

DL
05
+(6924)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

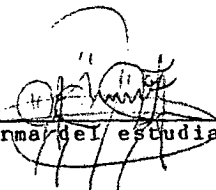
Guatemala, 15 de junio de 1994.

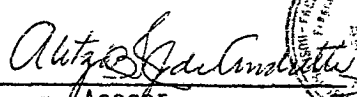

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis


Se informa que el: Br. ALMA IRIS GRAMAJO FUENTES
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
Carnet No. 8812669
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"PROYECTO DE ATENCION INTEGRAL 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
3328



Revisor
Firma y sello
Registro Personal 3187
Dr. LUIS F. GARCIA RUANO
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 1955

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: ALMA IRIS GRAMAJO FUENTES

Carnet Universitario No. 88-12669

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

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

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 15 de Junio de 1994

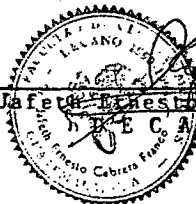
Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

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

IMPRIMASE :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco

DECANO



INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION	1
II.	DELIMITACION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	23
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	28
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	46
IX.	CONCLUSIONES	49
X.	RECOMENDACIONES	50
XI.	RESUMEN	51
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
XIII.	ANEXOS	56

MARCO CONCEPTUAL

I. INTRODUCCION

Se entiende por Atención Integral de la Adolescencia al bienestar del adolescente, como unidad biopsicosocial; considerando recursos humanos conocedores de la problemática de la adolescencia y servicios adecuados que den respuesta a sus necesidades.

La etapa de la adolescencia es el periodo de la vida comprendido entre 10 y 19 años 11 meses, donde ocurren cambios y adaptaciones físicas, psíquicas y sociales en el individuo, y el desajuste de los mismos crea problemas, por lo que se hace necesario brindarle atención integral para evitar consecuencias indebidas.

En Guatemala y en países de condiciones socioeconómicas similares, los problemas de salud que con más frecuencia afectan a los adolescentes son: traumatismos, enfermedades comunes, embarazo, nutricionales y otros (6,37). Estos problemas, asociados a los psicosociales que mutuamente se incluyen, son importantes conocerlos, por lo que se hace necesario crear estrategias para resolverlos de la mejor manera posible.

Con el presente estudio se investiga cuáles son las causas más frecuentes de morbimortalidad en adolescentes que consultan a los departamentos de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de julio a diciembre de 1993; y durante los meses de abril y mayo de 1994, se recolectaron los datos por medio de una encuesta, pasada a los adolescentes que por demanda espontánea asistieron a la Consulta Externa y Emergencia de estos departamentos, para obtener los datos concernientes a determinar las necesidades biopsicosociales de este grupo etéreo.

La morbilidad más frecuentemente encontrada corresponde a un elevado porcentaje de accidentes (52.62%), seguido de embarazo y parto (24.81%) y enfermedades comunes (22.56%); además factores de riesgo como: deserción escolar (59%), desintegración familiar (68%), trastornos psiquiátricos (31%); dichos problemas conllevan consecuencias indeseadas, tanto personales, familiares y sociales.

Los datos recolectados en este estudio son suficientes para justificar el Proyecto de Atención Integral del Adolescente en el que se beneficia a los adolescentes de la población guatemalteca, que requieren atención integral de sus problemas más frecuentes, en forma gradual, progresiva y permanente con participación multi-

disciplinaria e interdisciplinaria en áreas de salud, sexualidad, psicología, formación profesional, laboral y social, con el fin de mejorar el estatus de vida de nuestros adolescentes guatemaltecos y la población en general.

La información recabada permite presentar un proyecto para una clínica de Atención Integral del Adolescente en servicio de Consulta Externa de Adultos, ya que sus necesidades biopsicosociales, demandan la unificación de atención multidisciplinaria e interdisciplinaria para resolver en forma adecuada los problemas más frecuentes del adolescente; tomando conciencia de los factores de riesgo a los que están sometidos a nivel nacional y mundial. Mejorando así de alguna forma, el proyecto de vida de nuestros adolescentes, para formar una sociedad con expectativas de vida satisfactorias.

II. DELIMITACION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo integral, comprendido entre 10 y 19 años 11 meses, que inicia con la pubertad y finaliza con la madurez sexual y compromisos de indole sociocultural y económicos de un adulto.

El adolescente presenta cambios biopsicosociales que conllevan una serie de problemas multidisciplinarios y en su mayoría palpables por nuestra sociedad; por lo que se hace necesario realizar un estudio que determine las patologias que frecuentemente obligan a los adolescentes a solicitar consulta médica, con intervención psicológica, psiquiátrica, trabajo social, etc., para tener una resolución acertada al problema por el cual consultan.

Como no se cuenta con atención específica para los adolescentes, se plantea la necesidad de brindarles Atención Integral, que permita conocer y prevenir los factores de riesgo que los afectan física, psicológica, moral y socialmente.

III. JUSTIFICACION

En la actualidad hay varias instituciones semiprivadas o privadas, que prestan atención a las necesidades "individuales" de los adolescentes; pero aún no se cuenta con instituciones públicas que se dediquen en forma integral y adecuada a atender los factores de riesgo que se presentan biopsicosocialmente en los adolescentes, con el fin de que obtengan beneficios personales y sociales para la vida futura, y para nuestra sociedad.

Los adolescentes necesitan niveles de atención primordial con factores protectores, para que puedan crecer y desarrollarse al máximo de sus capacidades resolviendo así de la mejor manera las problemáticas comunes que los acechan como lo son: hogares desintegrados, madres solteras, enfermedades sociales (alcohol, drogas, tabaco), enfermedades venéreas, enfermedades comunes, etc; así como sus consecuencias nefastas que van desde la enfermedad hasta la muerte.

Actualmente no se tiene conocimiento en nuestro medio de los problemas psicobiosociales que afectan a los adolescentes, por lo que el presente trabajo establece la morbimortalidad más frecuente en los adolescentes que consultan al Hospital General San Juan de Dios, que en términos generales representan a la población guatemalteca por sus características biosocioculturales; enfocando las necesidades primarias de atención del adolescente que deben ser intervenidas en forma interdisciplinaria, multidisciplinaria, multisectorialmente.

IV. OBJETIVOS

- 1.- Detectar el número de adolescentes que consultan a los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, en sus departamentos de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco Obstetricia.
- 2.- Determinar las 10 (diez) primeras causas de morbilidad de los adolescentes que consultan a los diferentes servicios del Hospital General San Juan de Dios, según edad y sexo.
- 3.- Determinar las 10 (diez) primeras causas de mortalidad de los adolescentes que consultan a los diferentes servicios del Hospital General San Juan de Dios, según edad y sexo.
- 4.- Establecer las necesidades de atención en salud que tiene el adolescente.
- 5.- Detectar los factores de riesgo biopsicosociales de este grupo etáreo de la población guatemalteca.
- 6.- Determinar la necesidad de implementar un Proyecto de Atención Integral del Adolescente, con participación multidisciplinaria e interdisciplinaria que resuelva los problemas más frecuentemente encontrados en los adolescentes de nuestra población.

MARCO TEORICO

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

DATOS GENERALES:

El programa de Salud Integral del Adolescente en el Hospital General San Juan de Dios, estaria tendiente a realizar acciones buscando combatir los factores desencadenantes de riesgo, fortaleciendo la protección de la salud, creando mecanismos que motiven al adolescente a convivir en ambientes que lo incentiven a adquirir un estilo de vida saludable, que le permita desarrollar su proyecto de vida.

La constitución Brasileira en 1988, en su artículo 227 afirma que: "es deber de la familia, la sociedad y el Estado asegurar al niño y al adolescente con absoluta prioridad, el derecho a la vida, salud, alimentación, educación, libertad, dignidad, respeto, salvo de toda forma de negligencia, discriminación, explotación, violencia, crueldad u opresión". (10). En Guatemala, también se incluyen "el derecho a la vida en plenitud, toma de decisiones, sana recreación, protección por las leyes, estudio y satisfacer las necesidades básicas de los adolescentes y jóvenes". (2)

En América Latina, los adolescentes, constituyen aproximadamente el 30% de la población. Los adolescentes en Guatemala, constituyen 2,188,752 que equivale a 27.6% de la población total; el 46% de la población guatemalteca tiene menor de 15 años; los adolescentes entre 10-14 años constituyen 13.60% y las adolescentes el 12.49%; los adolescentes entre 15-19 años constituyen el 10.17% y las adolescentes 10.25%. En cuanto a escolaridad, los adolescentes no matriculados en la primaria constituyen el 37% y en la secundaria 85%. (27,33).

ANTECEDENTES: Los países con características socioculturales y económicas similares a las de Guatemala que cuentan con programas de Atención Integral del Adolescente son: Costa Rica, Chile y Brasil. En Guatemala todavía no hay estudios ni programas específicos para Atención Integral del Adolescente; el Dr. Ricardo López Ursúa, jefe del departamento de CONAD (Comisión Nacional del Adolescente) en la DGSS (Dirección General de Servicios de Salud), refiere que hace más o menos 15 años, en Guatemala se llevó a cabo el Primer Seminario del Adolescente, con énfasis en brindarles a los adolescentes mayor atención en salud, por medio de un plan de trabajo que no se llevó a cabo por no contar con recursos necesarios. Del 24-27 mayo de 1994, se llevó a cabo el IV Seminario Taller de Sensibilización de ONGS y OGS (Organizaciones No Gubernamentales y Gubernamentales), sobre Salud Integral del Adolescente, organizado por OPS y CONAD, con el objetivo de incorporar el com-

ponente de Atención Integral del Adolescente en los servicios que prestan dichas instituciones; así como promover la coordinación de actividades dirigidas a los y las adolescentes multisectorialmente en futuras oportunidades.

En la consulta de atención al adolescente, más que atender el síntoma que se esté manifestando; se debe hacer una valoración completa del estado de salud integral del adolescente, brindando información y orientación sobre aspectos psicobiosocioculturales de maduración física, factores de riesgo, desarrollo de relaciones sociofamiliares, orientación vocacional y laboral; así como otros aspectos de acuerdo a sus necesidades. La salud integral del adolescente debe ser entendida, desde el punto de vista de su trascendencia, como un elemento básico para el desarrollo social de los países y del mundo en general (34); ellos perciben la necesidad de paz, buenos ejemplos y escalas de valores en sus mayores, por lo que se necesita tomar medidas efectivas y permanentes para promover y preservar la salud integral de adolescentes para no incrementar daños físicos y psicosociales.

DIMENSIONES DE LA ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE:

Se consideran cinco dimensiones: la primera relacionada con integralidad de salud en general del adolescente; las tres siguientes se refieren a estrategias de programación; y la última se refiere a estrategias y requisitos operacionales de los servicios de salud y bienestar del adolescente. (34)

PRIMERA DIMENSION: LA INTEGRALIDAD:

La salud del adolescente se concibe dentro del contexto de interrelaciones de tres sistemas básicos: biológico, psicosocial y medio ambiente; por lo que los programas de salud deben ser congruentes con el carácter de continuum de las varias etapas del adolescente.

SEGUNDA DIMENSION: LOS CONTEXTOS:

En la familia y en el individuo ejercen más influencia los factores locales de acción más directa dentro de los microambientes en donde los miembros de la familia se desarrollan, así como ámbito familiar, social, político, cultural, educacional, los cuales pueden ser objeto de acciones para promover la salud, desarrollo y prevenir daños biológicos y psicosociales.

TERCERA DIMENSION: ENFOQUES INTEGRADORES:

Los enfoques de riesgo familiares y comunitarios deben ser incorporados en el desarrollo

de estrategias interrelacionadas como: la investigación para identificar y satisfacer las necesidades, capacitación y servicios.

CUARTA DIMENSION: PREVENCIÓN CONTINUA:

La prevención primordial, objetivo importante de la atención primaria en salud, promueve la salud a través del fomento de factores protectores (educación, saneamiento ambiental, hábitos, etc.); también se da el caso de oportunidades de intervención como lo son: prevención primaria para evitar enfermedades, accidentes, problemas; prevención secundaria para evitar el agravamiento de problemas existentes y secuelas; prevención terciaria para evitar secuelas graves o muerte; lo cual requiere participación del sector salud y otros.

QUINTA DIMENSION: ESTRUCTURA Y PROCESOS:

Estos contribuyen a la integralidad y función de los sistemas de servicios; la estructura se refiere a los recursos humanos, materiales, físicos; y los procesos se refiere a la participación social, coordinación, definición de necesidades y acción intersectorial; que al integrarse tienen la SALUD como objetivo nacional.

BASES PARA UN PLAN DE ACCIÓN:

- a.- **SITUACIÓN GLOBAL DEL ADOLESCENTE:** En muchos países, especialmente en desarrollo, se ha observado un aumento del tamaño de la población joven, y la adolescencia se ha tornado un período más conflictivo, con cambio acelerado en los comportamientos, estimulados por el desarrollo social; tornándolos más vulnerables a distintos daños a la salud influidos por trabajo, enfermedades de transmisión sexual, drogas, alcohol, tabaco, necesidad de alcanzar madurez social y otros de índole socioeconómico y cultural.
- b.- **CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS:** La población juvenil está en franco aumento numérico en Latinoamérica y el Caribe, se estima que el año 2000 llegará a los 107 millones. Los adolescentes constituyen imágenes de belleza, optimismo, energía y salud, que cada vez más tienen crecientes requisitos educacionales y cambios en la organización laboral.
- c.- **NECESIDADES DE SALUD DEL ADOLESCENTE:** La mortalidad y morbilidad es baja en comparación con otras edades, sin embargo necesitan atención en áreas médicas y psicosociales como rendimiento escolar, drogas, sexo, relaciones interpersonales...

LA ADOLESCENCIA

PUBERTAD:

Es el período del hombre y la mujer en que las funciones de las gónadas han llegado por primera vez al punto de hacer posible la reproducción; en la mujer inicia con la menarquia; entre 8-13 años en las niñas y 9-14 en los niños. (12,14,17,22,38)

ADOLESCENCIA:

Período comprendido entre los 10 y 19 años 11 meses, en que ocurren cambios en dimensiones física, social, sexual e intelectual, hasta alcanzar el completo desarrollo, crecimiento y madurez sexual, preparándose para su inserción en la sociedad en la etapa adulta. (8,12,14,17,22,31,38)

JUVENTUD:

Se considera que comienza con los cambios biológicos de la pubertad y finaliza con la asunción de los derechos y deberes sexuales, económicos y legales del adulto. (8,12)

SEXO: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

SEXUAL: Relativo al sexo; modo de reproducción que consiste en la fusión de dos células. (12,22)

SEXUALIDAD: Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo. Se compone de muchos factores: formas de pensar, sentir y actuar; aspectos físicos como crecimiento y desarrollo del cuerpo de una persona desde su nacimiento hasta su muerte.

EDUCACION SEXUAL: Es la parte de la educación (enseñanza) general que contribuye a la formación integral del hombre para que pueda adquirir valores, conocimientos y actitudes que le permitan vivir su propia sexualidad de manera adecuada, positiva y creadora dentro de su familia y comunidad. La mayoría la recibe en el nivel básico. (4,17)

DESARROLLO SEXUAL:

El estado de madurez sexual influye en la aparición o mengua de ciertos intereses y actitudes, iniciando cambios en la vida mental del niño pubescente, influido por motivos aprendidos y expectativas. En cuanto a los aspectos endócrinos de la conducta sexual, se sabe que las hormonas secretadas en el hipotálamo en el cerebro son las que controlan la hipófisis, actuando en la diferenciación sexual del cerebro durante la vida fetal, en el inicio de la pubertad y en la regulación de la conducta sexual, la cual está determinada a semejanza de los animales por factores biológicos y estímulos ambientales. (9,13)

CRECIMIENTO Y MADUREZ SEXUAL:

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad en orden secuencial son para cada sexo, como sigue:
Varones: Comienzo del desarrollo genital, espermatogénesis y primer vello pubiano, máximo crecimiento, órganos genitales adultos, vello pubiano adulto.

Mujeres: Comienzo del desarrollo mamario, primer vello pubiano, máximo crecimiento menstruación, senos adultos. La principal característica es que, mientras la espermatogénesis es temprana en el chico, en la muchacha la menstruación ocurre casi al final del proceso.

El desarrollo puberal normal está caracterizado por tres alteraciones físicas principales: madurez sexual, cambios en la composición corporal y un crecimiento óseo acelerado. En los seres humanos y en muchos animales los cromosomas del sexo se denominan "X" y "Y"; el cromosoma "Y" contiene un gen que tiene el código para la formación de testículos; las células masculinas contienen un cromosoma "X" y un cromosoma "Y" (patrón XY), mientras que las células femeninas contienen dos cromosomas "X" (patrón XX). (1,14,23)

Durante los cambios orgánicos de la adolescencia, se realiza la configuración definitiva del esquema corporal; sus funciones hormonales están instaladas, los jóvenes tienen barba y bigote, la voz es grave, controlan mejor sus flujos de esperma, se vuelven atractivos y alegres; las jóvenes tienen menstruación establecida, aceptan transformaciones, su cuerpo se afina, adquiere talla definitiva, se manifiesta en forma encantadora.

La estimación de la madurez sexual se basa en las características sexuales secundarias. La configuración de las mamas y distribución del vello pubiano determinan la evaluación en las mujeres; el estado de los genitales y los cambios del vello pubiano, establecen la de los varones. Los grados de madurez sexual varían de 1 a 5; una puntuación de 1 representa al niño prepuberal y 5 al adulto; por lo que se cuenta con tablas elaboradas por J.M. Tanner y Marshall para mejor determinación de este aspecto. (1,17,22,23)

CLASIFICACION DE LAS ETAPAS DE MADURACION SEXUAL FEMENINA

GRADO	VELLO PUBICO	MAMAS
1	Preadolescente.	Preadolescente.
2	Ralo, ligeramente pigmentado, liso, en el borde medial de los labios.	Mama y papila elevadas diámetro areolar aumentado.
3	Más oscuro, comienza a rizarse mayor cantidad.	Aumento de tamaño de mama y aréola, sin separación de contornos. La aréola y la papila forman un montículo secundario.
4	Aspero, rizado, abundante pero en menor cantidad que la mujer adulta.	Maduras, el pezón sobresale, aréola forma parte del contorno general de la mama.
5	Triángulo femenino adulto, se extiende hasta la cara interna de los muslos.	

(1, 17, 22, 23)

CLASIFICACION DE LAS ETAPAS DE MADURACION SEXUAL MASCULINA

GRADO	VELLO PUBICO	PENE	TESTICULOS
1	Ninguno	Preadolescente	Preadolescente
2	Escaso, largo, ligeramente pigmentado.	Ligero crecimiento.	Crecimiento de escroto, alteración de textura rosada.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, escasa cantidad.	Más largo.	Mayor tamaño.
4	Aspero, rizado, parecido al adulto pero en menor cantidad.	Mayor tamaño, aumenta el grosor y tamaño del glande.	Mayor tamaño, escroto oscuro.
5	Distribución adulta, hasta cara interna de los muslos.	Tamaño adulto.	Tamaño adulto.

(1, 17, 22, 23)

ADOLESCENCIA NORMAL:

Del latín adolescentia, adolescere = crecer = crisis; en español adolescer: crecer, desarrollarse; entre 10 y 19 años 11 meses; se considera como fase en el crecimiento físico y desarrollo psíquico del individuo, hacia una supuesta madurez se habla de adolescencia en términos de edad ingrata, de crisis de originalidad juvenil; simultaneidad en que ha perdido el "equilibrio del niño" y no ha alcanzado todavía el "equilibrio de adulto". (23,30,34)

ADOLESCENCIA TEMPRANA: (10-13 años)

Existe aumento en la producción y circulación de factores liberales de gonadotropinas (GnRh, FSH, LH), hormonas esteroides (estrógenos, testosterona); incremento en la concentración de la hormona del crecimiento, sin llegar al punto máximo, se dan los primeros cambios físicos:

Varones: Aparición del vello púbico y axilar (adrenarquia), los testículos, epididimo, vesículas seminales y próstata inician su crecimiento.

Mujeres: Cambios en grasa muscular, dando aspecto femenino; los ovarios, mamas, útero y labios mayores aumenta de tamaño.

ADOLESCENCIA MEDIA: (14-16 años)

Varones: Vello púbico aumenta en cantidad, aparición de bigote, aumento de secreción de glándulas sudoríparas, voz grave, aumento de masa muscular, crecimiento rápido, se inicia la espermatogénesis, acné que es importante para su autoimagen.

Mujeres: Continúa el crecimiento mamario, aumento en la secreción vaginal, PH cambia de básico a ácido, labios menores crecen, se da pico máximo de crecimiento, aparece la primera menstruación (menarquia), acné igual de importante que en los hombres.

ADOLESCENCIA TARDIA: (17-20 años)

Varones: El pene sigue alargándose y aumenta su grosor, piel del escroto aumenta la pigmentación, eyaculación de espermatozoos maduros, vello púbico grueso, vello axilar y facial, pico de crecimiento máximo.

Mujeres: Mamas aumentan volumen, labios mayores se alargan, vello púbico grueso, vello axilar abundante, se establecen los ciclos ovulatorios, ya que en los anteriores son anovulatorios por inmadurez de eje hipotálamo, hipófisis, ovario.

ETAPAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLOGICO

ETAPAS	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
Adolescencia temprana (10-13 años)	Menor interés en padres, amistad con mismo sexo, privacidad.	Habilidades cognitivas, fantasías, impulsos.	Preocupación por apariencia
Adolescencia media (14-16 años)	Conflicto con padres, experimentación sexual.	Sentimiento de invulnerabilidad,	Moda, deseo de cuerpo más atractivo
Adolescencia tardía (17-20 años)	Emocionalmente próximo a los padres, relaciones íntimas prioritarias.	Sistema de valores, metas reales, identidad personal y social	Aceptación de imagen corporal.

(7)

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE:

El adolescente ha sido socializado por diferentes figuras que desempeñan el papel de madre, tales como abuela, hermana mayor, tía, etc. La figura paterna es inconstante e inestable, por lo que el adolescente lo critica; estas figuras familiares, más el trabajo que acompaña al adolescente, muchas veces, crea conflicto en su mente; por lo que se debe entender la adolescencia, como una época de cambio. (7)

En la adolescencia las diferencias psicológicas entre el hombre y la mujer son más palpables; las adolescentes son más intuitivas, más alertadas, mayor tendencia a la introspección por lo que disimulan mejor los sentimientos, más emotivas, todo influido por elementos culturales. Surge una curiosidad natural por todo lo sexual, por lo que se inicia la educación sexual en conocimientos sobre anatomía, fisiología e higiene de aparato genital masculino y femenino, embarazo, noviazgo y matrimonio. (4,26,30,34)

En el área alimentaria hay requerimientos especiales por el intenso ritmo de crecimiento y desarrollo; se presentan alteraciones nutricionales exhibicionistas para llamar la atención. La higiene corporal como psicosocial abarcan desde el aseo personal hasta la prevención de malos hábitos como el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. Se debe orientar al adolescente sobre la adecuada utilización del tiempo libre, así como brindar orientación vocacional integral, para el trabajo, estudio y para la vida. La conciencia del "yo" crece lentamente así como la autoestimación de los "defectos y virtudes"; sus deseos expresados son de felicidad, éxito y afán de progreso de su personalidad; demuestra creciente conciencia de sí mismo en relación con los planes para su vida futura; las mujeres llevan la delantera en cuanto a intenciones de casarse se refiere, ya que es una carrera

que compite o se combina con las demás; la asimilación de la cultura y la maduración son procesos que operan conjuntamente; al adolescente le falta perspectiva de la vida porque no ha alcanzado plena madurez que llega con el tiempo. (11,15,23,24,29)

SALUD DEL ADOLESCENTE:

SALUD: Es el completo estado de bienestar físico y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad. (10,20)

SALUD EN LA ADOLESCENCIA: Balance relativo en el que operan aspectos funcionales propios de los procesos de cambio y crecimiento

SALUD INTEGRAL EN ADOLESCENCIA: Relación de respuestas al ambiente en proceso de cambio continuo, incluye aspectos subjetivos (sentirse bien) y objetivos (ser capaz de funcionar productivamente); un valor definido socialmente; perspectiva del hombre como ser bio psicosocial.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA: Bienestar del adolescente, como unidad biopsicosocial; considerando recursos humanos conocedores de la problemática de la adolescencia y contar con servicios adecuados que den respuesta a sus necesidades.

RIESGOS DE SALUD EN EL ADOLESCENTE:

Se refiere a los comportamientos antecedentes del daño a la salud. Las conductas de riesgo del adolescente tienen varios propósitos como: sentirse en control de su propia vida, oposición a la autoridad, identidad personal, tener un buen rato, aceptación de un grupo. (3)

En un estudio realizado en Costa Rica (1980-1992), las estadísticas demuestran las principales causas de morbilidad en la población adolescente, en orden de importancia: afecciones del aparato respiratorio, piel, ojos y oídos, aparato digestivo, traumatismos y envenenamientos, amigdalitis aguda, aparato reproductor, aparato osteomuscular, embarazo y parto, sistema nervioso, anemia y deficiencias nutricionales. En Guatemala, en 1989, la Encuesta Nacional Sociodemográfica de Guatemala reportó que 38% de los adolescentes eran indígenas y 80% pertenecían a la zona rural. 4.1% de adolescentes entre 10-19 años estaban enfermos y la mitad consultó, en su mayoría hombres, las mujeres consultaron por complicaciones del embarazo en su mayoría. (37)

En este grupo etéreo existen problemas importantes como son las secuelas de infecciones y la desnutrición durante la niñez; otro factor es la dieta inadecuada, la cual, en el contexto de las fuertes demandas de energía en la adolescencia favorece trastornos en su salud y afecta, también el peso y condiciones de sus hijos

al nacer. Las causas de morbilidad más frecuentes encontradas en adolescentes guatemaltecos son: enfermedades broncopulmonares 31.58%; venéreas 21.06%; deficiencias nutricionales 20.00%; traumatismos 18.85%; gastrointestinales 7.89%; piel 7.89%; embarazo y parto 6.65%; y otras en menor proporción. (6,37)

La tasa de mortalidad en la adolescencia es una de las más bajas en comparación con otras edades, por lo que se les da poca prioridad; las mujeres mantienen menos mortalidad que los hombres en el istmo, las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres. Las estadísticas en Costa Rica, muestran que los accidentes son la primera causa de muerte (40-60% en varones y 15-50% en mujeres); la segunda causa con homicidios o suicidios en varones y enfermedades del corazón, parto y puerperio en mujeres; y enfermedades cardiorrespiratorias y tumores. (8,32,37)

La tasa de mortalidad de adolescentes guatemaltecos es de 9.5 X 10,000, inferior al resto de la población. Siendo las principales causas de mortalidad: accidentes 35% y suicidios 1.8%. (6,37)

FACTORES DE RIESGO EN LA ATENCION MEDICA DE ADOLESCENTES:

La atención del adolescente difiere, en muchos aspectos, de la del niño en etapas más tempranas de su vida, no sólo en el tipo de relación médico-paciente que se establece, sino en los más variados cuestionamientos y motivos de consulta que se plantean. Por lo que se se proponen estos factores con un sentido asistencial, docente y como herramienta más en la prevención primaria de salud; susceptibles a cambios a través del tiempo y el medio en que se aplique. Se aplican sólo o asociados. (3)

FACTORES MAYORES: Malformación importante, no estudia ni trabaja, abandona escuela, relaciones sexuales antes de los 15 años, trastornos psiquiátricos, embarazo no deseado, fuma antes de los 13 años, abandono familiar, medio social patológico, antecedentes penales, abuso o mal trato.

FACTORES MENORES: Discapacidad o enfermedad crónica, trastornos de la alimentación, repetición de grado, antecedente de psicoterapia, trabajo antes de los 15 años, hijo único, desintegración familiar, traslado de domicilio. Son de riesgo si presenta tres o más de ellos.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES:

La sexualidad puede cumplir los objetivos de placer y procreación; al mantener relaciones sexuales se corre el riesgo de una fecundación no deseada con implicaciones de tipo

social, económico y psicológico. Se calcula que cada año un 10% del total de adolescentes queda embarazada (23); la gestación en la adolescencia representa un gran riesgo para la madre y el niño, principalmente por dificultades nutricionales de las clases menos favorecidas; el factor edad influye en la concentración de proteínas totales, como mecanismo de compensación del valor calórico, aunque no afecta la composición de la leche. (37)

Los problemas obstétricos comunes en madres adolescentes son poca o excesiva ganancia de peso, hipertensión inducida por embarazo, anemia, enfermedades de transmisión sexual, desproporción cefalopélvica, complicaciones puerperales. Además complicaciones neonatales como: prematuridad, muerte fetal, bajo peso al nacer, muerte súbita, infecciones agudas. Con secuelas psicosociales: limitada oportunidad de trabajo, divorcio y separación, pobreza, stress, inadaptación social, depresión, abuso de sustancias, embarazos seguidos. (23,26,34)

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:

Las enfermedades sexualmente transmisibles han sido poco estudiadas en América Latina; alrededor de 50% de los adolescentes en U.S.A. son sexualmente activos antes de los 20 años de edad, corriendo el riesgo de contraerlas.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL: (16,21,22,28)

BACTERIAS: Neisseria gonorrhoeae, Clamidia tracomatis, Treponema Pallidum, Shigella, Campylobacter fetus, Gardnerella vaginalis.

VIRUS: Herpes simple, Hepatitis A y B, Citomegalovirus, Molusco contagioso, Verruga genital.

PROTOZOOS: Trichomona vaginalis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia.

ECTOPARASITOS: Ladillas, Sarcoptes scabiei.

SIFILIS:

Esta infección es poco frecuente en los adolescentes, son de alto riesgo las embarazadas, promiscuos, homosexuales, delincuentes. Causada por el Treponema Pallidum, la prueba más sensible es VDRL; las manifestaciones más frecuentes son: chancro en genitales, pecho, lengua y lesiones en plantas de pies o palmas de manos, malestar general, cuyo tratamiento específico es Penicilina Benzatínica.

GONORREA O BLENORRAGIA:

Es la enfermedad de transmisión sexual más extendida entre los adolescentes; la infección se produce a través de la uretra, cervix, ano, faringe, conjuntivas, con diseminación

a órganos adyacentes, hematógica, dérmica, meninges, hueso. Causada por cepas de Neisseria Gonorrhoeae, caracterizada por ardor al orinar, malestar general, fiebre, salida de pus por pene o vagina; que se diagnostica por FROTE DE GRAM; el tratamiento específico es con Penicilina Procaina más Probenecid, Espectomicina, Ceftriaxona, Tetraciclina, Doxiciclina o Eritromicina.

CLAMIDIA: Uretritis no gonocócicas producidas por Chlamydia Trachomatis, con secuelas potenciales como perihepatitis, conjuntivitis, esterilidad, por lo que se debe diagnosticar con Cultivo, administrando tratamiento que cubra infección gonocócica como clamidiasis con Doxiciclina 200 mg IV seguido de 100 mg c/12 hrs por 10 días.

CHANCROIDE:

Causado por bacilo Haemophilus Ducrei; inicia con pústula vesiculosa que se ulcera, que se rompe con rapidez, purulenta, dolorosa, no indurada, con lesiones múltiples y linfadenopatía unilateral; necesitando Biopsia para el diagnóstico; se trata con Tetraciclina 1 gramo/día por 10 días a la pareja.

HERPES GENITAL:

Producido por Herpes Simplex tipo II; vesículas dolorosas y dolor en el periné y trayecto de los nervios afectados, en Cultivos positivos para herpesvirus se debe realizar Papanicolaou; se trata con Aciclovir tópico para aliviar.

HEMOPHILUS (GARDNERELLA) VAGINALIS:

Exudado vaginal maloliente, huele a pescado; se identifica con KOH; dándose tratamiento con Metronidazol 1.5 g, vía oral para aliviar la enfermedad.

TRICOMONIASIS:

Por parásito protozoario Trichomonas Vaginalis; que inicia con flujo amarillo, maloliente, espumoso, con prurito; el diagnóstico se realiza mezclando la exudación con Solución Salina; se da tratamiento a la pareja con Metronidazol una sola dosis 1.5 g vía oral.

MONILIASIS O CANDIDIASIS:

Se transmite por hongo Candida Albicans el cual es oportunista en personas con anemia, diabéticas, embarazadas o con inmunodeficiencia; inicia con flujo blanquecino, grueso, con ardor y prurito, inflamación e irritación vulvar. Se diagnostica con KOH, se trata con Nistatina.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

Virus HIV transmitido a través de todas las secreciones del cuerpo a que toda la población es expuesta; sus signos y síntomas principales son:

falta de desarrollo, diarrea, otitis, candidiasis bucal, neumonía, infecciones oportunistas, enfermedades de la piel, tumefacciones de la parótida, afecciones neurológicas (meningitis, neuropatías), miopatías, neoplasma. Se diagnostica con prueba ideal de cultivo viral de VIH, LCR, ELISA, IgG anti-VIH, IgM anti-VIH, antígeno p24. Los primeros síntomas aparecen en la segunda mitad del primer año de vida en lactantes.

En el grupo de adolescentes, el número de casos reales notificados de SIDA es pequeño, 1% de todos los casos notificados (19). En cuanto al manejo, se debe administrar el esquema de vacunación completo a los VIH positivos, con acceso a la atención, supervisión de salud continua, tratamiento radical y temprano de infecciones, atención a ingestión calórica, tratamiento antirretroviral. Es urgente atender los aspectos que afectan a los adolescentes por medio de educación sexual continua. (16,19,21, 22,23,28)

HEPATITIS:

Enfermedad de origen viral (A, B, C, DELTA), que afecta primordialmente el tejido hepático. Puede ocurrir en el transcurso de otras infecciones virales (mononucleosis, SIDA, citomegalovirus). (22,34)

HEPATITIS A: Es la más común durante la adolescencia. Altamente contagiosa, transmitida por contacto personal, ingestión de comida o agua contaminada. Período de incubación (hasta aparición de ictericia) es de 4-6 semanas. Es endémica en áreas subdesarrolladas

HEPATITIS B: Transmitida por transfusiones de sangre, agujas contaminadas, inoculación en membranas mucosas (sexual, hacinamiento) Incubación de 2-5 meses. Su adquisición mediante relaciones sexuales en la adolescencia es más frecuente entre varones homosexuales.

MANIFESTACIONES CLINICAS: Hepatitis A: comienzo agudo; cuadro clínico es más severo en adolescentes que en niños. Fiebre alta, malestar, mialgia, anorexia, náuseas, los que fuman rechazan el cigarrillo, ictericia en 2-3 semanas, orina oscura; convalecencia 1-2 meses. Hepatitis B: comienzo insidioso; similar, anunciada por artralgia o erupciones cutáneas. En ambas el hígado es doloroso, palpable, esplenomegalia y linfadenopatía.

DIAGNOSTICO: Ictericia; historia de exposición a sangre, homosexuales, hemofílicos, drogadictos, hemodiálisis. Elevación de bilirrubinas, transaminasas (lesión hepática), fosfatasa alcalina, y velocidad de eritrosedimentación en hepatitis A, leucopenia.

TRATAMIENTO: De apoyo y profilaxis post-exposición, hospitalización en casos complicados.

Profilaxis hepatitis A: Inmunoglobulina humana sérica en contactos íntimos, primeras 2 semanas post-exposición, disminuye manifestaciones clínicas en 90% de los casos; dosis 0.2 ml/kg.

Profilaxis hepatitis B: Recién nacido de madre AgHBs (combinarla con la vacuna); expuestos a agujas, sangre, contactos sexuales AgHBs (dentro 14 días post-exposición); da 75% protección; contactos íntimos no sexuales, niños <1 año a cargo de personas con hepatitis B aguda. Los adolescentes de alto riesgo (homosexuales, drogadictos, prostitutas) deben recibir la vacuna HBV con régimen de 3 aplicaciones.

DROGAS:

Nombre genérico de ciertas sustancias tóxicas que alteran la mente, utilizadas con fines religiosos, de química, industria, medicina, que deja secuelas físicas y psicosociales. (12,22,34)

ABUSO: Uso de droga que causa daño físico, psicológico, económico, legal o social del individuo o a otros por su comportamiento.

TOXICOMANIA: Intoxicación crónica, con cambios en el funcionamiento fisiológico, psicológico, afectivo y cognitivo, en el individuo debido al consumo repetido de una droga.

ADICCION: Desorden crónico caracterizado por el deseo de tomar la droga por el placer y bienestar que produce a pesar del daño.

DEPENDENCIA PSICOLOGICA: Estado emocional de necesidad urgente por la sustancia para evitar efecto negativo en su ausencia.

DEPENDENCIA FISICA: Estado de adaptación fisiológica a la sustancia, desarrollando tolerancia a los efectos de la droga.

TOLERANCIA: Estado que conduce a la necesidad de consumir mayores dosis para conseguir mismo efecto psíquico, porque se produce resistencia corporal a la droga.

CONSUMIDOR: Todo individuo que toma droga, ocasional o habitual.

DROGADICTO: O toxicómano, que no puede controlar el uso de la droga, con trastornos psíquicos o físicos establecidos. (23,34)

Estadísticas sobre consumo de drogas en jóvenes y adolescentes en Costa Rica (1980-1992), indican que 4.7% utilizan pastillas para dormir, 5.6% tranquilizantes, 5.7% estimulantes, 1.2% marihuana, 0.2% cocaína; acostumbrando a ingerir drogas el 1.0% de hombres y mujeres adolescentes, iniciando entre 10-14 años. (8)

CRONOLOGIA DE LA ADICCION:

- ETAPA 0: Adolescente vulnerable a sustancias psicoactivas porque siente curiosidad.
ETAPA 1: Adolescente está aprendiendo el uso de drogas.
ETAPA 2: Busca efecto de la droga y adquiere suministros propios.
ETAPA 3: Se ha hecho farmacodependiente (para obtener bienestar).
ETAPA 4: Está en último estadio de farmacodependencia (crónico), sufre síndrome cerebral orgánico.

COMO SE DISTRIBUYEN LAS DROGAS EN NUESTRO CUERPO:

El corazón bombea alrededor de 5 litros de sangre por minuto, casi el total de volumen de sangre circulante (6 litros); cuando la sangre absorbe una droga, la distribuye rápidamente por todo el sistema circulatorio.

Las membranas que afectan la absorción y distribución de las drogas son: 1) membranas celulares; 2) paredes de vasos capilares 3) barrera sangre-cerebro (afecta el pasaje de las drogas hacia el interior del cerebro); 4) barrera placentaria. (8,34)

CLASIFICACION DE LAS DROGAS: Pueden clasificarse atendiendo a los efectos Fisiológicos (depresivos, estimulante, hipnóticos, etc.) que tienen sobre el sistema nervioso; Dependencia que producen (blandas, duras); Situación jurídica (legales, ilegales); factores Psicosociales; Toxicomanías solitarias o de grupo. (22,23,29)

CUADRO SINOPTICO SOBRE LAS DROGAS SEGUN CAMI Y MORELL

- A.- **DEPRESORES SISTEMA NERVIOSO:** Producen sedación, hipnosis, anestesia general, coma, muerte.
- Opiáceos: morfina, heroína, codeína, dolantina, sosegon.
- Alcohol: vino, champaña, cerveza, cofac, etc.
- Hipnóticos y sedantes: barbitúricos, ansiolíticos.
- B.- **ESTIMULANTES SISTEMA NERVIOSO:** Estimulación normal, hiperexcitabilidad ligera o extrema, convulsiones ligeras o graves, muerte.
- Mayores: amfetaminas, fármacos relacionados y productos para adelgazar (Katovit); cocaína.
- Menores: xantinas (café, té, cacao, colas).
- C.- **TABACO.**
- D.- **PSICOTOMIMETICOS:** Alucinógenos e inhalantes.
- Depresores: cannabis (marihuana y hashish).
- Estimulantes: LSD y otros alucinógenos.

PELIGROSIDAD DE LAS DROGAS:

MAYOR PELIGRO: las que crean adicción, las que crean dependencia con mayor rapidez, las que poseen mayor toxicidad.

MENOR PELIGRO: Las que crean sólo dependencia psicosocial, las que crean dependencia con menor rapidez, las que poseen menor toxicidad. (18)

TRATAMIENTO:

La primera fase del tratamiento de las toxicomanías consiste en la deshabitación fisiológica a la droga, controlando los riesgos de Síndrome de Abstinencia en los casos de drogas duras (heroína); con la debida atención médica, psicológica y social. La referencia del adolescente será:

Primer nivel: atención primaria con personal especializado.

Segundo nivel: tratamiento ambulatorio en servicio especializado.

Tercer nivel: programa de drogadicción, internación. (22,23,34)

ALCOHOL:

Depresor del sistema nervioso central, produciendo euforia, inestabilidad, verborrea y pérdida de la memoria reciente; aumenta el umbral del dolor, vasodilatación e hipotermia, ansiedad, temblor, insomnio, irritabilidad, dependencia psicológica. Se sospecha intoxicación por alcohol en cualquier joven desorientado, letárgico o en coma, determinándose a nivel sérico 100 mg/dl (0.10%), produciéndose la muerte con 500mg/dl. Es la sustancia que los adolescentes abusan con mayor frecuencia en Latinoamérica. (22,34)

Estadísticas realizadas en Costa Rica (1980-1992) en adolescentes, se determinó una edad de inicio entre 10-18 años, acostumbrados a tomar el 17% de hombres y 13% de mujeres; sintiendo la necesidad de dejarlo el 10% (8). Los problemas de salud son severos: 69% de suicidios, 71% de defunciones por accidentes de tránsito, generalmente existe estrecha relación con consumo de otras drogas ilícitas. Por lo que el tratamiento debe ser psicosocial y médico en caso de intoxicaciones. (22,34)

TABACO:

El uso de tabaco ocurre a edades cada vez más jóvenes; el componente activo, la nicotina, es altamente adictivo, la cual libera opiáceos endógenos, hormona del crecimiento, vasopresina y cortisol. Los efectos inmediatos de la nicotina incluyen taquicardia, arritmia, hipertensión, aumento del consumo de oxígeno del miocardio; los cigarrillos también producen niveles altos de monóxido de carbono que reducen el transporte de oxígeno; el hábito produce recesión gingival y leucoplasia y es un factor de alto riesgo en el desarrollo de cáncer oral juvenil y de faringe(22,34)

Los adolescentes generalmente inician a fumar entre los 12-15 años; con un total del 7.5%, de los cuales 9.8% son hombres y 6.1% son mujeres. Actualmente ha aumentado la prevalencia de consecuencias negativas entre adolescentes; en 1984, el cáncer de pulmón superó al cáncer de mama en mujeres; con incremento de afección aterosclerótica, enfisema, enfermedades cardiovasculares, en el embarazo una disminución media de 200 gramos en el peso del feto al nacimiento. Teniendo posteriormente problemas psicosociales y emocionales, prevenibles con estrategias de atención integral del adolescente con atención y motivación, como por ejemplo:

Individual: programas de enseñanza sobre efectos negativos del consumo de sustancias, incorporación a centros de rehabilitación.

Grupal: clases para adolescentes, formación de grupos para combatir el uso de sustancias, prohibir fumar en lugares de trabajo, escuelas, hospitales o su venta.

Población: campañas publicitarias para prevenir el consumo de cigarrillos, alcohol, drogas; aumento a los impuestos de dichas sustancias, obligar a indicar en paquetes que son perjudiciales; prohibir campañas publicitarias para su venta. (8,22,34)

MARCO METODOLOGICO

VI. METODOLOGIA

- 1.- TIPO DE ESTUDIO: Longitudinal, Descriptivo, retrospectivo-prospectivo.
- 2.- SUJETO DE ESTUDIO: Adolescentes que por demanda espontánea, consultaron a los servicios de Emergencia y Consulta Externa de los departamentos de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de julio a diciembre de 1993 y los que consulten durante los meses de abril y mayo de 1994; para los cuales se recolectará la información por medio de una boleta de recolección de datos y por medio de una encuesta; luego, los datos serán tabulados y procesados para obtener las conclusiones respectivas.
- 3.- DE LA MUESTRA:
 - 3.1.- Criterios de Inclusión: Adolescentes de ambos sexos, comprendidos entre 10 y 19 años 11 meses, que por demanda espontánea consultaron a emergencia y consulta externa de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco Obstetricia, durante el periodo de julio a diciembre 1993, por medio de una boleta de datos, y durante los meses de abril y mayo de 1994 por medio de una encuesta.
 - 3.2.- Tamaño de la muestra: Para el cálculo de la muestra de cada uno de los grupos en los departamentos de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco Obstetricia (masculino y femenino), se utilizó la siguiente fórmula finita:

$$n = \frac{Z^2 N pq}{d (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde n : tamaño de la muestra.

Z^2 : confiabilidad de 1.96 o del 95%

N : población universo.

p : 0.5 (estimación de que el 50% de la población tenga atención integral).

q : 0.5 (estimación de que el 50% de la población no tenga atención integral).

2

d : 0.05 límite de error.

Por lo tanto, la muestra tomada para el estudio retrospectivo es la siguiente:

$$n = \frac{1.96 \times 1546 \times 0.5 \times 0.5}{0.125 \times 1545 + 1.96 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{757.54}{19.80} = 38$$

Por tratarse de una población finita, en cada departamento se procede a aplicar la siguiente fórmula de ajuste:

$$n_1 = \frac{n}{1 + (O)}$$

Donde n_1 : número de muestra.
 n : número sustancial del universo.
 (O) : número sustancial del universo, en relación a la población. (n /población).

MEDICINA INTERNA	$n_1 = \frac{38}{1 + (38/410)} = \frac{38}{1.09} = 35$
CIRUGIA	$n_1 = \frac{38}{1 + (38/680)} = \frac{38}{1.05} = 37$
GINECO OBSTETRICIA	$n_1 = \frac{38}{1 + (38/350)} = \frac{38}{1.11} = 34$
PEDIATRIA	$n_1 = \frac{38}{1 + (38/106)} = \frac{38}{1.36} = 27$

Población Total = 133 adolescentes para estudio retrospectivo.
 Población Total = 200 adolescentes al azar para estudio prospectivo.

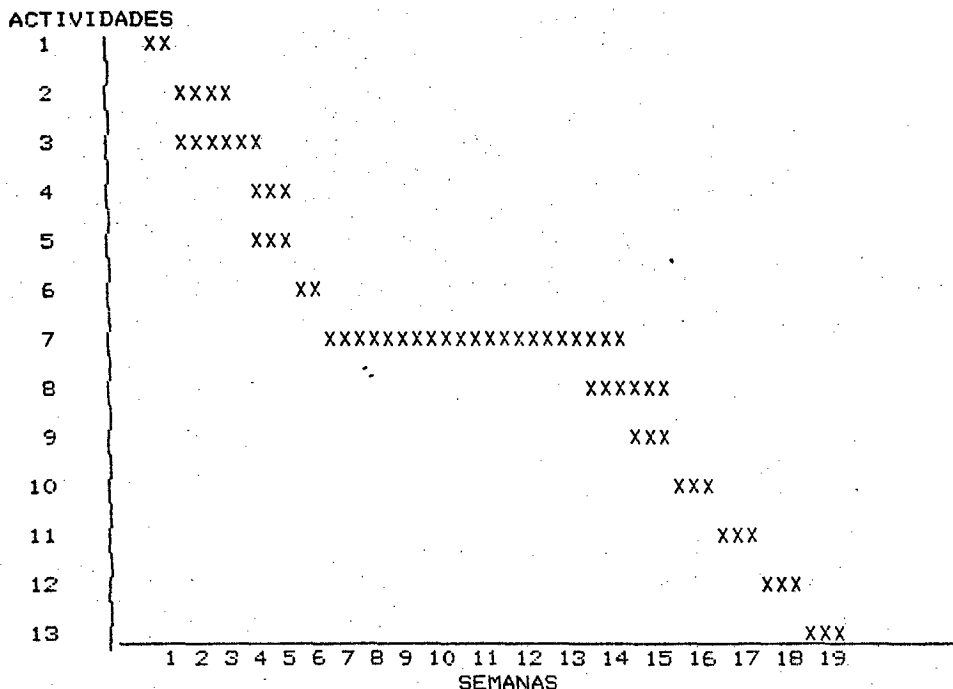
3.3.- Con los datos recolectados anteriormente, se elaboró un proyecto para la implementación de la clínica de Atención Integral del Adolescente.

3.4.- Variables a estudiar:

VARIABLES			
NOMBRE	MEDICION	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Edad	Años	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Boleta de Recolección de Datos y Encuesta
Sexo	Masculino Femenino	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Boleta de Recolección de Datos y Encuesta
Estado Civil	Soltero, Casado, Divorciado, Separado.	Estado de una persona dentro de una sociedad.	Encuesta.
Ocupación	Fuente de trabajo.	Es aquella actividad que desempeña una persona o a lo que se dedica.	Encuesta.
Educación	Ninguna, Primaria, Secundaria, Universitaria.	Es la acción de desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales.	Encuesta.
Morbilidad	Causas de enfermedad.	Número proporcional de enfermedades en población o tiempo determinados.	Boleta de recolección de datos y Encuesta.
Mortalidad	Causas de muerte.	Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados.	Boleta de recolección de datos y Encuesta.
Adolescencia	10 - 19 años 11 meses.	Fase de crecimiento y desarrollo físico, social, sexual e intelectual; desde la pubertad hasta la completa madurez sexual.	Boleta de recolección de datos y Encuesta.
Factor de riesgo.	Físico, psíquico, cultural, social.	Suceso que predispone a adquirir un determinado daño.	Encuesta.
Atención Integral de la Adolescencia	Físico, psíquico, cultural, social.	Bienestar del adolescente, como unidad biopsicosocial; considerando recursos humanos y servicios concededores de la problemática.	Encuesta.

MARCO OPERATIVO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

- 1.- Selección del tema.
- 2.- Marco Conceptual (Introducción, Justificación, Delimitación y Análisis del Problema, Objetivos).
- 3.- Marco Teórico (Revisión Bibliográfica).
- 4.- Marco Metodológico (Formulación de Instrumentos de Investigación y su validación respectiva).
- 5.- Marco Operativo (Cronograma de Actividades y Recursos).
- 6.- Aprobación del Proyecto de Investigación.
- 7.- Trabajo de campo (Recolección de Datos)
- 8.- Tabulación y Procesamiento de Datos.
- 9.- Análisis y Discusión de Resultados (Conclusiones, Recomendaciones y Resumen).
- 10.- Presentación de Informe Final para Corrección.
- 11.- Aprobación de Informe Final.
- 12.- Impresión de Informe Final y Asuntos Administrativos.
- 13.- Examen Público y Defensa de la Tesis.

RECURSOS Y COSTOS

1.- RECURSOS HUMANOS:

- Pacientes adolescentes de ambos sexos que por demanda espontánea acuden a la consulta externa y emergencia de los departamentos de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco obstetricia del Hospital General San Juan de Dios.
- Asesor: Dra. Alitzá Juárez de Andretta.
- Revisor: Dr. Luis Felipe García Ruano.

2.- RECURSOS FISICOS:

- Libros de ingresos de la Consulta Externa y Emergencia de Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Gineco obstetricia.
- Registros Clínicos.
- Boleta para recolección de datos y encuestas.
- Libros, folletos y revistas de consulta bibliográfica.
- Instituciones.
- Accesorios y útiles de escritorio.

3.- RECURSOS ECONOMICOS Y COSTOS:

- Serán aportados por el investigador; con un costo aproximado de Q. 2,000.00; invertidos en diversos gastos.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

NUMERO Y PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN SUS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA. JULIO - DICIEMBRE DE 1993.

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MEDICINA INTERNA	410	26.52
CIRUGIA	680	43.98
GINECO-OBSTETRICIA	350	22.64
PEDIATRIA	106	6.86
TOTAL	1,546	100

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos (Anexo No. 1).

CUADRO No. 2

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN LOS ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEGUN EDAD Y SEXO. JULIO - DICIEMBRE 1993.

EIDADES (AÑOS)	10 - 13		14 - 16		17 - 19		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	FREC	%
FRACTURAS	8	9	6	2	5	5	35	26.32
EMBARAZO	0	0	0	6	0	15	21	15.79
ASMA B.	2	1	3	5	1	8	20	15.04
HERIDA C.C	2	4	21	3	5	1	17	12.78
PARTO	0	0	0	4	0	8	1	9.02
ESGUINCES	0	2	2	2	3	1	10	7.52
CONVULSIONES	2	1	0	0	0	2	5	3.76
INTOXICACION	1	0	1	0	1	2	5	3.76
TRAUMA C.E	0	0	2	0	1	1	4	3.00
QUEMADURAS	0	2	1	0	1	0	4	3.00
SUB-TOTAL	15	19	17	22	17	43	133	100
TOTAL	34		39		60		133	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos (Anexo No. 1)

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO 1994.

EDADES (AÑOS)	10 - 13		14 - 16		17 - 19		TOTAL	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F
SUB-TOTAL	46	8	57	24	38	27	141	59
TOTAL	54		81		65		200	
PORCENTAJE	27.0		40.5		32.5		100	

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No.4

ESTADO CIVIL DE LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL -MAYO 1994.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	170	85.0
CASADO	11	5.5
UNIDO	18	9.0
SEPARADO	1	0.5
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No.5

ESCOLARIDAD DE LOS 200 ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN SUS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA. ABRIL - MAYO DE 1994.

EDAD (Años)	10 - 13		14 - 16		17 - 19		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
NINGUNA	8	4	20	10	11	5.5	39	19.5
PRIMARIA	28	14	23	11.5	30	15.0	81	40.5
SECUNADARIA	18	9	38	19	17	8.5	73	36.5
UNIVERSITARIA	0	0	0	0	7	3.5	7	3.5
TOTAL	54	27	61	30.5	65	32.5	200	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No.6

INTEGRACION FAMILIAR DE LOS 200 ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN SUS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA. ABRIL - MAYO DE 1994.

INTEGRACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL (%)
FADRE-MADRE-HERMANOS	64	32.0	68
MADRE Y HERMANOS	85	42.5	
PADRE Y ABUELOS	36	18.0	
HERMANOS	10	5.0	
ABUELOS	5	2.5	
TOTAL	200	100	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

CUADRO No. 7

OCUPACION DE LOS 200 ADOLESCENTES QUE CONSULTARON A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN SUS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA. ABRIL - MAYO 1994.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	F	%
ESTUDIANTE	82	41.0	82	41
AMA DE CASA	23	11.5		
OFICIOS DOMESTICOS	11	5.5		
MECANICO	15	7.5		
ALBANIL	22	11.0		
PANADERO	6	3.0		
AYUDANTE DE MICROBUS	4	2.0		
DEPENDIENTE	5	2.5		
CARPINTERO	7	3.5		
PROFESIONAL	7	3.5		
TORILLERA	4	2.0		
HERRERO	2	1.0		
AGRICULTOR	2	1.0		
MAQUILADORA	2	1.0		
PILOTO	1	0.5		
CARGADOR	2	1.0		
BODEGUERO	3	1.5		
IMPRENTA	2	1.0	118	59
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

CUADRO No.7 - A

TRABAJADORES ADOLESCENTES POR GRUPO ETAREO QUE CONSULTARON A LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL -MAYO 1994.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 - 13 AÑOS	25	12.5
14 - 16 AÑOS	21	10.5
17 - 19 AÑOS	72	36
NO TRABAJAN	82	41
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

CUADRO No. 8

CAUSAS DE MORBILIDAD POR LAS QUE CONSULTARON LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ENFERMEDAD COMUN	83	41.5
ACCIDENTES	84	42.0
ENFERMEDADES VENERIAS	2	1.0
EMBARAZO	20	10.0
ABORTO	4	2.0
PARTO	7	3.5
TOTAL	200	100

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

CUADRO No. 9

INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA. ABRIL - MAYO DE 1994.

EDAD	SEXO	FRECUENCIA		PORCENTAJE (%)	
		M	F	M	F
10 - 13		0	1	0	1.86
14 - 16		10	16	19.87	30.19
17 - 19		10	15	18.87	30.19
SUB-TOTAL		20	33	37.74	62.26
TOTAL		53		100	

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

CUADRO No. 10

CONSUMO DE DROGAS EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA. CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

EDADES (AÑOS)	10 - 13		14 - 16		17 - 19		TOTAL	
SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F
DROGA								
CIGARRO	8	0	8	2	6	0	22	2
LICOR	1	0	0	0	3	0	4	0
MARIHUANA	2	0	11	0	0	0	13	0
SUB - TOTAL	11	0	11	2	9	0	31	2
TOTAL	11		13		9		33	

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No. 11

CAUSAS DE CÉFALEA FRECUENTE EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

EADADES(AÑOS)	10 - 13				14 - 16				17 - 19				TOTAL			
	FRECUENCIA		PORCENTAJE		FRECUENCIA		PORCENTAJE		FREC.		PORCENTAJE		FREC.		%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
CUASAS - SEXO																
ENFERMEDAD	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
PROBLEMA FAMILIAR	1	1	0.5	0	1	2	0.5	1	0	0	0	0	2	2	1	1
PROBL. PERSONALES	1	0	0.5	0.5	1	0	0.5	0	1	0	0.5	0	3	1	1.5	0.5
TENSION	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	2	2	1	1
CALOR	0	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0
FRIO	0	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0
SIN CEFALEA	42	7	21	3.5	53	22	26.5	11	35	25	17.5	12.5	130	54	65	27
SUB - TOTAL	46	8	28	4	57	24	28.5	12	38	27	19	13.5	141	59	70.5	29.5
TOTAL	54		27		81		40.5		65		32.5		200		100	
GRAN TOTAL	200 = 100 %															

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No. 12

CAUSAS DE LLANTO FRECUENTE EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

EADAES(AOS)	10 - 13				14 - 16				17 - 19				TOTAL			
	FRECUENCIA		PORCENTAJE		FRECUENCIA		PORCENTAJE		FREC.		PORCENTAJE		FREC.		%	
CUASAS - SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
SENTIMENTAL	3	0	1.5	0	2	3	1	1.5	2	4	1	2	7	7	3.5	3.5
PROB. PERSONALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0	1	0	0.5
DEPRESION	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	0	0	1	0	0.5
CARACTER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0	1	0	0.5
SIN PROBLEMA	43	8	21.5	4	55	20	27.5	10	36	21	18	10.5	134	49	67	5
SUB - TOTAL	46	8	23	4	57	24	28.5	12	38	27	19	13.5	141	59	70.5	29.5
TOTAL	54		27		81		40.5		65		32.5		200		100	
GRAN TOTAL	200 = 100 %															

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No. 13

TENDENCIA SUICIDA EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

EADAES(AÑOS)	10 - 13				14 - 16				17 - 19				TOTAL			
	FRECUENCIA		PORCENTAJE		FRECUENCIA		PORCENTAJE		FREC.		PORCENTAJE		FREC.		%	
CAUSAS - SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
DEPRESION	3	0	1.5	0	5	1	2.5	0.5	1	1	0.5	0.5	9	2	4.5	1
RESENTIMIENTO	0	1	0	0.5	0	0	0	0	4	2	2	1	4	3	2	1.5
PROBLEMAS	1	0	0.5	0	0	0	0	0	0	1	0	0.5	1	1	0.5	0.5
ENFERMEDAD	0	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0
SIN TENDENCIA	42	7	21	3.5	51	22	25.5	11.5	33	23	16.5	11.5	126	53	63	26.5
SUB - TOTAL	46	8	23	4	57	24	28.5	12	38	27	19	13.5	141	59	70.5	29.5
TOTAL	54		27		81		40.5		55		32.5		200		100	
GRAN TOTAL	200 = 100 %															

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

CUADRO No. 14

DELIRIO DE PERSECUCION EN LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL - MAYO DE 1994.

EDADES(AÑOS)	10 - 13				14 - 16				17 - 19				TOTAL			
	FRECUENCIA		PORCENTAJE		FRECUENCIA		PORCENTAJE		FREC.		PORCENTAJE		FREC.		%	
CAUSAS - SEXO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
TENSION	1	0	0.5	0	2	0	1	0	2	0	1	0	5	10	2.5	0
MIEDO	0	0	0	0	1	0	0.5	0	0	0	0	0	1	0	0.5	0
PROB. PERSONALES	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1.5	0	3	0	1.5	0
¡SIN PROBLEMA	45	8	22.5	4	54	24	27	12	32	27	16.5	13.5	132	59	66	29.5
SUB - TOTAL	45	8	23	4	57	24	28.5	12	38	27	19	13.5	141	59	70.5	29.5
TOTAL	54		27		81		40.5		65		32.5		200		100	
GRAN TOTAL	200 = 100 %															

FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2)

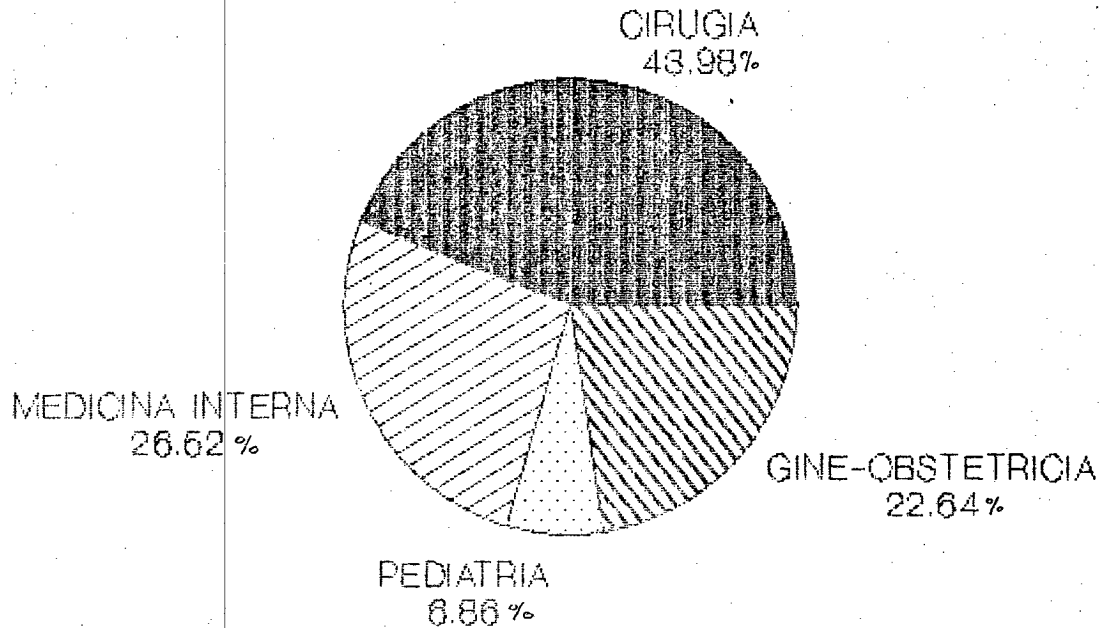
CUADRO No. 15

NECESIDAD DE ORIENTACION E INFORMACION EDUCACIONAL REFERIDA POR LOS 200 ADOLESCENTES ENCUESTADOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, CIRUSIA Y MEDICINA INTERNA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS. ABRIL -MAYO 1994.

INFORMACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDUCACION EN SALUD	196	98
EDUCACION SEXUAL	190	95
PSICOLOGIA	175	87,5
FORMACION PROFES.	186	93
LABORAL	160	80
SOCIAL	155	77,5

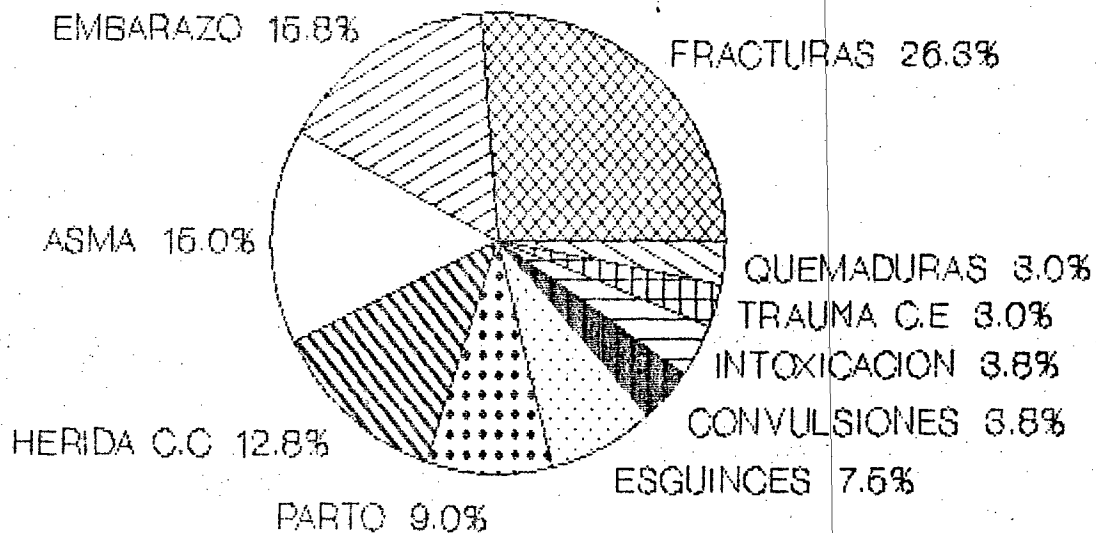
FUENTE: Encuesta (Anexo No. 2).

GRAFICA No. 1 DEL CUADRO No. 1



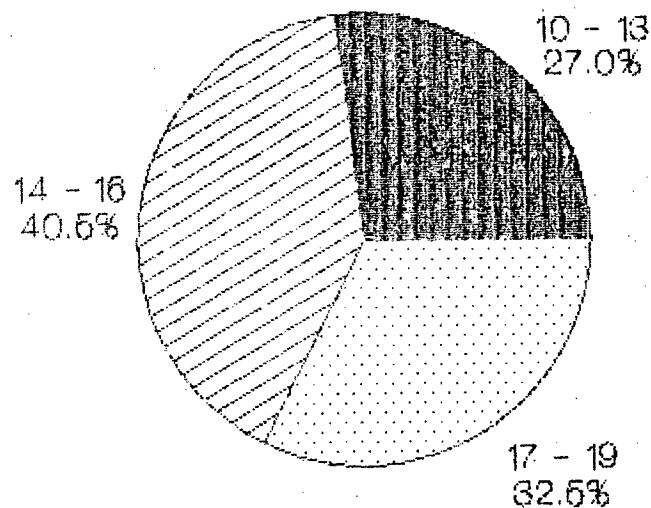
DEPTOS. QUE CONSULTARON LOS ADOLESCENTES

GRAFICA No. 2 DEL CUADRO No. 2



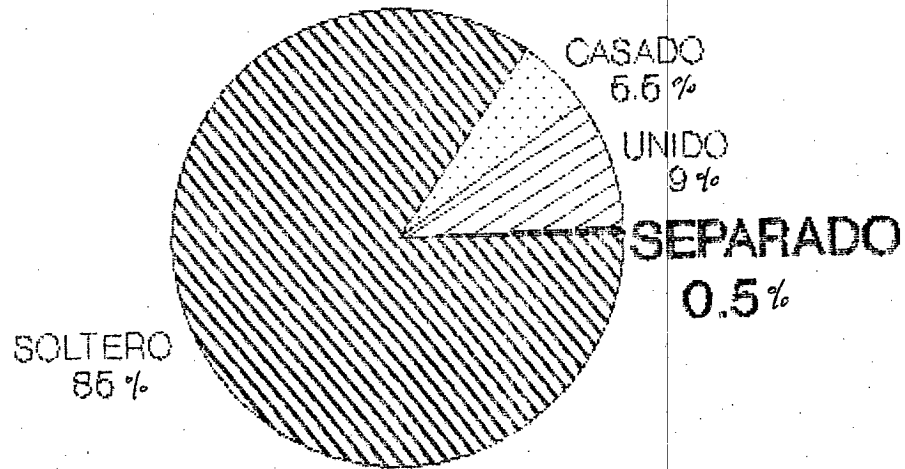
CAUSAS DE MORBILIDAD

GRAFICA No. 3 DEL CUADRO No. 3



DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

GRAFICA No. 4 DEL CUADRO No. 4



ESTADO CIVIL

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó un estudio longitudinal descriptivo, retrospectivo durante los meses de julio - diciembre 1993 y prospectivo durante los meses de abril - mayo 1994, en adolescentes de ambos sexos (10-19 años 11 meses), que fueron atendidos en los servicios de Emergencia y Consulta Externa de los departamentos de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios.

La adolescencia es el período comprendido entre 10 y 19 años 11 meses, en que ocurren cambios en dimensiones física, social, sexual e intelectual, hasta alcanzar el completo desarrollo, crecimiento y madurez sexual, preparándose para su integración en la sociedad; por lo tanto la Atención Integral de la Adolescencia es el bienestar del adolescente como unidad biopsicosocial; considerando recursos humanos y servicios adecuados que den respuesta a sus necesidades. (8,10,12,20,38)

Según el estudio retrospectivo realizado, de los 1546 adolescentes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios; el 43.98% fueron atendidos en el departamento de Cirugía, que en su mayoría consultaron por fracturas (26.32%), (Cuadro y gráfica No. 2 y No.3); el 26.52% a Medicina Interna; el 22.64% a Gineco-Obstetricia y sólo el 6.86% a Pediatría, en el cual menos adolescentes consultan. (Ver Cuadro y gráfica No.1)

La morbilidad en general afecta con mayor frecuencia a la adolescencia tardía, como podemos notar que de 133 adolescentes del grupo muestreado, fueron afectados 60 entre 17-19 años; 39 entre 14-16 años y 34 entre 10-13 años. Siendo las causas de morbilidad más frecuentes, encontradas en el estudio prospectivo y retrospectivo : Accidentes 42% y 52.62%; Enfermedad común 42% y 22.56%; Embarazo 10% y 15.79% ; las cuales se comparan con estudios realizados por UNICEF y CHILDHOPE en Guatemala y países en condiciones socioeconómicas y culturales similares a las nuestras (6,37); así observamos que la morbilidad de los adolescentes es similar en ambas estaciones del año. (Ver Cuadro y Gráfica No. 2 y Cuadro No. 8).

La mortalidad en la adolescencia es una de las más bajas en comparación con otras edades (8,32,37); en este estudio la mortalidad de los adolescentes fue de 0% (cero).

En cuanto a la distribución de los adolescentes por edad y sexo, la proporción de hombres con respecto a mujeres está en una relación de 2:1; la población consultante es en mayor porcentaje de 14-16 años 40.5%, siendo el sexo masculino el más afectado, 141 (70.5%). (Ver Cuadro y gráfica No.3)

De los 200 adolescentes encuestados, 170 son solteros, equivalente al 85%, incluyendo a madres solteras, con un considerable porcentaje de 9% unido; seguido por 5.5% casado y 0.5% separado; es decir que muchos adolescentes ya formaron hogares, los cuales en pocos años pueden desintegrarse por falta de orientación, aunado a factores de riesgo adquiridos desde la infancia; lo cual se va multiplicando cada vez más en nuestra sociedad guatemalteca. (Ver Cuadro y gráfica No. 4)

En este estudio se encontró que de los adolescentes comprendidos entre 17-19 años (32.5%); un 15% tienen un nivel académico primario, 8.5% un nivel secundario, 5.5% sin escolaridad y 3.5% un nivel universitario; lo cual limita la calidad ocupativa y laboral de los adolescentes en la sociedad; como podemos observar que a parte de los estudiantes, los demás adolescentes son obreros o amas de casa, con ninguna o deficiente remuneración económica, debido al tipo de actividad que desempeñan lo que no les permite subsistir individualmente, y aún menos con hijos o familia que dependan de ellos; manteniéndose en un status social pobre o en extrema pobreza. (Ver Cuadro No.5 y No.7)

La Academia de Medicina de Medellín, establece que la desintegración familiar es uno de los factores de riesgo mayores en los adolescentes (3); observando así que el 68% de los adolescentes en el presente estudio, pertenecer a hogares desintegrados: 42.5% únicamente vivieron con su madre y hermanos; 18% con padre y abuelos; 5% con sus hermanos y 2.5% con sus abuelos; lo cual limita su educación formal y perspectivas futuras favorables o adecuadas. (Ver Cuadro No.6)

El trabajar antes de los 15 años es un factor de riesgo clasificado como menor en los adolescentes (3); en este estudio, los adolescentes dentro de la adolescencia temprana y media que trabajan constituyen el 24% y tardía el 36%, lo cual limita el desenvolvimiento de sus capacidades en forma integral. (Ver Cuadro No.7-A)

Al mantener relaciones sexuales se corre el riesgo de una fecundación no deseada con implicaciones de tipo social, económico y psicológico; influyendo el factor edad de la madre sobre la nutrición del niño (37). De los 200 adolescentes, solamente 53 (26.5%) afirmaron mantener relaciones sexuales; siendo 33 de sexo femenino y 20 de sexo masculino; con un 13.5% antes de los 16 años coincidiendo ambos sexos su inicio entre 14-19 años. (Ver Cuadro No. 9)

Nelson y Silber afirman que el alcohol y tabaco son las sustancias que los adolescentes abusan con mayor frecuencia en latino américa. En este estudio sólo 5% de los adolescentes admitió el consumo de drogas como cigarro y licor, únicamente 2 admitieron el consumo de marihuana; con inicio entre 10-16 años. (Ver Cuadro No. 10)

El riesgo psicosocial encontrado en los adolescentes fue: el trastorno depresivo, ansiedad o angustia que predominó en el sexo masculino, con problemas de cefaleas en 5.5% atribuidos principalmente a problemas personales; llanto en 5% de carácter sentimental y tendencia suicida 7.5% por depresión; en cambio en mujeres cefalea fue 2.5% atribuidos a tensión; llanto en 5% también de carácter sentimental y tendencia suicida 3% por resentimiento; predominando levemente el grupo etáreo entre 17-19 años. (Ver Cuadros No. 11, 12 y 13)

El trastorno psicótico fue evidenciado únicamente por el sexo masculino en un 4.5%, atribuido a tensión, problemas personales o miedo. (Ver Cuadro No. 14)

Dentro de los factores de riesgo en la atención médica de adolescentes, descritos por la Academia de Medicina de Medellín (3), presentados por los adolescentes en este estudio, podemos citar los siguientes:

Factores Mayores: deserción escolar (59%), relaciones sexuales antes de los 16 años (13.5%), trastornos psiquiátricos (31%), embarazo (10%), fuma antes de los 13 años (5.5%).

Factores Menores: Desintegración familiar (68%) y trabajo antes de los 15 años (23%). (Ver Cuadros No. 5 -14)

La mayoría de los adolescentes refieren necesidad de orientación e información sobre educación en salud (99%), educación sexual (95%), psicología 87.5%), formación profesional (93%), laboral (80%) y social (77.5%). (Ver Cuadro No. 15)

El principio fundamental en nuestro estudio de este grupo de adolescentes es la detección de sus necesidades básicas, las cuales quedan confirmadas a través de los resultados presentados, que a su vez nos sirven de fuente de información para la creación de un Proyecto de Atención Integral de los Adolescentes.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- El número de adolescentes consultantes a los servicios de Emergencia y Consulta Externa de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna durante los 6 meses fue de 1546, por lo que mensualmente consultan un promedio de 260 adolescentes de ambos sexos al Hospital General San Juan de Dios.
- 2.- Entre las primeras causas de morbilidad de los adolescentes están: accidentes con un 52.62%, divididos de la siguiente manera: fracturas 26.32%, herida cortocontundente 12.78%, esguinces 7.52%, trauma craneoencefálico 3% y quemaduras 3%; seguido por embarazo y parto con 24.81%, con embarazo en 15.79% y parto 9.02%; luego enfermedad común en 22.56% constituida por: asma bronquial 15.04%, síndrome convulsivo 3.76% e intoxicación 3.76%.
- 3.- El porcentaje de mortalidad en el período de estudio fue de 0% (cero).
- 4.- Las necesidades de atención en salud que tienen los adolescentes incluyen: morbilidad; hogares integrados; socioculturales y económicos; riesgos psicocociales, psicóticos y ambientales, educación en salud, educación sexual, psicología formación profesional y laboral.
- 5.- Los factores de riesgo de los adolescentes guatemaltecos detectados fueron: deserción escolar 59%, relaciones sexuales antes de los 16 años 13.5%, trastornos psiquiátricos 31%, embarazo 10%, fuman antes de los 13 años 5.5%, desintegración familiar 68%, trabajo antes de los 15 años (23%).
- 6.- El departamento de Cirugía (43.98%) es el que más porcentaje de atención brinda a los adolescentes, principalmente de sexo masculino, por patologías traumáticas; seguido por Medicina Interna (26.52%); Gineco-Obstetricia (22.64%) y en menor porcentaje Pediatría (6.86%).
- 7.- A los adolescentes les interesa recibir atención en forma gradual, progresiva y permanente, por lo que dadas las características socioculturales y necesidades biopsicosociales que tienen los adolescentes de ambos sexos, se considera necesario la implementación de un proyecto de Atención Integral del Adolescente, el cual ha sido elaborado para brindar atención integral, con participación multidisciplinaria e interdisciplinaria, a los adolescentes que acuden a los departamentos de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Se hace necesario la ejecución del Proyecto presentado de Atención Integral del Adolescente, lo más pronto posible, en un área adecuada en la que se pueda atender a nivel de Consulta Externa las patologías biopsicosociales; encontradas en el estudio, lo cual concuerda con el marco teórico; este departamento debe contar con personal multidisciplinario para resolver los problemas más frecuentemente encontrados en los adolescentes, siempre con participación multidisciplinaria de los demás departamentos del Hospital General San Juan de Dios.

El proyecto se puede ejecutar a través de una clínica que funcione como las demás, con horario matutino y vespertino, con participación multidisciplinaria para la atención del adolescente que lo necesite.

- 2.- Establecer reuniones periódicas de médicos escolares de establecimientos privados y públicos con médicos especialistas en atención integral del adolescente en el H.G.S.J.D.D.
- 3.- Promover un plan educacional sobre riesgos en adolescentes en la población guatemalteca adolescente de establecimientos públicos y privados, brindándoles información científica y biopsicosocial para motivarles responsabilidad personal y social en cualquier ámbito en que se desenvuelvan.
- 4.- Promover la participación multisectorial de instituciones con programas especializados en Atención Integral del Adolescente

XI. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio longitudinal descriptivo retrospectivo en el Hospital General San Juan de Dios, en adolescentes de ambos sexos, durante los meses de julio-diciembre 1993 y prospectivo durante los meses de abril-mayo 1994; utilizando una muestra de 133 y 200 adolescentes respectivamente, en el cual se investigó la necesidad de crear un proyecto de Atención Integral del Adolescente.

La adolescencia es la etapa de crisis juvenil, con cambios biopsicosociales, en que se ha perdido el equilibrio de niño y no ha alcanzado el equilibrio de adulto, preparación para la integración en la sociedad.

Los adolescentes incluidos en el estudio estuvieron comprendidos dentro de las edades de 10-19 años 11 meses, de ambos sexos, durante los meses de julio-diciembre 1993 a través de una boleta de recolección de datos y abril-mayo 1994 a través de una encuesta quienes consultaron a los servicios de Emergencia y Consulta Externa de los departamentos de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios.

Se determinaron las causas de morbilidad, factores de riesgo, necesidades de atención en salud en los adolescentes y sus determinantes socioculturales influyentes, que condicionan la necesidad de Atención Integral del Adolescente.

En la investigación se detectó que la población adolescente es un grupo con características y patologías propias influidas socioculturalmente, como por ejemplo deserción escolar 59%, trastornos psiquiátricos 31%, desintegración familiar 68%, embarazo 15.79%, accidentes 52.62% y otros; por lo que merecen atención especial como grupo específico, brindándoles atención integral a sus necesidades, con el fin de resolver sus problemas más frecuentes y prevenir consecuencias nefastas.

Todo esto, hace imperante la necesidad de ejecutar un Proyecto de Atención Integral del Adolescente para que se lleve a cabo en el Hospital General San Juan de Dios y que progresivamente se extienda en forma multidisciplinaria y multisectorial a todo nuestro país. Permittiéndosele al adolescente crecer y desarrollarse al máximo de sus capacidades, para resolver problemas comunes propios de su edad, prevenir situaciones de morbilidad y factores de riesgo que le acechan, así como para desempeñar un mejor rol en su familia, comunidad y sociedad guatemalteca en que vive.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Academia Americana de Pediatría. Programa de Educación Continuada en Pediatría. Revista Pediátrica. U.S.A., Volumen 2, Número 6, 1982. (pp. 221-224).
- 2.- APROFAM. Los Derechos de la Juventud. Guatemala, C.A.; Centro de Documentación, Año V, No. 3. 1985. (pp. 1-15).
- 3.- Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Factores de riesgo en la Atención Médica de Adolescentes. Argentina, Revista Pediátrica, Epoca V, Vol. 4, No. 18. Febrero, 1990. (pp. 5-11).
- 4.- Asociación Demográfica Costarricense. Cómo Planear mi Vida. Costa Rica, C.A.; Copyright. 1990. (pp. 171-173).
- 5.- Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES). Encuesta sobre Salud y Educación Sexual de Jóvenes. Guatemala, C.A., Unidad de Educación y Adiestramiento, 1988. (pp. 36).
- 6.- CHILDHOPE. Diagnóstico Situacional de las Adolescentes de y en la Calle de la Ciudad de Guatemala. Guatemala, C.A.; Unidad de Educación y Adiestramiento. 1988. (pp. 36).
- 7.- Caja Costarricense de Seguro Social. Características Psicosociales del Adolescente Marginal. Costa Rica; Revista Prevención, Vol. 4, No. 18. Enero 1992. (pp. 1-4)
- 8.- Comisión Nacional de Atención Integral del Adolescente. Juventud en Cifras, Costa Rica, 1980-1992. San José, Costa Rica, OPS - OMS, 1992. (pp.1, 76-85, 135).
- 9.- Contreras E., Edgar A. Conocimientos y Actitudes sobre Sexualidad y Métodos Anticonceptivos en Estudiantes de Educación Media. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, C.A., 1992. (pp. 17, 25-26).
- 10.- Duarte T., Alberetina. Proyecto "Janela". Proyecto de Prevención Primordial en Salud Integral del Adolescente. San Pablo, Brasil. OPS - OMS, octubre 1992. (pp. 4-6).
- 11.- Edward R., Christophersen. The Pediatric Clinics of North America. U.S.A., Volume 39, Number 3, Guest Editors, June 1992. (pp. 518-519).

- 12.- Everest. Diccionario de la Lengua Española. España; Editorial Everest, S.A., 1987. (pp. 54, 500.721,935, 1001).
- 13.- Fabian M., José L. Actitudes y Conductas Sexuales del Estudiante Universitario de Egreso. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, C.A.; 1991. (pp. 20).
- 14.- Ganong, William. Desarrollo y Funciones del Aparato Reproductor en su: Fisiología Médica. Décima edición; México D.F.; Editorial el Manual Moderno S.A.; 1986. (pp. 353-361).
- 15.- Gesell, Arnold. El Adolescente de 10-16 años. Argentina, Buenos Aires; Editorial PAIDOS; 1980. (pp. 378-385).
- 16.- Lawrence, Neinstein. Adolescent Health Care. U.S.A.; Baltimore; 1984. (pp. 507-514).
- 17.- Magaña L., Byron D. Conocimientos, Creencias y Prácticas sobre Educación Sexual en Estudiantes que Cursan en Nivel Diversificado de Enseñanza. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala, C.A.; 1990. (pp. 16,17,41-444,58-68).
- 18.- Mejía, Giovanni. Recopilaciones que el Adolescente debe Leer Guatemala, C.A.; CONAD, Impresos Garve, S.A. 1993. (pp. 31-43, 133-158).
- 19.- Merle A., Sande M. Manejo Médico del SIDA. México, D.F.; Editorial Interamericana Mc Graw Hill; Segunda Edición; 1992. (pp. 394-399).
- 20.- Montecinos, Edith. Hacia la Atención Integral de la Adolescencia en Costa Rica. San José, Costa Rica; Serie Mujer, Niño, Adolescente. Monografías OPS/OMS. 1991. (pp. 23-26)
- 21.- Monroy, Anameli. I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes. México, D.F.; Editorial Manautou; 1986. (pp. 58-61).
- 22.- Nelson, Waldo. Pubertad y Adolescencia en su: Tratado de Pediatría de Nelson; 13a. edición, Volumen I; México, D.F.; Editorial Interamericana Mc Graw Hill; 1989. (pp. 20-25, 49 50,463-468, 472-474).
- 23.- Océano. Enciclopedia de la Psicología. La Adolescencia. España; Ediciones Océano; 1982. (pp. 14-18, 102,103,139, 242-262).

- 24.- Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. Washington D.C., U.S.A; Publicación Científica; 1985. (pp. 30-35).
- 25.- Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS). Seminario sobre Enfermedades Venéreas. Washington D.C., U.S.A; Publicación Científica; 1985. (pp. 56-72).
- 26.- Pediatric Anuals. Adolescent Sexuality. U.S.A; CME QUIZ; Volume 20, Number 6; 1991. (pp. 323-324).
- 27.- Plan Nacional de Juventud. Estudio Preliminar sobre la Juventud Guatemalteca. Guatemala, C.A.; Impre Offset Profesional. 1988. (pp. 12-19).
- 28.- Rodas G., Luis F. Conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual en Estudiantes Universitarios de Primer Ingreso. Tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; Guatemala C.A.; 1990. (pp.25-29).
- 29.- Rodríguez A., German. El Problema de las Drogas. Guatemala C.A.; Editorial José de Pineda Ibarra; 1983. (pp.18-21, 38-43).
- 30.- Rodríguez R., Julieta. Adolescencia y Salud. Segunda Antología. San José de Costa Rica; Publicaciones CCSS; 1993. (pp. 3-14,95-101).
- 31.- Rodríguez R., Julieta. Adolescencia y Salud. Tercera Antología. San José de Costa Rica; Publicaciones CCSS; 1993. (pp. 23-27,56-59,85,86).
- 32.- Rodríguez R., Julieta. Adolescencia y Salud. Cuarta Antología. San José de Costa Rica; Publicaciones CCSS; 1993. (pp. 188-194, 205-212).
- 33.- SEGEPLAN. Desarrollo Humano en Guatemala. Plan de Acción de Desarrollo Social. Guatemala, C.A.; SEGEPLAN. 1991. (pp. 2)
- 34.- Silber, Tomás J. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington DC, U.S.A; OPS - OMS; 1992. (pp.3, 67-72, 75-77, 97, 519-527).
- 35.- Snedecor, E. W. Statistical Methods. The Iowa State University press. 6th. edition, Ames Iowa, U.S.A. 1976. (pp. 517).

- 36.- Sociedad Chilena de Pediatría. Aspectos Clínicos, Epidemiológicos y de Laboratorio de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Pediatría. Santiago de Chile; Revista; Publicaciones Index Medicus; 1991. (pp. 25-26).
- 37.- UNICEF. Situación de las Adolescentes Centroamericanas. Tendencias y Perspectivas. Guatemala, C.A.; Copyright. 1991. (pp. 6-24, 34-45).
- 38.- UNICEF, SNF, OPS. Adolescencia. San Salvador, El Salvador, C.A.; Publicación de la Secretaría Nacional de la Familia. 1992. (pp. 12-15).
- 39.- White, Dorothy A. Medical Management of AIDS Patients. The Medical Clinics of North America. Volumen 76, Number 1, January 1992. (pp. 1-15).

XIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FASE III. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
INVESTIGADOR: ALMA IRIS GRAMAJO FUENTES.

BOLETA PARA RECOLECCION DE DATOS

- 1.- Historia Clínica: _____
- 2.- Edad: _____
- 3.- Sexo: _____
- 4.- Diagnóstico de Ingreso, Egreso o Defunción _____

Guatemala, julio a diciembre 1993.

ANEXO No. 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FASE III. FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
INVESTIGADOR: ALMA IRIS GRAMAJO FUENTES.

ENCUESTA

INSTRUCCIONES:

Por favor conteste las preguntas que a continuación se le plantean, las cuales son estrictamente de tipo confidencial, con el único propósito de conocer la necesidad de instalar una clínica especializada para atención integral del adolescente. GRACIAS

- 1.- Edad (años) 10 - 13 _____ 14 - 16 _____ 17 - 19 _____
- 2.- Sexo Masculino _____ Femenino _____
- 3.- Estado Civil Soltero _____ Casado _____ Unido _____
Otro (especifique) _____
- 4.- Escolaridad Ninguna _____ Primaria _____
Secundaria _____ Universitaria _____
- 5.- Considera necesario el establecimiento de una clínica que
brinde atención sólo a los adolescentes SI _____ NO _____
Por qué _____
- 6.- Actualmente desempeña algún trabajo SI _____ NO _____
- 7.- En qué trabaja _____
- 8.- Con quién vivió en su niñez
Padre y madre _____ Padre _____ Madre _____ Tíos _____
Hermanos _____ Abuelos _____ Otro (especifique) _____
- 9.- A qué se dedica en su tiempo libre
Estudiar _____ Trabajar _____ Deporte _____ Arte _____
Ver televisión _____ Escuchar música _____ Otro _____
- 10.- Qué le gustaría hacer en su tiempo libre
Estudiar _____ Trabajar _____ Deporte _____ Arte _____
Ver televisión _____ Escuchar música _____ Otro _____
- 11.- Cuáles son las causas por las que ha consultado al hospital o
médico particular
Enfermedad común _____ Accidentes _____ Alcoholismo _____
Drogadicción _____ Enfermedades venéreas _____
Embarazo _____ Otro (especifique) _____
- 12.- A qué edad inició relaciones sexuales
10 - 13 años _____ 14 - 16 años _____ 17 - 19 años _____
- 13.- Tiene antecedentes penales SI _____ NO _____
Por qué _____
- 14.- Consume o ha consumido drogas SI _____ NO _____
Licor _____ Cigarro _____ Marihuana _____ Otro _____
- 15.- A qué edad empezó el consumo de drogas
Menor de 10 años _____ 10 - 13 años _____
14 - 16 años _____ 17 - 19 años _____

- 16.- Tiene fuertes dolores de cabeza frecuentemente
 SI _____ NO _____ A qué lo atribuye
 Problemas personales _____ Problemas familiares _____
 Enfermedad _____ Otro (especifique) _____
- 17.- Llora con mucha frecuencia SI _____ NO _____
 Por qué _____
- 18.- Ha tenido la idea de acabar con su vida SI _____ NO _____
 Por qué _____
- 19.- Siente que alguien le persigue o ha tratado de hacerle daño
 SI _____ NO _____
 Por qué _____
- 20.- Sobre qué aspectos le gustaría que le dieran más información
 Educación en Salud _____ Educación Sexual _____
 Psicología _____ Vocacional _____ Laboral _____
 Social _____ Otro (especifique) _____

ANEXO No. 3

"PROYECTO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE"

INTRODUCCION

Se entiende por Atención Integral del Adolescente al bienestar del adolescente como unidad biopsicosocial; considerando recursos humanos conocedores de la problemática de la adolescencia y contar con servicios adecuados que den respuesta a sus necesidades

El Proyecto de Atención Integral del Adolescente, es un proyecto de cobertura nacional, con complejidad en un tercer nivel de atención, ya que lo constituye el Hospital General San Juan de Dios, el cual cuenta con todas las especialidades clínicas; brindando una atención diferenciada e integral a la población adolescente de ambos sexos, entre 10 y 19 años 11 meses, sin distinciones de raza, credo y condición social; para promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de los y las adolescentes, dentro de su contexto familiar y social, a través de equipos inter y multidisciplinarios.

El Proyecto de Atención Integral del Adolescente se elaboró en base a los recursos disponibles en el Hospital General San Juan De Dios y que se adecúa a las necesidades de atención de los adolescentes.

JUSTIFICACION

Los adolescentes necesitan niveles de prevención primaria, con capacitación para su adecuado crecimiento y desarrollo, así como búsqueda de identidad e independencia, desarrollo de creatividad, autoestima, juicio crítico, sensibilidad, afectividad, proyecto de vida, sexualidad, educación; para prevenir disturbios afectivos y de conducta, disturbios de aprendizaje, violencia social y ecológica, embarazo, drogas, enfermedades de transmisión sexual, accidentes, suicidios y enfermedades comunes.

Con este proyecto se pretende brindar atención integral al adolescente; por medio de personal interdisciplinario y multidisciplinario conocedores de la problemática del adolescente.

Conviene ejecutar este proyecto en la Consulta Externa de Adultos, ya que es el departamento que más adolescentes consultan por diversos problemas biopsicosociales, además de contar con equipo multidisciplinario que pueda realizar acciones de prevención primaria para los adolescentes guatemaltecos.

PROPOSITO

Promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de los y las adolescentes; reducir la morbilidad y mortalidad de este grupo.

OBJETIVOS

- 1.- Promover y desarrollar en los y las adolescentes conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, a través de acciones de información, comunicación y educación multidisciplinariamente, para favorecer en ellos estilos de vida saludables.
- 2.- Brindar a los adolescentes cuidados directos a través de las consultas de atención integral con el fin de reducir su morbilidad.
- 3.- Promover la capacitación del recurso humano del Proyecto mediante un proceso de educación permanente, para que brinden una atención de calidad.
- 4.- Contribuir a la apertura del Proyecto a nivel nacional, subregional y regional.

PROGRAMACION Y ADMINISTRACION

- El Proyecto de Atención Integral del Adolescente será ejecutado en un área geográfica definida.
- Hay un proyecto escrito con actividades de atención integral del adolescente.
- Se efectuará una evaluación periódica para el cumplimiento del proyecto.
- Se realizará reuniones periódicas para discutir aspectos administrativos relacionados con la atención de adolescentes.
- Las consultas subsecuentes serán registradas en el libro de Reconsultas.
- Habrá un sistema organizado de interconsultas especializada, interdisciplinaria y multidisciplinariamente dentro del Hospital General San Juan de Dios.
- El horario de atención se adecúa al de las demás clínicas de la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios y a las necesidades de los adolescentes del área.
- Se asignará para la atención de cada adolescente un mínimo de quince minutos.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

- Se realizará una evaluación integral biopsicosocial de cada adolescente consultante.
- Se aplicará el criterio de riesgo en la prevención y tratamiento de las situaciones más frecuentes en que se encuentre el adolescente.
- Se llevará a cabo una historia clínica a cada adolescente y se realizarán anotaciones en cada consulta, registrando historia biopsicosocial, examen físico completo, patología o situación encontrada, plan diagnóstico y terapéutico.
- Se utilizarán tablas estandarizadas para evaluar el crecimiento y desarrollo del adolescente.
- Se utilizarán los estadios de Tanner para determinar la madurez sexual del adolescente consultante.
- Se realizará promoción, evaluación y tratamiento de la salud mental del adolescente.
- Se realizará interconsultas a especialistas en forma interdisciplinaria cuando el caso lo amerite.
- Se referirá al servicio de emergencia casos como intento de suicidio, intoxicación, coma y accidentes para su tratamiento inmediato.
- Se llevará registro diario de las actividades de todos los integrantes del equipo de salud.
- Se realizará informes estadísticos periódicos.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Atención personalizada de las patologías o afección biopsicosocial encontrada en el adolescente, por médico o especialistas.
- Referencia o interconsulta de pacientes con especialistas.
- Educación para la salud: reproductiva, sexual, bucodental, laboral, vocacional, en forma personal o grupal.
- Prevención de riesgos psicosociales a través de educación en salud mental, personal o grupalmente.
- Se obtendrán documentos para distribuirlos a los adolescentes sobre crecimiento y desarrollo, prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, sexualidad, prevención de accidentes y otros concernientes a su educación general.
- Ambulatoriamente, se brindará apoyo mediante charlas y distribución de material con educación en salud, a las escuelas, colegios e institutos, mediante el personal médico y administrativo de esas instituciones.
- Conforme se extienda el proyecto se realizarán actividades como: clubes de lectura; grupos de teatro, danza, arte, música; grupos deportivos; excursiones; videoforos; y vínculos extrasectoriales con ministerios de Educación, Cultura, Deporte, Arte; de acuerdo a las necesidades del adolescente.

CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS

Los adolescentes tienen características propias, por lo que el personal y los servicios deben estar dedicados específicamente a este grupo y que cumplan con las normas establecidas en el Proyecto de Atención Integral del Adolescente.

a.- Planta Física:

- Se dispondrá de una clínica exclusiva para la atención individual del adolescente.
- La clínica estará ubicada en la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios.
- La clínica medirá aproximadamente 5 m .
- La clínica dispondrá de lavamanos.
- La clínica tendrá un biombo que divida el ambiente para vestuario del paciente.
- Habrá un espacio con instrumentos para pesar y medir al paciente.
- Habrá iluminación natural y artificial en la clínica.
- Los pisos y paredes de la clínica serán de material lavable.
- Existirán carteleras para colocar el material educativo, anuncios y sugerencias.
- Estará disponible una línea telefónica directa para consulta de las necesidades expresadas por los adolescentes, y una extensión intrahospitalaria para interconsultas.

b.- Recursos Humanos:

Constituido por un equipo interdisciplinario y multidisciplinario.

- 1.- GINECO-OBSTETRA: Preferiblemente de tiempo completo (8 horas) o medio tiempo (4 horas), devengando un salario de Q.3000.00 o Q.1500.00 respectivamente al mes.
- 2.- PEDIATRA: Para interconsulta a medio tiempo, con un salario de Q.1500.00 mensualmente.
- 3.- PSIQUIATRA: Para interconsulta a medio tiempo, con un salario de Q.1500.00 mensualmente.
- 4.- ODONTOLOGO: Para interconsulta a medio tiempo, con un salario de Q.1500.00 mensualmente.
- 5.- PSICOLOGA: Para interconsulta a medio tiempo, con un salario de Q.875.00 mensualmente.
- 6.- TRABAJADORA SOCIAL: Para interconsulta a medio tiempo, con salario mensual de Q.875.00 mensualmente.
- 7.- NUTRICIONISTA: Para interconsulta a medio tiempo, con un salario mensual de Q. 1000.00 mensualmente.
- 8.- ENFERMERA GRADUADA a tiempo completo, con un salario de Q.1050.00 mensualmente.

- 9.- ENFERMERA AUXILIAR a tiempo completo, con un salario de Q. 875.00 mensualmente.
- 10.- PERSONAL DE ASEO Y LIMPIEZA con orientación para el trato con adolescentes, a tiempo completo, con un salario mensual de Q. 700.00.

c.- Recursos Materiales:

- Todos los elementos estarán disponibles para el funcionamiento de la clínica de Atención Integral del Adolescente.
- Una mesa de examen, dos sillas, un escritorio, un biombo.
 - Una mesa de examen ginecológico con escalera, lámpara, carro de curaciones equipado, un lavamanos.
 - Una balanza de pie con tallímetro.
 - Bajalenguas, hisopos y guantes descartables.
 - Equipo de otorrinolaringólogo, un estetoscopio, un esfigmomanómetro, un orquidómetro.
 - Medios para evaluar agudeza visual y colores.
 - Espejuelos de varios tamaños esterilizables.
 - Recipientes adecuados para desechos y basura.
 - Archivos para documentos e historias clínicas, papelería de escritorio y para Rayos X, laboratorios, papanicolau, recetas
 - Cartelera para colocar material educativo y teléfono directo.

d.- Suministros y Servicios de Apoyo:

- Medicamentos en calidad, tipo y presentación adecuada para las necesidades de los adolescentes.
- Diversos tipos de anticonceptivos; Multistix, Dextrostix.
- Vacunas normatizadas para adolescentes.
- Material de registro y estadística (F-4); libro para Citas.
- Material de escritorio y material educativo para adolescentes
- Provisión de ropa limpia y toallas.

El costo total para iniciar el funcionamiento del Proyecto de Atención Integral del adolescente será aproximadamente de Q. 40,000.00.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PAPEL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

El Proyecto de Atención Integral del Adolescente, considera la participación activa de los y las adolescentes como un elemento fundamental del mismo, que debe estar presente en todos los niveles de prevención y atención.

Su participación buscará estimular su creatividad, aumentar su autoestima, estructurar su tiempo libre, ofrecerles un espacio para hacer un análisis crítico-reflexivo de su realidad y de su problemática, lo que les permita una búsqueda de alternativas en la satisfacción de sus necesidades propia, las de su familia y las de su comunidad.

Se busca además que asuman el autocuidado de su salud responsable y activamente y que se conviertan en agentes de cambio favorable para su comunidad y la sociedad guatemalteca.

PAPEL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y MULTIDISCIPLINARIO:

Brindar una atención integral a las necesidades de los y las adolescentes; mantener una posición objetiva ante las actitudes de los adolescentes y abstenerse de emitir juicios condenatorios; garantizar confidencialidad de las consultas; tomar en cuenta sus intereses en la toma de decisiones; ser conscientes de sus propias limitaciones para que éstas no interfieran en su ejercicio profesional y poseer los conocimientos y destrezas apropiados.

EVALUACION

Se realizará una evaluación mensual o trimestras de las actividades desarrolladas y si se cumple con las normas establecidas en el Proyecto de Atención Integral del Adolescente.

Periódicamente se reunirá el equipo multidisciplinario para planificar charlas grupales dirigidas a los adolescentes, con temas de carácter biopsicosocial y verificar que se lleven a cabo en las fechas establecidas.

Semanalmente se evaluará el adecuado funcionamiento del equipo y material disponible en la clínica, así como la correcta utilización de la papelería llevada.

Se evaluará la articulación y comunicación del proyecto con escuelas, colegios e institutos del área.