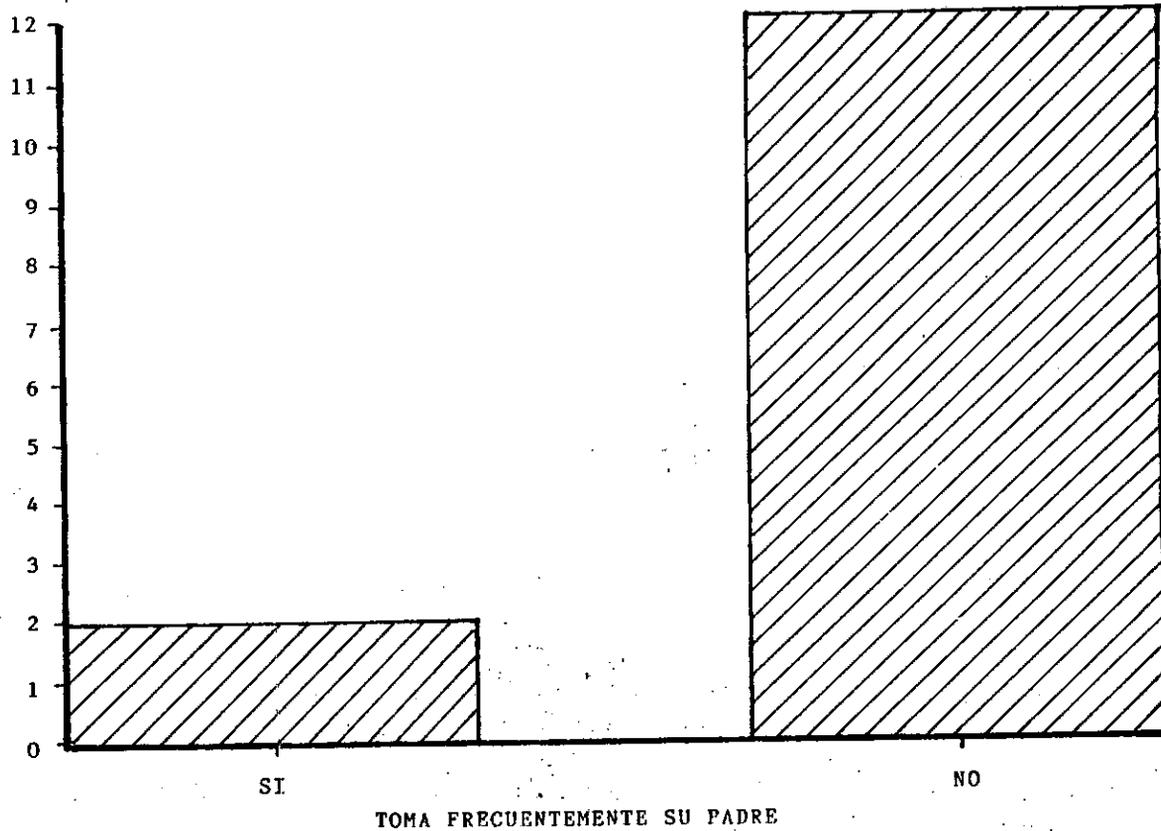
CUADRO No. 29 a

TOMA FRECUENTEMENTE SU PADRE.
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	2	14.29
NO	12	85.71
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



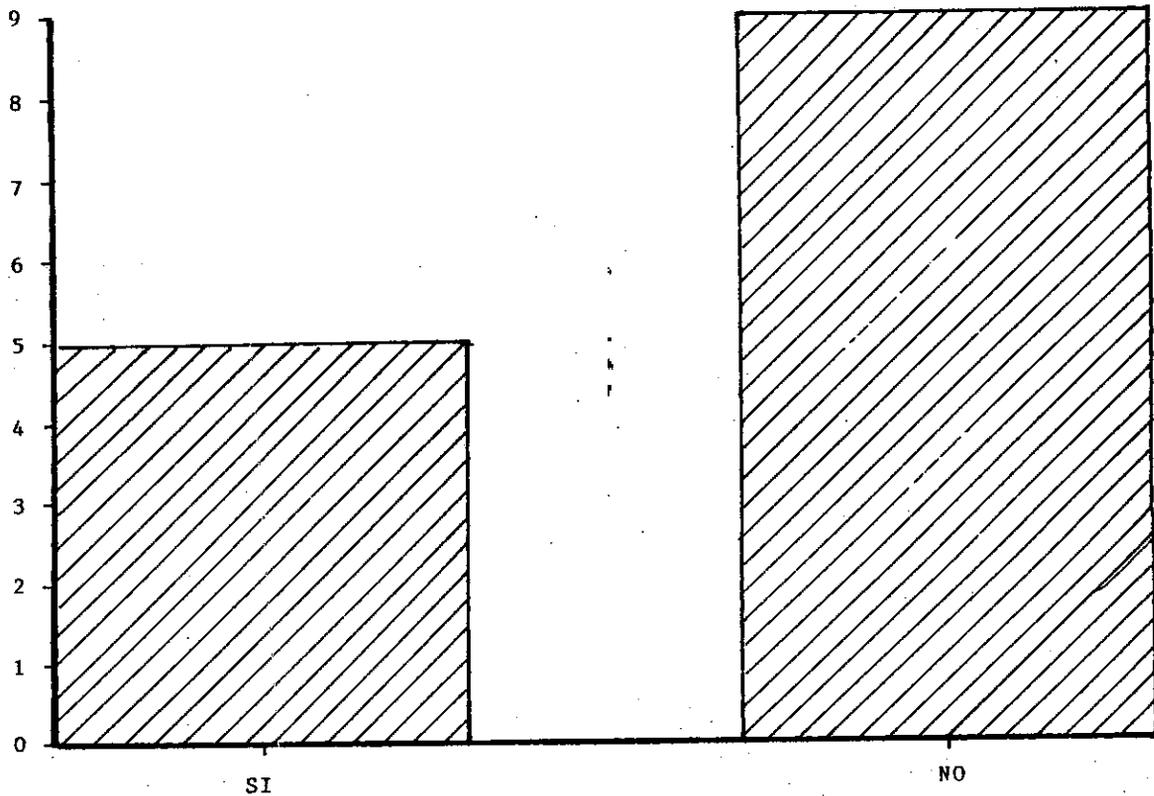
CUADRO No. 29 b

TIENE HERMANOS QUE BEBEN LICOR
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	5	35.71
NO	9	64.29
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



SI

NO

TIENE HERMANOS QUE BEBEN LICOR

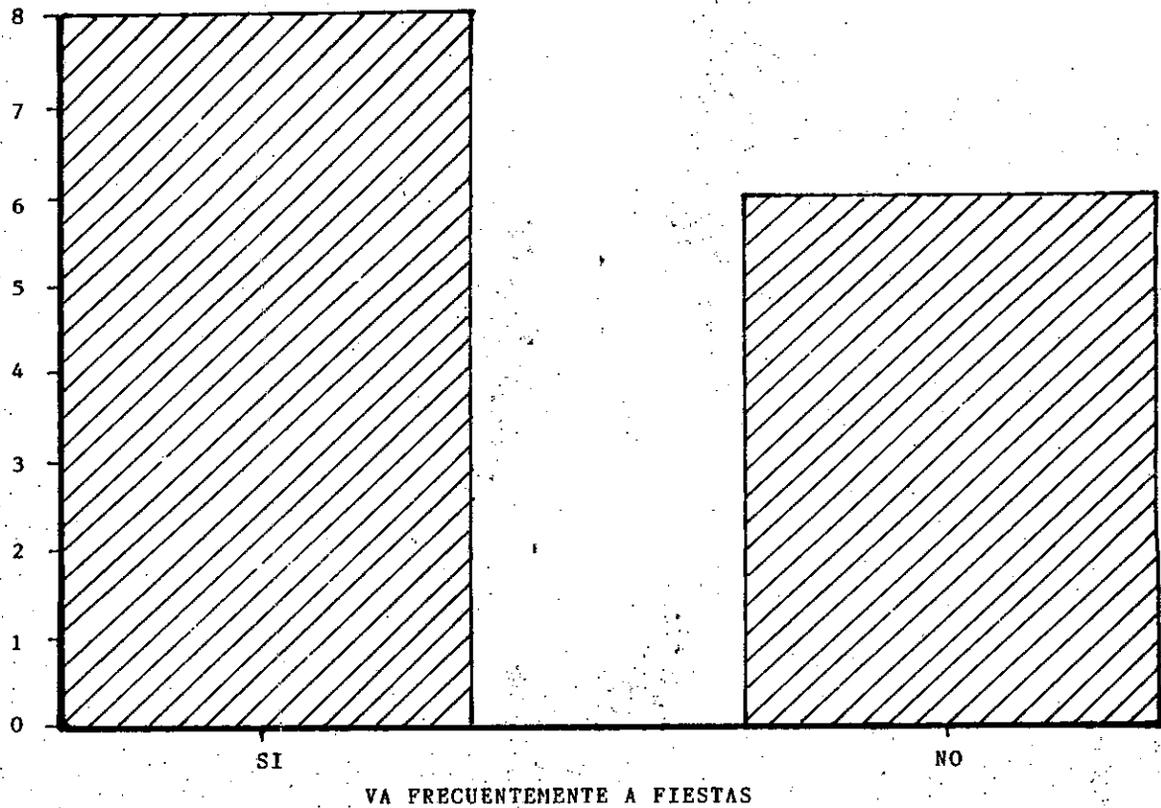
CUADRO No. 29 c

VA FRECUENTEMENTE A FIESTAS
ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
CASCO URBANO ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

CASOS	NUMERO	PROCENTAJE
SI	8	57.14
NO	6	42.86
TOTAL	14	100.00

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



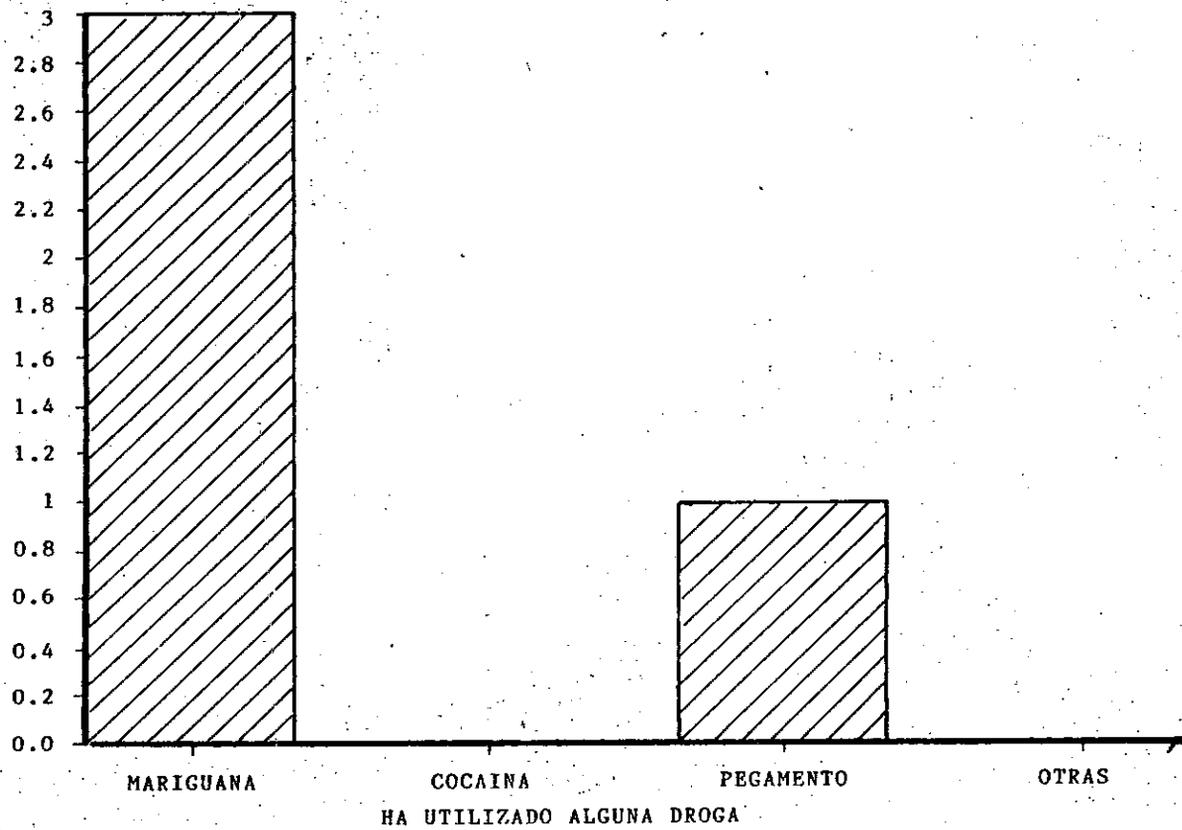
CUADRO No. 30

HA UTILIZADO ALGUNA DROGA
 ADOLESCENTES HABITANTES DEL AREA PROBLEMA
 CASCO URBANO, ANTIGUA GUATEMALA, 1993.

DROGAS \ CASOS	NUMERO	PORCENTAJE
MARIGUANA	3	75
COCAINA	0	00
PEGAMENTO	1	25
OTRAS	0	00
TOTAL	4	100

FUENTE: Datos en base al instrumento de recolección.

C
A
S
O
S



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al observar los resultados obtenidos durante el trabajo de campo, se puede apreciar que el sexo mayoritario fue el masculino (52%). La mayoría de los adolescentes pertenecían al grupo ETAREO de 10 a 12 años de edad (39.55%); en lo que respecta a la escolaridad. Llama la atención que la gran mayoría no ha cursado una primaria completa (57.91%). En cuanto al estado civil se registran como solteros (95.25%) y se pudo observar que el adolescente en un (94.94%), es alfabeta. Además esta goza de una integración familiar adecuada para su desenvolvimiento, pues viven con sus padres un (87.97%) y conyugue y hermano en un (7.28%).

Al interrogarlos, sobre su estado de salud la mayoría respondió que su estado de salud varía entre bueno y muy bueno (70.89%) es importante hacer notar que aunque el (70.89%) indicó sentirse bien de salud el (25.94%) refirieron padecer de alguna enfermedad específica. En el grupo enfermo la morbilidad que registra mayor incidencia es: IRS (41.46%) seguido de CEFALEA en (8.54%) ASMA (4.88%) a pesar que la cuarta parte de los adolescentes refirieron alguna enfermedad este problema no les representa incapacidad, ya que el (91.46%) de ellos indicaron que nunca ó muy pocas veces les causa imposibilidad en sus actividades cotidianas.

Convendría discutir lo que muchos autores han indicado al respecto que en muchas sociedades como la nuestra que se encuentra en condiciones Socio-Económicas y Culturales deplorables sea la raíz de estos problemas. (5.11)

Respecto a los antecedentes de enfermedades Venereas de los adolescentes, el (3.48%) afirmó haber padecido de este problema; se hace notar que la gran mayoría comparte la vivienda con sus padres y estos les ayudan en sus actividades del diario vivir (88.29%). En lo que respecta al Seguro Social (IGSS),

se observó que solo el (7.28%) tiene derecho a servicios médicos en esta institución.

Es interesante que cuando un adolescente solicita ayuda médica la mayoría consulta a un médico particular (58.55%), seguido por servicios nacionales (27.22%). Cuando un adolescente enferma y necesita cuidados, las personas que se los proporcionan son sus padres (89.87%).

Como se indicó que de la totalidad estudiada, 82 adolescentes presentan enfermedad específica, solamente 60 (18.99%) de ellos toman medicamentos de manera regular. Los medicamentos más utilizados son: Analgésicos (46.67%), Antibióticos (15%), Antitusivos (11.66%) y Broncodilatadores en un (6.67%). Respecto a su salud la gran mayoría de los adolescentes mencionó que un problema serio para ellos es el alto costo de los medicamentos (61.67%).

En el campo de la situación laboral el (23.42%) trabaja y de ellos el (98.64%) trabaja con la iniciativa privada y el (63.51%) indicaron tener un ingreso menor de Q.200.00 mensuales, y que sus padres (66.22%) y hermanos (12.16) dependían de ellos económicamente; la fuente de ingresos de los adolescentes que no trabajan es sostenida por sus padres (96.69%) y consideran que su situación económica es regular (69.94%) y buena en un (24.68%); lo cual piensan que sus limitaciones por su situación económica son muy pocas (68.35%) y/o nunca (18.99%).

De este grupo de edad, solamente el (11.39%) tiene el hábito de fumar, y las relaciones con sus padres la consideran buena (94.44%) teniendo hermanos fumadores el (33.33%), frecuentemente van a fiestas el (58.33%) del total de los adolescentes encuestados. El (63.89%) tienen padres fumadores y solamente el (2.78%) madres fumadoras.

Entre los adolescentes que beben licor, de los 316 de la

totalidad, el (4.43%) refirieron afirmativamente quienes el (14.29%) tienen padres que frecuentemente beben, y hermanos (35.71%) que también tiene este hábito frecuentando a fiestas del (57.14%).

Entre los adolescentes unicamente 4 (1.26%) han utilizado alguna droga como Marihuana (75%) y Pegamento (25%).

IX. CONCLUSIONES

1. Las principales causas de morbilidad que afectan al adolescente en el Area Problema del Casco Urbano de Antigua Guatemala son: (IRS) Infección de las Vías Respiratorias Superiores (41.46%), Cefalea (8.54%), Asma (4.88%) y Amigdalitis (4.88%); lo cual concuerda con lo referido en la bibliografía y con otros estudios del mismo tipo elaborado por otras instituciones.
2. A pesar de la patología prevalente en la población adolescente, la mayoría de ellos refirieron sentirse bien de salud, y que sus enfermedades muy pocas veces o no les producen incapacitación (91.46%) pues de alguna manera se mantienen bajo control médico permanente.
3. La mayoría de la población estudiada están solteros (95.25%) y se pudo observar que es común en Antigua Guatemala que el adolescente no está apartado o aislado del núcleo familiar, ya que el (87.97%) gozan de una integración familiar muy favorable para su desenvolvimiento.
4. La situación Socio-Económica de los adolescentes no está determinada porque solamente el (23.42%) de ellos trabajan, y el grupo restante sobrevive a expensas de sostenimiento por sus padres y hermanos; circunstancias que les permiten llevar una vida escolar y cotidiana aceptable. Según sus palabras a pesar que el ingreso mensual anda alrededor de Q.200.00
5. De los adolescentes estudiados un bajo porcentaje (27.22%) hacen uso de los Servicios de Salud de Estado, ya que la mayoría de las veces consultan médico particular (58.55%) y solamente un (3.78%) tienen derecho a servicios médicos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. El principal problema que manifestaron tener es el adquirir sus

medicamentos con un alto costo.

6. Por lo consiguiente las condiciones de vida en cuanto a aspectos Sociales, Económicos, Culturales, Ambientales y Familiares, no son afectados por la morbilidad del adolescente.

X. RECOMENDACIONES

1. Implementar la educación hacia los problemas de salud relacionados con la adolescencia en la carrera de medicina a nivel Pre-Grado para que los futuros médicos den un mejor servicio a este grupo de edad.
2. Fundar clínicas regionales para ofrecer asistencia a los adolescentes enfermos, que no puedan pagar un médico particular.
3. Lograr que los servicios médicos lleven a cabo programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades del adolescente.
4. Promover la relación de más investigaciones que proporcionen mayor información de las necesidades básicas de los adolescentes tanto en Area Urbana como la Rural.
5. Recomendar a los servicios de medicina comunitaria un control periódico específico a este grupo Etareo.

XI. RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado "ENFERMEDADES DEL ADOLESCENTE" fue realizado en el Area Problema del Casco Urbano del Municipio de Antigua Guatemala, Departamento de Sacatepéquez. Para realizarlo se llevó a cabo una entrevista en base a un cuestionario de 30 preguntas relacionadas con condiciones de salud, economía, escolaridad, integración familiar y situación laboral, la cual se llenó mediante una entrevista; esta se realizó a 316 personas comprendidas entre 10 y 19 años de edad, lo cual representa un (22.66%) de la población adolescente de dicha área. Se realizó gracias a la colaboración de la población la cual participó en forma voluntaria; se obtuvo información de mucha importancia, ya que se concluyó que el (25.94%) de la muestra estudiada presentan alguna enfermedad específica, la cual en la mayoría de las veces no les causaban incapacitación, ya que de manera regular se mantienen bajo control médico.

Las principales causas de morbilidad encontradas fueron: Infección de las Vías Respiratorias Superiores, Cefalea, Amigdalitis y Asma.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bacon G. E. et al. A Practical Approach to Pediatric Endocrinology. Chicago: Publishers, 1990. 486. p.
2. Carmona A. E. et al. Factores Socio-económicos e Ingestión de alcohol en estudiantes secundarios. Rev. Méd. Chile 1986 Abr. - Jul.; 1:114 (8): 474-482.
3. Castañeda C. S. La salud de adolescente en el terreno de quien. Guatemala: 1991. 5 p.
4. Clínicas Pediátricas de Norte-América. Medicina de adolescentes. México: Interamericana. 1980. (Vol. 1).
5. Comité de Salud Escolar Sociedad Argentina de Pediatría. Conclusión del II Simposio Nacional de Trastornos del Aprendizaje escolar y del I Simposio Nacional de Salud Escolar. Revista del Hospital de niños. 1986 Vol. XXVIII (119): 111-114.
6. Cortado N. Estadística. 3 ed. Buenos Aires, Harla, 1983. 580 p.
7. Daniel W.A. Adolescents in Health and Disease. Saints. Louis: Mosby, 1977. 327 p.
8. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. Editores 12 ed. Barcelona: 1984.
9. Duarte D. et al. Diagnóstico del estado de salud de una población estudiantil de Nivel superior. Rev. Med. Chile 1988 Jun. Sep. 116 (9): 75-81.
10. Federación Internacional de Planificación de la familia. Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe. México. 1986: 24 p.
11. Johns Hopkins University. La Juventud en la década de 1980 Aspectos Sociales y de Salud. Population information program Baltimore, Maruland, 21202. St. Paul Place. Enero 1987. Serie M. Número 9.
12. Kempe C. H. et al. Diagnóstico y Tratamiento Pediatricos. 7 ed. México: El Manual Moderno, 1988. 486 p.

13. Litt, Iris F. Crecimiento, Desarrollo y envejecimiento en el Hombre: Parte II. En Cecil: Tratado de Medicina Interna. 18 Ed. México: Interamericana. 1988: 17-23.
14. Maddaleno. M.H. et al. Estructura de Morbilidad de adolescentes consultantes en el sector Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. 1987 Sep. 58 (2): 164-168.
15. Martínez O.L. Factores Sico-Sociales relacionaes con el hábito de fumar. Rev. Med. Chile. 1987 115 (5) 167-171.
16. Meneghelle. J. Pediatrics. 3 Ed. Santiago: Mediterraneo. 1983.
17. Mussen P.H. et al. La adolescencia. Desarrollo de la personalidad en el niño. 3 ed. México: Trillas, 1979: 673-878.
18. Nelson. W.E. Tratado de Pediatría. 13 ed. México: Interamericana. 1987. Vol. I.
19. Organización Mundial de la Salud. Problemas de Salud de Adolescencia. Informe de un comité de expertos de OMS. Ginebra 1965. 30 p. (Ser Inf. Tecn. No. 308)
20. Silver. H. K. et al. Manual de Pediatría. 12 ed. México: El Manual Moderno, 1988. 420 p.
21. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Centro de estudios superiores en Nutrición y Ciencias de alimentos. Estado Nutricional en Escolares de la República de Guatemala. Curso de Post-grado en alimentación y nutrición en la salud. Guatemala: 1988. 180 p.
22. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Organismo de Planificación y Coordinación Académica. Evaluación del Estado Nutricional. Guatemala. 1981 15p.
23. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa Ambulatorio. Pubertad y Adolescencia. Guatemala. 1984. 9 p.

24. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural Desnutrición, Causas y Consecuencias. Guatemala, 1983. 105 p.
25. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Programa de Medicina Familiar. Crecimiento, Desarrollo y Desarrollo Psicológico del Niño.
26. Watson. E. H. y G. H. Lowrey. Crecimiento y Desarrollo del niño 4 ed. México: Trillas, 1976. 465 p.

XIII. ANEXOS

CUESTIONARIO

1) SEXO?

Hombre _____

Mujer _____

2) * EDAD EN AÑOS?

10-12 _____

13-15 _____

16-19 _____

3) QUE EDUCACION TIENE USTED?

Ninguna _____

Primaria incompleta _____

Primaria completa _____

Prevocacional completa _____

Prevocacional incompleta _____

Diversificado incompleto _____

Diversificado completo _____

Técnica incompleta _____

Técnica completa _____

4) CUAL ES SU ESTADO CIVIL ACTUALMENTE?

Soltero _____

Unido _____

Casado _____

Divorciado _____

Viudo _____

5) SABE USTED LEER Y ESCRIBIR?

SI _____

NO _____

6) QUE PERSONAS VIVEN CON USTED EN ESTA CASA?

Sus padres _____

Su conyugue _____

Sus hijos _____

Sus hermanos _____

Otros _____

7) EN GENERAL COMO ES SU ESTADO DE SALUD?

Muy malo _____

Malo _____

Regular _____

Bueno _____

Muy bueno _____

8) ACTUALMENTE TIENE USTED ALGUN PROBLEMA DE SALUD?

SI _____

NO _____

9) CUAL ES SU PROBLEMA?

Especifique: _____

10) CUAN A MENUDO SU PROBLEMA LE DIFICULTA HACER LAS COSAS QUE USTED NECESITA O DESEA HACER?

Nunca _____

Muy pocas veces _____

A menudo _____

Siempre _____

11) HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD VENEREA?

SI _____

NO _____

12) QUIEN ES LA PERSONA QUE LE AYUDA EN ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR?

Padres _____

Hermanos _____

Tíos _____

Otros _____

13) TIENE USTED DERECHO A SERVICIOS MEDICOS EN EL IGSS?

SI _____

No _____

14) CUANDO ENFERMA O NECESITA ATENCION MEDICA A QUIEN RECURRE DE MANERA MAS FRECUENTE?

Médico Particular _____

Hospital Nacional _____

I.G.S.S. _____

Curandero _____

Farmacéutico _____

Naturista _____

15) EN CASO DE QUE ENFERME O INCAPACITE, QUE PERSONA LO CUIDA DE MANERA CONTINUA?

Padres _____

Cónyugue _____

Otro Familiar _____

Otra Persona _____

16) USA O TOMA USTED REGULARMENTE MEDICINAS RECETADAS POR MEDICO?

SI _____

NO _____

17) QUE TIPO DE MEDICAMENTOS SON LOS MAS QUE MAS UTILIZA?

18) EN GENERAL CUAL ES EL PROBLEMA MAS IMPORTANTE QUE USTED TIENE PARA CONSEGUIR SUS MEDICINAS?

No tiene problema _____

Problema con el costo _____

La medicina no se encuentra en el mercado _____

19) ACTUALMENTE CUAL ES SU SITUACION LABORAL?

Trabajando _____

No trabaja _____

20) SI TRABAJA LO HACE SON?

El estado _____

Iniciativa Privada _____

21) A CUANTO ASCIENDE SU INGRESO MENSUAL?

Q. menos de Q. 100.00 _____

Q. 101.00 a Q. 200.00 _____

Q. 201.00 a Q. 300.00 _____

Q. 301.00 a Q. 400.00 _____

Q. 400.00 ó más _____

22) QUE PERSONAS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED?

Padres _____

Hermanos _____

Conyugue _____

Hijos _____

Otros _____

23) SI USTED NO TRABAJA COMO SE SOSTIENE ECONOMICAMENTE?

Por sus padres _____

Negocio propio _____

Trabajo temporal _____

24) EN GENERAL COMO ESTA SU SITUACION ECONOMICA?

Mala _____

Muy mala _____

Regular _____

Buena _____

Muy buena _____

25) CUAN A MENUDO SU PROBLEMA ECONOMICO LE DIFICULTA HACER LAS COSAS QUE USTED NECESITA O DESEA HACER?

Nunca _____

Muy pocas veces
 Muy a menudo
 Siempre

26) USTED FUMA?

SI _____

NO _____

27) SI USTED FUMA RESPONDA LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS:

a) LAS RELACIONES CON SUS PADRES SON BUENAS?

SI _____

NO _____

b) TIENE HERMANOS FUMADORES?

SI _____

NO _____

c) VA FRECUENTEMENTE A FIESTA?

SI _____

NO _____

d) FUMA SU PADRE?

SI _____

NO _____

e) FUMA SU MADRE?

SI _____

NO _____

28) TOMA USTED LICOR?

SI _____

NO _____

29) SI USTED TOMA RESPONDA LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

a) TOMA FRECUENTEMENTE SU PADRE?

SI _____

NO _____

b) TIENE HERMANOS QUE BEBEN LICOR?

SI _____

NO _____

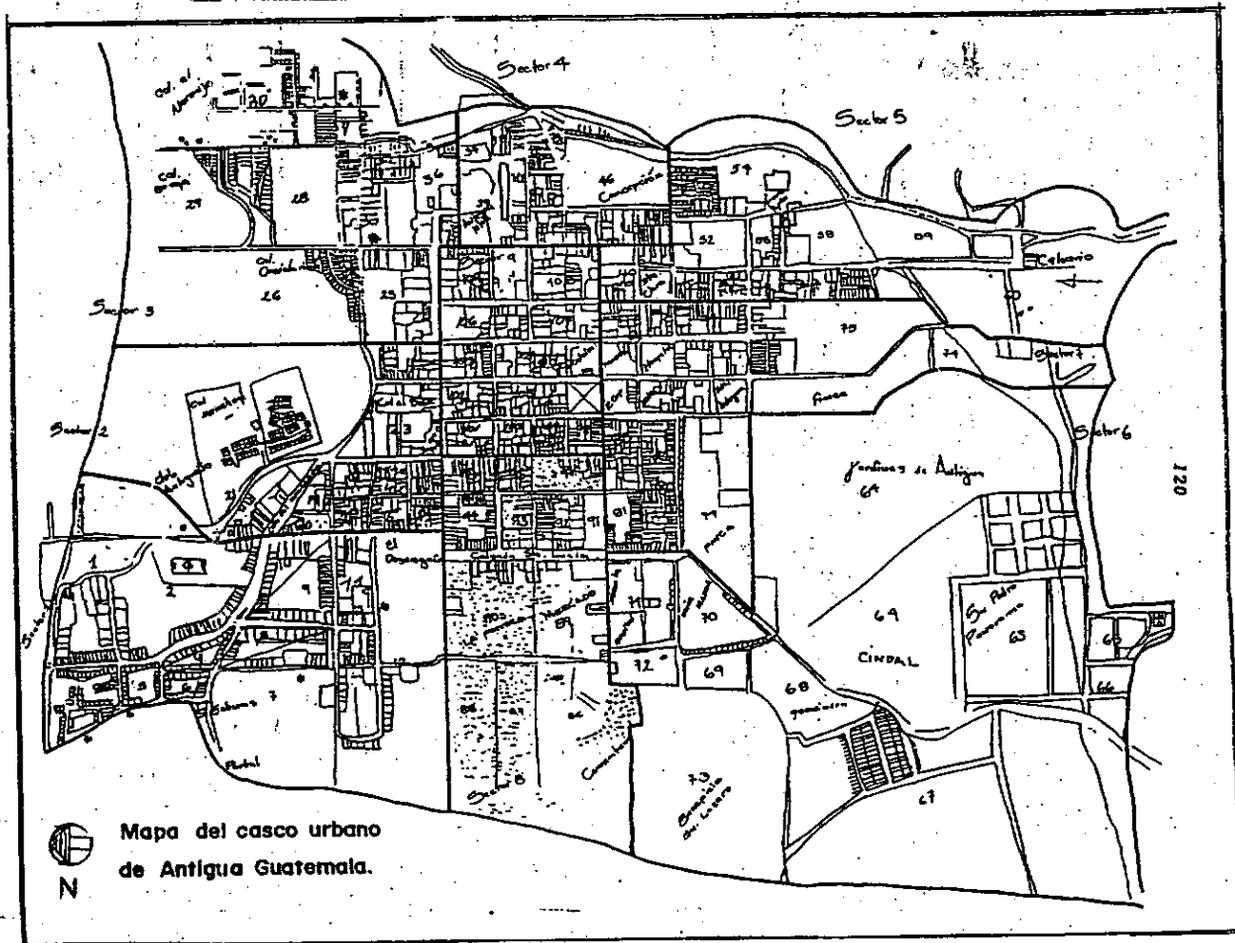
c) VA FRECUENTEMENTE A FIESTAS?

SI _____

NO _____

30) RESPONDA CON UNA X SI HA UTILIZADO ALGUNA DROGA COMO:

Mariguana
 Cocaína
 Pegamento
 Otra



POBLACION DEL CASCO URBANO DE 1991.

Sector	Niños - 1 a.	Niños 1-4 a.	Sub- Total	Personas 5-14 a.	Pers. 15-64 a.		Personas 45 y mas	Sub- Total	TOTAL
					Fem.	Masc.			
1	77	368	445	739	736	687	492	2,654	3,099
2	29	132	161	283	405	341	333	1,362	1,523
3	20	160	180	421	389	272	293	1,375	1,555
4	15	74	89	168	197	183	152	700	789
5	27	131	158	317	321	260	298	1,196	1,354
6	21	158	179	413	372	339	210	1,334	1,513
7	15	125	140	515	327	308	475	1,625	1,765
8	13	113	126	254	290	290	238	1,072	1,198
9	3	32	35	96	145	119	171	531	566
TOTAL	220 2%	1,293 9%	1,513 -	3,206 24%	3,182 24%	2,799 21%	2,662 20%	11,849 -	13,362 100%
*Pop. Veget.	1.9	9.6	-	23.9	23.8	20.9	19.9	Total	100%

* En la parte de abajo se ha anotado el porcentaje de la población Vegetativa que se le agregue a la supuesta población para el año siguiente y se saca en base a la población actual del Casco Urbano.

FUENTE: Fichas Familiares.