

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE
DEL ÁREA METROPOLITANA”**

Estudio descriptivo realizado en adolescentes atendidos
en el Programa de Niñez y Adolescencia de la municipalidad
de Guatemala del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto
Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller
Guatemala, Gerona zona 1, Guatemala.

enero – junio 2011

**Mario René Gil Ovalle
Laura Sofía Reyna Soberanis
Luis Fernando Lucero Morales**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2011

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE
DEL ÁREA METROPOLITANA”**

Estudio descriptivo realizado en adolescentes atendidos
en el Programa de Niñez y Adolescencia de la municipalidad
de Guatemala del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto
Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller
Guatemala, Gerona zona 1, Guatemala

enero – junio 2011

TESIS

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

POR

**Mario René Gil Ovalle
Laura Sofía Reyna Soberanis
Luis Fernando Lucero Morales**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2011

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Mario René Gil Ovalle	200510120
Luis Fernando Lucero Morales	200510265
Laura Sofía Reyna Soberanis	200510272

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE
DEL ÁREA METROPOLITANA"**

**Estudio descriptivo realizado en adolescentes atendidos
en el Programa de Niñez y Adolescencia de la municipalidad
de Guatemala del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto
Normal Central para Señoritas "Belén" y Escuela Taller
Guatemala, Gerona zona 1, Guatemala**

enero - junio 2011

Trabajo asesorado por la Dra. Alitzá Juárez de Andretta y revisado por el Dr. Héctor Emilio Soto Rodas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, dieciocho de julio del dos mil once.

DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Mario René Gil Ovalle	200510120
Luis Fernando Lucero Morales	200510265
Laura Sofía Reyna Soberanis	200510272

han presentado el trabajo de graduación titulado:

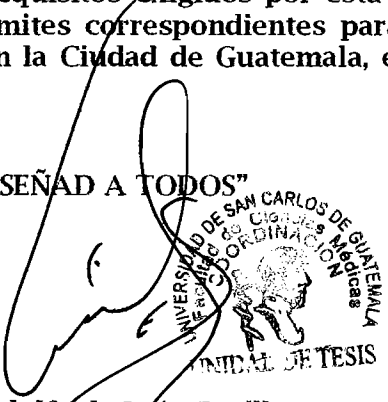
**“CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE
DEL ÁREA METROPOLITANA”**

**Estudio descriptivo realizado en adolescentes atendidos
en el Programa de Niñez y Adolescencia de la municipalidad
de Guatemala del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto
Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller
Guatemala, Gerona zona 1, Guatemala**

enero - junio 2011

El cual ha sido revisado y corregido por el Profesor de la Unidad de Trabajos de Graduación -UTG- Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciocho de julio del dos mil once.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Coordinador

Guatemala, 18 de julio del 2011

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

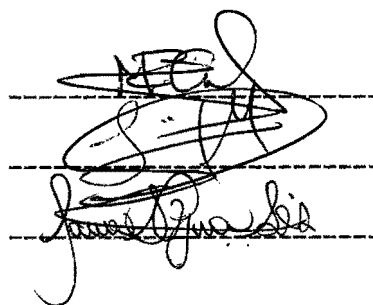
Dr. de León Barillas:

Le informo que los estudiantes abajo firmantes:

Mario René Gil Ovalle

Luis Fernando Lucero Morales

Laura Sofía Reyna Soberanis



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE
DEL ÁREA METROPOLITANA"**

Estudio descriptivo realizado en adolescentes atendidos
en el Programa de Niñez y Adolescencia de la municipalidad
de Guatemala del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto
Normal Central para Señoritas "Belén" y Escuela Taller
Guatemala, Gerona zona 1, Guatemala

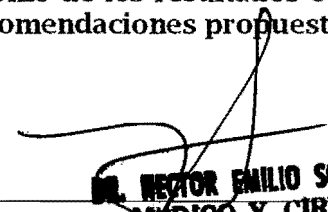
enero - junio 2011

Del cual como asesora y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Aseñora
Firma y sello

Dra. Alitzá Juárez de Andretta
Medico y Cirujano
Col. 3328



DR. HECTOR EMILIO SOTO RODAS
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2748
Firma y sello
Reg. de personal 11677

RESUMEN

Objetivo: Describir las características biopsicosociales de los adolescentes del área metropolitana atendidos en el Programa Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala pertenecientes al Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala, en el año 2011. **Metodología:** Se entrevistó a 801 adolescentes de primero básico a séptimo magisterio inscritos en el año 2011 en los tres centros educativos mencionados por medio del CLAP Historia del Adolescente versión 2010. **Resultados:** El 58% de los adolescentes fue de sexo femenino y 79% fueron mestizos. El 81% de los adolescentes provino de Guatemala, el 5.8% de Mixco y el 4% de San Juan Sacatepéquez. Entre los antecedentes personales, 85% fueron vacunados y en los antecedentes familiares 48% refirieron enfermedades cardiovasculares. El 98% de los adolescentes viven en su casa, mayormente con sus padres y 64% percibe la relación familiar como buena. El 46% de los padres tienen nivel de educación primario. Más del 90% de los hogares cuentan con servicios básicos y el 34% vive en hacinamiento. El 17% de los adolescentes trabaja, mayormente en la mañana (8%) por razones económicas (8%). En la escuela, 15% ha sufrido de violencia escolar y 51% ha repetido algún año. El 2% consume alcohol, 5% fuma y 3% consume drogas frecuentemente. El 10% son sexualmente activos pero solamente 34% usa condón con regularidad y 11% otro método anticonceptivo. El 35% presentaron estado nutricional inadecuado. **Conclusiones:** El sexo más común fue el femenino, la procedencia más frecuente fue Guatemala y la mayor parte fueron ladinos, vacunación fue el antecedente personal más frecuente e hipertensión arterial el antecedente familiar más habitual, la mayoría de los padres tienen nivel educativo primario, gran parte de los hogares cuentan con servicios básicos, un sexto ha sufrido de violencia escolar; se encuentra consumo de alcohol, cigarrillos y drogas; de la décima parte que es sexualmente activo menos de la mitad utilizan algún método anticonceptivo y más de un tercio del total tiene un estado nutricional anormal.

Palabras clave: Características, adolescencia, metropolitano, Guatemala.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. Marco teórico	7
3.1 Contextualización del área de estudio	7
3.2 Adolescencia	8
3.2.1 Generalidades	8
3.2.2 Crecimiento y desarrollo del adolescente: fases madurativas	9
3.2.2.1 Pubertad y estadíos de Tanner	11
3.2.3 Antecedentes personales de los adolescentes	12
3.2.3.1 Antecedente de vacunación infantil	12
3.2.3.2 Enfermedades infectocontagiosas y crónicas	13
3.2.3.3 Educación preescolar	16
3.2.4 Antecedentes familiares de los adolescentes	16
3.2.4.1 Violencia y violencia intrafamiliar	16
3.2.4.2 Padres adolescentes	18
3.2.5 Antecedentes sociales de los adolescentes	20
3.2.5.1 Estructura familiar y escolaridad de los padres	20
3.2.5.2 Características de la vivienda	21
3.2.5.3 Condiciones económicas y de trabajo	22
3.2.5.4 Educación	23
3.2.5.5 Vida social: distribución del tiempo libre	26
3.2.5.6 Hábitos y consumos	28
3.2.6 Sexualidad, salud sexual y reproductiva	34
3.2.6.1 Anticoncepción y adolescencia	37
3.2.6.2 Embarazos adolescentes	39
3.2.6.3 VIH/SIDA	41
3.2.6.4 Enfermedades de Transmisión Sexual	43
3.2.7 Salud mental y redes de apoyo social	44
3.2.8 Situación actual de adolescente en Guatemala	46
3.2.8.1 Situación de salud del adolescente en Guatemala	48

4. Metodología	51
4.1 Tipo y diseño de investigación	51
4.2 Unidad de análisis	51
4.2.1 Unidad primaria de muestreo	51
4.2.2 Unidad de análisis	51
4.2.3 Unidad de información	51
4.3 Población y muestra	51
4.3.1 Población	51
4.3.2 Muestra	51
4.4 Selección de los sujetos de estudio	52
4.5 Definición y operacionalización de variables	53
4.6 Técnicas, procedimiento e instrumento utilizado en la recolección de datos....	71
4.6.1 Técnica de recolección de datos	71
4.6.2 Procedimiento	72
4.6.3 Instrumento de recolección de datos	73
4.7 Procesamiento y análisis de datos	74
4.7.1 Procesamiento de datos	74
4.7.2 Análisis de datos	74
4.8 Alcances y límites de la investigación	74
4.8.1 Alcances	74
4.8.2 Límites	74
4.9 Aspectos éticos de la investigación	75
5. Resultados	77
6. Discusión	93
7. Conclusiones	105
8. Recomendaciones	109
9. Aportes	111
10. Referencias bibliográficas	113
11. Anexos	123

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora. (1) Los adolescentes son una fuerza demográfica, económica y de salud que contribuyen a su comunidad por medio de trabajo y constituyen la salud de las poblaciones adultas del futuro; (2) es por eso que hay razones de derechos humanos, de salud pública y económicas para invertir en los adolescentes. (3) El adolescente como grupo a nivel global es sumamente vulnerable, se encuentra en una etapa formativa importante donde es posible moldear sus hábitos para adquirir estilos de vida saludables, disminuyendo los riesgos de las principales causas de morbilidad y mortalidad en este grupo y su riesgo de padecer enfermedades en la edad adulta ya que dos tercios de las muertes prematuras en adultos se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. (2) (4) Si se consigue tener una mejor idea de cómo viven y se desarrollan los adolescentes, y es posible eliminar algunas de las causas que provocan conflictos, se puede prevenir la aparición de patologías, de manera aguda como crónica y lograr así el desarrollo de todo el potencial de este período de la vida. (5)

América Latina y el Caribe cuentan con una población predominantemente joven, en donde el 30% del total de la población está comprendida entre los 10 a 24 años. El área metropolitana de Guatemala comprende 12 municipios en los que habitan aproximadamente 3 millones de personas de los cuales alrededor del 23.6% son adolescentes. (6) Ya que 1 de cada 5 personas es adolescente, la importancia de este grupo poblacional es tal que dos objetivos del milenio, el número 5 (mejorar la mortalidad materna) y el 6 (combatir el VIH/SIDA) se encuentran enfocados al mejoramiento de la salud de los adolescentes. (4) (7)

El primer estudio global y regional de mortalidad en adolescentes fue patrocinado en la famosa revista médica británica The Lancet en 2009. El estudio encontró de 2-6 millones de personas entre 10 y 24 años mueren cada año y 97% de estas muertes se producen en países en desarrollo. Las principales causas de mortalidad eran prevenibles y tratables, encontrándose entre las principales: los accidentes de tránsito, las complicaciones durante el embarazo y parto, suicidio, violencia VIH/SIDA y tuberculosis. (3)

Sin embargo no es nada fácil encontrar estadísticas de adolescentes por grupos determinados, pues los programas actuales de salud no son atractivos para los

adolescentes y no tienen confianza con el personal de salud además de que los adolescentes se sienten generalmente saludables y no utilizan tanto los sistemas de salud pública, hace que no se les ponga tanta atención en este ámbito ni en el apoyo social que necesitan fuera de las instituciones de salud. (7) (8) Es por esto que estudios retrospectivos realizados en Centroamérica indican que los adolescentes guatemaltecos presentan numerosos factores de riesgo que no ha sido posible corregir y que su acceso a la salud es deficiente. (9) A esto debemos que solamente el 40% de los adolescentes tenga información correcta sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión, que el 40% de los casos nuevos de VIH/SIDA cada año sean en adolescentes, que Guatemala tenga el tercer lugar en la tasa de natalidad en adolescentes de la región solamente después de Honduras y Nicaragua, que cada año 1 de cada 20 adolescentes contraiga una Enfermedad de Transmisión Sexual y que cada día se incrementen más los índices de violencia sexual. (10) (11) (8) (12) Y el problema no se queda en el área de salud sexual, abarca todo el campo de la salud pues la desnutrición y anemia en adolescentes también son prevalentes en Guatemala, donde el 48% de los adolescentes tienen anemia según estudios del International Center for Research on Women y United States Agency (ICRW/USAID), siendo una de las tasas más altas de la región. (13)

En Guatemala se observa¹ que a pesar de existir servicios de atención para los adolescentes la información que se obtiene derivada de la misma no se sistematizan y automatiza, por lo cual no se cuenta con información de calidad que permite conocer el perfil de salud integral de este grupo, teniéndose información a nivel nacional, regional o departamental, pero no así, a nivel de municipio, zonas o barrios, lo cual se constituye en un problema importante para la toma de decisiones a nivel local, la focalización de las acciones y para lograr impacto a nivel individual y poblacional.

El antecedente de usar el Sistema de Información del Adolescente (SIA) en la atención de los adolescentes por parte del Ministerio de Salud, la Clínica de Atención del Adolescente del Hospital San Juan de Dios y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); en el año 2009 la Municipalidad de Guatemala, implementó el Programa Niñez y Adolescencia el cual tiene dentro de sus objetivos brindar atención integral y diferenciada a adolescentes y jóvenes del municipio de Guatemala, dentro del contexto de la salud

¹ Dr. E. Velásquez del Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala.

urbana, haciendo énfasis en la implementación de acciones de Prevención de la enfermedad y promoción de la salud de los adolescentes, implementándose en el año 2010 el SIA.

Los programas que se enfoquen a los adolescentes necesitan saber cómo interactúan todas las características biológicas, psicológicas y sociales de grupos específicos y cómo esto afecta las oportunidades de los adolescentes. (14)

Una mayor inversión en salud del adolescente podría evitar a nivel mundial en un año: 1.4 millones de muertes entre personas de 10 a 19 años por accidentes de tránsito, evitar el contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual en 6,500 adolescentes al día, disminuir las complicaciones durante el embarazo y parto un 23% del total, prevenir los 4 millones de abortos en adolescentes, evitar los 90,000 suicidios adolescentes y 40% de los casos nuevos de VIH/SIDA. A su vez el promover estilos de vida saludable disminuyendo los 75 millones de adolescentes fumadores e incrementando el 4% de los adolescentes que hace actividad física, podría mejorar la salud y prevenir problemas futuros como enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón. También permite romper el ciclo intergeneracional de enfermedad al evitar problemas que afectan a las próximas generaciones como prematuridad y bajo peso al nacer disminuyendo la talla baja a futuro y la anemia que actualmente son del 27% y 48% respectivamente en la población urbana de Guatemala. (11) (13) (3) (14) (15)

Este estudio descriptivo y transversal realizado en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala tuvo el objetivo general de describir las características biopsicosociales del adolescente del área metropolitana atendidos en el Programa Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala. Los datos generados servirán como un marco de referencia para la toma de decisiones por parte de las autoridades municipales y encargados de salud que trabajan con adolescentes.

La recolección de datos se llevó a cabo durante un período de 8 semanas para lo cual se utilizó un instrumento de recolección de datos estandarizado, que se trabajó con los adolescentes que accedieron a participar en el estudio. Tras tabular y analizar los datos se encontró que el sexo más común fue el femenino y la etnia más frecuente la ladina, procedencia más común fue Guatemala seguido de Mixco y San Juan Sacatepéquez, la vacunación fue el antecedente personal más frecuente e hipertensión arterial fue el

antecedente familiar más habitual, sin embargo la diabetes, obesidad y violencia familiar también se presentaron en más de un cuarto de los antecedentes familiares de los adolescentes; A pesar de que la mayoría de los padres tienen nivel educativo primario y cerca de la mitad de las madres no trabaja, la mayor parte de los hogares cuentan con servicios básicos. Un sexto de los estudiantes ha sufrido de violencia escolar, y aunque en bajos porcentajes se encuentra consumo frecuente de alcohol, cigarrillos y drogas. Aunque sólo la décima parte de los adolescentes es sexualmente activa, menos de la mitad utilizan algún método anticonceptivo y más de un tercio tiene un estado nutricional anormal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir las características biopsicosociales del adolescente del área metropolitana atendidos en el Programa Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala pertenecientes al Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala del municipio de Guatemala en el año 2011

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Caracterizar:

- El perfil demográfico de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- Los antecedentes personales de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- Los antecedentes familiares de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- El perfil de familia y vivienda de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- El perfil de educación de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- El perfil de trabajo de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- La vida social de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- Los hábitos de vida de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- El perfil gineco-urológicas de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP

- El perfil de sexualidad de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- La situación psicoemocional de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP
- Los hallazgos del examen físico de los adolescentes de tres centros educativos utilizando el Sistema de Información del Adolescente SIA-CLAP

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

El área de estudio donde se llevará a cabo el trabajo de tesis “Características biopsicosociales del adolescente del área metropolitana” es el área metropolitana de Guatemala que comprende los municipios de: Guatemala, Chinautla, Mixco, Villa Nueva, Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Petapa, Villa Canales, Amatitlán, Fraijanes, San Pedro Ayampuc y San Juan Sacatepéquez. (16) Ocupando una extensión territorial de 996km² y que alcanzará un estimado de 3,156,284 habitantes para 2011 de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (17) Específicamente se trabajó con adolescentes del área metropolitana atendidos en el Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala que asisten al Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala. Dichas instituciones cuentan con una población aproximada de 1,269 adolescentes que en su mayoría viven en el área metropolitana de Guatemala. En este estudio participaron 801 adolescentes de las instituciones ya mencionadas, los cuales representan el 63% de la población.

3.1.1 Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche

Ubicado en la 9 Calle 2-36, zona 1, Ciudad de Guatemala. Cuenta con 864 alumnos de primero básico a séptimo magisterio en jornadas matutina y vespertina. El estudio se realizó en las clínicas del Programa Niñez y Adolescencia de la Dirección de Salud y Bienestar Municipal, ubicadas dentro de la institución, adyacentes a la clínica de la orientadora, áreas que llenan los requisitos básicos de privacidad y confidencialidad.

3.1.2 Instituto Normal Central para Señoritas “Belén”

Ubicado en la 11 Avenida y 12 calle zona 1, Ciudad de Guatemala. Cuenta con 359 alumnas de primero básico en jornada matutina. El estudio se realizó en la clínica médica y de enfermería del Instituto, ubicada dentro de la institución, área que llena los requisitos básicos de privacidad y confidencialidad.

3.1.3 Escuela Taller Guatemala

Ubicada en la 14 Avenida, 15 Calle “A” esquina, zona 1, Gerona, Ciudad de Guatemala. Cuenta con 46 alumnos en talleres de albañilería integral, electricidad, carpintería, jardinería, y herrería y forja. El estudio se realizó en el Centro de Promoción del adolescente, avenida Centroamérica 18-51 zona 1 Ciudad de Guatemala del Programa Niñez y Adolescencia de la Dirección de Salud y Bienestar Municipal, área que llena los requisitos básicos de privacidad y confidencialidad.

3.2 Adolescencia

3.2.1 Generalidades

La adolescencia es un período de la vida en el cual se da un proceso de constante crecimiento y rápido desarrollo del ser humano, que se caracteriza por cambios psicológicos, biológicos y sociales (5) (3)

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de transición de la niñez a la edad adulta, se caracteriza por: los esfuerzos realizados para alcanzar objetivos vinculados a las expectativas de la corriente cultural principal y la aceleración del desarrollo físico, mental, emocional y social. (18)

Así mismo, para la OMS, la adolescencia es un período comprendido entre los 10 y 19 años, dividiéndola en adolescencia temprana de los 10 a los 13 años, media desde los 14 hasta los 16 y tardía de los 17 a los 19 años. La denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo tanto adolescentes como a la juventud plena (19 a 24 años). (19) Para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés), se considera el rango de 0 a 14 años como niñez, de 15 a 18 como adolescencia y define el rango de los 15 a 24 años como juventud, derivado de los Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los que también han sido ratificados por el Estado de Guatemala. (20)

Sin embargo, la adolescencia no se limita únicamente a un rango de edades. El comienzo de la adolescencia se relaciona generalmente con el inicio de la

pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, sin que el final esté definido claramente. (19) La duración de la adolescencia varía enormemente entre una cultura y otra en cuanto al logro de la independencia que caracteriza a la edad adulta. La transición reúne las siguientes características:

- Desarrollo biológico desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva.
- Desarrollo psicológico desde los patrones cognoscitivos y emocionales de la niñez hasta los patrones cognoscitivos de la edad adulta.
- Tránsito desde el estado de total dependencia socioeconómica de la niñez a una independencia relativa. (18)

3.2.2 Crecimiento y desarrollo del adolescente: fases madurativas

Aunque el crecimiento y la maduración durante la adolescencia sean continuos, este período se puede dividir en tres etapas, tomando los criterios de la OMS: Temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años), durante las cuales el ser humano alcanza la maduración física, el pensamiento abstracto y establece su propia identidad. (5)

- Adolescencia temprana: La característica fundamental de esta etapa es el rápido crecimiento somático con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. (5) En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo inicial de las mamas y luego el crecimiento del vello pubiano. En el hombre el primer cambio es el aumento del volumen testicular, ligero arrugamiento del escroto y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. (21)

En esta etapa el grupo de amigos que generalmente es del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por los cambios físicos; pero a su vez se inician los contactos con el sexo contrario y los primeros intentos de obtener cierto grado de independencia e intimidad. (5)

La capacidad de pensamiento es totalmente concreta y son egocéntricos, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que todos los observan y juzgan con lo que muchas de sus acciones

están dictadas por un sentido del ridículo. Su orientación es existencialista, narcisista y egoístas. (22) (23)

- Adolescencia media: El crecimiento y la maduración sexual se han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta. (5) Los cambios físicos visibles son mucho más lentos, pero continúan cambios biológicos importantes pues en la mujer aparece la menarquía y en el hombre continúa el crecimiento de la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico y se produce el estirón masculino. Estos últimos cambios permiten restablecer la imagen corporal. (21)

Aunque el pensamiento en esta etapa continúa siendo concreto por momentos, la capacidad cognitiva se desarrolla y permite empezar a utilizar el pensamiento abstracto, lo que ahora les permite discutir y percibir las implicaciones futuras de sus actos. Sin embargo se sienten omnipotentes, invulnerables e impulsivos y es por eso que en esta etapa se facilitan los comportamientos de riesgo que conllevan a morbilidad. (5) (23)

En la adolescencia media las opiniones de los padres se vuelven aún menos relevantes que en la etapa previa y tratan de desidealizarlos, hay distanciamiento y desobediencia mientras que el grupo de amigos adquiere todavía más importancia porque ayuda a los adolescentes a definir cómo comportarse además de compartir problemas y sentimientos comunes. El grupo también permite relación con el otro sexo pero más con el objetivo de demostrar que son capaces de atraerlos. Al no pertenecer a ningún grupo, los adolescentes se vuelven solitarios y pueden iniciar comportamientos de riesgo que incluyen el involucrarse en grupos marginales como pandillas. Los adolescentes buscan retos, oportunidades que les permitan demostrar sus habilidades y que pueden valerse por sí solos y son capaces de cuidar de sí mismos; esto puede resultar en manifestaciones artísticas o deportivas pero incluso la promiscuidad sexual, el uso de drogas y la delincuencia juvenil para muchos adolescentes son formas de probar sus habilidades para librarse del aburrimiento en un contexto que supone un desafío. (5) (22) (23)

- Adolescencia tardía: El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros con características adultas. (21) El pensamiento abstracto está establecido y aunque ahora ya pueden pensar a futuro, tienen el reto de

enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto y separarse de la tutela familiar. (5)

Concluyendo, la edad de un adolescente no se puede tomar como un índice de maduración biológica, ya que los adolescentes de la misma edad cronológica pueden estar en distintos estadios de maduración clasificándolos en diferentes etapas que los definen como maduradores tempranos, intermedios y tardíos. (24)

3.2.2.1 Pubertad y Estadíos de Tanner

La edad de aparición de la pubertad es muy variable con un amplio rango de normalidad: 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8.5 y 13 años y 95% de los niños entre los 9.5 y 14 años. Sin embargo, desde hace aproximadamente 200 años, la pubertad se inicia cada vez a edades más tempranas, adelantándose 3 a 4 meses por década. (5) (24) El desarrollo e inicio de la pubertad se da como resultado de la compleja interacción entre factores genéticos, hormonales, nutricionales y ambientales. (25)

El inicio de la pubertad en niños normales con nutrición apropiada que se desarrollan en un medio ambiente adecuado, está determinado principalmente por factores genéticos, como se ha demostrado en estudios donde se ha determinado una fuerte correlación entre la edad de menarquia de madres e hijas, entre mellizas monocigóticas y entre los miembros de grupos étnicos. (26)

Cuando el ambiente y la nutrición son desfavorables, modifican el patrón genético. La obesidad moderada se asocia a adelanto puberal, en cambio en presencia de enfermedades crónicas, desnutrición, obesidad extrema y problemas psicosociales el inicio puberal suele ser más tardío. (25) La altitud también modifica el inicio y duración de la pubertad, ésta suele ser más tardía y más prolongada en zonas de mayor altura. (27)

Existe un grado de correlación entre el inicio de la pubertad y el grado de maduración ósea, es así que la pubertad se suele iniciar cuando se

alcanza una edad ósea de 10.5 a 11 años en la niña y 11.5 a 12 años en el varón. (28)

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición del botón mamario en el 85% de las niñas. El tiempo en que completan la pubertad es en promedio de 4 años. La menarquía ocurre en el 56% de las niñas en estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3. La edad media de la menarquía está en 12.4 años. (5) (27)

El desarrollo sexual masculino se inicia en el estadio 2 de Tanner, cuando los testículos alcanzan un volumen de 4 cc. La espermarquia se produce en estadio 3 de Tanner con un volumen testicular de 12cc; con frecuencia alrededor de los 13.5 años. (5) La edad de los primeros orgasmos y eyaculaciones varía considerablemente, y aunque en 2/3 de los hombres ocurre alrededor de los 14 años, puede ser un evento bastante tardío. (27)

La ginecomastia es un fenómeno normal en la pubertad, ocurre en el 75% de los varones. Habitualmente se presenta 1 a 1.5 años después del inicio puberal y persiste por 6 a 18 meses. (27)

3.2.3 Antecedentes personales de los adolescentes

Habiendo concluido que la adolescencia es una etapa de cambios y desarrollo que se dan rápidamente, se sabe que toda patología presente en esta etapa va a afectar el desarrollo ya sea biológico o psicológico, teniendo consecuencias a largo plazo por lo que las intervenciones tempranas pueden reducir la morbi-mortalidad y permitir un desarrollo normal de los adolescentes que les permita ser adultos sanos. (3) (2)

3.2.3.1 Antecedente de vacunación infantil

Las inmunizaciones infantiles son una de las principales estrategias para la disminución de morbimortalidad infantil y de la familia. En Guatemala el porcentaje de inmunización infantil completa en niños entre 12 y 23 meses de edad ha ido aumentando desde 1987 hasta la fecha. Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 para 1987 el

porcentaje de niños entre 12 y 23 años de edad fue de 22.2%, para 1995 de 42.6%, para 1999 de 59.5%, para 2002 de 62.5% y para 2008 de 71.2% (29)

3.2.3.2 Enfermedades infectocontagiosas y crónicas

Se cree que las enfermedades crónicas serán la principal causa de muerte en adolescentes para el 2020. La transición epidemiológica en este grupo etario ya empezó a nivel mundial gracias al mejor control de las enfermedades infectocontagiosas y tiene un fuerte impacto en el desarrollo biopsicosocial del adolescente. La prevalencia de enfermedades crónicas es difícil de obtener en este grupo debido a la poca información existente y escasos protocolos para su diagnóstico, pero según la OMS la prevalencia de enfermedades crónicas en la adolescencia puede ser tan alta como 15%. (30) (31) (32)

El inicio de la pubertad puede desestabilizar a las enfermedades por el incremento metabólico y requerimiento calórico propio de la etapa. Así como una condición crónica puede afectar el desarrollo del adolescente, el mismo desarrollo puede afectar la condición crónica. (33)

Las condiciones crónicas pueden retardar el crecimiento y la pubertad si no hay un tratamiento que permita corregir las deficiencias que pueden causar las diversas enfermedades crónicas, ya sean por mayores requerimientos nutricionales o inflamación crónica. Sin embargo ciertos tratamientos como los medicamentos de tipo esteroides también pueden interferir en el crecimiento normal. (34) Si el tratamiento es temprano y adecuado no habrá mayor impacto en el crecimiento a la edad adulta, sin embargo según el estudio de cohorte inglés realizado en 1958 en 12,537 sujetos, se determinó que los problemas derivados de condiciones psicosociales crónicas producen una reducción en el crecimiento que persiste hasta la edad adulta. (35) Diversas enfermedades han sido relacionadas con retardo en el crecimiento y pubertad como el asma, diabetes, HIV, anemia de células falciformes, talasemia, fibrosis quística, enfermedad renal crónica e hiperparatiroidismo secundario. Por ejemplo, en las adolescentes con

anemia de células falciformes, la edad de menarquía es 2.4 años después. (33)

Las adolescentes con enfermedades crónicas suelen tener más problemas emocionales que sus contrapartes saludables. En general, los adolescentes enfermos tienen mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos y son más propensos a padecer depresión o baja autoestima. La autoimagen se ve afectada para estos adolescentes en cuanto a peso o cicatrices por lo que teóricamente se creería que empiezan su vida sexual más tarde, pero según estudios, estos adolescentes están en mayor peligro de prácticas sexuales de riesgo. (33)

Aunque las capacidades cognitivas no se vean afectadas por las enfermedades per se, la autoimagen y el desarrollo del ego si son afectados. El grado de afección sufrido es directamente proporcional a la severidad de la enfermedad y el coeficiente intelectual de los adolescentes enfermos. La educación de estos adolescentes se ve afectada por los tratamientos y recaídas de la enfermedad. El ausentismo escolar varía enormemente desde 13% mayor para los pacientes con problemas ortopédicos hasta 35% mayor para los que padecen cáncer. Para los adolescentes también es difícil establecer prioridades, pues en ocasiones desean atender compromisos escolares y dejan por un lado citas o recomendaciones médicas que pueden empeorar sus condiciones. El desarrollo del pensamiento abstracto en esta etapa es importante para que los adolescentes logren adherirse al tratamiento y se prevengan problemas de adherencia al tratamiento. Pero el impacto de esto no solo tiene repercusiones a corto plazo, pues datos del estudio inglés de cohorte de 1958 demostró que las enfermedades en la adolescencia dan como resultado menor calificación profesional que incrementa el riesgo de desempleo, especialmente en hombres. Viéndose más afectados los adolescentes de clases socioeconómicas bajas. (35) (36) (37) (38)

Las relaciones familiares también se ven afectadas, pues aunque la mayoría de los adolescentes describe la relación familiar como buena, son sobreprotegidos y tienen menor interacción con su familia. A largo plazo se enfrentan con dificultades profesionales y son menos quienes logran formar una familia. Lo cual puede ser prevenido con cuidado de salud adecuado y apoyo social. (33)

La obesidad en adolescentes predice la obesidad en adultos y está fuertemente asociada con el riesgo cardiovascular, y el riesgo cardiovascular en los adolescentes se relaciona con el grado de adiposidad a la edad de 13 años. (33) Los adolescentes con hipertensión primaria generalmente tienen sobrepeso u obesidad. La prevalencia de la hipertensión se incrementa con el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) y la hipertensión se detecta en aproximadamente 30% de los adolescentes con IMC mayor del 95 percentil. Generalmente estos adolescentes tienen una condición prediabética con cierto grado de resistencia a la insulina y condiciones de riesgo metabólico para Enfermedad Cerebro Vascular y Diabetes Mellitus tipo 2. En adolescentes, los problemas de respiración durante el sueño se asocian a hipertensión. (39) Millones de adolescentes sufren de enfermedades infectocontagiosas que disminuyen su esperanza de vida. Entre estas enfermedades, la malaria y tuberculosis representan el 12% de las muertes en adolescentes mundialmente. (14)

Según datos del Ministerio de Salud Pública, para 2004 las primeras causas de morbilidad en adolescentes de 13 a 17 años fueron primordialmente problemas de origen infeccioso (respiratorias y gastrointestinales) y nutricionales. Estos datos en concordancia con el hecho de que los adolescentes se enferman poco, por lo general sus padecimientos son agudos, no son consecuencia de estilos de vida que ocasionan problemas crónicos, que si bien inician en edades tempranas, los resultados aparecen tardíamente en edades mayores. Cuando se separa por sexo, se logra observar que en las mujeres prevalecen enfermedades como anemia, infección urinaria, gastritis y cefalea. Estos padecimientos se asocian a condiciones relacionadas a la pobreza y

eventos biológicos sociales, como el embarazo y no tienen base genética. En el caso de los hombres existe un predominio sobre las mujeres en los demás problemas infecciosos (dermatológicos, respiratorios e intestinales) y en los accidentes. (40)

3.2.3.3 Educación preescolar

Entre los 2 y 6 años de vida los niños tienen gran potencial para desarrollar las habilidades; la educación preescolar permite las capacidades de interrelación y sociabilidad aparte del desarrollo de las capacidades intelectuales. (41)

La educación preescolar tiene una capacidad preventiva, pues según JR Llovera: “La atención al niño preescolar se hace preventiva al definirla como el conjunto de acciones tendientes a proporcionar a cada uno la cantidad de estimulación necesaria para que desarrolle al máximo su potencial, con esto se logrará atender alguna manifestación de tempranos desajustes”. (41) Diversos estudios señalan que la educación preescolar marca una diferencia para los niños que se traduce en un mejor rendimiento escolar en la educación básica. Se sabe que el mejor rendimiento depende de una mejor comprensión lectora y destrezas psicolingüísticas. Estas investigaciones demuestran que los déficit aparecen antes de entrar al colegio y si no se corrigen tempranamente, afectarán el proceso de aprendizaje y la productividad futura de las personas en el medio educativo donde se desenvuelvan. (42)

Según el Ministerio de Educación de Guatemala para el 2009 la Tasa Bruta de Cobertura en educación preprimaria fue de 72.05%. (43)

3.2.4 Antecedentes familiares de los adolescentes

3.2.4.1 Violencia y violencia intrafamiliar

Aproximadamente 565 personas entre 10 y 29 años mueren cada día por violencia interpersonal. (4) La violencia es una de las principales causas de muerte entre los adolescentes. (14)

La importancia del apoyo familiar y de intervenciones oportunas se evidencia en las estadísticas, pues en el año 2000, en América la tasa de homicidio en los hombres y mujeres entre 15 y 29 años fue de 68.6 y 6.4 por 100,000 habitantes respectivamente (comparada con los países de alto ingreso en Europa donde solo alcanzaba de 1.7 y 0.7 por 100,000 hombres y mujeres respectivamente). Los homicidios se concentran en áreas pobres con malos indicadores de salud y educación. (44) Así mismo se estima que hay entre 30.000 a 285.000 miembros en las “maras” en Centroamérica, mayormente en El Salvador, Guatemala y Honduras. Adicionalmente, las mujeres adolescentes y jóvenes tienen 4 veces más riesgo de ser víctimas de violencia sexual que las mujeres de otras edades. (45)

El poder de la violencia se reconoce claramente como una de las amenazas más apremiantes para el desarrollo y la salud de los adolescentes en las Américas. Las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años son externas e incluyen la violencia y el homicidio. El 29% de todos los homicidios en América recae en este grupo de edad. La violencia en la adolescencia no se limita a traumatismos físicos o sexuales, sino también abarca el abuso emocional y verbal y las amenazas, entre otros tipos de abuso psicológico (46)

Los padres estresados, muy jóvenes, con muchos hijos o con poca educación suelen tener menor capacidad para educar a sus hijos y generalmente tienen formas violentas que llegan al abuso para disciplinarlos. A mayor grado de violencia intrafamiliar, menor protección será la que la familia pueda ofrecer contra riesgos externos. El crecer en una familia violenta impacta en el aprendizaje, las habilidades sociales, la autoestima y el desarrollo emocional, predisponiéndolos a depresión y uso de sustancias. (44)

La violencia intrafamiliar es otro factor importante en el uso de drogas, embarazo temprano, delincuencia, violencia y bajo rendimiento escolar, pues el uso de drogas puede ser una forma de escapar de los

problemas. (44) En el departamento de Guatemala el 27.7% de las mujeres entre 15 y 19 años ha observado a su padre maltratar a su madre físicamente y el 25.7% fue maltratada físicamente por alguna persona. (29)

La violencia por parte de la pareja también es un problema para las mujeres jóvenes guatemaltecas. En el grupo de adolescentes de 15 a 19 años el 33.5% a sufrido de violencia verbal por parte de la pareja, el 16.4% de violencia física y el 8.1% de violencia sexual. (29)

Según la ENSMI 2008-2009 en Guatemala el observar maltrato físico de la madre en el hogar o ser maltratada físicamente en la niñez o adolescencia, son factores relacionados con la experiencia de violencia de pareja. Pues mientras que 22.1% de las mujeres que no observaron violencia contra la madre experimentaron violencia física o sexual de pareja, 37.3% de aquellas que sí observaron violencia contra la madre también experimentó violencia física o sexual. (29)

3.2.4.2 Padres adolescentes

La maternidad y paternidad son funciones de la edad adulta, de manera independiente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en determinada cultura. Pero por la asincronía en que las diferentes esferas, (biológica, psíquica y social) llegan a la madurez, existe una posibilidad que la adolescente quede embarazada sin haber alcanzado esta madurez para llegar a la adultez.

Existe el conocimiento que la maternidad en la adolescencia conlleva a un mayor riesgo biológico para la madre y el hijo: mayor riesgo de presentar hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, anemia, infecciones, partos anticipados y cesáreas. El recién nacido de madre adolescente tiene menor peso al nacer y mayores dificultades para crecer sano. Así mismo también existen trabajos como los de Perkins y colaboradores en 1988 que comprobaron que adolescentes embarazadas atendidas en programas especiales, con adecuado control

prenatal desde el comienzo del embarazo, presentaban resultados perinatales iguales o mejores que los de mujeres de mayor edad.

El problema reside en que la mayoría de adolescentes embarazadas llegan al primer control prenatal ya entrada la segunda mitad del embarazo. Por lo que el riesgo biológico no proviene de su físico sino de su comportamiento. Este comportamiento no obedece a un capricho, pues el embarazo sorprende a la mayoría de adolescentes así como a sus parejas. Al descubrir el embarazo las lleva a preocuparse mucho más por las reacciones en la familia, aceptar la idea y pensar en situaciones para enfrentar la situación; sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios tampoco tienen claros.

Muchas complicaciones que se asocian como propias de las madres por su corta edad pertenecen más a la categoría de mitos como la estrechez pelviana cuyas causas son propias de la infancia (raquitismo, patología de la cadera, pelvis pequeña constitucional; más prolongados los cuales según publicaciones no hay diferencias significativas en el promedio con adultas y mayor incidencia de hijos con malformaciones las cuales están constituidas para este grupo etareo de aquellas derivadas de defectos del cierre del tubo neural, la cual está relacionada con un inadecuado aporte nutricional de ácido fólico.

Otra problemática a tomar en cuenta es el creciente número de adolescentes con VIH.

Se debe considerar la edad de la adolescente al quedar embarazada, pues no será lo mismo un embarazo a los 13 años que a los 18. Así como el origen del embarazo y si este es fruto de un abuso sexual.

Para la madre las futuras probabilidades difieren a la de una adolescente común; la deserción escolar, el rechazo social y por parte de los padres, la respuesta de la pareja, la formación de un hogar, si la adolescente se hará cargo de la crianza del bebe, tendrán repercusiones sobre el estilo de vida de ella y de su hijo. (47)

Según datos del Censo de Vivienda y Población del INE 2002 un 3.8% de todos los adolescentes declaran estar o haber estado unidos o casados. Por sexo, el 6.3% de las mujeres y el 1.4% de los hombres, lo cual refuerza el hecho que las mujeres tienden a casarse a edades más tempranas y con hombres mayores que ellas. La mayoría de adolescentes casados, unidos o separados se encontraban en el segmento de los 13 a 17 años, sin embargo el 0.5% del grupo de 10 a 12 años declaraban esta situación.

Un 4% de las mujeres de 10 a 17 años referían haber tenido hijos. Con predominio indígena en el área rural y las no indígenas en el área urbana. (6)

3.2.5 Antecedentes sociales de los adolescentes

3.2.5.1 Estructura familiar y escolaridad de los padres

La familia continúa siendo un importante agente de socialización tanto en la niñez como en la adolescencia. (7) (48) La estructura familiar influye en numerosos comportamientos de los adolescentes que los pueden predisponer a comportamientos de riesgo o protegerlos de ellos influyendo en uso de sustancias, agresión, violencia, delincuencia y embarazo temprano. (44) Mientras que Las buenas relaciones familiares protegen a los adolescentes de todos los problemas mencionados y previenen la aparición de enfermedades mentales como depresión. (2)

La composición de la familia, la unión familiar, el presupuesto familiar y la violencia intrafamiliar son algunas de los factores estresantes que pueden ser protectores o poner en riesgo a los adolescentes, (44) además de la estructura familiar que resulta ser muy importante ya que permite mayor control y supervisión de las actividades de los adolescentes. (48)

Las familias se han transformado a través del tiempo, cambiando de familias extendidas a nucleares donde los abuelos, tíos y demás

familiares no son frecuentados y por lo tanto, si ambos padres trabajan, no hay otro adulto que pueda supervisar a los adolescentes en su tiempo libre. (44) Según la ENSMI 2008-2009 el promedio de miembros de la familia en la región Metropolitana es de 4.6 personas. (29)

Se han encontrado factores familiares significativos asociados con el comportamiento sexual como: lugar de residencia, tipo de matrimonio de los padres, estructura familiar y estabilidad familiar. La presencia del padre biológico en el hogar resulta ser un factor protector para el inicio temprano de las relaciones sexuales y vivir con el padrastro es el mayor predictor de inicio de relaciones sexuales tempranas. Vivir con ambos padres también influye en el uso de preservativo con frecuencia en las relaciones sexuales. (48)

Cuando los padres les hablan sobre anticoncepción a los hijos, es más probable que estos usen métodos anticonceptivos. (48)

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vivienda del 2000 reveló que un 56% de los adolescentes vivían en hogares nucleares biparentales, entiéndase por este el que está conformado por ambos padres e hijos. Un 9.7% por hogares nucleares monoparentales y aproximadamente un 30% por otro tipo de arreglos familiares, el más frecuente el biparental extenso, en el cuál además de padres y hermanos, viven familiares como abuelos, tíos, primos, cuñados. Este tipo de arreglo es más frecuente en los hogares urbanos, lo cual denota que no se trata de una casa familiar donde tradicionalmente conviven varias generaciones sino más bien una estrategia de sobrevivencia urbana por falta de oportunidades y vivienda. (49)

3.2.5.2 Características de la vivienda

Las condiciones de vida y la disponibilidad de servicios básicos en las viviendas (agua potable, disposición de excretas y energía eléctrica) son determinantes básicos para favorecer un buen estado de la salud de la población, especialmente en la prevención de morbilidad por

enfermedades infectocontagiosas, además de ser un indicador de la calidad de vida de la población. (29) (50)

Según la ENSMI 2008-2009 en la región Metropolitana un 97.4% de los hogares tiene energía eléctrica, un 43.6% cuenta con servicio de agua potable y un 77.1% cuenta con sanitario conectado al alcantarillado. (29)

3.2.5.3 Condiciones económicas y trabajo

La línea de la pobreza general se define como la cantidad en quetzales necesaria para comer y otros servicios como mantenimiento de vivienda y transporte (Q 11.83 diarios), la línea de la extrema pobreza constituye la cantidad mínima que una persona necesita para comer (Q5.23 diarios). Según la ENCOVI 2000, a nivel nacional el 60% de los adolescentes vivían en condiciones de pobreza y el 16.8% en extrema pobreza. Al separar los datos en el área urbana un 31% vive en pobreza y un 3.2% en extrema pobreza. Mientras que en el área rural el 76% vivían en condiciones de pobreza y el 24% en pobreza extrema. El desempleo de los padres también tiene impacto en los hijos: incrementa la agresividad, las conductas violentas y uso de drogas. (44)

Según datos del Censo de población del año 2002 un 20.6% de adolescentes a nivel nacional declararon estar realizando o buscando una actividad económica, en comparación con el área metropolitana donde solo un 16.4% referían dicha situación. Del grupo de 10 a 12 años un 10.6% y de 13 a 17 años un 27.8%. Pero según la ENSMI 2008-2009 en el departamento de Guatemala el 47.4% de las mujeres entre 15 y 24 años no han trabajado mientras que el 39.3% trabaja todo el año, el 8% trabaja ciertas épocas del año y el 5.3% trabaja de vez en cuando. (29)

Según la Encuesta Nacional de Empleos e Ingresos 2003 (ENEI) la mayoría de adolescentes empleados, sin importar la rama de la actividad que desempeñen, lo hacen como trabajadores familiares no remunerados. La tendencia es que conforme aumenta la edad disminuye este número. La proporción de adolescentes que laboran con sus familias es igual en hombres y mujeres pero es mayor en indígenas.

3.2.5.4 Educación

Alrededor del mundo solamente el 55% de los adolescentes estudian formalmente. Entre 300 y 500 millones no están en la escuela. (14)

3.2.5.4.1 Alfabetismo

En Guatemala la tasa de alfabetismo de la población de 15 años o más pasó de 64.2% en 1994 a 69.1% en 2002. Específicamente para la población de 15 a 24 años las tasas de alfabetismo mostraron un mayor incremento de 76% a 82.2% en el mismo período de tiempo. (17) Sin embargo, cada año se suman 82 839 analfabetos en el país. Un 60% de estos corresponde a niños que se inscriben en primer grado, pero que abandonan la escuela antes de aprender a leer y escribir. El 40% restante se refiere a personas que nunca ingresaron a la educación primaria. (51)

3.2.5.4.2 Cobertura

Según datos del MINEDUC, el porcentaje de escolaridad para 2004 era del 90% en primaria y del 50% en preprimaria. En lo referente a la cobertura en el nivel medio registraba solamente un 30% de adolescentes de 12 a 15 años matriculados en el ciclo básico y menos del 20% de la población de 16 a 18 años en diversificado.

3.2.5.4.3 Calidad educativa

El sistema educativo nacional enfrenta múltiples desafíos en respecto a la calidad, entre ellos se encuentran problemas de sobre-edad, repitencia y deserción. Los inscritos en primer año de primaria deberían de tener siete años de edad y los de sexto primaria, doce. Sin embargo en Guatemala la edad promedio de una estudiante de primer grado es 9 años en la población no indígena y de 9.5 en la indígena. Al alcanzar sexto año el retraso es de 2.5 años en la población no

indígena y 3 años en la indígena. A los siete años, casi el 34% de los niños y niñas indígenas de esa edad se encuentran cursando el grado que les corresponde, en contraste con el 46% de los no indígenas. (52)

Así mismo, idealmente casi la totalidad de alumnos debiese aprender a leer y escribir al terminar el primer grado. Sin embargo se alcanza el 100% de alfabetismo hasta completados cuatro grados de primaria y en la población indígena requiere un año más de educación. (52)

3.2.5.4.5 Servicios de Educación

Datos del INE (Censo poblacional 2002) revelan que un 74.5% de los adolescentes acudían a un centro educativo (61.3% de tipo público y 13.2% privado), mientras que un 25.5% no asistían. Se observaba que en el rango de 10 a 12 años un 90% declararon asistir a un establecimiento educativo (80.3% público y 9.7% privado) y en el rango de 13 a 17 años las cifras disminuían considerablemente pues los adolescentes que no asistían representaban un 36.6% y otro fenómeno que se pudo observar era el aumento del servicio brindado por los establecimientos privados a un 15.7%. (6)

3.2.5.4.6 Violencia escolar: Bullying

El término bullying que en español significa “intimidación”, fue adoptado por el psicólogo noruego Dan Owleus en la década de los 80 para designar a la situación en la que un estudiante es acosado o victimizado de manera repetitiva con acciones negativas por uno o más compañeros. El bullying se da solamente cuando la parte intimidada no tiene las mismas condiciones para defenderse. (53) La definición de bullying incluye tres aspectos importantes: es un comportamiento no deseado que se repite a través del tiempo e incluye desbalance de poder o fuerza. (54)

En países como Noruega, Suecia y Estados Unidos la prevalencia del problema oscila entre 15%, 10% y 7% respectivamente. Mientras en Lituania se estima una incidencia de 54%. (53) (55) Cerca de 1 de cada 3 estudiantes está involucrado en bullying. (56) En Guatemala se demostró en un estudio del Ministerio de Educación que en estudiantes de 11 a 14 años el 20.6% o sea uno de cada cinco, es víctima de bullying. (57) Los adolescentes obesos, homosexuales o con discapacidades tienen 63% más probabilidades de sufrir bullying que el resto; los hombres son más propensos al bullying pero las mujeres son víctimas en formas diferentes como exclusión de grupos, esparcir rumores o ser calificadas con comentarios de carácter sexual. (56) El único factor protector estudiado parece ser vivir con ambos padres biológicos. (58)

El problema de la violencia escolar influye no solo en la víctima y el victimario, sino también en los testigos que se insensibilizan ante estas manifestaciones de violencia. (53) En estadísticas de países desarrollados se sabe que el 40% de los actores de un Bullying (el acosador, el acosado y el espectador), mejorarán sin ninguna clase de intervención o terapia; sin embargo, el 60% no mejorarán y continuarán con este problema el resto de su estancia escolar. Un punto interesante a mencionar, es que, cuando se es víctima y perpetrador a la vez, se tiene tres veces más probabilidades de presentar ideación suicida, y hasta cuatro veces más probabilidades de que dicha ideación continúe aún en la juventud y adultez. (55)

Existen varias formas de bullying, el bullying directo que incluye ofensas verbales, intimidación psicológica y agresividad física; y el bullying indirecto, que es cuando a la víctima se le aísla, se le saca de un grupo o no se le permite la integración a algún grupo o se habla rumores de la víctima

(aislamiento social), que es muy común entre mujeres. (55)
Las estadísticas de Estados Unidos reportan que los adolescentes dicen haber sido víctimas o victimarios de bullying al menos 1 vez en los últimos 2 meses: 20.8% físicamente, 53.6% verbalmente, 51.4% socialmente y 13.6% electrónicamente. (59)

El bullying causa graves consecuencias en los adolescentes a corto plazo, causando estrés e incapacidad emocional, lo cual impide que las potencialidades físicas, académicas y emocionales se desarrollen óptimamente, así como deserción escolar, agresividad y mayor frecuencia de enfermedades. También existe evidencia científica de los efectos a largo plazo del bullying entre los que se incluyen mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos o psicológicos como depresión ansiedad, perfeccionismo patológico y neurotismo, problemas judiciales y mayor incidencia o riesgo de usen sustancias ilegales. (55) (56)

3.2.5.4.7 Deserción/exclusión escolar

Según la ENSMI 2008-2009 las razones de las mujeres de 15 a 24 años con primaria completa para dejar de estudiar fueron principalmente razones económicas con 62.3% de los casos, un 26.2% por malas calificaciones o que no les gusta la escuela, un 3.6% por cambio de residencia o no tener transporte, un 3% porque se casó o unió y un 2% por razones médicas. (29)

3.2.5.5 Vida social: Distribución del tiempo libre

El uso del tiempo libre es un indicador muy importante que presenta la oportunidad de aprender y desarrollar habilidades. En los adolescentes, la participación en actividades deportivas presenta la oportunidad de desarrollar habilidades físicas, mejorar la coordinación, aprender reglas y trabajar en grupo. Leer incrementa el vocabulario, las

habilidades de escritura, la fantasía, etc. (44) pero actualmente los adolescentes emplean su tiempo libre en actividades poco productivas o muy sedentarias que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades en la edad adulta pues en Estados Unidos se ha determinado que los adolescentes ven de 2 a 3 horas de televisión diarias y solamente un promedio del 4% hace actividad física moderada, 61.5% de los adolescentes entre 9 y 13 años no participa en ninguna actividad física fuera del horario escolar y 22.6% no participa en ninguna actividad deportiva en su tiempo libre. (13) (46) En Europa, no más del 20% hace actividad física 4 horas a la semana. El riesgo de osteoporosis y niveles de actividad en la adolescencia es inversamente proporcional a la actividad física y estos niveles de ejercicio en la adolescencia son el reflejo de los de la vida adulta. (13) A medida que transcurre la adolescencia, es probable que disminuya el tiempo dedicado a la actividad física debido a la diversificación de tareas y obligaciones de los adolescentes. (46)

En el departamento de Guatemala el 33.1% de los hogares cuenta con computador, 92.4% cuenta con televisor y para el año 2,008 14 de cada 100 habitantes era usuario de internet (29) (60)

Otro factor influyente en la vida social de los adolescentes son los amigos. El tener amigos es una parte muy importante en la adolescencia que no solo permite desarrollar la personalidad y la capacidad de socializar, sino que también puede proteger a los adolescentes de pertenecer a pandillas y otras conductas de riesgo, pero en esta etapa los adolescentes también son vulnerables a la presión de grupo. Estudios demuestran que los adolescentes son más vulnerables a la violencia y uso de drogas entre los 12 y 18 años, justo cuando el grupo de amigos tiene más influencia. (44)

3.2.5.6 Hábitos y consumos

3.2.5.6.1 Nutrición

En la adolescencia se da un crecimiento rápido: 45% del crecimiento lineal y de 15 a 25% de la talla adulta. Durante el crecimiento se acumula alrededor del 37% de la masa ósea. (13)

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo se observa gran cantidad de adolescentes obesos, pero en países como Guatemala coexisten desnutrición, deficiencias de micronutrientes específicos y problemas como sobrepeso y obesidad, que hacen más vulnerables a los adolescentes en esta etapa. (4) Los adolescentes son vulnerables porque tienen altos requerimientos calóricos, y son susceptibles a las influencias ambientales. Por ejemplo, las mujeres adolescentes que tienden a estar menos satisfechas con su cuerpo o su apariencia, pueden reducir su ingesta alimenticia con tal de estar más delgadas llevando a problemas como la anorexia nerviosa. (13) La influencia del ambiente también repercute en la dieta, el ejercicio y el uso del tiempo libre; En Estados Unidos 12% de los adolescentes son obesos mientras que en el resto de América la prevalencia oscila entre 8% y 22%. (46)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador nutricional tanto de desnutrición como de obesidad. La desnutrición, definida como un IMC menor del 5to percentil según los valores del National Center of Health Statistics (NCHS) es altamente prevalente y aunque el IMC generalmente mejora con la edad, es un reflejo de maduración tardía. La obesidad que se define como un IMC mayor del 97 percentil según los valores de la NCHS y representa un riesgo para la salud ya que la distribución del tejido adiposo es lo que incrementa el riesgo metabólico. (61)

La alimentación inadecuada en la adolescencia puede retardar el crecimiento y la maduración sexual. Se sugiere que el mecanismo por el cual la desnutrición retarda o suprime el desarrollo reproductivo en los adolescentes es por la menor disponibilidad de energía. Investigaciones han revelado que las adolescentes más altas y con más peso tienen una menarquía más temprana que las otras adolescentes, mientras que las adolescentes pequeñas y desnutridas tienen un retraso de hasta 2 años en la madurez sexual y suelen tener bebés pequeños, especialmente si son muy jóvenes al momento del embarazo. (13) Por ejemplo, en Guatemala la edad media de la menarquía es significativamente más alta en las adolescentes indígenas viviendo en áreas rurales que en las no indígenas. Las menores edades están entre las guatemaltecas no indígenas que viven en áreas urbanas. La edad de la menarquía está inversamente asociada al peso, circunferencia del brazo, altura e IMC. (62)

La talla baja se observa comúnmente en los adolescentes de poblaciones desnutridas y se ha encontrado en el 27% de la población adolescente urbana en Guatemala, donde la talla materna es un determinante importante en niños a los 3 años y permaneció como determinante aún en la adolescencia. (62) La talla baja se asocia con pelvis pequeñas y es un factor de riesgo importante durante el parto. El riesgo se incrementa notablemente cuando la estatura es menor de 1.45 metros, que es el caso del 11 al 15% de las mujeres en Latinoamérica. La talla baja resultante de desnutrición constituye un riesgo en el embarazo adolescente ya que hay un retraso biológico para la edad cronológica. (13)

Al trabajar en la nutrición de las niñas y adolescentes mejorando su estado nutricional antes del embarazo y prevenir embarazos tempranos se puede reducir la mortalidad maternoinfantil y contribuir a romper el ciclo intergeneracional

de desnutrición. (63) Pues estudios longitudinales en Guatemala tienen fuerte evidencia de la importancia de la relación de la nutrición en la infancia y el estado antropométrico en la adolescencia. Además, la talla para la edad, el nivel de hemoglobina y los episodios de hambre se correlacionan con el desempeño escolar. (64)

Las madres anémicas también tiene riesgos en el embarazo como: bajo peso al nacer, muerte fetal, infecciones neonatales, mortalidad materna, hipertensión y cardiopatías. (13)

La anemia se reconoce como el principal problema nutricional en adolescentes. (65) Se estima una prevalencia de 27% en países en desarrollo. En los estudios del International Center for Research on Women y United States Agency for International Development (ISRW/USAID) la anemia en adolescentes guatemaltecos es de 48%, una de las más altas de la región. (13) En el departamento de Guatemala en las mujeres de 15 a 19 años el 27.6 % de las adolescentes embarazadas y el 21% de mujeres no embarazadas tienen anemia. (29) La deficiencia de hierro aún sin ser anemia, reduce la capacidad de trabajo, altera la función cognitiva y compromete el desarrollo de la masa muscular. (66) Según el estudio prospectivo desarrollado por Hass et. al. en Guatemala en 1996 sobre la nutrición temprana y la capacidad de trabajo en adolescentes, la desnutrición temprana afecta la calidad del tejido muscular en términos del tipo de fibra con efecto en la proporción de fibras de impulsos rápidos y lentos. (67)

Tanto hombres como mujeres adolescentes se ven afectados por la anemia y el grado de afección depende de la composición corporal propia de cada sexo y sus características biológicas. Debido al desarrollo de la masa

muscular que es mayor en adolescentes hombres, ellos tienen altos requerimientos de hierro, a pesar de la creencia de que las mujeres tienen tasas más altas de anemia al llegar a la menarquía. (67) Las adolescentes con menorragia tienen más riesgo de anemia y deficiencia de vitamina A. (66) Algunos estudios sugieren que las irregularidades menstruales son más frecuentes en mujeres con bajas reservas de vitamina A o retinol sérico. Se ha relacionado el nivel sérico de retinol con la pubertad y madurez sexual. (13)

La anemia se puede incrementar como consecuencia de enfermedades infecciosas como malaria, esquistosomiasis, anquilostomiasis, tuberculosis e la infección por HIV donde también se ha encontrado relación. (66)

3.2.5.6.2 Consumo de sustancias

La adolescencia es una ventana de oportunidades donde se pueden establecer estilos de vida tanto para disminuir como para incrementar los riesgos de salud y establecer comportamientos a futuro. (3)

Con respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se puede decir que representa una amenaza particular para los jóvenes, por las consecuencias a corto y largo plazo que acarrea el abuso de sustancias. El alcohol y el tabaco son las drogas más utilizadas. (44) Los preadolescentes no deben consumir alcohol, dado que el proceso de desarrollo y crecimiento aún no ha finalizado, no obstante, el consumo de alcohol es frecuente en América Latina y el Caribe. (46) Existen 150 millones de adolescentes que fuman y se cree que 75 millones morirán por causas relacionadas al uso de tabaco. Cada año mueren 3 millones. (14) Del total de adolescentes que empiezan a fumar, el 50% formará el hábito de hacerlo. La evidencia de las consecuencias negativas del

cigarrillo y drogas en la salud incluyen: dependencia, sobredosis, accidentes, daño físico y psicológico y muerte prematura. (14)

Según la OMS, el tabaquismo es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura del mundo. Está directamente relacionada con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer, y es la principal causa del 95 por ciento de los cánceres de pulmón, del 90 por ciento de las bronquitis y de más del 50 por ciento de las enfermedades cardiovasculares. En Guatemala el 20.8% de las mujeres entre 15 y 24 años fuma ocasionalmente. (29)

Puesto que el consumo está ampliamente aceptado en la sociedad, fijar como objetivo la abstinencia de alcohol y cigarrillos entre adolescentes, podrían no ser una meta realista. (68). Sin embargo, el soporte familiar a los adolescentes, padres que ponen reglas y límites, adolescentes que asisten a la escuela regularmente y tienen buena relación con los maestros o los que tienen creencias religiosas son menos propensos al consumo de sustancias. Pero si los adolescentes perciben que sus amigos consumen drogas, o viven en ambientes de extrema pobreza la situación se invierte colocándolos en gran vulnerabilidad. (2) (46)

Entre los adolescentes un episodio de abuso de alcohol con repercusiones se ha incrementado. El uso de alcohol entre los estudiantes ha ido creciendo y hasta un tercio ha tenido episodios de abuso. Los episodios de abuso de alcohol se relacionan con más de 55,000 muertes en adolescentes en Europa. (44)

De acuerdo a la United Nations Office on Drugs and Crime, la prevalencia de uso de drogas a nivel mundial es del 3%. La droga más común es el cannabis, pero la cocaína, heroína y

otros estimulantes del tipo de las anfetaminas también son muy utilizados. (44) La utilización de drogas ilegales entre los jóvenes plantea una doble amenaza, no sólo a través de las consecuencias de la adicción sobre la salud mental, sino también debido al riesgo del aumento de la infección por el VIH/SIDA. (46)

En la mayoría de los países de América, la marihuana es una droga de fácil acceso y se le reconoce ampliamente como una droga inicial que conduce a la posterior utilización de la cocaína y otras sustancias más fuertes. El Observatorio Interamericano sobre Drogas condujo una serie de encuestas entre los estudiantes de escuelas secundarias y concluyó que más del 60% de ellos opinan que es sencillo acceder a drogas ilícitas. (46) Sin embargo, más que saber dónde conseguir drogas, los factores de riesgo individuales para el consumo de sustancias como la predisposición genética, patologías psicológicas y privación social son determinantes para el inicio del consumo. La urbanización también es un factor importante en el abuso de sustancias porque incrementa el estrés y disminuye las redes sociales de apoyo, el vivir en un área urbana pone a los adolescentes en riesgo de inicio temprano de relaciones sexuales, pertenecer a pandillas y abuso de sustancias. Los adolescentes hombres blancos de clase media consumen drogas más que cualquier otro grupo. Mientras estos grupos usan drogas por soledad, mayor tiempo sin supervisión y tener dinero; las clases más bajas las utilizan como un escape de su situación socioeconómica. (44)

3.2.5.6.3 Seguridad vial

Los accidentes de tránsito se han convertido en la principal causa de muerte para las personas entre 10 y 24 años y casi 400,000 personas menores de 25 años mueren en accidentes de tránsito cada año, o sea 1,049 al día. (4) (69) En

adolescentes, los accidentes de tránsito se relacionan al uso de drogas o alcohol. (14)

Los adolescentes se ven más propensos a los accidentes de tránsito debido a su inmadurez emocional que les hace tomar riesgos, retos y desobedecer las reglas, también la poca tolerancia al alcohol y su uso indiscriminado así como el mal mantenimiento que le dan a sus vehículos o al equipo de protección, son los principales riesgos. (14)

Según un estudio de seguridad vial en adolescentes realizado en Madrid y Andalucía el 16.2% de los adolescentes ha vivido una situación de peligro en la moto en el último año, el 16,7% nunca se pone el casco cuando monta en moto y el 62% no lo hace en bicicleta por la carretera; el 17.4% ha ido en moto muchas veces a más velocidad de la permitida y el 24.5% cuando viajaba en carro. Encontrando cuatro factores, que representan las situaciones o las conductas de riesgo en los adolescentes: drogas, velocidad, seguridad y pasajero. (70)

3.2.6 Sexualidad, salud sexual y reproductiva

Aproximadamente el 50% de los adolescentes de la región de América Latina menores de 17 años son sexualmente activos. En muchos países de América Latina, la edad promedio de inicio sexual es de 15 a 16 años para las mujeres y de 14 a 15 años para los varones. (46) Entre 12 y 44% de las mujeres latinoamericanas han tenido relaciones sexuales a los 16 años. Y aproximadamente, entre el 44 y 66% de los hombres han tenido relaciones sexuales a esa misma edad. (48) A nivel nacional cerca de un 12% de las mujeres menores de 15 años ya han tenido su primera relación sexual, elevándose a casi 30% entre los 15 y 17 años de edad. (71)

Los adolescentes también reportan las mayores tasas de violencia sexual, especialmente aquellos con un debut sexual antes de los 15 años. (12) Se sabe que los adolescentes no suelen estar bien informados acerca de salud sexual y

reproductiva porque sus principales fuentes de información son sus amigos o fuentes informales. (12)

Se han estudiado numerosos factores que influyen en el comportamiento sexual de los adolescentes encontrando influencia de factores biológicos, sociales y psicológicos, así como hábitos y actitudes. La sexualidad en la pubertad es muy compleja y es en esta etapa donde puede definirse la preferencia sexual. Según el Sexual Behavior and selected health measures el 8.5% de la población es homosexual mediante seguimiento de toda su vida, sin embargo solo el 1.4% se declaraba homosexual mediante seguimiento de 12 meses, y solo el 3.6% se declaraba bisexual mediante seguimiento de 12 meses. El estudio nacional de Comportamiento Sexual de Chile reportó porcentajes distintos ya que solo el 0.2% de la población chilena es homosexual y el 0.1% bisexual. (72) (73)

El desarrollo biológico es un factor importante e independiente de la edad que influye en el inicio de la vida sexual. Según la OMS, para ambos sexos, el alcanzar la pubertad a edades más tempranas constituye un factor de riesgo para experimentar relaciones sexuales y tener mayor cantidad de parejas sexuales, lo cual es especialmente cierto para los hombres. (48) Pero existen numerosos hábitos que también contribuyen a un debut sexual temprano. En la actualidad los mass media como la televisión, se han convertido en poderosos agentes de socialización y se ha encontrado una relación entre las horas que se mira televisión y el inicio de relaciones sexuales, siendo más alta la relación cuando se ven películas o material pornográfico especialmente en hombres adolescentes donde el riesgo se incrementa alrededor de 15 veces. (48)

El inicio sexual prematuro también suele estar relacionado con otros comportamientos de riesgo como uso de alcohol o drogas, deserción escolar o actitud coerciva por parte de amigos o adultos cercanos. (12) Pero también hay debut sexual temprano y mayor número de parejas sexuales en los adolescentes que trabajan por razones económicas. (48)

La educación influye en la consolidación de la personalidad durante la adolescencia. (74) En los países en desarrollo los adolescentes que asisten regularmente a la escuela inician relaciones sexuales más tarde que sus contrapartes que no lo hacen o que desertan, aunque esto se observa más en

mujeres que en hombres. (48) También se encontró que los hombres adolescentes que repiten grados tienen mayor riesgo de iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas que el resto de sus compañeros de clase. (75)

Se ha demostrado que los conocimientos recibidos en la escuela sobre ETS no influyen en el inicio de la vida sexual temprana, pero sí influye el conocimiento sobre anticoncepción, según estudios transversales. (75)

En una encuesta realizada a 400 adolescentes comprendidos entre las edades de 10 y 17 años, de comunidades pertenecientes a los departamentos de Chiquimula, Guatemala y Huehuetenango, respecto conocimiento sobre salud sexual y reproductiva un 41.3% indicó haber recibido alguna clase u orientación en salud sexual y reproductiva. Entre los temas que mencionaron su orden fueron: VIH/SIDA, noviazgo, relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, funcionamiento del cuerpo, aborto, autoestima, salud sexual y reproductiva y violencia sexual. (49)

Los amigos también influyen en el inicio de actividad sexual temprana y el número de parejas sexuales ya que se ha encontrado relación positiva entre la percepción sobre la actividad sexual de los amigos y el inicio de las relaciones sexuales tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo la relación es más fuerte para mujeres que discuten estos temas con sus amigas. (48) En el estudio de UNICEF en 3 departamentos de Guatemala, al hablar de noviazgo, todos los participantes hicieron diferencias entre la edad ideal para tener novio/a. las respuestas variaron desde no existir una edad determinada y decir que entre los 14 y 16. Las edades más tempranas fueron 11 ó 12 años. En la Ciudad de Guatemala se hizo referencia a otras categorías de relación que no corresponden ni a la amistad ni al noviazgo, la terminología utilizada para describir estas relaciones incluye palabras como: “agarre”, “mame”, “culito”, “mamigos”, “soque”. Todos estos términos quieren decir casi lo mismo: una relación donde hay contacto físico, particularmente besos, sin que exista un compromiso de noviazgo o exclusividad. (49)

La OMS ha identificado cuatro características familiares que se reconocen como factores importantes asociados al comportamiento sexual de los

adolescentes: el lugar de residencia, el tipo de matrimonio de los padres, la estructura familiar y la estabilidad familiar y el vivir lejos del hogar. La presencia del padre en el hogar durante la niñez y adolescencia también es relevante como factor protector, especialmente para las mujeres adolescentes y vivir con el padrastro resulta ser el mejor predictor de inicio temprano de relaciones sexuales. También se estudió la relación entre la experiencia sexual y las actitudes hacia las relaciones sexuales, encontrando que las actitudes más permisivas incrementan el riesgo de relaciones sexuales tempranas. (48)

Entre los hábitos que se han estudiado también se encuentran las conductas no sexuales, en este campo en 1977 Jessor y Jessor describieron la relación estadística entre el uso de alcohol, marihuana, tener relaciones sexuales y actitudes delictivas. Sin embargo fue hasta en 2001 cuando Kirby en su estudio sugirió que hay dos interpretaciones de la relación entre el uso de sustancias y conductas sexuales de riesgo: 1. Son parte de la inclinación general de tomar riesgos en un ambiente que tolera ese comportamiento y 2. El uso de alcohol y drogas disminuye las inhibiciones y la toma racional de decisiones incrementando las conductas como sexo sin protección. Se han encontrado 5 factores asociados a actividad sexual: uso de armas, frecuentar clubs o discotecas, tabaquismo, uso de drogas y de alcohol. (12)

Como factores protectores se han encontrado que la familia, las creencias religiosas y la buena relación con los maestros son los más importantes. Otros comportamientos sexuales que se han investigado pero no emergen como significativos en cuanto al número de parejas sexuales son: el inicio de las relaciones sexuales bajo coerción, ser víctima de abuso sexual, usar condones o métodos anticonceptivos. (2)

3.2.6.1 Anticoncepción y adolescencia

En Latinoamérica y el Caribe 39% de las mujeres casadas y 60% de las no casadas, sexualmente activas, entre 15 y 19 años, usan anticonceptivos. El uso de anticonceptivos se incrementó 21% desde 1990 en América Latina y el Caribe. (48)

El uso de condón varía enormemente en los adolescentes de Latinoamérica. Entre los adolescentes, más hombres que mujeres reportan usarlos ya que las mujeres generalmente se encuentran con más barreras, pues si perciben que a su pareja no le gusta usar preservativo, no lo usan. (48) Es interesante notar que en Guatemala la discusión de los métodos de planificación familiar con la pareja es muy baja; en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años solamente un 5.9% reporta discutir estos temas con su esposo o compañero. (29) Pero en general, los adolescentes que inician su vida sexual más tarde y tienen mayor escolaridad, usan condones u otros métodos anticonceptivos con mayor frecuencia (hasta 7 veces más) que sus contrapartes que inician su vida sexual temprano o menor escolaridad. (48) La influencia del maestro en la escuela también es fundamental ya que en dos estudios se encontró que si los maestros les hablan a los adolescentes sobre el uso del condón o si los adolescentes pertenecen a varios grupos sociales, es más probable que lo usen pues los conocimientos sobre salud sexual permiten que los adolescentes perciban los beneficios y vean la efectividad del condón. (12)

Cuando los adolescentes se encuentran en una relación estable y cuando discuten con su pareja temas como sexualidad, ETS o embarazo, es más probable que usen condón u otros anticonceptivos. Sin embargo el uso de anticoncepción disminuye si la pareja tiene poca educación y se incrementa si es profesional. (48)

Sin embargo el principal factor para el uso de condón en adolescentes es saber dónde comprar condones. (48) Cerca de 90% de los jóvenes en América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método anticonceptivo, pero entre el 48% y 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos, y entre aquellos que sí lo utilizaron, aproximadamente 40% de ellos no lo hacía regularmente. (45) Los datos de Guatemala señalan que, aunque el 93.8% de los adolescentes entre 15 y 19 años manifestaron conocer al menos un método de planificación familiar, sólo el 51.8% reporta haber usado algún método anticonceptivo y el 4% de los adolescentes sexualmente

activos admitieron utilizar uno de ellos con regularidad (46) (29). En la encuesta realizada en comunidades de 3 departamentos de Guatemala un 44% de los participantes dijo que usaría condón en caso de tenerlo, 9.3% dijo que no y 12% dijo no estar seguro. Sin embargo en lo correspondiente a conocer lugares donde podrían conseguir métodos anticonceptivos, solo 30% respondió afirmativamente, el 43.2% dijo no conocer y el resto no respondió. (49)

Según la ENSMI 2008-2009 entre el grupo de mujeres de 15 a 19 años el 6.8% de las mujeres entre 15 y 19 años ha usado condón masculino, el 6.8% inyección, el 3.6% ha usado algún método natural, el 2.9% ha píldora, el 0.4% DIU, el 0.3% MELA y el 0.2% Norplant. Mientras que en las mujeres de este grupo etario unidas el método más utilizado fue la inyección con un 31.2% de usuarias, en las adolescentes sexualmente activas no unidas el método más utilizado fue el condón con un 33.5% (29)

Para 2006, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes fue 38% en Guatemala. (45)

3.2.6.2 Embarazos adolescentes

Mundialmente 63 de cada 1,000 adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, representando 17 millones de recién nacidos, lo cual significa que alrededor de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años que tienen hijos cada año, representan el 11% de los nacidos mundialmente. (3) (4) En el caso de Guatemala, esta se encuentra entre los primeros tres países de América Latina y El Caribe con las más altas tasas de fecundidad en adolescentes (114 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años), en el área urbana esta tasa se reduce a 85 y en el área rural se incrementa a 133 por 1000 mujeres. Se calcula según los niveles de fecundidad para cada edad que de cada 100 embarazos 30 pertenecen a adolescentes. (71) Entre las mujeres de 15 a 19 años 82.9% no tiene hijos, 14% tiene un hijo, 2.8% tienen dos hijos y 0.3% tiene 3 hijos. De las mujeres de estas edades que están unidas

el 31% no tiene hijos, el 55.1% tiene un hijo, el 12.8% tiene dos hijos y el 1.1% tiene tres hijos. Y de las mujeres entre 15 y 19 años no unidas y sexualmente activas, el 58.7% no tiene hijos, el 37.8% tiene un hijo, el 2.8% tiene dos hijos y el 0.7% tiene tres hijos. (29)

En los países desarrollados la mayor exposición al riesgo de embarazo y por consiguiente la mayor fecundidad se observa entre las mujeres casadas o unidas por lo que el estado civil es una variable que puede influir en la conducta reproductiva. Aunque en Guatemala el riesgo de embarazo está más vinculado al inicio de las relaciones sexuales, conocer estos datos es importante. Según la ENSMI 2008-2009 a nivel nacional el 78.2% de las mujeres entre 15 y 19 años están solteras, el 7.8% casadas, el 12% unidas el 0.1% viudas y el 1.9% separadas. Así mismo se reporta que en este mismo grupo etario, el 28% de las mujeres ha tenido relaciones sexuales, distribuyéndose de la siguiente manera en el departamento de Guatemala: el 5.1% de las mujeres tuvo la primera relación sexual antes de los 13 años, el 7.7% entre los 13 y 14 años, el 47.3% entre los 15 y 17 años y el 24.8% entre los 18 y 19 años. (29) En Guatemala, el embarazo en la adolescencia se asocia a un patrón de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad, prevaleciente en ciertos estratos socioeconómicos.

Estas estadísticas también tienen una contraparte desconocida para muchos y que en países centroamericanos es sumamente difícil de cuantificar: los abortos en adolescentes. Los abortos no son legales en casi ningún país en desarrollo. Sin embargo se estima que cada año, entre 2 y 4 millones de adolescentes se practican abortos ilegales. (14) Los abortos ilegales causan alrededor del 13% de las muertes maternas mundiales. (10)

Las adolescentes constituyen el 23% del total de mujeres que padecen complicaciones por el embarazo y parto. (3) (4) Las mujeres menores de 18 años tienen un riesgo incrementado de 2 a 5 veces de morir en el parto que mujeres mayores, y sus hijos tienen mayor riesgo de morir en

la infancia ya que nacen con bajo peso y mueren de infecciones y desnutrición. (14)

Entre los factores de riesgo para embarazo adolescente se encuentran: inicio de la pubertad en edades tempranas, trabajar, tener amigos que han estado embarazadas o tienen hijos, usar alcohol y fumar incrementa el riesgo de quedar embarazada o embarazar a alguien. (48)

También se han encontrado factores protectores como tener plan de vida, a mayor escolaridad y mayor conocimiento sobre anticoncepción, menor riesgo de embarazo (48)

Respecto al estado conyugal de las mujeres adolescentes embarazadas, 74% son solteras y un 24% son casadas o convivientes. (71)

3.2.6.3 VIH/SIDA

El VIH/SIDA representa la tercera causa más importante de muerte en gente joven. En los últimos 20 años más de 60 millones de personas se han infectado con HIV, la mitad de los cuales lo adquirieron entre los 15 y 24 años. Cada día 6,500 personas entre 10 y 24 años se infectan con VIH eso es casi 5 por minuto. (4) (14) Y actualmente, cerca de 12 millones de personas jóvenes viven con VIH/SIDA. (48) Los adolescentes aportan 40% de las nuevas infecciones por VIH cada año alrededor del mundo a pesar de que el 93.9% de las adolescentes entre 15 y 24 años tienen conocimiento sobre VIH y sus formas de transmisión. (3) (29) Según otros estudios, alrededor de 30% de los hombres y 19% de las mujeres adolescentes tienen conocimientos adecuados sobre el VIH/SIDA (4)

El riesgo de contraer VIH siempre es mayor para la mujer que para el varón por la cantidad de mucosa expuesta durante la relación sexual. El riesgo para las adolescentes crece más porque su sistema reproductor es inmaduro y se desgarrar con facilidad. (76) Entre los factores de riesgo asociados a la pareja, no estar circuncidado fue el único factor

encontrado. Las mujeres con parejas no circuncidadas tenían un riesgo 3 veces mayor. (48)

El patrón de incidencia varía con la edad, existe un mayor número de casos en edades tempranas, posiblemente relacionados con el síndrome de transmisión congénito, luego este número desciende en la infancia. Se logra apreciar un incremento de casos a los 15 años, el cual sextuplica la incidencia a los 19 años. Los casos iniciados en la adolescencia se vinculan con relaciones sexuales desprotegidas a edades tan tempranas como los 10 ó 12 años. (77)

Existen ciertos comportamientos de riesgo y protectores para VIH/SIDA en los adolescentes que han sido ampliamente reconocidos:

- El número de parejas sexuales es el comportamiento de riesgo más asociado, siendo mayor el riesgo para mujeres.
- Mantener relaciones sexuales con trabajadores comerciales del sexo también representa un riesgo, y aunque la frecuencia de este comportamiento es importante, el solo hecho de tenerlas incrementa el riesgo a más del doble.
- Convertirse en trabajador comercial del sexo incrementa el riesgo casi cuatro veces, estando en mayor riesgo quienes trabajan en burdeles, comparadas con las adolescentes que trabajan en la calle.
- Tener o haber tenido ETS incrementa el riesgo de VIH. En Brasil una prueba positiva para Hepatitis C incrementa el riesgo hasta 26 veces.
- Usar condón de manera regular disminuye el riesgo de infección de HIV con un $RR= 0.37$ pero con uso irregular, el riesgo se incrementa a 1.44. (48)

3.2.6.4 Enfermedades de Transmisión Sexual

Un estimado de 333 millones de nuevos infectados aparecen cada año, al menos un tercio ocurren en personas menores de 25 años. De acuerdo a las estimaciones de la OMS, 1 de cada 20 adolescentes adquiere una ETS cada año. (48) y las causas más frecuentes son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomonas. (45) Los adolescentes son biológicamente susceptibles a las infecciones y tienen mayor riesgo de morbilidad, especialmente durante el embarazo. (8) Las ETS en el embarazo adolescente aumentan el riesgo de bajo peso y prematuridad en el recién nacido. Sin tratamiento a largo plazo las ETS podrían aumentar el riesgo de cáncer y de padecer infecciones por VIH, y pueden ser responsables por la mitad de los casos de infertilidad. (45)

Una preocupación importante que no ha sido tan discutida es el papel de los hombres adolescentes en la transmisión del HPV el cual puede transmitirse aún con el uso del condón (cuyo uso constituye el principal factor protector para ETS). Se estima que 10 millones de mujeres al final de su segunda década de vida tienen infecciones por HPV activas. Recordando que el HPV tiene gran relación con el cáncer de cérvix y que esta es la primera causa de cáncer en mujeres en países como Guatemala, la importancia de este problema es grande. El HPV en los hombres es asintomático por lo cual lo transmiten sin siquiera saberlo. (48) En los países desarrollados las úlceras genitales debidas a HPV de los tipos 6, 11, 16, 18, 31 y 35 y la secundarias a virus herpes simple son las más comunes. (8)

Las adolescentes normalmente saben poco acerca de las ETS y no reconocen los síntomas ni distinguen entre el flujo vaginal fisiológico y el patológico. (ETS) Las normas culturales y sociales de género restringen el acceso de las mujeres adolescentes a la información básica, las condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales y expone a muchas a la coerción sexual. Además, los adolescentes no encuentran atractivos los programas de salud sexual destinados a ellos por lo cual no asisten a los servicios de salud, y no se

informan sobre ETS ni saben que en el caso de no reconocer síntomas de gonorrea, esto puede llevar EIP en 15% de las adolescentes y progresar a enfermedad diseminada. La infección por clamidia puede llevar a EIP silenciosa e infertilidad. Esto también incrementa el riesgo de embarazo ectópico cuya mortalidad es más alta en adolescentes. (8)

Los comportamientos sexuales asociados a mayor riesgo de ETS en adolescentes son:

- Múltiples compañeros sexuales: Incrementa el riesgo de ETS especialmente para las mujeres.
- Prostitución: Mantener relaciones sexuales con trabajadores del sexo incrementa el riesgo de ETS para ambos sexos.
- Sexo anal: Factor de riesgo importante tanto cuando se practica en relaciones homosexuales como heterosexuales.
- Tener o haber tenido ETS aumenta el riesgo de tener nuevas ETS.
- Las mujeres adolescentes con parejas con mayor edad tienen más riesgo.
- Los adolescentes viviendo en la calle tienen más riesgo.

No hay reportes de la región de Latinoamérica de las ETS en adolescentes. (48)

3.2.7 Salud mental y redes de apoyo social

La mayor parte de las enfermedades de los adolescentes se relacionan con comportamientos y estilos de vida y por lo que es importante para los adolescentes contar con redes de apoyo social. Definiendo apoyo social como “un rango de relaciones interpersonales o conexiones que tienen un impacto en el comportamiento individual que generalmente incluye apoyo por parte de particulares como de instituciones sociales”. (7)

Tener y usar redes de apoyo social se relaciona con menores tasas de suicidio, prácticas sexuales seguras, menores tasas de uso de sustancias, debut sexual más tardío y menores índices de delincuencia o violencia. (7)

La adolescencia es un período de transición donde se tiene un reto psicológico: determinar la identidad, desarrollar la capacidad de tomar decisiones y desarrollar la madurez sexual que se define como “estar cómodo con uno mismo y tener la habilidad de permanecer en una relación donde hay trabajo y confianza recíproca”. (10) Es por esto que las redes de apoyo se hacen básicas en esta etapa y aunque la edad y el género influyen en la búsqueda de apoyo por parte de estas redes sociales, las adolescentes mayores son más propensas a buscar ayuda, mientras los hombres tratan de resolver sus conflictos por si solos. (7)

En el estudio realizado en los departamentos de Guatemala, Huehuetenango y Chiquimula reveló que 75% de los entrevistados refería tener un amigo en quien confiar, casi 12% dijo no tener y el resto no respondió. La capacidad de los amigos para responder a situaciones como el embarazo es limitada, lo que acentúa la ausencia de redes de apoyo, pues también hay situaciones que no se solicitan y se esconden a los padres. Al preguntarles si acudirían a sus maestros al tener un problema personal 51% respondió que sí, los porcentajes observados Guatemala 59.4%, Chiquimula 52.6% y Huehuetenango 41.6%. la mayoría de los encuestados, 76.8%, refirió que le contaría los problemas a su mama, 62% que le contaría a su papa, 53% a un líder religioso y un 44.8% a un amigo. (49)

En cuanto a salud mental, se estima que entre 15 y 20% de los adolescentes tienen problemas psicológicos, siendo los más comunes depresión o ansiedad. (4) Esto los pone en riesgo de abuso y negligencia, suicidio, uso de sustancias, fracaso escolar, violencia, actividades criminales, enfermedades mentales en la edad adulta y comportamiento impulsivo. (3)

Los adolescentes con buenas relaciones familiares, con metas escolares claras, con buenas relaciones comunitarias y con creencias espirituales son menos propensos a la depresión. (2) Sin embargo, la pobreza y la violencia aumentan el riesgo de enfermedades mentales. (4)

El suicidio es una de las tres causas más importantes de mortalidad en adolescentes y la tasa aumenta día a día más que en el resto de grupos etarios. Alrededor del mundo 90,000 adolescentes se suicidan cada año, o sea 1 persona cada 5 minutos. Se calcula que por cada suicidio, hay 40 intentos de suicidio en adolescentes, siendo los hombres son más propensos que las mujeres a completar el acto. (14)

3.2.8 Situación actual del adolescente en Guatemala

Los adolescentes y los jóvenes representaban en 1996, un 30% (148 millones) de la población de América Latina y el Caribe. (78) Proyecciones de Población con base en el censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística (INE) estiman que para el año 2010 la población guatemalteca sería de 14.3 millones de habitantes, de los cuales un 32.8% correspondería a los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) y un 23.6% a los adolescentes únicamente (10 a 19 años) distribuida en un 50.2% del sexo masculino y un 49.8% del sexo femenino. (6)

El INE en su Encuesta Nacional de Condiciones de Vivienda 2006 identifica a una población rural total del 51% de los cuales un 74.5% vivían en condiciones de pobreza y extrema pobreza y del 48% de la población urbana sólo un 28.3% presentaban condiciones de pobreza y un 16% específicamente para el área metropolitana. Un 38% de etnia indígena de la población total de los cuales el 75% vivían en condiciones de pobreza y extrema pobreza, en contraste con los no indígenas donde un 36% viven en dichas condiciones. (79)

Según datos obtenidos de la CEPAL, se observa que Guatemala se encuentre entre los países con mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes trabajando (31.3%), siendo Brasil el de mayor porcentaje en Latinoamérica (32.2%) y Chile el de menor porcentaje (6.2%).

El término "trabajo infantil" suele ser definido por la OIT como el trabajo que priva a los niños, niñas o adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental. Se refiere al trabajo que:

- Es física, mental, social ó moralmente perjudicial o dañino para el niño, e interfiere en su escolarización:

- Privándole de la oportunidad de ir a la escuela;
- Obligándole a abandonar prematuramente las aulas, o
- Exigiendo que intente combinar la asistencia a la escuela con largas jornadas de trabajo pesado. (80)

Existe la tendencia actual de los adultos y la juventud de abandonar el país para viajar a países como Estados Unidos y México principalmente, ante las condiciones de escasas oportunidades, causando serios impactos en la desintegración familiar. 600,279 mujeres eran jefas de hogar según datos de la ENCOVI-2006. (79)

Todo ello ha causado serios disturbios en la estructura de la vida tradicional, así como desequilibrio y desintegración familiar, donde se ve mayormente afectada la población rural, entre ella la población indígena, teniendo serias repercusiones en la juventud de ayer y hoy, causándoles sufrimiento por la violencia y pobreza en la que han vivido, afectando de esa forma: su salud física y mental, educación, forma de vida, pérdida de valores tradicionales, identidad, relaciones étnicas, culturales y comunitarias, que en la actualidad, las nuevas generaciones encuentran presiones fuertes de transculturización.

Esta situación tiene como principales consecuencias e implicaciones para el desarrollo de la adolescencia y juventud guatemalteca: a) pérdida de años de educación que implica que los menores que trabajan recibirán un 20% de ingresos menos durante su vida adulta, b) la falta de educación implica dificultades para avanzar en un mercado de trabajo creciente y competitivo, que cada vez más requiere de mayores conocimientos y habilidades, c) la inversión en educación es de muy alta rentabilidad económica y social para el país d) el costo para la sociedad de la no inversión oportuna en educación es elevado, ya que la compensación con programas de capacitación posteriores es hasta de 5 veces más caro que la inversión para años adicionales de educación en la vida adulta, y los costos empresariales en capacitación se reducirían de un 25% a un 50% y e) el trabajo del adolescente y el joven, perpetua y agranda el círculo de la pobreza, ya que al completar 10 ó más años de estudio, principalmente el nivel secundario se traduce en un 80% de probabilidades de no caer en la pobreza. (78)

Aún a pesar de haber completado 10 ó más años de estudio, la diferencia entre clases en el área urbana es significativa. En Chile, un 80% de jóvenes urbanos (20 a 24 años) han completado por lo menos 10 años de estudio, con un 92% de los jóvenes urbanos chilenos del nivel de ingreso más alto y un 62% del nivel de ingreso más bajo, siendo Chile el país que exhibe la menor diferencia. Mientras que en Honduras sólo un 46% de los jóvenes urbanos han completado diez años de educación.

Singh y Wulf en 1990 notificaron grandes discrepancias sobre el desempeño de los países de América Latina y el Caribe con respecto a la educación de la mujer adolescente con un promedio de diez años o más de estudio. La proporción más elevada es Trinidad y Tobago con 55%. La que le sigue baja dramáticamente al 31% en Ecuador. Los índices más bajos pertenecen a Guatemala con 6% y un 13% de las mujeres entre 15 y 19 años que han completado entre siete y nueve años de estudio. (81)

3.2.8.1 Situación de salud del adolescente en Guatemala

La salud de adolescentes y de jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo hacen en años posteriores. De hecho, OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. (82)

Las drogas de mayor uso entre la población comprendida de los 12 a los 18 años de edad son: alcohol (71.5%), cocaína (2.2%), marihuana (8%), tabaco (32.3%), estimulantes (17.8%), tranquilizantes (63.5%) e

inhalantes (10.6%), 52.2% de los usuarios correspondientes al sexo masculino. En casos por grupo de edad acumulado desde 1984 al 2002, se registró el 25.13% de casos en el rango de edad de 10 a 24 años. De las entrevistadas en el Estudio Rostro de la Prostitución Infantil el 83.3% de las menores de 15 años han sufrido enfermedades de transmisión sexual, así como en el grupo de 15 a 18 años el 50% y dentro de ese grupo el 42% son madres. (78)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999 –ENSMI- indica que 17% de las mujeres entre 15 y 19 años, y 44% de las mujeres con 19 años cumplidos, ya son madres o estaban embarazadas al momento de realizar la encuesta. Esta misma reflejó que el 40.5% de las adolescentes sin educación está conformado por jóvenes que alguna vez ha estado embarazada, de las cuales sólo 43.8% puede optar a recibir control prenatal por parte de un médico durante el embarazo. En esas mismas fechas se reportó una mortalidad materna dentro del grupo de 15 a 19 años de 102 por cada 100 mil nacidos vivos. (50)

Según la ENSMI 2002 y 2008/09 las mujeres entre 15 y 19 años presentaban una tasa de fecundidad general para el área urbana de 85 y 78 y en el área rural de 133 y 114 respectivamente. De las mujeres entre 15 y 19 años un 32.7% referían utilizar algún método anticonceptivo. (21)

Una encuesta sobre vida sexual realizada en Barranquilla (ONUSIDA 1996) mostró que la edad promedio de inicio de relación sexual con penetración del pene está en el grupo de 15-19 años (57%). El 56% de los encuestados ya había tenido relaciones sexuales penetrativas, siendo la más frecuente la penetración pene-vagina (49%), seguida de la penetración oral (21%) y la penetración anal (11.6%). Del grupo que afirma experiencia sexual penetrativa, el 18% usó condón en la primera relación sexual, mientras que el 73.8% no lo usó. (83)

En la Región, en 2003, la tasa de mortalidad en el grupo entre 15 y 24 años de edad fue de aproximadamente 130 por 100.000.22 Las principales causas de mortalidad para este grupo etáreo son las causas

externas, que incluyen accidentes, homicidios, suicidios y otras, seguidas por las enfermedades transmisibles, que incluye VIH/sida, las no transmisibles y las complicaciones del embarazo parto y puerperio.

(46)

Otros temas fundamentales de salud que afectan a la población joven y que exigen una acción inmediata son los siguientes: las infecciones de transmisión sexual, la obesidad y las enfermedades crónicas, la salud mental, el consumo de tabaco, y el abuso de sustancias psicotrópicas. La repercusión desproporcionada de estos temas en los adolescentes y jóvenes de minorías étnicas, de poblaciones indígenas, migrantes, de ingresos bajos o de bajo nivel educativo merece y requiere una consideración especial.

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Descriptivo, transversal

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad primaria de muestreo

Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala del municipio de Guatemala.

4.2.2 Unidad de análisis

Respuestas obtenidas con el instrumento SIA-CLAP del adolescente.

4.2.3 Unidad de información

Adolescentes inscritos en los centros educativos: Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala del municipio de Guatemala.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población de adolescentes está constituida por mil doscientos sesenta y nueve adolescentes de ambos sexos del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala del municipio de Guatemala.

4.3.2 Muestra

No se tomó muestra estadística debido a que se evaluaron todos los adolescentes de las instituciones en donde se realizó el estudio que reunieron los criterios de inclusión, con una participación aproximada del 70%.

4.4 Selección de los sujetos de estudio

Adolescentes comprendidos en las edades de 10 a 19 años, inscritos en el ciclo lectivo 2011, en las instituciones Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala que contaron con consentimiento informado por padres o encargados.

En el Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” sólo se tomaron en cuenta las señoritas de Primero Básico ya que el resto de la población había sido evaluada por el Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala durante el año 2010. Se excluyeron los adolescentes que se negaron a participar en el estudio a pesar de contar con la autorización del padre o tutor o aquellos que no contestaron la totalidad de preguntas del CLAP-SIA.

4.5 Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Características demográficas					
Establecimiento	Establecimiento dedicado a la enseñanza.	Nombre de la institución educativa a la que concurre.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Domicilio	Lugar donde se considera establecida una persona	Dirección completa de la residencia habitual del adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Localidad	Nombre de la ciudad, pueblo o paraje, donde se encuentre el domicilio.	Nombre del municipio donde se encuentre el domicilio.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Lugar de nacimiento	Lugar en el cual se produjo el nacimiento	Municipio y departamento donde nació el adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Cobertura y/o protección social	Prestaciones que reciba el adolescente de manera habitual por parte del gobierno.	Consignar la condición del adolescente en términos de cobertura y/o protección social, y el código correspondiente en caso afirmativo.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico.	Femenino o masculino, de acuerdo con el sexo del adolescente	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Consulta principal					
Tipo de consulta	Forma como llega el adolescente a la consulta.	Consignar si el adolescente concurre a la consulta en forma espontánea, por derivación de un profesional o servicio o fue traído a la consulta por otra persona. Es importante resaltar que el concepto de "traído a la consulta" debe ser valorado en función de la edad del adolescente. No es la misma situación para un paciente de 10 años que para uno de 19 que se indique esta opción. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.	Años y meses cumplidos correspondientes al momento de la atención. (1)	Cuantitativa discreta	Razón	CLAP (HdA)

Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Estado del adolescente al momento de la consulta, sea casado, soltero, unido, separado u otro. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Raza	Población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos.	Según el adolescente considere ser perteneciente a la raza blanca, mestiza, indígena, negra u otra.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Acompañante	Persona que acompañe al adolescente durante la entrevista.	Según asista a la consulta con la madre, el padre, ambos, con su pareja, un amigo, un pariente u otros.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Motivo de consulta según adolescente	Razón por la cual el adolescente consulta	Razón por la cual el adolescente consulta	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Motivo de consulta según acompañante	Razón por la que el acompañante cree que es necesaria la consulta al adolescente.	Razón por la que el acompañante cree que es necesaria la consulta al adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Antecedentes personales					
Perinatales normales	Condiciones vinculadas al embarazo y parto del adolescente, no sólo físicas sino también psicosociales. (1)	Antecedentes perinatales son normales, no lo son, o lo desconoce.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Crecimiento normal	Adecuada masa corporal o talla para edad. (1)	Crecimiento fue normal, no lo fue o lo desconoce.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Desarrollo normal	Diferenciación de funciones, que se presentan generalmente como logros del comportamiento en cuatro áreas: motora, de coordinación, social y del lenguaje. (1)	Si el desarrollo fue normal, no lo fue o lo desconoce.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Alergia	Presencia de antecedentes de alergia, presentados tanto en forma cutánea como extracutáneas.	Si el adolescente tiene antecedentes de alergia, no los tiene o no sabe. En caso de antecedentes de alergia a drogas y medicamentos así como de anafilaxia, consignarlo en observaciones.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Vacunas completas	Verificar y registrar si el esquema de vacunación del adolescente está completo de acuerdo a las normas nacionales de inmunización. (1)	Si le fueron aplicadas todas las vacunas, el esquema de vacunación no fue aplicado de manera completa o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Enfermedades crónicas	Enfermedades orgánicas incluidas las neurológicas, de curso prolongado, permanente o residual,	Presencia, ausencia o desconocimiento de la presencia de enfermedades crónicas.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

	muchas veces no reversible, que hayan requerido o requieran un largo período de vigilancia médica. Se excluyen las alteraciones mentales que deberán marcarse en Problemas Psicológicos. (1)				
Discapacidad	Presencia de cualquier tipo de discapacidad, sea sensorial, motriz, mental o múltiple, sean estas referidas por el paciente o la persona a cargo, o reconocidas por el profesional tratante.	Presencia o ausencia de discapacidad. En el caso de contar con la información, especificar en observaciones el tipo y grado de discapacidad.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Enfermedades infectocontagiosas	Enfermedades transmisibles causadas por agentes microbianos, de evolución aguda o crónica, y adquiridas por contacto directo con el enfermo o portador, o indirecto por vectores. (1)	Si presenta o ha presentado enfermedades infectocontagiosas, no las ha presentado o no las presenta, o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Accidentes	Sucesos o acciones involuntarias, que produjeron lesiones no intencionales.	Antecedentes de accidentes o ausencia de antecedentes. Si la respuesta es positiva, calificar aquellos eventos que a juicio del profesional son "llamativamente frecuentes", y especificar en Observaciones. Si el adolescente o los familiares que lo acompañan desconocen el dato señalar "no sé" y requerir se investigue en la familia para la próxima consulta si fuera indispensable para el diagnóstico.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Intoxicaciones	Sucesos o acciones voluntarias o involuntarias, que involucraron el contacto con sustancias tóxicas. (1)	Si en algún momento se ha intoxicado, no se ha intoxicado o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Cirugía u hospitalización	Cualquier intervención quirúrgica y/o internación del adolescente en su infancia o en el período transcurrido. (1)	Si ha presentado intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones, no las ha presentado o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Uso de medicamentos	Uso no accidental, habitual o prolongado de cualquier medicamento, con o sin indicación médica, incluyendo hierbas, fibras y/u otras. (1)	Utilización de medicinas, no las ha utilizado o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Problemas psicológicos	Síndromes psicológicos o conductuales, que se encuentran asociados al deterioro de áreas de la actividad social y del pensamiento. Se incluye en este ítem conductas autoagresivas con intención de quitarse la vida durante la infancia o la adolescencia transcurrida.	Presencia, ausencia o desconocimiento sobre la presencia de trastornos psicológicos. Las ideas de muerte no serán consideradas como intentos de suicidio, debiendo registrarse, si fueran reiteradas, en Observaciones. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Violencia	Antecedente de cualquier acción perjudicial o agresión, auto o heteroinfligida, intencional, física o emocional. Incluyendo situaciones de violencia doméstica, entre pares, o sexual, sea en calidad de víctima, victimario o testigo. Situaciones de abandono, entendiendo por tal, aquellas en las que alguno o ambos progenitores lo dejaron voluntariamente sin protección, alimentos o abrigo, incluyendo el abandono afectivo. (1)	Si ha presentado violencia, no ha presentado o lo desconoce.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Educación preescolar	Ciclo de estudios previos a la educación primaria obligatoria. Puede ser parte del sistema formal de educación o como un centro de cuidado o guardería.	Consignar si el niño recibió educación preescolar (a la edad de 3, 4 y/o 5 años).	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Judiciales	Antecedentes de intervenciones judiciales relacionadas con infracciones a leyes o normas instituidas, o comparecencia por terceros durante la infancia o la adolescencia transcurrida. (1)	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes judiciales	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Antecedentes familiares					
Diabetes	Antecedentes de diabetes diagnosticada a padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de diabetes en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Obesidad	Antecedentes de obesidad diagnosticada de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de obesidad en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Cardiovascular	Antecedentes de hipertensión o cardiopatías diagnosticados de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes cardiovasculares en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Alergia	Antecedentes de alergia clínicamente identificados de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de alergia en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Infecciones	Antecedentes de tuberculosis y VIH diagnosticados de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de tuberculosis y VIH en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Cáncer	Antecedente de cáncer diagnosticado en padres, abuelos, hermanos, tíos primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de cáncer en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP(HdA)
Problemas psicológicos	Antecedentes de trastornos psicológicos diagnosticados de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes psicológicos en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Alcohol, drogas y otros	Antecedentes de alcoholismo y drogadicción de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes alcoholismo y/o drogadicción en padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Violencia intrafamiliar	Antecedentes de cualquier acción perjudicial o agresión, auto o heteroinfligida, intencional, física o emocional. Se deberá incluir en este ítem situaciones de violencia doméstica, entre pares, o sexual, sea en calidad de víctima, victimario o testigo de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos. (1)	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes de violencia entre padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Madre y/o padre adolescente	Mujer u hombre que fueron padres encontrándose entre los 10 y 19 años.	Madre o padre del entrevistado adolescente en el momento de ser padres, no lo era o no sabe.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Judiciales	Antecedentes de intervenciones judiciales relacionadas con infracciones a leyes o normas instituidas, o comparecencia por terceros de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos. (1)	Presencia, ausencia o desconocimiento de antecedentes judiciales de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Familia y vivienda					
Vive en	Lugar donde vive el adolescente.	Lugar de residencia habitual y actual del adolescente sea solo, en la casa, en la calle, en institución protectora o privado de libertad.			
Convive con	Familiares con los cuales convive el paciente en la casa o cuarto.	Familiares con quienes el adolescente convive “en la casa” o “en el cuarto” con la madre, padre, madrastra, padrastro, hermanos, pareja del adolescente, hijos, u otras personas. En los casilleros para hermanos, hijo y otros, que son de mayor tamaño, se consignará en dígitos el número de estos familiares que conviven con el adolescente. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Nivel de instrucción de padre o sustituto	Máximo nivel de instrucción (años aprobados) alcanzado por el padre o quien cumplan actualmente función paterna. (1)	Nivel de instrucción del padre según fuera “ninguno” (incapaz de leer y escribir), “primario”, “secundario”, “universitario”. Se considerará “secundario” los estudios de nivel medio, incluidos los de modalidad técnica. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Nivel de instrucción de la madre o sustituto	Máximo nivel de instrucción (años aprobados) alcanzado por la madre quien cumplan actualmente función materna. (1)	Nivel de instrucción de la madre según fuera “ninguno” (incapaz de leer y escribir), “primario”, “secundario”, “universitario”. Se considerará “secundario” los estudios de nivel medio, incluidos los de modalidad técnica. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Nivel de instrucción de la pareja	Máximo nivel de instrucción (años aprobados) alcanzado por la pareja conviviente. (1)	Nivel de instrucción de la pareja según fuera “ninguno” (incapaz de leer y escribir), “primario”, “secundario”, “universitario”. Se considerará “secundario” los estudios de nivel medio, incluidos los de modalidad técnica. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Trabajo de padre o sustituto	Trabajo del padre o quien cumpla al momento de la consulta función paterna y contribuya al sostén del adolescente, así como de la pareja del adolescente en caso de tenerla. (1)	Tipo de trabajo del padre, considerando “trabajo estable” cuando exista contrato de trabajo y/o cierta permanencia. “Trabajo no estable” hace referencia a trabajo a destajo, trabajo no legalizado por contrato, o cambios permanentes de ocupación. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)

Trabajo de madre o sustituto	Trabajo de la madre o quien cumpla al momento de la consulta función materna y contribuya al sostén del adolescente, así como de la pareja del adolescente en caso de tenerla. (1)	Tipo de trabajo de la madre, considerando “trabajo estable” cuando exista contrato de trabajo y/o cierta permanencia. “Trabajo no estable” hace referencia a trabajo a destajo, trabajo no legalizado por contrato, o cambios permanentes de ocupación. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Trabajo de la pareja	Trabajo de la pareja que contribuya al sostén del adolescente.	Tipo de trabajo de la pareja considerando “trabajo estable” cuando exista contrato de trabajo y/o cierta permanencia. “Trabajo no estable” hace referencia a trabajo a destajo, trabajo no legalizado por contrato, o cambios permanentes de ocupación. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Ocupación	Tipo de ocupación desarrollada por el padre y la madre o sustitutos, así como de la pareja. (1)	Profesión o título universitario o terciario, si coincidiera con la ocupación actual; en caso contrario se especificará en Observaciones. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Percepción del adolescente sobre su familia	Caracterización que realiza el adolescente de los vínculos y el funcionamiento familiar. Se preguntará al adolescente cómo siente que son, la mayor parte del tiempo, las relaciones dentro de su familia, considerando como tal a cualquier grupo conviviente que sea interpretado por el adolescente como familia. (1)	Percepción del adolescente acerca de las relaciones de su familia sea mayormente “buena”, “regular” o “mala” o “no hay relación”. (1)	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Vivienda con energía eléctrica	Disponibilidad de energía eléctrica de forma habitual en la vivienda.	Disponibilidad o ausencia de energía eléctrica en la vivienda.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Vivienda con agua	Provisión de agua corriente en el domicilio.	Disponibilidad de agua en la vivienda o la obtiene fuera del hogar	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Vivienda con excretas	Instalaciones para la eliminación de excretas en la vivienda.	Presencia de sistema de excretas en la vivienda o la obtienen fuera del hogar.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Hacinamiento	Estimación de la razón de habitantes por cuarto (excluyendo cocina y baños). Se consignará la presencia de hacinamiento ante una razón de 3 o más habitantes por ambiente en el hogar, sin considerar baño y cocina. (1)	Presencia o ausencia de hacinamiento.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Educación					
Estudia	Ejercicio de adquisición, asimilación y comprensión para conocer o comprender algo.	Si el adolescente concurre en el momento de la consulta a alguna institución para completar estudios.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Nivel de escolaridad	Nivel de estudios alcanzado por el adolescente hasta ese momento, aunque no haya completado el nivel y no asista en el momento de la consulta a ninguna institución escolar. (1)	Nivel de estudios del adolescente según sea “no escolarizado”, “primario”, “secundario”, “técnico” “universitario”. “Universitario” incluirá cualquier estudio de nivel terciario.	Cualitativa	Ordinal	CLAP (HdA)
Grado curso	Grado al que asiste el adolescente en el momento de la consulta, de acuerdo a la denominación del país donde reside. Si no asiste a ninguna institución escolar al momento de la consulta se colocará 0 (cero) aunque haya concurrido anteriormente. (1)	Grado que cursa actualmente el adolescente en números.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Años aprobados	Grado que ha sido cursado satisfactoriamente de acuerdo a los estándares propios del centro de estudio. (1)	Número de años aprobados según el sistema de educación formal. No se incluirán los años repetidos.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Problemas en la escuela	Dificultades que refieran a problemas psicológicos o de conducta, trastornos de la atención, problemas económicos o laborales, problemas de comunicación o de relación con sus compañeros o docentes. (1)	Presencia o ausencia de problemas escolares del adolescente; especificar en Observaciones, aclarando si al momento de la consulta se está en la etapa del problema.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Años repetidos	Grado que no ha cumplido con los requisitos mínimos de la institución para ser aprobado. (1)	Número de veces que el adolescente repitió algún año de estudio, en cualquier nivel. Consignar la sumatoria de años repetidos.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Violencia escolar	Referencia del adolescente de cualquier acción perjudicial o agresión, heteroinfligida, intencional, física, emocional o sexual, entre pares, sea en calidad de víctima, victimario o testigo. (1)	Presencia o ausencia de violencia escolar hacia el adolescente. Si la respuesta fuera positiva especificar, consignando el código correspondiente y especificar en Observaciones.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Deserción/exclusión	Abandono parcial o total de la educación escolarizada. Son varias	Si abandonó los estudios antes de completar el nivel, y describir, si se	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

	las razones para que se de la deserción. Entre las que más comunes están el factor económico, un medio comunitario que no alienta la educación escolarizada, el bajo rendimiento, etc. (1)	conoce, la causa o las materias que ofrecieron mayor dificultad. Si el adolescente retomó luego la educación formal marcar “si” y especificarlo en Observaciones.			
Educación no formal	Aprendizaje o curso extracurricular que el adolescente realice o haya realizado, fuera de la institución escolar, sea o no reconocido por el Ministerio de Educación.	Si el adolescente ha asistido por ejemplo a cursos de peluquería, mecánica, carpintería, computación, idiomas, guitarra o piano u otros. Especificar en Observaciones.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Trabajo					
Actividad	Cualquier actividad remunerada o no, que mantenga al adolescente al momento de la consulta y que implique relación laboral.	Consignar “trabaja” si está trabajando en el momento de la entrevista. En caso contrario la opción que se adecue más, entre las siguientes: “busca 1° vez”: que no trabaje y esté buscando trabajo por primera vez. “no y no busca”: que el adolescente no esté buscando trabajo y nunca haya trabajado. “pasantía”: que se encuentre realizando una pasantía, vinculada a su área de estudio, en el marco de un programa formal. “desocupado”: que deseando trabajar, se encuentre desocupado al momento de la consulta. Esta opción es sólo para aquellos que trabajaron previamente. “no trabaja y no estudia” que el adolescente no estudie, ni trabaje ni se encuentre buscando trabajo. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Edad inicio de trabajo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento en que inicia una actividad laboral.	La edad en años del comienzo de cualquier actividad laboral, que haya tenido el adolescente en su infancia o adolescencia transcurrida, aunque no exista al momento de la consulta. Si no ha trabajado nunca registrar 0 (cero).	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Horas de trabajo por semana	Suma total de horas de una semana laboral.	Número de horas semanales de trabajo. Si el adolescente no trabaja al momento de la consulta marcar 0 (cero).	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)

Trabajo infantil	Trabajo que priva a los niños, niñas o adolescentes de su infancia, su potencial y su dignidad, y que es nocivo para su desarrollo físico y mental. (80)	Existencia o ausencia de trabajo infantil.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Trabajo juvenil	Trabajo en las que participan niños, niñas y adolescentes, y que no necesariamente implican formas de explotación o abuso, como son los trabajos formativos propios de las culturas ancestrales o el trabajo vacacional (temporal) de colegiales en las sociedades urbanas	Existencia o ausencia de trabajo juvenil. En caso afirmativo consignar en el casillero correspondiente si la actividad, condiciones y ámbitos donde se realiza el trabajo es “decente”, “precario” o correspondiente con “peores formas de trabajo”. (1)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Horario de trabajo	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo por el cual ha sido contratado. Se contabiliza por el número de horas en las que el empleado desarrolla su actividad laboral.	Horario de trabajo; Según trabaje de “mañana”, de “tarde”, “fin de semana”, “todo el día” o “de noche”. Si el adolescente no trabaja señalar la opción “no corresponde” (n/c). Se deberá registrar sólo una alternativa.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Razón de trabajo	Motivos por los cuales el adolescente expresa su necesidad de trabajar.	Opinión del adolescente. Pueden ser razones “económicas”, de “autonomía”, porque encuentra placer en el trabajo, “me gusta” o existir otro motivo. Si el adolescente no trabaja, se marcará el casillero “no corresponde” (n/c). Las divergencias con el criterio profesional se consignarán en Observaciones, integrándose a la Impresión Diagnóstica.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Trabajo insalubre	Labores que se realicen en instalaciones o industrias que por su propia naturaleza puedan originar condiciones capaces de amenazar o de dañar la salud de sus trabajadores, o debido a los materiales empleados, elaborados o desprendidos, o a los residuos sólidos, líquidos o gaseosos. (84)	Si a criterio del profesional y de acuerdo a las normas legales vigentes, la salud física y/o psicosocial el adolescente está en riesgo debido a su trabajo. Precisar el tipo de riesgo en Observaciones. Si el adolescente no trabaja en el momento de la consulta se marcará el casillero “no corresponde” (n/c).	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Vida social					
Aceptación	Grado en el que la compañía de una persona es tenida por otros como satisfactoria para el mantenimiento de relaciones estrechas.	Si en el medio social en el cual vive (escuela, trabajo, amigos/as) se siente “aceptado”, “ignorado”, “rechazado”. Solicitar una evaluación integral evitando	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

	La aceptación social sólo puede alcanzarse cuando el adolescente se conforma a las expectativas del grupo con el cual desea identificarse.	considerar un suceso aislado. Si el adolescente no cree poder contestarlo, se marcará la opción "no sabe". En Observaciones se precisará si fuera necesario.			
Pareja	Relación sentimental que existe entre dos personas. El término hace referencia al vínculo amoroso y no al estatus jurídico.	Si tiene en el momento de la consulta novio/a (pareja) aunque no sea pareja sexual. Si fuera necesario, especificar en Observaciones.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Violencia en la pareja	Comportamiento deliberado y consciente, que puede provocar daños corporales o mentales a la pareja.	Si el adolescente refiere episodios de violencia en la pareja, independientemente del tipo (física, verbal, etc.) sea el adolescente el que se presenta como generador o víctima de las situaciones de violencia.	Cualitativa	Nominal	CLAP(HdA)
Amigos/as	Amigos/as íntimos, personas principalmente de la edad del adolescente con las que puede hablar de sus problemas y aspectos íntimos y con las que siente que mantiene una relación de aceptación y afecto mutuo.	Si el adolescente tiene o no tiene amigos.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Distribución del tiempo libre	Conjunto de actividades u ocupaciones realizadas durante el tiempo libre.	Promedio de horas semanales dedicadas a la actividad física, a pasar frente a la computadora y aparte, las utilizadas en la participación de redes virtuales (Facebbok, Tweeter, chat) así como juegos en línea (Play Station) mediante el uso de internet. Se incluyen las practicadas en la escuela. En observaciones consignar el tipo de actividad.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Otras actividades	Tareas u ocupación que es realizada con intención, libertad. Puede estar ligada a una necesidad.	Si el adolescente realiza otras actividades diferentes a las mencionadas anteriormente, sin incluir las escolares ni las de educación no formal, especificando el tipo de actividad (grupos de interés específico, entidades religiosas, club de niños, etc.)	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Hábitos/consumos					
Sueño normal	Estadio fisiológico recurrente de reposo del organismo, que se caracteriza por una inacción relativa, con ausencia de movimientos voluntarios y gran aumento del umbral de respuesta a estímulos externos, fácilmente reversible. El sueño normal es aquel en el cual se distribuyen cíclicamente todas las etapas del mismo, incluyendo una duración y continuidad adecuadas y suficientes para reestablecer la dinámica de la vida diurna al despertar.	Si duerme en forma continua, no surge patología del sueño y el adolescente refiere que se despierta descansado.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Horas de sueño normal	Horas que el adolescente refiere dormir en promedio en forma diaria.	Número de horas que el adolescente refiere dormir en promedio en forma diaria.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Alimentación adecuada	Aquella en la cual se realizan entre cuatro y seis comidas al día, en intervalos horarios según costumbre del lugar donde vive o de su familia; si además es variada e incluye las cantidades recomendables de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Es importante no sólo tener en cuenta la calidad y cantidad de las comidas, sino también el lugar, la modalidad, en qué compañía se desarrollan, así como el grado de satisfacción que expresa el adolescente.	Si el adolescente refiere realizar cierto número de tiempos de comida, con una composición que contenga macro y micronutrientes en cantidades adecuadas.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Comidas por día	Período del día que es destinado para ingerir un conjunto de alimentos. Existen 3 tiempos fuertes: desayuno, almuerzo y cena. Así mismo existen aperitivos o meriendas que son tiempos de comida leves.	Número de comidas en un día hábil que ingiere el adolescente incluyendo entre comidas, colaciones y golosinas.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)

Comidas por día con familia	Reunión en donde se comparten los alimentos. Son momentos para comunicarse, compartir y aprender. Son ocasiones que pueden disfrutar juntos amistades y familiares y son el momento propicio cuando los hijos aprenden qué comer y en qué cantidad, lecciones que fijan los cimientos para la alimentación saludable durante toda la vida.	Número de comidas que comparte con la mayor parte de los miembros de la familia conviviente y especificar en Observaciones. Si no existiera ninguna registrar cero (0).	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Consumo de tabaco	El tabaco es una planta, la cual se procesa y se consume principalmente en forma de cigarrillos. Su componente activo, la nicotina, actúa sobre el sistema nervioso central y genera adicción, pero tiene efectos antidepresivos y de alivio sintomático de la ansiedad.	Si el adolescente fuma o no.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Edad de inicio de consumo de tabaco	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el inicio de consumo de tabaco.	Edad en años de la primera vez que consumió tabaco, aunque no lo haga al momento de la consulta. Si el adolescente nunca consumió tabaco registrar 0 (cero).	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Número de cigarrillos consumidos por día	Tabaco seco picado recubierto por una hoja de tabaco o papel en forma de cilindro, comúnmente acompañado por un filtro.	Número en dígitos de cigarrillos que consume por día. Si no fuma en el momento de la consulta registrar 0 (cero).	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Consumo frecuente de alcohol	Consumo de alcohol en al menos 1 vez por semana en los últimos 30 días.	Consumo de alcohol por el adolescente al menos 1 vez por semana durante los últimos 30 días.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Edad de inicio de consumo de alcohol	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el inicio de consumo de alcohol.	Edad en años de la primera vez que consumió alguna bebida alcohólica. Si nunca consumió alcohol, se consignará 0 (cero)	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Episodios de abuso de alcohol	Estado de intoxicación con el alcohol a un grado suficiente de "borrachera" del adolescente en los últimos 30 días o haber consumido en una misma salida 2 L ó más de cerveza, o ¾ L de vino o 4 medidas o más de bebidas destiladas.	Ausencia o presencia de episodios de abuso de alcohol.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Otras sustancias	Consumo de drogas (ejemplo: marihuana, pasta base de cocaína o crack, cocaína etc.) por el adolescente.	Consumo de drogas por el adolescente. Si el adolescente no consume droga en el momento de la consulta pero lo ha hecho con anterioridad, registrar "no" y especificar en Observaciones	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Edad de inicio de consumo	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento en que inicio el consumo de cierta sustancia.	Edad en años y meses en que consumió tales sustancias por primera vez. Si tiene un uso problemático de drogas y de la entrevista se desprenden datos importantes, se consignarán en Observaciones.	Cuantitativo Discreto	Razón	CLAP (HdA)
Repercusiones	Consecuencia directa del consumo de sustancias conlleva sean éstas tanto físicas como psicosociales.	Presencia o ausencia de repercusiones por consumo de bebidas alcohólicas. En caso afirmativo ampliar en Observaciones.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Conducción de vehículo	Acción de manejar un vehículo de transporte.	Si el adolescente conduce vehículos y el tipo de vehículo conducido.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Seguridad vial	Adherencia a medidas de seguridad al conducir, como uso de casco en motos o bicicletas, de cinturón de seguridad, respeto a las normas de tránsito, velocidad máxima, carnet de conductor, conducir de noche o no conducir luego de consumir alcohol, etc.	Si el adolescente aplica las normas de seguridad vial existentes según la legislación de cada país.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Gineco-urológicos					
Menarca/espermarca	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer/ primera eyaculación en el hombre.	Edad en años y meses de la primera menstruación/eyaculación.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Ciclos regulares	Duración del período menstrual desde el primer día de menstruación de un ciclo hasta el primer día del ciclo siguiente. Se consideran como ciclos regulares, aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35.	Presencia o ausencia de ciclos menstruales regulares.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Dismenorrea	Períodos dolorosos que aparecen con la menstruación que limita las actividades diarias del adolescente	Presencia o ausencia de dismenorrea en la adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

Flujo patológico/ secreción peneana	Secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. Instrucciones de llenado y definición de términos. En el varón registrar cualquier secreción peneana no fisiológica.	Presencia o ausencia de flujo o secreción peneana no fisiológico. Halla o no consultado a servicio de salud.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
ITS/VIH	Conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto íntimo que se produce durante las relaciones sexuales. Se incluirá la infección por VIH, aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual.	Presencia o ausencia del ITS/VIH en el adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Búsqueda de contactos	Acción de identificar aquellos personas con quien se mantuvo relaciones sexogenitales previo o al momento del diagnóstico de una enfermedad.	Si fue posible identificar a los contactos sexuales y éstos realizaron la consulta médica correspondiente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Tratamiento	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo.	Si fue posible realizar tratamiento en los contactos sexuales.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Embarazos	Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.	Número, en dígitos, de embarazos de la adolescente mujer, o de la/s pareja/s del adolescente varón en que él fue el padre. Especificar en Observaciones. Si no hubo embarazos anotar 0 (cero)	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)

Hijos	Ser producto de la unión entre espermatozoide y ovulo que genera la existencia de una vida.	Número en dígitos de los hijos del adolescente.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA y FSSR)
Abortos	Terminación del embarazo en forma espontánea o provocada antes de que el feto tenga la suficiente capacidad para sobrevivir. (85)	Número en dígitos de abortos del adolescente o de la/s pareja/s del adolescente varón de embarazos en que él fue el progenitor.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
Sexualidad					
Relaciones sexuales	Conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo.	Si las ha tenido consignar si son o han sido con parejas "heterosexuales", "homosexuales", o "ambas".	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Pareja sexual	Número de personas con la que el adolescente ha mantenido relaciones sexuales.	Se consignará si el adolescente ha tenido sólo una pareja sexual o varias.	Cuantitativa	Razón	CLAP (HdA)
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad de la primera relación sexual.	Edad de la primera relación sexual, aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales.	Cuantitativa	Razón	CLAP (HdA)
Dificultades en las relaciones sexuales	Problemas que generen incomodidad o malestar durante la relación sexual y no permitan alcanzar el coito o que la relación sea placentera.	Presencia o ausencia de problemas o incomodidades que se manifiesten durante la relación sexual.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Inicio MAC	Uso de métodos anticonceptivos por el adolescente.	Uso de métodos anticonceptivos por el adolescente.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Consejería	Orientación por parte de un tercero hacia el adolescente sobre interrogantes y uso de anticonceptivos.	Consignar si el adolescente ha recibió consejería específica acerca del uso de MAC.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Uso habitual de condón	Funda elástica para cubrir el pene durante el coito a fin de evitar la fecundación y el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual.	Consignar si el adolescente utiliza el condón en todas las relaciones sexuales y en forma adecuada.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Otros métodos	Otros métodos de anticoncepción distintos al condón, que eviten la fecundación.	Para cada uno de los métodos nombrados (ACO "píldora", inyectable, implante, otro hormonal, otro método de barrera, ritmo, DIU, esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) masculina o femenina) indicar si corresponde al método preferido y al que ha podido acceder el adolescente.	Cualitativos	Nominal	CLAP (FSSR)

ACO de emergencia	Forma de anticoncepción que puede ser adoptada por la mujer después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o por el fallo de un método anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado. (86)	Uso por la adolescente o su pareja (en caso de ser un varón) de anticoncepción de emergencia.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Psicoemocional					
Imagen Corporal	Percepción que el adolescente tiene de su apariencia física y sus cambios corporales.	Percepción de mayor peso en la opinión del adolescente entre las opciones “conforme”, “crea preocupación”, o “impide relación con demás”.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Estado de ánimo	Estado emocional que permanece durante un período relativamente largo.	Impresión del adolescente acerca de su estado de ánimo (normal, muy triste y/o muy alegre, retraído, ideas suicidas, ansioso/angustiado, hostil/agresivo).	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Referente adulto	Existencia de integración social con figuras adultas significativas con quienes el adolescente converse sobre sus problemas.	Referente adulto sea “el padre”, “la madre”, “otro familiar”, “alguien de fuera del hogar”, como docente o religioso, o bien “ninguno”.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Vida con proyecto	Se refiere a la imagen que el adolescente construye sobre sus objetivos de futuro y que sintetiza su autopercepción y relación con el medio, a partir de una cosmovisión integradora.	Existencia de planes y proyectos del adolescente, su claridad y su factibilidad. Se registrará sólo una opción entre “claro”, “confuso”, o “ausente”, integrando los proyectos respecto a estudios, trabajo, matrimonio y paternidad.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Redes Sociales de apoyo	Club, grupo religioso, etc. Donde el adolescente participa regularmente y reconoce como un espacio de apoyo.	Consignar si el adolescente cuenta con redes sociales de apoyo.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
Examen físico					
Aspecto General	Examen del enfermo por medio de la vista. La inspección del aspecto general no se reduce a echar una ojeada al enfermo, sino que hay que observar todos los detalles revelables a la vista. (85)	Apreciación sobre el aspecto general del adolescente, incluyendo el aspecto de higiene personal en el momento de la consulta sea este normal o anormal.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)
IMC	Valor correspondiente al Índice de Masa Corporal, calculado como el cociente entre el peso (Kg) y la talla (en metros) elevada al cuadrado.	Valor correspondiente al Índice de Masa Corporal, calculado como el cociente entre el peso (Kg) y la talla (en metros) elevada al cuadrado.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)

Presión arterial	Valor correspondiente a la presión diastólica y sistólica de un paciente.	Valor correspondiente a la presión diastólica y sistólica del adolescente clasificado según las tablas de percentiles talla/edad.	Cuantitativa Discreta	Razón	CLAP (HdA)
TANNER	Escala del desarrollo físico en los adolescentes que define medidas físicas de desarrollo basado en las características de los genitales externos. (87)	Estadio de Tanner en números de mamas y vello pubiano en mujeres; y de vello pubiano y genitales en los varones; valorados en la fecha de la atención.	Cuantitativa Discreta	Ordinal	CLAP (HdA)
Impresión diagnóstica integral	Diagnósticos presuntivos más pertinentes. No sólo las enfermedades físicas sino también los problemas más serios hallados en el área psíquica, social y trastornos de aprendizaje según el listado de diagnósticos frecuentes en la adolescencia confeccionado sobre la base de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OPS/OMS 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association 1988).	Listado y código de impresiones diagnósticas integrales.	Cualitativa	Nominal	CLAP (HdA)

4.6 Técnicas, procedimiento e instrumento utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnica de recolección de datos

La recolección de información de los estudiantes inscritos en el año 2011 en los centros educativos: Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala del municipio de Guatemala que cumplieron con los criterios de inclusión se hizo por medio de:

1. Entrevistas estructuradas a través de preguntas guiadas con el instrumento SIA-CLAP del adolescente.
2. Examen físico el cual comprendió:
 - Inspección general.
 - Inspección de piel y faneras con iluminación adecuada (luz blanca o luz de día)
 - Palpación de cabeza. Inspección de orejas y anexos y de ambos oídos con otoscopio.
 - Medición de agudeza visual con cartilla de Snellen a 6 metros de distancia. Con ambos ojos y con cada ojo.
 - Medición de agudeza auditiva con diapasón de 256 mHz con técnica de Weber
 - Inspección de boca y dientes con fuente de luz.
 - Inspección y palpación de cuello y tiroides.
 - Inspección y palpación de tórax y mamas en mujeres con paciente sentado.
 - Auscultación pulmonar y cardiaca con estetoscopio de doble campana con paciente sentado con el tórax desnudo en hombres y con sostén en mujeres.
 - Toma de presión arterial con paciente sentado con esfigmomanómetro anerode. Toma de pulso periférico (radial) por minuto.
 - Inspección, auscultación con estetoscopio de doble campana, percusión y palpación bimanual de abdomen con paciente yaciendo en decúbito supino.

- Estimación de estadios de tanner de mamas, genitales y vello púbico (por referencia según los charts del SIA) a hombres y mujeres.
 - Inspección y palpación de columna con paciente de pie y sentado.
 - Evaluación de fuerza muscular en 4 extremidades, modalidad pasiva y activa; y reflejo osteotendinoso patelar.
 - Reflejo pupilar con fuente de luz, individual y consensuado, pruebas cerebelosas (dedo-dedo, dedo-nariz con ojos abiertos y cerrados).
3. Se programaron dos semanas para toma de peso en kilogramos con balanza de pie y talla en centímetros con tallímetro y cartabón por Licenciadas en Nutrición del Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala tras lo cual se hizo evaluación nutricional con ayuda del programa AnthroPlus de la OMS.

La información fue trasladada a la boleta de recolección de datos directamente en el programa SIP.

4.6.2 Procedimiento

- Solicitud de autorización a Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala para realizar el proyecto.
- Presentación de protocolo inicial a las autoridades de docencia de los centros educativos (Instituto Normal Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala).
- Solicitud de autorización para realizar las entrevistas estructuradas en los centros educativos (Instituto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala).
- Estandarización del personal responsable (investigadores) de aplicar el instrumento y realización de Examen físico de los adolescentes
- Capacitación del personal responsable (investigadores) de ingreso análisis de la información.
- Información a cada uno de los estudiantes incluidos en el estudio.
- Información y consentimiento informado por parte de los tutores o estudiantes incluidos en el estudio.

- Para el llenado de instrumentos del SIA a cada investigador se le instaló una computadora con el programa SIP donde llenó los datos en la Historia del adolescente (HdA): Entrevista y examen físico completo, se evaluó un promedio de 15 estudiantes al día (por cada examinador) con un estimado de 45 minutos por cada estudiante durante 8 semanas.
- Se programaron dos semanas más para trabajar con las Licenciadas en Nutrición para pesar y medir a los adolescentes y hacer diagnóstico nutricional para cada caso con ayuda del programa AnthroPlus.

4.6.3 Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado fue el CLAP/SMR-OPS/OMS Historia del Adolescente (HdA) que está ampliamente validado, el cual consta de dos páginas de formato carta. La HdA cuenta con 15 secciones. La primera contiene: la primera sección sobre datos demográficos de identificación del adolescente; la segunda sección a consulta personal; la tercera sección a antecedentes personales; la cuarta sección a antecedentes familiares; la quinta sección a familia; la sexta sección a vivienda; la séptima sección a educación; la octava sección a trabajo; la novena sección a vida social; la décima sección a hábitos/consumos; la décimo primera sección a gineco-urológico; la décimo segunda sección a sexualidad; la décimo tercera sección a situación psicoemocional; la décimo cuarta sección a examen físico y la décimo quinta sección a la impresión diagnóstica integral. El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas cuyas respuestas, en su mayoría cerradas, contribuyen al registro uniforme de los datos en diversas realidades locales. Además, cuenta con un sistema de alerta con el fin de llamar la atención sobre factores o situaciones de riesgo, algunos casilleros se presentan coloreados en amarillo. Si en ellos se consignara una cruz (x) se recomienda ampliar la información en *Observaciones*. La presencia de situaciones de alerta hará necesario evaluar estrategias específicas de abordaje, tratamiento o referencia, acorde a las necesidades de salud del adolescente y a las normas específicas del servicio. (Ver anexo 1)

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

- Se hizo una revisión de control de calidad de la información de cada uno de los instrumentos aplicados.
- Se ingresó de la información en el programa de computación SIP 2007 (Sistema Informático Perinatal 2007) en su versión 3 el cual permite manejar estadística referente al SIA-CLAP del adolescente.
- Se revisaron incongruencias de la información que se ingresó al programa.

4.7.2 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó por medio del Programa SIP 2007 versión 3 donde es posible tabular los datos obteniendo frecuencias, porcentajes de todas las variables.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Alcances

El presente trabajo pretende aportar un perfil sobre los adolescentes guatemaltecos atendidos en el Programa Niñez Adolescencia y Juventud de la Municipalidad de Guatemala que permita identificar sus características biopsicosociales con el fin de favorecer el conocimiento epidemiológico a partir del procesamiento de la información recolectada y planear estrategias de salud dirigidas a esta población mayoritaria y vulnerable.

Al conocer los factores condicionantes del desarrollo de los adolescentes podrá ser posible anticiparse a las situaciones de riesgo en salud y de esta manera evitarlos previniendo las secuelas para el desarrollo de este grupo.

4.8.2 Límites

La principal limitante es que la población estudiada no representa al municipio de Guatemala, por lo que dicha información es válida solamente para un grupo. Además existen variables (en especial aquellas sobre salud sexual y

reproductiva) cuya fidelidad depende del rapport que los adolescentes entrevistados sientan durante la realización de la entrevista.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

- El nombre de los adolescentes involucrados en la investigación se mantendrá anónimo durante todo el proceso de recolección, análisis y presentación de resultados.
- Los datos obtenidos a través de esta investigación no serán revelados a terceras personas, ni a ninguna institución pública o privada que no esté relacionada con la investigación.
- La recolección de datos no será manipulada de ninguna manera a favor de cualquier estadística descrita en el marco teórico o de alguna institución.
- La presente investigación es de categoría 1, ya que no realiza ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio, por ejemplo, encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros documentos, que no invada la intimidad de la persona.
- Los resultados finales serán presentados a cada una de las instituciones en donde se realizará la investigación.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos como resultado de la tabulación de 801 SIA-CLAP HdA de los adolescentes inscritos en el ciclo 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” jornada matutina y Escuela Taller Guatemala. Los resultados están agrupados según el tipo de variable investigada, siguiendo el orden establecido en el instrumento de recolección de datos y se presentan en forma de gráficas o cuadros para una mejor visualización.

Cuadro 1

Características demográficas de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Sexo	f (%) N=801
Masculino	335 (41)
Femenino	466 (58)
Edad (años)	f (%)
10	---
11	1 (1)
12	32 (4)
13	129 (16)
14	149 (18)
15	137 (17)
16	147 (18)
17	107 (13)
18	58 (7)
19	41 (6)
Establecimiento	f (%)
Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche	621 (77)
Instituto Normal Central para Señoritas Belén	134 (17)
Escuela Taller Guatemala	46 (6)
Estado civil	f (%)
Soltero	798 (99)
Casado	3 (1)
Raza	f (%)
Blanca	2 (1)
Mestiza	639 (79)
Indígena	160 (20)

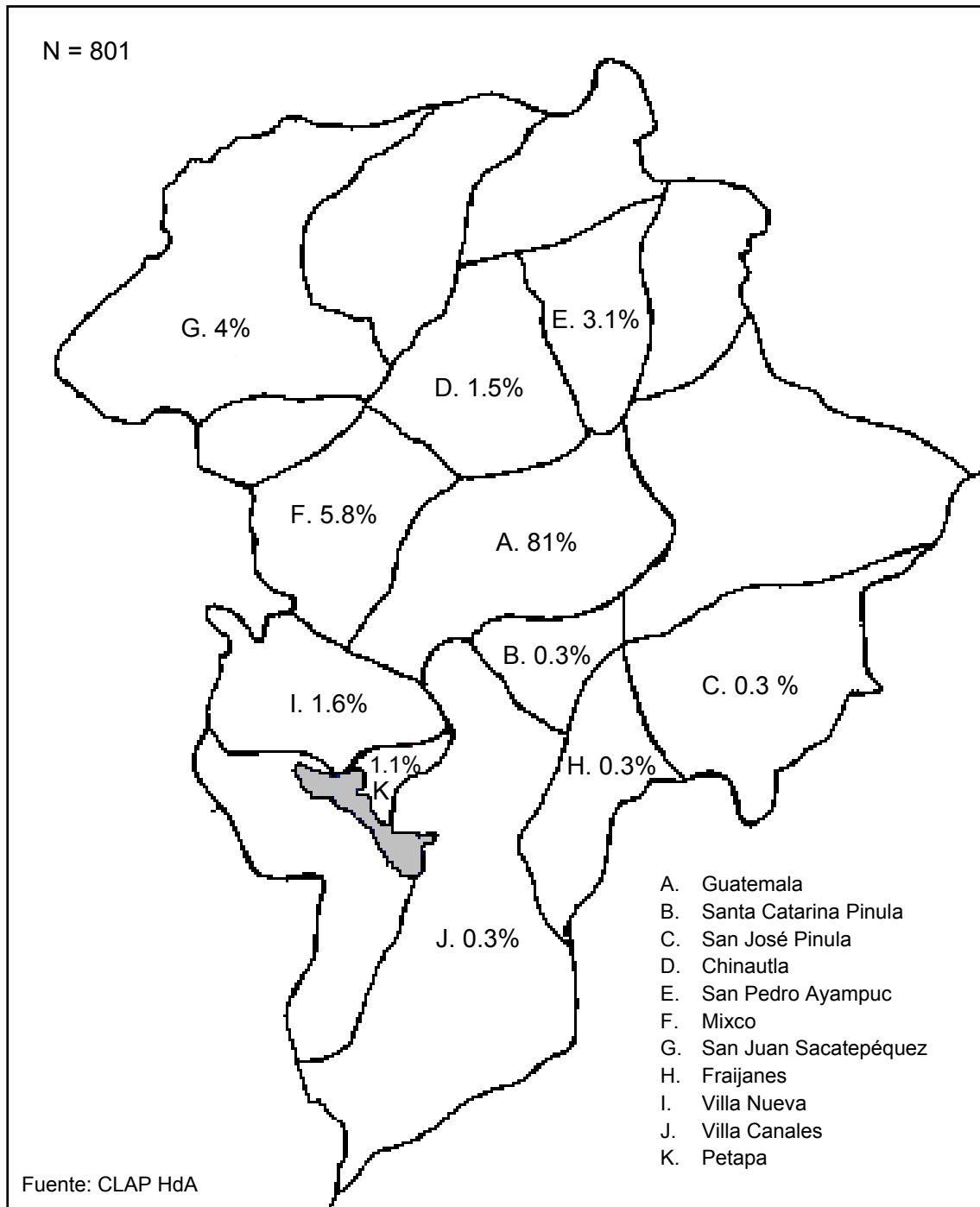
Fuente: CLAP HdA

Ninguno de los adolescentes se presentó acompañado a las entrevistas. El motivo de consulta del 100% fue control de salud escolar, pues no se presentaban espontáneamente a los lugares asignados para la evaluación.

Todos los adolescentes tienen algún tipo de cobertura o protección social por medio del bono escolar que reciben trimestralmente.

Gráfica 1

Porcentaje de procedencia de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.



Cuadro 2

Antecedentes personales de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Antecedente	Si f (%) N = 801	No f (%) N = 801	No sabe f (%) N = 801
Perinatales normales	653 (82)	89 (11)	59 (7)
Enfermedades crónicas	116 (14)	681 (85)	4 (1)
Enfermedades infecciosas	184 (23)	615 (77)	2 (1)
Cirugía/hospitalización	172 (21)	627 (78)	2 (1)
Alergia	156 (19)	640 (80)	5(1)
Educación preescolar	596 (74)	205 (26)	---
Vacunas	679 (85)	30 (4)	92 (11)
Uso de medicamentos	60 (8)	741 (92)	---
Violencias	116 (14)	685 (86)	---
Judiciales	17 (2)	783 (98)	1 (1)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 3

Antecedentes familiares de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Antecedente	Si f (%) N = 801	No f (%) N = 801	No sabe f (%) N = 801
Diabetes	345 (43)	442 (55)	14 (2)
Cardiovascular	390 (48)	398 (50)	13 (2)
Obesidad	200 (25)	599 (74)	2 (1)
Uso alcohol/drogas	371 (46)	430 (54)	---
Violencia	203 (25)	598 (75)	---
Judiciales	161 (20)	636 (80)	---
Infecciones	113 (14)	684 (85)	4 (1)
Psicológicos	56 (7)	739 (92)	6 (1)
Padres adolescentes	196 (24)	559 (70)	46 (6)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 4

Características familiares de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Vive	f (%)
	N=801
Solo	9 (1)
En la casa	787 (98)
En institución	5 (1)
Vive con	f (%)
Madre	713 (89)
Padre	492 (61)
Hermanos	727 (91)
Hijo	2 (0.2)
Pareja	3 (0.4)
Madrastra	5 (0.6)
Padrastro	48 (6)
Otro	187 (23)
Comparte cuarto con	f (%)
Hermanos	510 (63)
Madre	128 (16)
Padre	62 (8)
Hijo	2 (0.2)
Pareja	3 (0.4)
Madrastra	---
Padrastro	9 (1)
Otro	63 (8)
Comparte cama con	f (%)
Hermanos	194 (24)
Madre	39 (5)
Padre	2 (0.2)
Hijo	1 (0.1)
Pareja	3 (0.4)
Madrastra	---
Padrastro	---
Otro	16 (2)
Percepción de la dinámica familiar	f (%)
Buena	510 (64)
Regular	266 (33)
Mala	19 (2)
No hay	6 (0.7)

Fuente: CLAP HdA

De los 3 adolescentes que reportaron vivir con su pareja, todos tienen apoyo económico por parte de la misma que tienen nivel educativo técnico/secundario.

Cuadro 5

Características de nivel de instrucción y tipo de trabajo de los padres de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Nivel de instrucción	Madre f (%) N = 801	Padre f f (%) N = 801
No sabe	19 (2)	110 (14)
Analfabeto	155 (19)	73 (9)
Primaria	398 (50)	342 (42)
Secundaria/técnico	214 (26)	241 (30)
Universitario	15 (2)	35 (4)
Tipo de trabajo		
No sabe	21 (3)	120 (15)
Ninguno	366 (45)	36 (4)
No estable	140 (17)	116 (14)
Estable	274 (4)	529 (66)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 6

Características de la vivienda de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Hacinamiento	f (%) N=801
Si	270 (34)
No	531 (66)
Agua	f (%)
Dentro de la casa	749 (93)
Fuera de la casa	52 (7)
Excretas	f (%)
Dentro de la casa	782 (97)
Fuera de la casa	19 (3)
Luz	f (%)
Si	789 (98)
No	12 (2)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 7

Características de trabajo de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Trabajo	f (%)
	N=801
Trabaja	134 (17)
Desocupado	14 (2)
No y no busca	653 (81)
Horario de trabajo	f (%)
Mañana	64 (8)
Tarde	22 (3)
Todo el día	5 (0.6)
Noche	3 (0.4)
Fin de semana	40 (5)
No corresponde	667 (83)
Trabajo infantil	f (%)
Si	93 (12)
No	708 (88)
Razón de trabajo	f (%)
Económica	64 (8)
Autonomía	27 (3)
Me gusta	30 (4)
Otra	13 (2)
No corresponde	667 (83)
Edad de inicio de trabajo	f (%)
No corresponde	667 (83)
10	16 (2)
11	12 (1.5)
12	25 (3.1)
13	18 (2.2)
14	16 (2)
15	19 (2.4)
16	14 (2)
17	7 (1)
18	4 (0.5)
19	3 (0.3)
Condición de trabajo	f (%)
No corresponde	667 (83)
Decente	55 (7)
Precario	74 (9)
Peores formas de trabajo	5 (1)
Trabajo insalubre	f (%)
Si	25 (3)
No	109 (14)
No corresponde	667 (83)

Fuente: CLAP HdA

Del grupo de 134 adolescentes que trabajan 2 (2%) trabajan de 1 a 4 horas a la semana, 27 (20%) entre 5 y 10 horas, 43 (32%) entre 11 y 20 horas, 18 (13%) entre 21 y 30 horas, 23 (17%) entre 31 y 40 horas y 21 (16%) más de 40 horas.

Cuadro 8

Características de educación de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Violencia escolar	f (%) N=801
Si	124 (15)
No	677 (85)
Problemas en la escuela	f (%)
Si	139 (17)
No	662 (83)
Años repetidos	f (%)
0	396 (49)
1	326 (41)
2	63 (8)
3	15 (2)
4	1 (0.1)
Deserción/exclusión	f (%)
Si	152 (19)
No	649 (81)
Educación no formal	f (%)
Si	527 (66)
No	274 (34)

Fuente: CLAP HdA

De los 801 adolescentes entrevistados 2 personas (0.2%) tenían únicamente 2 años aprobados, 53 (7%) han aprobado 6 años, 275 (34%) han aprobado 7 años, 159 (20%) han aprobado 8 años, 121 (15%) han aprobado 9 años, 114 (14%) han aprobado 10 años, 55 (7%) han aprobado 11 años, 16 (2%) han aprobado 12 años y 6 (0.8%) han aprobado 13 años.

Cuadro 9

Características de vida social de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala.

Guatemala, junio 2011.

Aceptación	f (%)
	N=801
Aceptado	741 (92)
Ignorado	23 (3)
Rechazado	33 (4)
No sabe	4 (1)
Pareja	f (%)
Si	181 (23)
No	620 (77)
Violencia en la pareja	f (%)
Si	2 (1)
No	799 (99)
Amigos	f (%)
Si	755 (94)
No	46 (6)
Actividad física (horas a la semana)	f (%)
0	20 (3)
1	174 (22)
2 – 3	242 (30)
4 – 6	170 (21)
7 – 10	105 (13)
11 – 16	62 (8)
17 o más	28 (4)
Distribución del tiempo libre (horas/día)	μ
Televisión	1.83
Computadora	0.62
Juegos y redes sociales	0.34
Otras actividades	f (%)
Si	447 (56)
No	354 (44)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 10

Características de los hábitos de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Alimentación adecuada	f (%)
	N=801
Si	464 (58)
No	337 (42)
Número de comidas	μ
Comidas al día	3.35
Comidas al día con la familia	1.31
Sueño normal	f (%)
Si	706 (88)
No	95 (12)
Conduce vehículo	f (%)
Si	160 (20)
No	641 (80)
Consumo de alcohol frecuente	f (%)
Si	16 (2)
No	785 (98)
Episodios de abuso de alcohol	f (%)
Si	48 (6)
No	753 (94)
Uso de tabaco frecuente	f (%)
Si	43 (5)
No	758 (95)
Uso de otras sustancias	f (%)
Si	27 (3)
No	774 (97)
Edad de inicio de consumo de drogas	μ
Alcohol	13.6
Tabaco	13.2
Otras sustancias	13.4

Fuente: CLAP HdA

El 15% (4 personas) de los consumidores de otras sustancias ha tenido repercusiones y el 48% (77 personas) de los que conducen vehículo, aplica normas de seguridad vial.

De los 43 adolescentes que fuman frecuentemente, 28% reportaron fumar menos de un cigarrillo diario (12 casos), 60% (26 casos) reportaron fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios y 2% (5 casos) reportaron fumar entre 6 y 15 cigarrillos diarios.

Cuadro 11

Características gineco/urológicas de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Años menarca/espermarca	f (%)
N=801	
No han tenido menarca/espermarca	88 (11)
10	64 (8)
11	117 (15)
12	192 (24)
13	197 (25)
14	104 (13)
15	34 (4)
16	4 (0.5)
17	1 (0.1)
Dismenorrea	f (%)
Si	238 (30)
No	189 (24)
No corresponde	374 (46)
Ciclos regulares	f (%)
Si	344 (43)
No	83 (11)
No corresponde	374 (46)
Embarazos	f (%)
Si	4 (0.5)
No	797 (99.5)
ITS	f (%)
Si	5 (0.6)
No	796 (99.4)

Fuente: CLAP HdA

El promedio de la edad de menarca/espermarca es de 12.4 años. De los 4 adolescentes que reportan embarazos propios o de la pareja, 1 está embarazada actualmente y tiene un hijo (25% de los 4 casos), 2 tienen un hijo (50% de los 4 casos) y 1 ha tenido un aborto (25% de los 4 casos). Se reportaron 5 casos de infecciones de transmisión sexual, de las cuales ninguna tuvo búsqueda ni tratamiento de contactos.

Cuadro 12

Características de sexualidad de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Edad de inicio de relaciones sexuales	f (%)
	N=801
No corresponde	718 (90)
10	3 (0.4)
11	1 (0.1)
12	5 (0.6)
13	7 (0.9)
14	15 (2)
15	18 (2)
16	16 (2)
17 o más	18 (2)
Cantidad de parejas sexuales	f (%)
Única	62 (7)
Varias	21 (3)
No corresponde	718 (90)
Uso de habitual de condón	f (%)
Si	34 (4)
No	49 (6)
No corresponde	718 (90)
Uso de MAC	f (%)
Si	11 (1)
No	72 (9)
No corresponde	718 (90)
Preferencia sexual	f (%)
Heterosexual	78 (9.7)
Homosexual	3 (0.4)
Ambas	2 (0.2)
No corresponde	718 (90)

Fuente: CLAP HdA

El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales es 14.9 años. De los 83 adolescentes que mantienen relaciones sexuales 22% (18 personas) iniciaron relaciones sexuales a los 15 años, 20% (16 personas) a los 16 años, 18% (15 personas) a los 14 años, 13% (11 personas) a los 17 años, 8% (7 personas) a los 13 años, 7% (6 personas) a los 18 años, 6% (5 personas) a los 12 años, 4% (3 personas) a los 10 años, 1% (1 persona) a los 11 años y 1% (1 persona) a los 19 años. En este mismo grupo, 90% (75 personas) tuvieron relaciones sexuales voluntariamente mientras que 10% (8 personas) lo hicieron bajo coerción. En este mismo grupo solamente el 32% (27 personas) ha recibido

algún tipo de consejería en el uso de métodos anticonceptivos y 7% (6 personas) han utilizado anticoncepción de emergencia.

Cuadro 13

Características psicoemocionales de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Estado de ánimo	f (%) N=801
Normal	637 (75)
Otro	164 (25)
Imagen corporal	f (%)
Conforme	649 (81)
Crea preocupación	147 (18)
Impide relación con los demás	5 (1)
Referente adulto	f (%)
Uno o varios	595 (74)
Ninguno	206 (26)
Vida en proyecto	f (%)
Claro	611 (76)
Confuso	92 (11)
Ausente	98 (13)
Redes de apoyo social	f (%)
Si	151 (19)
No	650 (81)

Fuente: CLAP HdA

El 25% de los adolescentes que no presentaron estado de ánimo normal se describieron dentro de 5 categorías que por no ser mutuamente excluyentes, los resultados fueron: retraído 105 (12%), ansioso/ angustiado 33 (4%), hostil/agresivo 30 (4%), muy triste/ muy alegre 34 (4%) e ideas suicidas 2 (1%).

Los referentes adultos (667 referentes) que los adolescentes describieron fueron: madre con 57% (384 casos), otro familiar 22% (148 casos), padre 13% (84 casos) y fuera del hogar 8% (51 casos).

Cuadro 14

Características al examen físico de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Aspecto general	f (%) N=801
Normal	794 (99)
Anormal	7 (1)
Estado nutricional (IMC)	f (%)
Obesidad	87 (11)
Sobrepeso	108 (13)
Normal	518 (65)
Bajo peso	64 (8)
Desnutrición	24 (3)
Presión arterial	f (%)
Hipertensión	4 (0.5)
Presión normal	797 (99.5)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 15

Características del desarrollo genital de las adolescentes del sexo femenino del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Tanner	Vello púbico f (%) N= 466	Mamas f (%) N =466
1	27 (8.1)	6 (1.8)
2	62 (18.5)	49 (14.6)
3	147 (43.9)	139 (41.5)
4	172 (51.3)	203 (60.6)
5	58 (17.3)	69 (20.6)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 16

Características del desarrollo genital de los adolescentes del sexo masculino del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

Tanner	Vello púbico	Genitales
	f (%) N= 335	f (%) N =335
1	13 (3.9)	13 (3.9)
2	12 (3.6)	10 (3)
3	56 (16.7)	62 (18.5)
4	145 (43.3)	138 (41.2)
5	109 (32.5)	112 (33.4)

Fuente: CLAP HdA

Cuadro 17

Impresión clínica integral de los adolescentes del área metropolitana inscritos en el ciclo escolar 2011 en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, Instituto Normal Central para Señoritas “Belén” y Escuela Taller Guatemala. Guatemala, junio 2011.

No.	Impresión clínica integral	f (%) N = 893
1	Adolescente sano	314 (39.2)
2	Enfermedad de los dientes	159 (19.9)
3	Trastorno de los ojos	125 (15.6)
4	Infección de la vía aérea superior	31 (3.9)
5	Stress psicosocial por incontinencia familiar	31 (3.9)
6	Enfermedad de la piel	21 (2.6)
7	Trastornos menstruales	19 (2.4)
8	Dismenorrea	16 (2)
9	Otro trastorno de la nutrición	15 (1.9)
10	Trastorno emocional	15 (1.9)
11	Acné	14 (1.7)
12	Amigdalitis	13 (1.6)
13	Enfermedad del aparato digestivo	9 (1.1)
14	Consumo de drogas y otras sustancias	8 (1)
15	Trastornos de la conducta	7 (0.8)
16	Cistitis	6 (0.7)
17	Abuso sexual	6 (0.7)
18	Stress psicosocial por problemas laborales	5 (0.6)
19	Enfermedad del aparato circulatorio	5 (0.6)
20	Otros	64 (8)

Fuente: CLAP HdA

6. DISCUSIÓN

El sexo de los adolescentes incluidos en el estudio (Cuadro 1) no difiere en gran medida con las estadísticas nacionales. El porcentaje de mujeres incluidas en el estudio es ligeramente mayor, esto debido a la inclusión del Instituto Normal Central para Señoritas Belén, el cual cuenta únicamente con estudiantes de sexo femenino. En la Escuela Taller Guatemala fue de 82% del sexo masculino y se debe a que por ser una escuela de enseñanza de oficios son principalmente hombres los que asisten a ella.

Por su estado civil en el estudio únicamente se encontraron 3 estudiantes casados, representando menos del 1%, por debajo del 3% en adolescentes a nivel urbano según la ENCOVI 2002. Esto se puede deber a que los sujetos participantes en el estudio son casi en su totalidad estudiantes del nivel medio de enseñanza, los cuales al casarse por lo regular abandonan los estudios. Para los adolescentes según el Censo de Vivienda y Población del 2002 un 14% se autodeclaró indígena en el departamento de Guatemala, en el estudio según su etnia se identificó 79% mestiza y 20% indígena, cifra similar a la del INE. (17) (79)

El Área Metropolitana comprende doce municipios del departamento de Guatemala, el 81% de los adolescentes del estudio residía en el municipio de Guatemala (Gráfica 1), principalmente en las zonas 3, 6, 7, 11 y 18; las cuales se encuentran más cercanas a la zona 1 donde se ubican las instituciones en las que se realizó el estudio, además de contar con más facilidades en vías de acceso y servicios de transporte. Luego de esto se encuentra el municipio de Mixco con un 6%, el cual tiene una población elevada y adecuados servicios de acceso al centro de la ciudad. El porcentaje de adolescentes disminuye en forma inversamente proporcional a la distancia de cada municipio al municipio de Guatemala.

En los antecedentes personales de los adolescentes los accidentes ocupan el primer lugar con 26% que refirió haber presentado al menos algún accidente (Cuadro 2), haya requerido o no tratamiento médico o quirúrgico. Seguido por las enfermedades infecciosas, con un 23% de adolescentes que refirieron haber padecido una enfermedad de este tipo, según datos proporcionados por el MSPAS para 2004 las enfermedades infecciosas ocuparon el primer lugar por prevalencia, sin embargo los adolescentes que fueron incluidos en el estudio no fueron acompañados por padres, lo cual omitió información que los adolescentes pudieron no haber tenido conocimiento. Es seguido por

alergia y enfermedades crónicas con el 19 y 14% respectivamente. Para el 2009 el 72% de los adolescentes habían cursado al menos 1 año de educación preescolar a nivel nacional según el Ministerio de Educación, sin embargo en este estudio se encontró que el 79% habían contado con educación preescolar, hecho que puede deberse a que son estudiantes del área metropolitana donde se cuenta con mayor acceso a educación preescolar incluso de tipo gratuita. En referencia a vacunación se encontró que el 85% refirió contar con vacunas completas, según la Encuesta de Salud Materno Infantil 2008, el porcentaje de inmunización completa en adolescentes y jóvenes fue del 71.2%. (43) (29) (40)

Así mismo, el 14% de los adolescentes refirió haber sido víctima de violencia física, verbal o emocional principalmente en su hogar y por un miembro de su familia. Familias conformadas por padres adolescentes tienen formas más violentas de disciplinar lo que conlleva a grados de abuso según la OMS; 24% de los entrevistados refirieron padres en adolescentes al momento de su nacimiento (Cuadro 3). (44)

Entre los resultados de los antecedentes familiares se encontró el 43% para diabetes, 48% enfermedades cardiovasculares y 25% obesidad, los cuales son elevados. Lo que nos muestra la transición epidemiológica que presentamos como país en vías de desarrollo, con estilos de vida no saludables, una alimentación basada en carbohidratos y grasas así como sedentarismo. (40)

46% de los adolescentes refirieron antecedente familiar de uso de alcohol, tabaco o drogas. Gran porcentaje de los adolescentes de este estudio provenían de zonas marginales, en las cuales es más prevalente la pobreza y extrema pobreza, estratos sociales en donde el porcentaje de alcoholismo es mayor según estudios de la OMS en el 2005. Siendo los ya citados factores detonantes de violencia en sus distintas expresiones, refiriendo el 25% de los adolescentes violencia dentro de su familia y el 20% antecedentes judiciales dentro de esta misma estructura. Un 7% refirió trastornos de tipo psicológico en sus familias, los cuales pueden estar ocasionados por situaciones de pobreza, desintegración familiar, violencia que experimentan en algunos de los hogares de los adolescentes incluidos en este estudio. (44)

Como se observa en el Cuadro 4, casi la totalidad de adolescentes vivían en su casa. Refirieron únicamente 9 de los 801 adolescentes vivir solos y 5 vivir en instituciones, los principales motivos por haber sido abandonados por sus padres. Según resultados

obtenidos en el estudio casi el 90% de los adolescentes vivían con su madre, poco más del 60% con su padre. Situación causada por factores como madres solteras, abandono del hogar por el padre, divorcio o separación, migración del padre en busca de oportunidades laborales y/o fallecimiento del padre por causas naturales o violentas. Un 23% refería convivir con otros miembros fuera de la familia nuclear, como abuelos y tíos. Según la Encuesta de Condiciones de Vivienda (ENCOVI) 2000, en Guatemala el 56% de los adolescentes convivían en hogares biparentales nucleares. 48 adolescentes (6%) refirió vivir con padrastro mientras que con madrastra solamente 5(0.6%), situación que se observa principalmente a la permanencia de los hijos con la madre en aquellas familias donde los padres se separan ó divorcian. Solamente 3 adolescentes refirieron vivir con pareja, de las cuales dos también vivían con su hijo. (79)

Más de la mitad de los entrevistados refirieron compartir su cuarto con al menos 1 miembro de su familia, de estos el 63% refirió compartirlo con hermano/a, 16% con la madre, 8% con el padre 1% con padrastro y 8% con algún otro miembro (tíos, abuelos, primos, sobrinos, cuñados). Así mismo el 24% refirió compartir su cama con un hermano/a, 5% con su madre y un 3% con el padre, tía, abuela o sobrino. Esto como se observa en el Cuadro 6 puede ser ocasionado por el hacinamiento en que un 34% refirió vivir.

El 64% de los adolescentes tienen una buena percepción de su dinámica familiar, mientras que el 33% piensan que es regular y 2% creen que es mala, 0.7% de los estudiantes no tienen relación con su familia, dentro de estos, aquellos que viven solos o en una institución.

En el Cuadro 5 se muestra que el 50 y 42% de madres y padres respectivamente alcanzaron estudios primarios. Solo el 2 y 4% de madres y padres alcanzaron estudios universitarios. De los adolescentes un 2% refirió no saber que estudios cursó la madre o no conocer a su madre, mientras que el 19% refirió no conocer al padre o no tener idea que estudios cursó. Con estos datos podemos notar que los hombres poseen mayor grado académico, a pesar del alto porcentaje que no conoce a su padre o no conoce que estudios cursó, el número de padres que alcanzaron estudios universitarios duplica al de madres, probablemente como consecuencia del modo de crianza machista en donde el hombre debe alcanzar mayor grado académico para obtener mejores trabajos y el estudio de la mujer pasa a un segundo plano pues este no es necesario para ser ama de casa. El grado de analfabetismo en personas mayores de 15 años llegaba a 30% a nivel nacional

en el 2002 según el INE, que los padres de los adolescentes de este estudio alcancen el 19 y 9% en madres y padres respectivamente pudiera deberse a que nos encontramos en el área metropolitana donde estos porcentajes disminuyen y al ser padres de estudiantes de un instituto secundario poseen mejores condiciones económicas y mayores grados de estudio. (17)

En lo que respecta al tipo de trabajo de los padres, el 3% refirió no conocer el tipo de trabajo o no conocer a la madre, contra un 15% respecto al padre. Sólo el 34% de las madres poseen un trabajo estable según lo referido por los adolescentes contra el 66% de los padres. Para el trabajo no estable se encontró el 17 y 14% en madres y padres respectivamente, porcentaje muy por debajo del 75% de la población económicamente activa que se emplea en el trabajo informal, según el Centro de Investigaciones Económicas Nacionales para el año 2005, este dato pudo haber mostrado sesgo pues a muchos adolescentes les avergüenza indicar el verdadero trabajo de sus padres y así como algunos padres ocultan sus verdaderos trabajos en su hogar. Se encontró un 45% de desempleo en las madres, siendo en su mayoría amas de casa y 4% de los padres. (88)

Para los servicios básicos de vivienda, el 93% refirió tener agua intubada en el interior de su casa, 97% con disposición de excretas sólidas y 98% con energía eléctrica (Cuadro 6). En comparación con la Encuesta de Condiciones de Vivienda 2008/2009 en donde un 46% de los hogares a nivel nacional que refirió poseer agua intubada y 93% con energía eléctrica, dato que muestra tal diferencia pues los adolescentes que fueron incluidos en el estudio viven en el área urbana. (79)

134 adolescentes (17%) refirieron trabajar y un 14 (2%) refirieron encontrarse desocupados. Dato similar al Censo Poblacional 2002, en donde en el área metropolitana el 16.4% de los adolescentes se encontraba trabajando o desocupado (Cuadro 7). La principal razón de trabajo, económica en casi la mitad (47%) de los estudiantes que trabajan, razón que puede estar impulsada por la situación económica precaria que se vive en alto porcentaje de las familiares guatemaltecas de áreas marginales. Casi la mitad de los que trabajan (64 adolescentes) refirió hacerlo por la mañana, siendo casi en su totalidad estudiantes del INRA JV. Los demás refirieron horarios de trabajo por la tarde (22) y fines de semana (40). A pesar de ser la adolescencia una edad para adquirir destrezas y conocimientos a través de un oficio o trabajo, de los 134 adolescentes que trabajan más de la mitad (59%) refirieron trabajar en condiciones precarias o en las

peores formas de trabajo. Casi el 20% de los que trabajan lo hacían en condiciones insalubres, suponiendo riesgos para su salud física, mental y desarrollo integral. El 7% del total de 801 adolescentes incluidos en el estudio refirieron padecer o haber padecido en algún momento de trabajo infantil. (6)

En el Cuadro 8 observamos que un poco más de la mitad (51%) ha perdido al menos 1 año escolar, entre los cuales los más comunes entre los entrevistados fue Primer año Primaria y Primer año de Secundaria, probablemente por los cambios que estos representan para los adolescentes y las adaptaciones que deben hacer, en muchas ocasiones en un ambiente tanto familiar como institucional que no provee el apoyo necesario para afrontar tales retos. Casi el 20% de los adolescentes refirieron haber presentado deserción/exclusión escolar, en la mayor parte de los casos por razones económicas y cambio de domicilio coincidiendo con los datos de la ENSMI 2008-2009. (52) (29)

Según Moncayo (2008) y Jujovent (2003) el bullying se presenta entre el 7% y 15% de los escolares y aunque en países como Lituania puede llegar a ser del 54%, el MINEDUC reportó una incidencia de 20.6% para el municipio de Guatemala en el 2008. De los entrevistados el 15% presentó una historia de violencia escolar, como agresor o agredido, sin embargo estos datos pueden no ser reflejo de la realidad, ya sea por la falta de seguridad del entrevistado al momento de denunciar este problema por el mismo miedo a represalias o incluso el mismo clima de violencia en la sociedad y en la familia pueden hacer creer a los adolescentes que esto es una situación cotidiana y no es necesario denunciarla. El 17% refirió haber presentado problemas escolar, principalmente en relación con los profesores y la aprobación de materias así como la imposición de sanciones por conductas no adecuadas. El 66% refirió haber recibido o estar recibiendo educación no formal, sin embargo la mayor parte son cursos de mecanografía o computación que están incluidos en el pensum del Ministerio de Educación pero que no son impartidos por las instituciones donde a las que asisten, pero que estas las solicitan como requisito para aprobar el año. (53) (55) (57)

Dentro del nivel de aceptación por sus compañeros, el 92% de los adolescentes indicó sentirse aceptado, mientras que el 4 y 3% se sienten rechazados e ignorados respectivamente. El 94% refirió tener amigos. El 23% se encontraban en una relación de pareja o noviazgo (Cuadro 9). Según la UNICEF en el estudio realizado en los departamentos de Guatemala, Huehuetenango y Chiquimula el 75% de los entrevistados

refería tener un amigo en quien confiar, casi 12% dijo no tener y el resto no respondió. Respecto a actividad física, un 3% indicó no realizar ningún tipo de actividad, mientras que el 22% refirió no realizar ninguna aparte de la clase de educación física que es parte del pensum de estudios. Aquellos que realizan actividad física afuera de la institución indicaron un promedio de 1 hora por día que dedican principalmente a jugar futbol y correr. Un 56% refirió realizar alguna otra actividad, entre las cuales se detallaron la participación en iglesias, escuelas abiertas, grupos de baile o el uso instrumentos musicales (17) (49)

Los resultados del estudio (Cuadro 10) mostraron que el 11% de los adolescentes ven menos de 1 hora diaria de televisión, 63% utiliza menos de una hora al día computadora y el 79% no tiene acceso o no utilizan internet, juegos y/o redes sociales. Según datos de UNICEF en el departamento de Guatemala el 33.1% de los hogares cuenta con computador, 92.4% cuenta con televisor y para el año 2,008 14 de cada 100 habitantes era usuario de internet. El 64% de los entrevistados veían entre 1 y 2 horas al día de televisión, el 37% utilizaba la computadora al menos 1 hora al día para la realización de tareas escolares, mientras que el 21% utilizan al menos 1 hora al día para el uso de redes sociales y/o juegos de video. (60) Un 5% refirió ver entre 5 y 6 horas al día televisión al día, esto probablemente por la falta recursos para realizar otras actividades así áreas recreacionales y/o condiciones adecuadas de seguridad en el entorno donde viven.

Dentro de los hábitos de los entrevistados (Cuadro 11), el 42% presentaron una alimentación no adecuada, principalmente por carencia de recursos económicos y una dieta no diversificada. 15% realizan 2 ó menos comidas al día por motivos de tiempo, no presentar hambre, no disponer de alimentos en casa entre otras. El 43% indicó realizar 3 tiempos de comida en el día y el restante 42% realizaban 4 ó más tiempos de comida al día incluyendo refacciones. El 17% indicó no compartir ningún tiempo de comida con su familia, 41% un tiempo de comida al día y el 42% 2 ó más tiempos compartidos en familia. Dentro de las razones para compartir o no se encontraban el horario de trabajo de los padres principalmente y el horario de estudio y/o trabajo de los adolescentes.

El 12% indicó no poseer un sueño normal, situación que se puede generar por realizar tareas escolares, alimentación inadecuada, problemas familiares o de violencia. Del total de adolescentes, 160 (20%) refirió conducir vehículo motorizado y de estos sólo el 48% manifestó aplicar normas de seguridad vial como el uso de casco de moto o cinturón de seguridad para carro, así como el respeto a los límites de velocidad establecidos. Según

Meneses (2010) 16% de los adolescentes ha vivido situaciones de peligro en moto y 24% rebasa el límite de velocidad. La diferencia en estos porcentajes a lo encontrado en el estudio es más del doble. (70)

En cuanto al consumo y uso de sustancias, según la ENCOVI 2008-2009 En Guatemala el 20.8% de las mujeres fuma ocasionalmente y de acuerdo a la United Nations Office on Drugs and Crime, la prevalencia de uso de drogas a nivel mundial es del 3%. La droga más común es el cannabis, pero la cocaína, heroína y otros estimulantes del tipo de las anfetaminas también son muy utilizados. En el estudio los resultados de consumo de drogas es bastante similar pues un 3% han consumido otras sustancias, que en su mayoría refirieron como marihuana. Sin embargo, 2% de los adolescentes refirieron consumir alcohol de manera frecuente y 6% ha presentado al menos 1 episodio de abuso de esta sustancia; además 5% consumían tabaco frecuentemente. (79) (44)

Según López (2008) la aparición de la pubertad en niñas es entre 8.5 y 13 años en el 95% de los casos y en niños entre 9.5 y 14 años de edad en el mismo porcentaje. De los adolescentes entrevistados un 4.6% indicó haber presentado su menarca/espermarca luego de los 14 años de edad (Cuadro 13). Lo cual se puede deber a lo referido por la OMS que declara que cuando la nutrición es deficiente se modifica el patrón genético y la pubertad aparece de manera más tardía. El 11% de los entrevistados no refirieron haber presentado menarca/espermarca aún, sin embargo muchos de ellos son adolescentes por debajo de los 13 y 14 años de edad. Sin embargo estos datos pueden presentar sesgo cuando algunos adolescentes por pudor o falta de confianza con el entrevistador pudieron haber omitido este dato. (25) (13)

La edad media de menarquía esta en 12.5 años. La edad de orgasmos y eyaculaciones ocurre en 2/3 de los hombres alrededor de los 14 años, según Cattani (2009). Los resultados del estudio demuestra que el 49% de los adolescentes presentaron su menarca/espermarca entre los 12 y 13 años. De las mujeres que ya han presentado su menarquía, 238 adolescentes (51%) refirieron dismenorrea y 27% irregularidades menstruales, situación que se relaciona con la falta de ejercicio y es influenciada por la dieta según Delisle (2005). (26) (27) (13)

En el Cuadro 14 notamos que de los adolescentes entrevistados un total de 83 (10%) indicaron haber tenidos relaciones sexuales. Pero de acuerdo a resultados publicados por la OPS en el 2008 en la región Latinoamericana el 50% de los adolescentes eran

sexualmente activos y la edad promedio de inicio sexual era de 15 a 16 años para mujeres y de 14 a 15 para hombres; pero según la ENSMI 2002 a nivel nacional 12% de las menores de 15 años de edad ya han tenido relaciones sexuales. Los resultados del estudio evidenciaron que el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales entre aquellos que ya han tenido relaciones sexuales es de 14.9 años, y que solo el 3.9% de los menores de 15 han tenido relaciones sexuales. (46) (71)

El 74.7% de los entrevistados que han tenido relaciones sexuales refirieron haber tenido una sola pareja sexual, lo cual puede deberse a una única experiencia por curiosidad, haber iniciado relaciones recientemente, continuar con la pareja con quien iniciaron relaciones o miedo. Únicamente el 32% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales refieren haber recibido consejería sexual antes de iniciar una vida sexual activa y mientras que según la UNICEF en un estudio realizado en el 2007 en 3 departamentos guatemaltecos, el 41.3% ha recibido consejería. En cuanto al uso de anticonceptivos, 34 adolescentes (41% de los que han tenido relaciones) manifestaron usar condón habitualmente y sólo 11 adolescentes (13.3% de los que han tenido relaciones sexuales) usan métodos anticonceptivos de manera habitual, mientras que en Latinoamérica y El Caribe el 60% de las mujeres no casadas sexualmente activas entre 15 y 19 años utilizan anticonceptivos según Blum (2005), pero según la ENSMI 2008-2009 los datos señalan que, aunque el 93.8% de los adolescentes entre 15 y 19 años manifestaron conocer al menos un método de planificación familiar, sólo el 51.8% reporta haber usado algún método anticonceptivo y el 4% de los adolescentes sexualmente activos admitieron utilizar uno de ellos con regularidad Esta diferencia puede originarse en la falta de acceso a métodos anticonceptivos, relaciones sin consentimiento o experiencia única por descubrimiento sin contar con orientación. (49) (48) (29)

Según la CDC 8.5% de la población es homosexual mediante seguimiento de toda su vida, sin embargo sólo el 1.4% se declara homosexual mediante seguimiento de 12 meses y sólo el 3.6% se declara bisexual mediante seguimiento de 12 meses. Sin embargo según el Estudio Nacional de Comportamiento Sexual de Chile, 0.2% de la población de ese país es homosexual y 0.1% es bisexual. En este estudio, de los adolescentes entrevistados únicamente 3 refirieron ser homosexuales (0.4%) y 2 bisexuales (0.2%), lo cual se acerca más a los datos de Chile; aún así se debe considerar que en este aspecto es difícil hacer una estimación exacta ya que pueden perderse datos

por falta de confianza con el entrevistador y el miedo a ser estigmatizado o el aún no haber definido una preferencia sexual. (72) (73)

De acuerdo a la OMS en cuanto a salud mental, se estima que entre 15 y 20% de los adolescentes tienen problemas psicológicos, siendo los más comunes depresión o ansiedad lo cual los pone en riesgo de abuso y negligencia, suicidio, uso de sustancias, fracaso escolar, violencia, actividades criminales, enfermedades mentales en la edad adulta y comportamiento impulsivo. El 75% de los entrevistados incluidos en el estudio refirió tener un estado de ánimo normal (Cuadro 15), por otro parte un 25% indicó un estado de ánimo muy triste, muy alegre, deprimido, hostil/agresivo, retraído, ansioso/angustiado o con ideas suicidas. El 81% refirió sentirse conforme con su imagen corporal, al 18% le crea preocupación y menos del 1% considera que esta impide su relación con los demás. (3) (4)

Un 74% del total de los adolescentes refirió contar con un referente adulto, ya fuera la madre en el 57%, el padre 13% y otro familiar 22%. Un estudio realizado por UNICEF en 2005 mostró que en el departamento de Guatemala un 86% le contaría los problemas a la madre, 61% al padre, 51% a un sacerdote/pastor. La madre ocupa el primer lugar, pues si tomamos en cuenta, el 45% de las madres de los adolescentes de este estudio se quedan en casa, otro familiar en la mayoría de casos fueron hermanos mayores de edad, el padre tiene un menor porcentaje por factores como horarios de trabajo, falta de confianza, abandono del hogar. (49)

En el Cuadro 16 se muestran resultados en referencia al examen físico de los adolescentes incluidos en este estudio. Los cuales revelaron que el 99% de los adolescentes presentaban aspecto general normal, solamente 7 (menos del 1%) anormal en la que la mayor parte de los casos era debido a malformaciones congénitas. Respecto al estado nutricional 3% presentó desnutrición, 8% bajo peso, 13.5% sobrepeso, 11% obesidad y el resto de los adolescentes (64.7%) un peso normal. Podemos observar que se presentan dos situaciones originadas de una inadecuada nutrición: una caracterizada por un escaso aporte de nutrientes o la preocupación por la apariencia física disminuyendo la ingesta y ocasionando desnutrición y bajo peso, la cual puede ocasionar retraso en el crecimiento y desarrollo sexual; y otra en donde una dieta no balanceada predominante de carbohidratos y grasas acompañada en gran porcentaje por sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedades de tipo metabólico (Cuadros 3 y 9) conllevan a sobrepeso y obesidad. Según la OPS (2008) en Latinoamérica la

prevalencia de obesidad oscila entre 8 y 22%, mientras que en Estados Unidos es de 12%. (46)

Para el estadío de Tanner en los adolescentes masculinos (41.8% de los incluidos en el estudio) para vello púbico y genitales, un 3.9% se encontraba en Estadío 1, 3.6% y 3% Estadío 2, 16.7% y 18.5% Estadío 3, 43.3% y 41.2% Estadío 4 y 32.5% y 33.4% Estadío 5, respectivamente. Para las adolescentes se encontró para vello púbico y mamas el 8.1% y 1.8% en Estadío 1, 18.5% y 14.6% Estadío 2, 43.9% y 41.5% Estadío 3, 51.3% y 60.6% Estadío 4 y 17.3 y 20.6% Estadío 5, respectivamente. Según Cattani (2009) un mayor porcentaje de adolescentes mujeres con vello púbico en Estadío 1 puede haberse debido a un menor desarrollo del vello púbico en aquellas de razas indígenas del continente Americano. (27)

En el cuadro 19 realizó un diagnóstico de manera integral tomando en cuenta el aspecto biológico, psicológico y social. Dentro de los diagnósticos el que ocupa el primer lugar es el de adolescente sano con un total de 314 adolescentes (39.2%); ya que los adolescentes fueron asignados con horarios para llegar al estudio y por no ser una consulta espontánea la mayoría no refirió ningún síntoma al momento de la consulta ni se encontró algo anormal en la evaluación.

Las enfermedades infecciosas se encuentran presentes dentro de los diagnósticos integrales realizados con Infección de la vía aérea superior con el 3.9%, Amigdalitis 1.6%, Enfermedad del aparato digestivo 1.1%.

Luego de encontramos trastornos de tipo nutricional como la obesidad presente en el 11%, desnutrición en 3%, y otras que tiene relación de manera indirecta con la nutrición como enfermedad de la piel con el 2.6% que en su mayoría hicieron referencia a hipopigmentación en piel la cual puede ser originada por deficiencia de vitamina A, así como cierto algunos de los trastornos de los ojos con el 15.6%, también la enfermedad de (200)los dientes (caries dentales) en el 20% que tienen entre sus causas una dieta deficiente en calcio y flúor aunado a mala higiene y una cultura que no invierte en prevención de la salud bucal.

Los trastornos de tipo psicológico muestran una importante presencia dentro de los principales diagnósticos. Stress psicosocial por incontinencia familiar en el 3.9%, Trastorno emocional en el 1.9%, Trastorno de la conducta (0.8%), Stress psicosocial por

problemas laborales (0.6%). Esto puede ser derivado de los antecedentes familiares judiciales, violencia, alcoholismo, la estructura familiar y de vivienda (Cuadros 3, 4 y 6). Así como el consumo de drogas y otras sustancias en el 1% que tiene relación directa con el aspecto psicológico pues la mayoría de los entrevistados refirieron realizarlo por la situación de problemática en sus hogares.

Otros de los diagnósticos que son propios de los adolescentes se encuentran Trastornos menstruales con 2.4%, Dismenorrea con 2%, Acné 1.7%. Uno de los últimos diagnóstico aunque con gran importancia es que 6 adolescentes (0.6%) refirieron haber sido víctimas de abuso sexual.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 El 58% de los 801 adolescentes correspondió al sexo femenino. El 77% de los entrevistados era estudiantes del Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornadas matutina y vespertina, al Instituto Normal Central para Señoritas Belén perteneció el 17% y el 6% a la Escuela Taller Guatemala. Únicamente 3 refirieron estar casados correspondiendo a menos del 1%, el resto refirió encontrarse soltero. El 79% era de raza mestiza y el 20% indígena. El principal lugar de residencia fue la Ciudad de Guatemala.
- 7.2 82% refirió tener antecedentes perinatales normales, haber padecido alguna enfermedad infecciosa el 23%, enfermedad crónica 14%, cirugía u hospitalización 21%, alergia 19%, contar con vacunas completas el 85%, uso de medicamentos 8%, haber cursado algún grado preescolar 74%, violencia 14% y antecedentes judiciales personales 2%.
- 7.3 Entre los antecedentes familiares referidos la diabetes con 43%, enfermedad cardiovascular 48%, obesidad 25%, enfermedades infecciosas 14%, trastornos psicológicos 7%, padres adolescentes 24%, uso de alcohol, tabaco o drogas 46%, violencia intrafamiliar 25% y antecedentes judiciales el 20%.
- 7.4 Más de la mitad de los adolescentes vivían en hogares nucleares biparentales y percibían una buena relación familiar. Sólo 3 adolescentes vivían con pareja y 2 con hijos. El 50% de los padres cursó estudios primarios y casi el 30% secundarios. El 15% de los padres eran analfabeto. El 66% de los padres y el 34% de las madres poseían un trabajo estable y el 15% no estable. Casi la mitad de las madres se dedican al hogar. Un tercio vivían en condiciones de hacinamiento
- 7.5 Hasta el 51% ha repetido al menos 1 año escolar, el 19% ha presentado deserción escolar, 15% refirieron algún tipo de violencia escolar y 66% poseen educación no formal.

- 7.6 Al menos el 17% refirió estar trabajando en el momento de haber sido entrevistados, siendo la económica la principal razón de trabajo. Realizándolo en gran porcentaje en condiciones insalubres y/o precarias y en jornadas laborales más extensas que las adecuadas para los adolescentes.
- 7.7 Más del 90% de adolescentes refirió sentirse aceptado y poseer amigos. Un 23% poseían pareja (novio/a). el 25% refirió realizar 1 hora o menos de ejercicio durante la semana. El 90% refirió ver televisión pero menos del 40% refieren el uso de computadora y acceso a internet.
- 7.8 Sólo el 58% posee una alimentación adecuada. 15% realizan 1 o 2 comidas al día, 43% 3 comidas al día o más. El 20% conduce vehículo con motor, de este 20% menos del 50% aplican normas de seguridad vial. El 2% consumo alcohol frecuentemente, un 6% ha presentado episodios de abuso de alcohol. 5% fuma frecuentemente. Y el 3% ha consumido otras sustancias. Con edades de inicio de consumo desde los 10 años.
- 7.9 11% refirió aún no haber presentado menarca o espermarca. El 50% refirió haberla presentado entre los 12 y 13 años de edad. El 55% de las mujeres que ya habían presentado la menstruación refirieron dismenorrea y el 80% refirieron ciclos menstruales regulares. Únicamente 4 adolescentes refirieron un embarazo propio o de la pareja y 5 haber presentado alguna infección de transmisión sexual.
- 7.10 El 10% refirió haber mantenido relaciones sexuales. La mayoría presentó conductas sexuales de riesgo como el inicio de estas a temprana edad, uso no habitual del condón en 60% de los casos y el uso de métodos anticonceptivos sólo por el 13%. Sólo el 32% ha recibido algún tipo de orientación o consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos. El 6% refirió haber mantenido relaciones homosexuales o bisexuales. Un 10% refirió haber tenido relaciones bajo coerción.
- 7.11 El 75% consideró poseer un estado de ánimo normal, el restante 25% se consideró retraído, ansioso/angustiado, hostil/agresivo, muy triste/muy alegre y/o con ideas suicidas. La madre es el principal referente adulto 57% de los casos y el

padre en el 13%. El 76% refirió un proyecto de vida claro, el 24% lo refirió como confuso o ausente. Sólo el 19% refirió contar con una red de apoyo social.

- 7.12 Las morbilidades más prevalentes presentadas por los adolescentes fueron enfermedad de los dientes por el 20%, trastorno de los ojos en el 15% y obesidad 11%. El 40% fue catalogado como adolescente sano.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.1.1 Crear clínicas y espacios amigables para la Atención Integral para niños, adolescentes y familias de bajos recursos, principalmente en áreas marginales.
- 8.1.2 Promocionar el Programa Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque preventivo en escuelas primarias, colegios e institutos de enseñanza media públicos y privados.

8.2 Al Ministerio de Educación

- 8.2.1 En coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, crear un programa en donde se evalúe la agudeza visual de todos los estudiantes inscritos en el ciclo escolar, y se trate aquellos que presentan morbilidades.
- 8.2.2 Capacitar a los docentes de las distintas instituciones educativas sobre como impartir clases sobre educación sexual y reproductiva y maneras de abordar el tema.

8.3 Al Ministerio de Trabajo

- 8.3.1 Velar por que se cumplan con los acuerdos y compromisos ratificados por la República de Guatemala con la Organización Internacional de Trabajo en referencia al trabajo infantil y juvenil.
- 8.3.2 Promover la creación de talleres en donde se enseñen oficios a adolescentes de áreas marginales del área metropolitana

8.4 Al Ministerio de Gobernación

- 8.4.1 Promover la denuncia voluntaria de violencia intrafamiliar y mantener funcionales las líneas telefónicas gratuitas para la denuncia de violencia intrafamiliar.

8.5 A las Municipalidades del Área Metropolitana

- 8.5.1 Habilitar áreas seguras para la recreación física y mental de los adolescentes y sus familias.
- 8.5.2 Promocionar los programas deportivos, de música y arte ya existentes en las distintas municipalidades del área.
- 8.5.3 Ampliar la cobertura del Programa Cuenta Conmigo de la municipalidad de Guatemala y agilizar la atención de nuevos casos.

8.6 A las distintas Clínicas del Adolescente y aquellas instituciones que usen el CLAP del Adolescente

- 8.6.1 Uniformar el uso y llenado del CLAP tanto de la Historia del Adolescente como el Formulario de Salud Sexual.
- 8.6.2 Proponer una institución a nivel nacional como la encargada de recopilar, proteger y analizar los registros.
- 8.6.3 Crear bases de datos que posibiliten el análisis de la situación de la niñez y adolescencia en Guatemala según los diferentes años.

8.7 A la Universidad de San Carlos

- 8.7.1 Apoyar la investigación en el campo de los adolescentes en las distintas facultades de esta casa de estudios.

9. APORTES

- 9.1 Se presentarán los resultados ante el comité del Programa de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Guatemala para la discusión pertinente y toma de conducta a partir de los mismos.
- 9.2 Se presentarán los resultados a las Unidad de Orientación y Psicología del Instituto Normal Mixto Mixto Rafael Aqueche, Instituto Normal Central para Señoritas Belén y Escuela Taller Guatemala para su evaluación.
- 9.3 Se presentará una copia a la Clínica del Adolescente del Hospital General San Juan de Dios perteneciente al Ministerio de Salud Pública para consideración de las recomendaciones escritas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belamendia M, Penzo M, Bazano M, Hortonella Y, Grunbaum S, Durán P, et al. Historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010 (Publicación científica 1579)
2. World Health Organization. Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents. Geneva: WHO; 2002. Report No.: 01.20
3. ----- . Child and adolescent health and development: highlights. Progress report 2009. Geneva: WHO; 2010.
4. ----- . Young people: health risks and solutions. [en línea]. Washington: WHO; 2010 [accesado 15 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>
5. Casas Rivero JJ, Ceñal González Fierro MJ. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*. 2005; 9(1): 20-24.
6. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística. Población en Guatemala (demografía): Censo de población [en línea]. Guatemala: INE; 2011 [accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>
7. Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action. Geneva: WHO; 2007. (WHO discussion papers on adolescence).
8. Brabin L. Sexually transmitted infections: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004. (WHO discussion papers on adolescence).

9. Samandari G, Speizer S. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2010; 36(1): 26-35.
10. Rivera R. Contraception: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004. (WHO discussion papers on adolescence).
11. Treffers P. Adolescent pregnancy: issues in adolescent health and development. Geneva: WHO; 2004. (WHO discussion papers on adolescence).
12. World Health Organization. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. Report of a WHO technical consultation. Geneva: WHO; 2010 Nov. Report No.: 11.11
13. Delisle H. Nutrition and adolescence: issues and challenges for the health sector. Geneva: WHO; 2005. (WHO discussion papers on adolescence).
14. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: WHO; 2001. Report No.: 98.18
15. ----- . Break the tobacco marketing net: tobacco-free youth. Geneva: WHO; [201?]
16. Municipalidad de Guatemala. Plan de desarrollo metropolitano, Metrópolis 2010: la planificación integral de la ciudad. Guatemala: La MUNI; 1995.
17. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Población en Guatemala: proyecciones de población 2003-2050. [en línea]. Guatemala: INE; 2010 [accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: www.ine.gob.gt/descargas/censos/proyecciones_y_lugares_poblados.-doc
18. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la

“Salud para Todos en el Año 2000”. Ginebra: OMS; 1986. (Serie de Informes Técnicos; 731)

19. Gutiérrez Baró E. Adolescencia y juventud: concepto y características [en línea]. La Habana: Sociedad Cubana de Psiquiatría; 1999. [accesado 18 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Un mundo apropiado para niños y niñas [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2010 [accesado 12 Ene 2011]. Disponible en: www.unicef.org/worldfitforchildren/files/Costa_Rica_WFFC5_REport.pdf
21. Camejo Lluch R. La adolescencia y sus etapas. [en línea]. Las Tunas: Policlínica Docente Manuel Fajardo Rivero; 2004 [accesado 15 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>
22. Weissmann P. Adolescencia. Rev Iberoamericana Educación [en línea] 2010 [accesado 10 Ene 2011] 1(1): [8 p.] Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>
23. Gumucio ME. Desarrollo psicosocial y psicosexual en la adolescencia. [en línea]. Chile: Universidad Católica de Chile; 2009 [accesado 05 Ene 2011] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>
24. Mansilla Canelas G. Maduración biológica en la adolescencia. Rev Soc Bol Ped. 2000; 39(1): 11-15
25. López Muñoz R, Priá Bankoff AD. Desarrollo de las características sexuales secundarias en niñas de 11 a 14 años. [s.l.] efdeportes.com [en línea] 2008 Dic [accesado 29 Ene 2011]; 13 (127): [5 p.] Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd127/desarrollo-de-las-caracteristicas-sexuales-secundarias-en-ninas.htm>

26. Cattani A. Crecimiento y desarrollo puberal durante la adolescencia. [en línea]. Chile: Universidad Católica de Chile; 2009 [accesado 29 ene 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion01/M1L1Leccion.html>
27. ----- . Pubertad normal. [en línea]. Chile: Universidad Católica de Chile; 2009 [accesado 29 ene 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/Pubertad.html>
28. Keselman A. Crecimiento y desarrollo normal en la pubertad. [en línea]. Buenos Aires: Programa de Actualización en Pediatría; 2008 [accesado 23 Feb 2011]. Disponible en: http://www.proape.org/guia/html/CD011_G105_T001.htm
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística. V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008 – 2009. Guatemala: MSPAS; 2010.
30. Sawyer SM, Bowes G. Adolescence on the health agenda. *Lancet*. 1999 Sep; 354 (1): 31-4.
31. Surís JC. Global trends of young people with chronic and disabling conditions. *J Adolesc Health*. 1995 Jul; 17(1): 17-22.
32. Westbrook LE, Stein RE. Epidemiology of chronic health conditions in adolescents. *Adolesc Med*. 1994 Jun; 5(2): 197-210.
33. Surís JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision. Geneva: WHO; 2007. (WHO discussion papers on adolescence).
34. Simon D. Puberty in chronically diseased patients. *Horm Res*. 2002; 57(2): 53-6.
35. Power C, Elliott J. Cohort profile: 1958 British birth cohort. *Int J Epidemiol*. 2006; 35 (1): 34-41.

36. Choquet M, Du Pasquier Fediavsky L, Manfredi R. Sexual behavior among adolescents reporting chronic conditions: a French national survey. *J Adolesc Health*. 1997 Jan; 20(1): 62-7.
37. Wetbom L. Well-being of children with chronic illness: a population-based study in a Swedish primary care district. *Acta Paediatr*. 1992 Aug; 81 (8): 625-9.
38. Pless IB, Power C, Peckham Cs. Long-term psychosocial sequelae of chronic physical disorders in childhood. *Pediatrics*. 1993 Jun; 91(6): 1131-6.
39. United States department of health and human services. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Bethesda: NIH; 2005. (NIH Publication No.: 05-5267)
40. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. SIGSA 2004: Informe mensual de estadística, morbilidad prioritaria en población de 10 a 19 años. Guatemala: MSPAS; 2004.
41. Importancia de la educación preescolar [en línea]. Barcelona: Preescolar.es; 2007 [accesado 30 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.preescolar.es/preescolar-importancia-de-la-educacion-preescolar.html>
42. Gastelo Miskulin TD. La importancia de la educación preescolar [en línea]. Perú: Universidad Perú; 2007 [accesado 3 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.universidadperu.com/articulo-la-importancia-de-la-educacion-pre-escolar-universidad-peru.php>
43. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Principales indicadores educativos nivel preprimaria. Guatemala: MSPAS; 2009.
44. Obot IS, Saxena S. Substance use among young people in urban environments. Geneva: WHO; 2005.

45. Organización Mundial de la Salud. Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Ginebra: OMS; 2008.
46. Organización Panamericana de la Salud. Jóvenes: opciones y cambios. Washington: OPS; 2008. (Publicación científica; 594)
47. Coll A. Embarazo en la adolescencia ¿cuál es el problema? En: Donas Burak S. Adolescencia y juventud en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional; 2001: vol. 1 p. 427-48.
48. Blum RW, Nelson Mmari C. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Geneva: WHO; 2005.
49. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala: un análisis cualitativo y cuantitativo. Nueva York: UNICEF; 2005.
50. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. V Encuesta nacional de salud materno infantil ENSMI 2008/2009: informe preliminar. Guatemala: INE; 2010.
51. Rubio F. Educación en Guatemala: situación y desafíos. Washington: Banco Mundial-PROEIB Andes; 2004.
52. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación del rendimiento en lectura y matemática de estudiantes de primer y tercer grado de primaria de escuelas oficiales de Guatemala. Washington: USAID; 2005.
53. Moncayo MG. Bullying: violencia en las aulas [en línea]. Madrid: Plan amanecer; 2008 [accesado 22 Feb 2011]. Disponible en: www.planamanecer.com/recursos/docente/.../bullying.pdf
54. Olweus D. What is bullying? [en línea]. Minnesota: Olweus; 2011 [accesado 2 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.olweus.org/public/bullying.page>

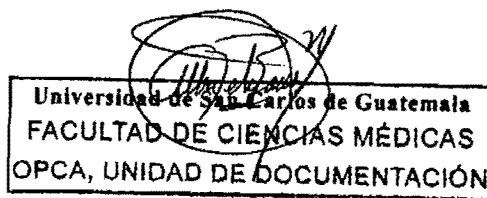
55. Jujoven J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak and the troubled. *Pediatrics*. 2003 Dec; 112(6): 1231-7.
56. Sognovi S. The 5 essential statistics every parent should know. New York: Urbandojo.com; 2010 [accesado 10 Feb 2011]. Disponible en: <http://urbandojo.com/2010/06/09/how-to-prevent-bullying-part-1-bullying-statistics/>
57. Guatemala. Ministerio de Educación. Bullying en la ciudad de Guatemala. Informe de resultados. Guatemala: MINEDUC; 2008.
58. Aubrey L, Spriggs MA. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *J Adolesc Health*. 2007 Sep; 41(3): 283-93.
59. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational and cyber. *J Adolesc Health*. 2009 Oct; 45(4): 368-375.
60. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama: Guatemala [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2010 [accesado 06 Feb 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala_statistics.html
61. De Onís M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nashida C, Siekmann J. Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85(1): 600-67.
62. Delgado HL, Hurtado E. Physical growth and menarche in Guatemalan adolescents. *Arch Latinoam Nutr*. 1990; 40(4): 503-17.
63. World Health Organization. Which health problems affect adolescents and what can be done to prevent and respond to them? [en línea]. Washington: WHO; 2011 [accesado 15 Feb 2011]. Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/dev/en/index.html

64. De Souza Vitale MS, Tomioka CY, Juliano Y, Silverio Amancio OM. Body mass index, pubertal development and their relationship with menarche. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(4): 429-33.
65. Kurz KM. Adolescent nutritional status in developing countries. Proc Nutr Soc. 1996 Mar; 55(1): 321-31.
66. Chaparro CM. La anemia entre adolescentes y mujeres adulta jóvenes en América Latina y El Caribe: un motivo de preocupación [en línea]. Washington: OPS; 2009 [accesado 26 Mar 2011]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20%282%29.pdf>
67. Hass JD, Murdoch S, Rivera J, Martorell R. Early nutrition and later physical work capacity. Nutr Rev. 1996 Feb; 54(2): 41-8.
68. Jernigan D. Global ramifications of European alcohol policies. Addiction. 2002 Jun; 97(6): 615-7.
69. World Health Organization. World youth assembly for road safety: report. Geneva: WHO; 2007.
70. Meneses Falcón C, Gil García E, Romo Avilés N. Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. Atención Primaria. 2010 Ago; 42(9): 452-458.
71. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. IV Encuesta nacional de salud materno infantil (ENSMI 2002). Guatemala: INE; 2002.
72. Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 year of age, United States, 2002. Adv Data [en línea] 2005 Sep [accesado 26 Mar 2011]; 1(362): [56 p.] Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad362.pdf>
73. Chile. Ministerio de Salud. Estudio nacional de comportamiento sexual [en línea]. Chile: Ministerio de Salud – CNS de Chile – ANSRS de Francia; 2000 [accesado 20

Mar 2011]. Disponible en:
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/85381414c60111a9e04001011e015920.pdf>

74. Santiago Aliño M, López Esquirol J, Navarro Fernández R. Adoelscencia: aspectos generales y atención en salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 ene-mar; 22(1): 3-7.
75. Maddaleno M. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas: 1998-2001. Washington: OPS; 1998.
76. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los jóvenes y el VIH/SIDA: una oportunidad en un momento crucial. Nueva York: UNICEF; 2002.
77. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional del SIDA. Guatemala: MSPAS; 2005.
78. ----- . Política salud para la adolescencia y juventud. Guatemala: MSPAS; 2004.
79. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de condiciones de vida ENCOVI 2006. Guatemala: INE; 2006.
80. Programa internacional para la erradicación del trabajo infantil [en línea]. Lima: OIT; 2009 [accesado 17 Feb 2011]. Disponible en: www.white.oit.org/pe/ipe/pagina.php?seccion=16&pagina=104.
81. Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? Washington: OPS; 1998.
82. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex. 2003; 45(1): 132-9.
83. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Situación epidemiológica [en línea]. Ginebra: ONUSIDA; 2005. [accesado 20 Mar 2011]. Disponible en: www.onusida.org/co/v1.htm.

84. Guatemala. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Código de Trabajo Título quinto, capítulo único artículo 201 establece que son labores, instalaciones o industrias insalubres las que por su propia naturaleza o materiales puedan originar condiciones capaces de amenazar o de dañar la salud de sus trabajadores... Guatemala: Ministerio de Trabajo y Previsión Social; 2001.
85. Surós Batllo A. Semiología médica y técnica exploratoria. 8ª ed. Barcelona: Mosby; 2001.
86. Anticoncepción. En: Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Giltrap III LC, Wenstrom KD, editores. Obstetricia de Williams. 22ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 744-6.
87. Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi M. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, and weight velocity: British children, 1965. Arch Dis Child. 1966; 41(1): 454-71.
88. Freire Santana O. La economía informal. [en línea]. La Habana: palabranueva.net; 2007 [accesado 20 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.palabranueva.net/contens/0710/0001011.htm>



11. ANEXOS

11.1 Instrumento de recolección de datos

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE ESTABLECIMIENTO: _____ H.C. Nº: _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ Nº identificación: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ Código: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ TEL.: _____ domicilio ☐ mensaje ☐

COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL: ☐ Si ☐ No ☐ n/c Celular: _____ Email: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

SEXO: ☐ f ☐ m

CONSULTA PRINCIPAL Nº: _____

FECHA: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: ☐ casado ☐ soltero ☐ otro

ETNIA: ☐ blanca ☐ mestiza ☐ indígena ☐ negra ☐ otra

ACOMPAÑANTE: ☐ solo ☐ amiga/a ☐ ambos padres ☐ pareja ☐ padre ☐ otros ☐ madre ☐ variente ☐

Motivos de consulta según adolescente: _____

Motivos de consulta según acompañante: _____

1: _____ 1: _____

2: _____ 2: _____

3: _____ 3: _____

Descripción de motivo de consulta: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES: ☐ normal ☐ no normal ☐ si ☐ no ☐ si

CRECIMIENTO: ☐ normal ☐ no normal ☐ si ☐ no ☐ si

DESARROLLO: ☐ normal ☐ no normal ☐ si ☐ no ☐ si

ALERGIA: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

VACUNAS COMPLETAS: ☐ si ☐ no ☐ si

ENFERMEDADES CRÓNICAS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

DISCAPACIDAD: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

ENFERMEDADES INFECCIOSAS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

ACCIDENTES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

INTOXICACIONES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

CIRUGÍA HOSPITALIZAC.: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

USO DE MEDICAMENTOS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

VIOLENCIA: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

EDUCACIÓN PREESCOLAR: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

JUDICIALES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

OTROS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

Observaciones: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

OBESIDAD: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.): ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

ALERGIA: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

INFECCIONES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

CÁNCER: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

ALCOHOL, DROGAS Y OTROS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

JUDICIALES: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

OTROS: ☐ no ☐ si ☐ no ☐ si

Observaciones: _____

FAMILIA

VIVE: ☐ solo ☐ no ☐ si

en la casa: ☐ no ☐ si

en la calle: ☐ no ☐ si

en instit. protectora: ☐ no ☐ si

privado de libertad: ☐ no ☐ si

CONVIVE CON: ☐ no ☐ si

madre: ☐ no ☐ si

padre: ☐ no ☐ si

padrastro: ☐ no ☐ si

padrastro: ☐ no ☐ si

hermanos: ☐ no ☐ si

pareja: ☐ no ☐ si

hijo: ☐ no ☐ si

otros: ☐ no ☐ si

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Padre o sustituto: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universitaria

Madre o sustituto: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universitaria

Pareja: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universitaria

Trabajo: ☐ Padre o sustituto ☐ Madre o sustituto ☐ Pareja

Ocupación: ☐ ninguno ☐ estable ☐ inestable

Apoyo social o subsidio: ☐ no ☐ si

Percepción del adolescente sobre su familia: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No hay relación

DIAGRAMA FAMILIAR

Observaciones: _____

VIVIENDA

ENERGÍA ELÉCTRICA: ☐ si ☐ no

AGUA: ☐ en el hogar: ☐ fuera del hogar: ☐

EXCRETAS: ☐ en el hogar: ☐ fuera del hogar: ☐

HACINAMIENTO: ☐ si ☐ no

Observaciones: _____

Este color significa ALERTA

EDUCACION		NIVEL		GRADO		AÑOS		PROBLEMAS		AÑOS		VIOLENCIA		DESERCIÓN		EDUCACIÓN	
ESTUDIA ☐ sí ☐ no		No escolariz. ☐		CURSO		APROBADOS		EN LA ESCUELA		REPETIDOS		ESCOLAR		EXCLUSIÓN		NO FORMAL	
		Prim. ☐ Técnico ☐						no ☐ sí ☐		Causa		no ☐ sí ☐		Causa		Cuál?	
Centro al que concurre		Sec. ☐ Univ. ☐															
Observaciones																	
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD		TRABAJO		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO		TRABAJO	
☐ trabaja ☐ pasante		☐ desocupado		años		horas por semana		decente ☐ precario ☐		mañana ☐ tarde ☐ noche ☐ n/c		☐ económica ☐ autonomía ☐ me gusta ☐ otra ☐ n/c		☐ si ☐ no ☐ n/c		☐ si ☐ no ☐ n/c	
☐ busca 1ª vez ☐ no y no busca		☐ no trabaja y no estudia				TRAB. INFANTIL		peores formas de trabajo									
Observaciones																	
VIDA SOCIAL		ACEPTACIÓN		PAREJA		violencia		Amigos/as		ACTIVIDAD		JUEGOS Y		OTRAS ACTIVIDADES		si ☐ no ☐ Cuáles?	
☐ aceptado ☐ rechazado ☐ ignorado ☐ no sabe		edad de la pareja años		años		sí ☐ no ☐		sí ☐ no ☐		FÍSICA ☐ TV ☐ COMPU. ☐ TADORA ☐ VIRTUALES ☐		horas por semana		horas por día			
Observaciones																	
HABITOS/ CONSUMOS		ALIMENTACIÓN ADECUADA		COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		Frecuencia		OTRAS SUSTANCIAS/S		CONDUCE VEHICULO		Cual?	
☐ sí ☐ no		☐ sí ☐ no		☐ sí ☐ no		☐ sí ☐ no		☐ sí ☐ no		años meses		☐ sí ☐ no		☐ sí ☐ no		Cual?	
SUEÑO NORMAL ☐ sí ☐ no		COMIDAS POR DÍA				Edad de inicio años		Número cigarrillos/día		Edad de inicio años		Edad de inicio años		Repercusiones sí ☐ no ☐		SEGURIDAD VIAL ☐ sí ☐ no	
Observaciones																	
GINECO-UROLOGICO		FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN		CICLOS REGULARES		FLUJO PATOLÓGICO/ SECRECIÓN PENEANA		ITS/VIH		Tratamiento		EMBARAZOS		HIJOS		ABORTOS	
MENARCA/ESPERMARCA años meses		☐ no conoce ☐ no corresp.		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		Cual?		☐ sí ☐ no ☐ s/d		☐ sí ☐ no ☐ s/d		☐ sí ☐ no ☐ s/d		☐ sí ☐ no ☐ s/d	
		día mes año		DISMENORREA		no ☐ sí ☐ n/c		Búsqueda de contactos		Tratamiento de contactos							
Observaciones																	
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFICULTADES EN REL. SEX.		ANTICONCEPCIÓN		Inició MAC		Consejería		ACO de Emergencia		ACO de Emergencia	
☐ pareja única ☐ varias parejas ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		años		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c	
Observaciones																	
SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROYECTO		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO					
☐ conforme ☐ crea preocupación ☐ impide relación con demás		☐ normal ☐ muy triste ☐ no muy alegre		☐ retraído ☐ ideas suicidas ☐ ansioso/angustiado ☐ hostil/agresivo		☐ madre ☐ padre ☐ fuera del hogar		☐ claro ☐ confuso ☐ ausente		☐ sí ☐ no ☐ n/c		☐ sí ☐ no ☐ n/c		Cel.:		Tel.:	
Observaciones																	
EXAMEN FÍSICO		PESO (Kg)		Centí/peso ideal		IMC		PIEL, FANERAS Y MUCOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		SALUD BUCAL	
☐ normal ☐ anormal		TALLA (cm)		Centí/talla ideal		Centí/IMC		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal	
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESIÓN ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLÓGICO	
☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal		☐ normal ☐ anormal	
Observaciones																	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable																	
Fecha próxima visita																	

H04MES04A-08/10

11.2 Consentimiento informado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro de Investigaciones para las Ciencia de la Salud
Unidad de Trabajos de Graduación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Características biopsicosociales del adolescente del área metropolitana”

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y estamos investigando cuales son las características biopsicosociales de los adolescentes del municipio de Guatemala.

La adolescencia es un período importante de desarrollo y cambios en el cual se determinan comportamientos y hábitos que pueden marcar el resto de la vida. En Guatemala existe muy poca información sobre la salud de los adolescentes, por lo que estamos invitando a este estudio a adolescentes entre 10 y 19 años de edad que se encuentren inscritos en el Instituto Normal Mixto Rafael Aqueche jornada matutina y vespertina y en el Sistema de Orquestas de Guatemala.

La participación de los adolescentes en esta investigación es totalmente voluntaria y no influye en ningún aspecto sobre su permanencia en los centros educativos, ni tendrá repercusiones sobre los estudiantes.

El procedimiento que se llevará a cabo en los adolescentes es el siguiente:

- 1. Se hará una entrevista sobre aspectos de salud a cada adolescente que contiene: antecedentes médicos personales y familiares, preguntas sobre la vivienda y familia, trabajo, educación, vida social, hábitos, sexualidad, antecedentes ginecoulológicos y situación psicoemocional*
- 2. Seguido de un examen médico general que incluye: evaluación de piel, cabeza, agudeza auditiva y visual, revisión de boca y dientes, evaluación de tórax y abdomen, evaluación genito-urinaria, revisión de columna, extremidades y chequeo neurológico básico.*
- 3. Al final de la evaluación se determinará si hay algún problema de salud y se referirá al médico o psicólogo a los estudiantes que se encuentren con alguna enfermedad o que ameriten seguimiento por parte de psicología.*

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente en que mi hijo/hija participe en esta investigación y entiendo que tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que le afecte en ninguna manera.

Nombre del padre/madre o encargado _____

Nombre del hijo/hija _____

Firma del padre/madre o encargado _____

Fecha _____

11. 3 Consolidado de resultados (Establecimiento 1 = Escuela Taller Guatemala, 2= INRA JM, 3= INRA JV, 5= INCS Belén)

LOCALIDAD

	1	2	3	5	TOTAL	%
CHINAUTLA	1	5	6	0	12	1.5
GUATEMALA	37	270	219	129	655	81.7
MIXCO	4	18	21	4	47	5.8
FRAIJANES	0	2	0	0	2	0.3
SAN JOSE PINULA	0	1	1	0	2	0.3
SAN JUAN SACATEPEQUEZ	0	7	25	0	32	4.0
SAN MIGUEL PETAPA	1	3	5	0	9	1.1
SAN PEDRO AYAMPUC	1	2	22	0	25	3.1
SANTA CATARINA PINULA	0	2	0	0	2	0.3
VILLA CANALES	1	0	1	0	2	0.3
VILLA NUEVA	1	5	6	1	13	1.6
	46	315	306	134	801	100

EDAD EN AÑOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
10 AÑOS	0	0	0	0	0	0
11 AÑOS	0	1	0	0	1	0.1
12 AÑOS	0	12	4	16	32	4
13 AÑOS	0	34	20	75	129	16.1
14 AÑOS	0	70	51	28	149	18.6
15 AÑOS	2	69	55	11	137	17.1
16 AÑOS	16	75	53	3	147	18.4
17 AÑOS	18	41	48	0	107	13.4
18 AÑOS	6	9	42	1	58	7.2
19 AÑOS	4	4	33	0	41	5.1
20 AÑOS	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100

ESTADO CIVIL

	1	2	3	5	TOTAL	%
SOLTERO	46	314	304	134	798	99.6
UNION ESTABLE	0	0	0	0	0	0
SEPARADO	0	0	0	0	0	0
CASADO	0	1	2	0	3	0.4
OTRO	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100

RAZA

	1	2	3	5	TOTAL	%
BLANCA	0	2	0	0	2	0.2
MESTIZA	42	250	240	107	639	79.8
INDIGENA	4	63	66	27	160	20
NEGRA	0	0	0	0	0	0
OTRA	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	35	262	243	113	653	81.5
NO SE	9	26	23	1	59	7.4
NO	2	27	40	20	89	11.1
	46	315	306	134	801	100

ENFERMEDADES CRÓNICAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	3	51	47	15	116	14.5
NO SE	0	2	2	0	4	0.5
NO	43	262	257	119	681	85

	46	315	306	134	801	100
--	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

CIRUGIA/HOSPITALIZACION

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	7	65	75	25	172	21.5
NO SE	1	0	1	0	2	0.2
NO	38	250	230	109	627	78.3
	46	315	306	134	801	100

ALERGIA

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	4	58	55	39	156	19.5
NO SE	1	2	2	0	5	0.6
NO	41	255	249	95	640	79.9
	46	315	306	134	801	100

EDUCACION PREESCOLAR

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	34	229	232	101	596	74.4
NO	12	86	74	33	205	25.6
	46	315	306	134	801	100

VACUNAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	34	266	250	129	679	84.8
NO SE	12	37	41	2	92	11.5
NO	0	12	15	3	30	3.7
	46	315	306	134	801	100

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	5	80	74	25	184	23
NO SE	1	0	0	1	2	0.2

NO	40	235	232	108	615	76.8
	46	315	306	134	801	100

USO DE MEDICAMENTOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	7	25	23	5	60	7.5
NO SE	0	0	0	0	0	0
NO	39	290	283	129	741	92.5
	46	315	306	134	801	100

VIOLENCIA

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	7	52	48	9	116	14.5
NO SE	0	0	0	0	0	0
NO	39	263	258	125	685	85.5
	46	315	306	134	801	100

JUDICIALES

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	0	7	10	0	17	2.1
NO SE	0	0	1	0	1	0.1
NO	46	308	295	134	783	97.8
	46	315	306	134	801	100

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES, CARDIOVASCULAR Y OBESIDAD

	DIABETES					CARDIOVASCULAR					OBESIDAD				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
SI	24	114	143	64	345	26	127	152	85	390	12	76	83	29	200
NO	17	197	160	68	442	15	184	151	48	398	33	239	222	105	599
N/S	5	4	3	2	14	5	4	3	1	13	1	0	1	0	2
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

USO ALCOHOL O DROGAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	25	167	156	82	430	53.7
NO SE	0	0	0	0	0	0
SI	21	148	150	52	371	46.3
	46	315	306	134	801	100

VIOLENCIA

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	37	236	219	106	598	74.7
NO SE	0	0	0	0	0	0
SI	9	79	87	28	203	25.3
	46	315	306	134	801	100

JUDICIALES

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	35	257	242	102	636	79.4
NO SE	2	1	1	0	4	0.5
SI	9	57	63	32	161	20.1
	46	315	306	134	801	100

INFECCIONES

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	41	259	256	128	684	85.4
NO SE	3	0	1	0	4	0.5
SI	2	56	49	6	113	14.1
	46	315	306	134	801	100

PSICOLOGICOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	41	284	282	132	739	92.3
NO SE	1	2	2	1	6	0.7
SI	4	29	22	1	56	7

	46	315	306	134	801	100
--	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

PADRES ADOLESCENTES

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	32	250	207	70	559	69.8
NO SE	3	13	14	16	46	5.7
SI	11	52	85	48	196	24.5
	46	315	306	134	801	100

FAMILIA

VIVE

	1	2	3	5	TOTAL	%
SOLO	1	2	6	0	9	1.1
EN LA CASA	41	313	300	133	787	98.3
EN LA CALLE	0	0	0	0	0	0.0
INSTITUCION	4	0	0	1	5	0.6
	46	315	306	134	801	100

VIVE CON

	1	2	3	5	TOTAL	%
HERMANOS	38	295	276	118	727	90.8
HIJO	0	1	1	0	2	0.2
MADRASTRA	1	2	1	1	5	0.6
MADRE	42	285	265	121	713	89.0
OTROS	18	24	99	46	187	23.3
PADRASTRO	7	16	17	8	48	6
PADRE	25	216	178	73	492	61.4
PAREJA	0	1	2	0	3	0.4

COMPARTE

	1	2	3	5	TOTAL	%
CUARTO CON HERMANOS	27	210	194	79	510	63.7

CAMA CON HERMANO	2	82	73	37	194	24.2
CUARTO CON MADRE	6	51	42	29	128	16.0
CAMA CON MADRE	0	13	10	16	39	4.9
CUARTO CON PADRE	4	34	20	4	62	7.7
CAMA CON PADRE	0	0	1	1	2	0.2
CUARTO CON HIJO	0	1	1	0	2	0.2
CAMA CON HIJO	0	0	1	0	1	0.1
CUARTO CON PAREJA	0	1	2	0	3	0.4
CAMA CON PAREJA	0	1	2	0	3	0.4
CUARTO CON MADRASTRA	0	0	0	0	0	0.0
CAMA CON MADRASTRA	0	0	0	0	0	0.0
CUARTO CON PADRASTRO	1	2	6	0	9	1.1
CAMA CON PADRASTRO	0	0	0	0	0	0.0
CUARTO CON OTROS	8	19	23	13	63	7.9
CAMA CON OTRO	0	5	7	4	16	2

INSTRUCCIÓN MADRE Y PADRE

	MADRE					PADRE				
	1	2	3	5	TOTAL	1	2	3	5	TOTAL
SIN DATO	2	7	6	4	19	6	29	46	29	110
ANALFABETO	5	74	63	13	155	4	30	32	7	73
PRIMARIA	24	157	159	58	398	23	152	123	44	342
SECUNDARIA/ TECNICO	13	72	73	56	214	11	89	90	51	241
UNIVERSITA RIO/ TECNICO	2	5	5	3	15	2	15	15	3	35
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

PERCEPCIÓN FAMILIAR

	1	2	3	5	TOTAL	%
BUENA	31	203	187	89	510	63.7
REGULAR	13	106	109	38	266	33.2
MALA	1	4	7	7	19	2.4

NO HAY	1	2	3	0	6	0.7
	46	315	306	134	801	100

TRABAJO PADRE Y MADRE

	MADRE					PADRE				
TRABAJO	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
SIN DATO	1	9	6	5	21	7	33	52	28	120
NINGUNO	17	175	126	48	366	2	14	14	6	36
NO ESTABLE	9	52	65	14	140	5	62	44	5	116
ESTABLE	19	79	109	67	274	32	206	196	95	529
TOTAL	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

VIVIENDA

HACINAMIENTO

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	17	115	89	49	270	33.7
NO	29	200	217	85	531	66.3
TOTAL	46	315	306	134	801	100

AGUA, EXCRETAS Y LUZ

	AGUA					EXCRETAS					LUZ				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
S/D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SI	39	299	283	128	749	44	309	298	131	782	44	311	302	132	789
NO	7	16	23	6	52	2	6	8	3	19	2	4	4	2	12
T	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

EDUCACION

AÑOS APROBADOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
0 AÑOS	0	0	0	0	0	0

1 AÑO	0	0	0	0	0	0
2 AÑOS	0	2	0	0	2	0.2
3 AÑOS	0	0	0	0	0	0
4 AÑOS	0	0	0	0	0	0
5 AÑOS	0	0	0	0	0	0
6 AÑOS	2	15	6	30	53	6.6
7 AÑOS	22	81	70	102	275	34.3
8 AÑOS	6	88	65	0	159	19.9
9 AÑOS	5	78	38	0	121	15.1
10 AÑOS	11	31	70	2	114	14.2
11 AÑOS	0	20	35	0	55	6.9
12 AÑOS	0	0	16	0	16	2.0
13-15 AÑOS	0	0	6	0	6	0.7
	46	315	306	134	801	100

VIOLENCIA ESCOLAR

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	5	46	51	22	124	15.5
NO	41	269	255	112	677	84.5
	46	315	306	134	801	100

PROBLEMAS ESCUELA

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	37	261	241	123	662	82.6
SI	9	54	65	11	139	17.4
	46	315	306	134	801	100

AÑOS REPETIDOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
0 AÑOS	8	159	141	88	396	49.4
1 AÑO	24	126	135	41	326	40.7
2 AÑOS	8	26	24	5	63	7.9
3 AÑOS	5	4	6	0	15	1.9

4 AÑOS	1	0	0	0	1	0.1
5 AÑOS	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100

EDUCACION DESERCIÓN/EXCLUSIÓN

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	15	261	247	126	649	81
SI	31	54	59	8	152	19
	46	315	306	134	801	100

EDUCACION NO FORMAL

	1	2	3	5	TOTAL	%	% SOBRE CASOS VALIDOS
NO	0	110	141	23	274	34.2	34.2
SI	46	205	165	111	527	65.8	65.8
	46	315	306	134	801	100	160

TRABAJO

TRABAJO ACTIVIDAD

	1	2	3	5	TOTAL	%
TRABAJA	19	39	68	8	134	16.7
BUSCA 1ERA. VEZ	0	0	0	0	0	0
NO Y NO BUSCA	26	276	228	123	653	81.5
DESOCUPADO	1	0	10	3	14	1.7
PASANTIA	0	0	0	0	0	0
NO TRABAJA NI ESTUDIA	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100

HORARIO DE TRABAJO

	1	2	3	5	TOTAL	%
MAÑANA	20	0	44	0	64	8.0
TODO EL DIA	1	0	4	0	5	0.6

TARDE	1	18	0	3	22	2.7
NOCHE	0	0	3	0	3	0.4
FIN DE SEMANA	1	13	23	3	40	5.0
N/C	23	284	232	128	667	83.3
	46	315	306	134	801	100

TRABAJO INFANTIL

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	4	30	56	3	93	11.6
NO	42	285	250	131	708	88.4
	46	315	306	134	801	100

RAZÓN DE TRABAJO

	1	2	3	5	TOTAL	%
ECONOMICA	8	10	42	4	64	8.0
AUTONOMIA	6	7	13	1	27	3.4
ME GUSTA	8	9	13	0	30	3.7
OTRA	1	5	6	1	13	1.6
N/C	23	284	232	128	667	83.3
	46	315	306	134	801	100

EDAD DE INICIO

	1	2	3	5	TOTAL
SIN DATO	23	284	232	128	667
0-0	0	0	0	0	0
10-10	3	5	8	0	16
11-10	1	4	7	0	12
12-12	3	5	15	2	25
13-13	3	5	7	3	18
14-14	3	5	8	0	16
15-15	4	3	11	1	19
16-16	4	2	8	0	14
17-17	0	1	6	0	7

18-18	2	0	2	0	4
19-19	0	1	2	0	3
20-24	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801

HORAS A LA SEMANA DE TRABAJO

	1	2	3	5	TOTAL	%
0-0	23	284	232	128	667	83.3
01-04	0	1	1	0	2	0.2
05-10	2	7	15	3	27	3.4
11-20	12	10	20	1	43	5.4
21-30	0	5	12	1	18	2.2
31-40	8	3	10	1	23	2.9
41-60	1	4	13	0	17	2.1
61-99	0	1	3	0	4	0.5
	46	315	306	134	801	100

TRABAJO JUVENIL

	1	2	3	5	TOTAL	%
DECENTE	19	12	21	3	55	6.9
PRECARIO	4	17	50	3	74	9.2
PEORES FORMAS DE TRABAJO	0	2	3	0	5	0.6
	46	315	306	134	801	100

TRABAJO INSALUBRE

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	19	22	64	4	109	13.6
SI	4	9	10	2	25	3.1
N/C	23	284	232	128	667	83.3
	46	315	306	134	801	100

VIDA SOCIAL

ACEPTACION

	1	2	3	5	TOTAL	%
ACEPTADO	44	292	277	128	741	92.5
IGNORADO	1	12	9	1	23	2.9
RECHAZADO	1	9	20	3	33	4.1
NO SABE	0	2	0	2	4	0.5
	46	315	306	134	801	100

VIDA SOCIAL PAREJA

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	24	57	84	16	181	22.6
NO	22	258	222	118	620	77.4
	46	315	306	134	801	100

VIOLENCIA EN LA PAREJA

	1	2	3	5	TOTAL	%	% SOBRE CASOS VALIDOS
SIN DATO	22	258	222	118	620	77.4	0
SI	0	1	1	0	2	0.3	1.1
NO	24	56	83	16	179	22.3	98.9
	46	315	306	134	801		

VIDA SOCIAL USO DE TV, COMPUTADORAS, REDES SOCIALES Y JUEGOS

	TV					COMPUTADORA					REDES SOCIALES				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
0-0	5	33	45	7	90	31	177	189	106	503	37	242	235	120	634
1-1	23	124	111	72	330	9	86	73	26	194	7	47	41	12	107
2-2	9	73	71	34	187	4	23	25	2	54	1	16	17	1	35
3-3	6	47	42	4	99	1	14	9	0	24	1	6	8	1	16
4-4	2	19	17	6	44	1	5	8	0	14	0	1	2	0	3
5-5	1	10	8	4	23	0	6	0	0	6	0	2	1	0	3

6-6	0	7	9	3	19	0	4	2	0	6	0	1	2	0	3
7-10	0	2	3	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11-16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

AMIGOS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	42	293	290	130	755	94.3
NO	4	22	16	4	46	5.7
	46	315	306	134	801	100

ACTIVIDAD FISICA

	1	2	3	5	TOTAL	%
0-0	4	3	13	0	20	2.5
1	4	40	58	72	174	21.7
2 a 3	16	99	87	40	242	30.2
4 a 6	15	67	69	19	170	21.2
7 a 10	5	57	40	3	105	13.1
11 a 16	2	35	25	0	62	7.7
17-40	0	14	14	0	28	3.5
	46	315	306	134	801	100

OTRAS ACTIVIDADES

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	21	188	192	46	447	55.8
NO	25	127	114	88	354	44.2
	46	315	306	134	801	100

HABITOS

ALIMENTACION ADECUADA

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	41	191	153	79	464	57.9
NO	5	124	153	55	337	42.1
	46	315	306	134	801	100

COMIDAS

	COMIDAS AL DIA					COMIDAS AL DIA CON FAMILIA				
0-0	0	0	0	0	0	6	51	61	22	140
01-01	1	8	7	0	16	32	86	134	77	329
02-02	2	40	60	2	104	6	100	63	29	198
03-03	25	113	148	55	341	2	74	47	6	129
04-04	14	119	72	74	279	0	3	1	0	4
05-05	4	25	12	2	43	0	1	0	0	1
06-06	0	10	7	1	18	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

SUEÑO NORMAL

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	40	272	261	133	706	88.1
NO	6	43	45	1	95	11.9
	46	315	306	134	801	

CONDUCE VEHICULO

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	31	245	236	129	641	80
SI	15	70	70	5	160	20
	46	315	306	134	801	100

SEGURIDAD VIAL

SEGURIDAD VIAL	1	2	3	5	TOTAL	%	%CASOS VALIDOS
SIN DATO	31	245	236	129	641	80.0	0
SI	8	31	36	2	77	9.6	48.1
NO	7	39	34	3	83	10.4	51.9
	46	315	306	134	801	100	160

ALCOHOL FRECUENTE

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	3	5	8	0	16	2
NO	43	310	298	134	785	98
	46	315	306	134	801	100

ALCOHOL: EPISODIOS DE ABUSO

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	5	17	24	2	48	6
NO	41	298	282	132	753	94
	46	315	306	134	801	100

TABACO

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	6	16	21	0	43	5.3
NO	40	299	285	134	758	94.6
	46	315	306	134	801	100

NO. DE CIGARRILLOS POR DIA

	1	2	3	5	TOTAL	%
0-0	40	308	288	134	770	96.1
01-05	5	6	15	0	26	3.2
06-15	1	1	3	0	5	0.6
16-20	0	0	0	0	0	0
21-30	0	0	0	0	0	0

	46	315	306	134	801	100
--	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

EDAD INICIO TABACO Y ALCOHOL

	ALCOHOL					TABACO				
SIN DATO	31	254	220	121	626	29	266	241	131	667
0-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-10	3	8	8	1	20	1	6	11	0	18
11-11	0	3	2	2	7	1	2	3	0	6
12-12	1	9	11	5	26	3	9	11	2	25
13-13	2	12	16	3	33	2	11	13	0	26
14-14	1	11	10	2	24	2	9	10	1	22
15-15	6	11	16	0	33	5	8	11	0	24
16-16	1	6	11	0	18	1	3	5	0	9
17-17	0	0	9	0	9	0	0	1	0	1
18-18	0	1	3	0	4	0	1	0	0	1
19-19	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

OTRAS SUSTANCIAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	4	10	13	0	27	3.4
NO	42	305	293	134	774	96.6
	46	315	306	134	801	

EDAD INICIO DE OTRAS SUSTANCIAS

	1	2	3	5	TOTAL	%	% SOBRE CASOS VALIDOS
SIN DATO	42	305	293	134	774	96.6	0
0-0	0	0	0	0	0	0	0
10-10	0	0	2	0	2	0.2	7.4
11-11	0	1	1	0	2	0.2	7.4
12-12	0	1	2	0	3	0.4	11.1
13-13	0	4	4	0	8	1	29.6
14-14	0	2	2	0	4	0.5	14.8

15-15	2	2	2	0	6	0.7	22.2
16-16	1	0	0	0	1	0.1	3.7
17-17	1	0	0	0	1	0.1	3.7
18-18	0	0	0	0	0	0	0
19-19	0	0	0	0	0	0	0
20-24	0	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100	N casos válidos=27

REPERCUSION OTRAS SUSTANCIAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	0	2	2	0	4	0.4
NO	46	313	304	134	797	99.6
	46	315	306	134	801	100

GINECOUROLOGICO

AÑOS MENARCA/ESPERMARCA

	1	2	3	5		%	% SOBRE CASOS VALIDOS
SIN DATO	4	34	29	21	88	11	0
0-0	0	0	0	0	0	0	0
08-08	0	0	0	0	0	0	0
09-09	0	0	0	0	0	0	0
10-10	2	22	26	14	64	8	9
11-11	4	49	33	31	117	14.6	16.4
12-12	7	77	66	42	192	24	26.9
13-13	12	83	80	22	197	24.6	27.6
14-14	13	39	48	4	104	13	14.6
15-15	4	11	19	0	34	4.2	4.8
16-16	0	0	4	0	4	0.5	0.6
17-17	0	0	1	0	1	0.1	0.1
18-18	0	0	0	0	0	0	0
19-19	0	0	0	0	0	0	0
20-27	0	0	0	0	0	0	0

	46	315	306	134	801	100	N casos válidos=713
--	-----------	------------	------------	------------	------------	------------	---------------------

CICLOS REGULARES

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	6	126	122	90	344	42.9
NO	2	21	35	25	83	10.4
NO CORRESPONDE	38	168	149	19	374	46.7
	46	315	306	134	801	100

DISMENORREA

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	2	95	75	66	238	29.7
NO	6	52	82	49	189	23.6
NO CORRESPONDE	38	168	149	19	374	46.7
	46	315	306	134	801	100

EMBARAZOS, ABORTOS E HIJOS

	EMBARAZOS					ABORTOS					HIJOS				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
0-0	46	313	304	134	797	46	314	306	134	800	46	314	305	134	799
01-01	0	2	1	0	3	0	1	0	0	1	0	1	1	0	2
02-02	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03-05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06-09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

ITS, BUSQUEDA DE CONTACTOS, TRATAMIENTO

	ITS/VIH					BUSQUEDA DE CONTACTOS					TRATAMIENTO				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
NO	46	313	304	133	796	0	2	2	1	5	0	2	2	1	5
SI	0	2	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N/C	0	0	0	0	0	46	313	304	133	796	46	313	304	133	796
	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801	46	315	306	134	801

SEXUALIDAD

EDAD INICIO RELACIONES SEXUALES

INICIO RELACIONES	1	2	3	5	TOTAL	%	% CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
0-0	0	0	0	0	0	0	0
10-10	1	2	0	0	3	0.4	3.6
11-11	0	0	0	1	1	0.1	1.2
12-12	1	1	3	0	5	0.6	6
13-13	1	1	4	1	7	0.9	8.4
14-14	4	6	5	0	15	1.9	18.1
15-15	3	7	8	0	18	2.2	21.7
16-16	6	2	8	0	16	2	19.3
17-17	4	0	7	0	11	1.4	13.3
18-18	1	1	4	0	6	0.7	7.2
19-19	0	0	1	0	1	0.1	1.2
20-24	0	0	0	0	0	0	0
	46	315	306	134	801	100	83

PAREJA UNICA O VARIAS

	1	2	3	5	TOTAL	%
UNICA	14	15	31	2	62	7.7
VARIAS	7	5	9	0	21	2.6
N/C	25	295	266	132	718	89.7
	46	315	306	134	801	100

RELACIONES VOLUNTARIAS

	1	2	3	5	TOTAL	%	% CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
SI	19	18	36	2	75	9.4	90.4
NO	2	2	4	0	8	1	9.6
	46	315	306	134	801	100	83

USO DE CONDON

	1	2	3	5	TOTAL	%	%CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
SI	10	11	12	1	34	4.2	41
NO	11	9	28	1	49	6.1	59
	46	315	306	134	801	801	83

USO DE MAC

	1	2	3	5	TOTAL	%	% SOBRE CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
SI	5	3	3	0	11	1.4	13.3
NO	16	17	37	2	72	9	86.7
	46	315	306	134	801	801	83

MAC ACO ACCESO PREFERENCIA

	NO					SI				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
PILDORA ACCEDIDO	46	315	305	134	800	0	0	1	0	1
PILDORA PREFERIDO	42	311	300	132	785	4	4	6	2	16
DIU ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
DIU PREFERIDO	46	313	305	134	798	0	2	1	0	3
EQV FEMENINA ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
EQV FEMENINA PREFERIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
EQV MASCULINA ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
EQV MASCULINA PREFERIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
IMPLANTE ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
IMPLANTE PREFERIDO	46	315	305	134	800	0	0	1	0	1
INYECTABLE ACCEDIDO	46	315	305	134	800	0	0	1	0	1
INYECTABLE PREFERIDO	45	313	302	134	794	1	2	4	0	7
OTRO BARRERA ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
OTRO BARRERA PREFERIDO	46	313	303	134	796	0	2	3	0	5
OTRO HORMONAL ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
OTRO HORMONAL PREFERIDO	46	315	306	133	800	0	0	0	1	1

RITMO ACCEDIDO	46	315	306	134	801	0	0	0	0	0
RITMO PREFERIDO	46	313	306	133	798	0	2	0	1	3

CONSEJERIA

	1	2	3	5	TOTAL	%	% CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
SI	6	6	15	0	27	3.4	32.5
NO	15	14	25	2	56	7	67.5
	46	315	306	134	801	100	83

PREFERENCIA SEXUAL

	1	2	3	5	TOTAL	%
NO	25	295	266	132	718	89.6
HETERO	21	19	37	1	78	9.7
HOMO	0	1	1	1	3	0.4
AMBAS	0	0	2	0	2	0.2
	46	315	306	134	801	100

ACO DE EMERGENCIA

	1	2	3	5	TOTAL	%	%CASOS VALIDOS
SIN DATO	25	295	266	132	718	89.6	0
SI	0	2	4	0	6	0.7	7.2
NO	21	18	36	2	77	9.6	92.8
	46	315	306	134	801	100	83

SITUACION PSICOEMOCIONAL

ESTADO DE ANIMO

	SI					NO				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
ANSIOSO/ANGUSTIADO	1	18	14	0	33	45	297	292	134	768
HOSTIL/AGRESIVO	0	16	9	5	30	46	299	297	129	771

IDEAS SUICIDAS	1	0	1	0	2	45	315	305	134	779
MUY TRISTE Y/O MUY ALEGRE	1	16	17	0	34	45	299	289	134	767
NORMAL	37	246	237	117	637	9	69	69	17	164
RETRAIDO	6	41	29	29	105	40	274	277	105	696

IMAGEN CORPORAL

	1	2	3	5	TOTAL	%
CONFORME	38	260	244	107	649	81
CREA PREOCUPACION	7	53	61	26	147	18.4
IMPIDE RELACION	1	2	1	1	5	0.6
	46	315	306	134	801	100

REFERENTE ADULTO

	SI					NO				
	1	2	3	5	T	1	2	3	5	T
FUERA DEL HOGAR	4	22	22	3	51	42	293	284	131	750
MADRE	17	149	141	77	384	29	166	165	57	417
NINGUNO	13	80	81	32	206	33	235	225	102	595
OTRO FAMILIAR	7	51	63	27	148	39	264	243	107	653
PADRE	6	36	33	9	84	40	279	273	125	717

VIDA EN PROYECTO

	1	2	3	5	TOTAL	%
CLARO	30	226	242	113	611	76.3
CONFUSO	10	37	40	5	92	11.5
AUSENTE	6	52	24	16	98	12.2
	46	315	306	134	801	100

REDES DE APOYO

	1	2	3	5	TOTAL	%
SI	20	64	60	7	151	18.9

NO	26	251	246	127	650	81.1
	46	315	306	134	801	100

EXAMEN FISICO

ASPECTO

	1	2	3	5	TOTAL	%
NORMAL	46	311	303	134	794	99.1
ANORMAL	0	4	3	0	7	0.9
	46	315	306	134	801	100

GENERO

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	38	8	46	5.7
2	155	160	315	39.3
3	142	164	306	38.2
5	0	134	134	16.7
	335	466	801	100

TANNER MASCULINO

	PUBICO						GENITALES					
	1	2	3	5	TOTAL	%	1	2	3	5	TOTAL	%
1	0	7	6	0	13	3.9	0	7	6	0	13	3.9
2	1	5	6	0	12	3.6	1	4	5	0	10	3.0
3	3	31	22	0	56	16.7	5	33	24	0	62	18.5
4	14	71	60	0	145	43.3	9	72	57	0	138	41.2
5	20	41	48	0	109	32.5	23	39	50	0	112	33.4
	38	155	142	0	335	100	38	155	142	0	335	100

TANNER FEMENINO

	PUBICO						MAMAS					
	1	2	3	5	TOTAL	%	1	2	3	5	TOTAL	%
1	0	8	5	14	27	8.1	0	2	2	2	6	1.8
2	0	23	15	24	62	18.5	0	20	11	18	49	14.6
3	3	66	42	36	147	43.9	2	57	39	41	139	41.5
4	3	47	75	47	172	51.3	5	67	73	58	203	60.6
5	2	16	27	13	58	17.3	1	14	39	15	69	20.6
	8	160	164	134	466	100	8	160	164	134	466	100

EVALUACION NUTRICIONAL

IMC	1	2	3	5	TOTAL	%
≤3 PERCENTIL	0	16	6	2	24	3
≤15 PERCENTIL	4	27	20	13	64	8
NORMAL	34	202	214	68	518	64.7
≥85 PERCENTIL	4	38	37	29	108	13.5
≥97 PERCENTIL	4	32	29	22	87	10.9
	46	315	306	134	801	100

PRESION ARTERIAL

	1	2	3	5	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS
NORMAL	46	313	304	134	797	99.5
HIPERTENSION	0	2	2	0	4	0.5
	46	315	306	134	801	100

IMPRESIÓN CLÍNICA INTEGRAL

No.	Impresión clínica integral	1	2	3	5	F (%)
1	Adolescente sano	20	123	116	55	314 (39.2)
2	Enfermedad de los dientes	6	65	65	23	159 (19.9)
3	Trastorno de los ojos	2	47	52	24	125 (15.6)
4	Infección de la vía aérea superior	2	8	8	13	31 (3.9)
5	Stress psicosocial por incontinencia familiar	1	12	15	3	31 (3.9)

6	Enfermedad de la piel	2	9	5	5	21 (2.6)
7	Trastornos menstruales	2	7	7	3	19 (2.4)
8	Dismenorrea	0	5	7	4	16 (2)
9	Otro trastorno de la nutrición	0	8	5	2	15 (1.9)
10	Trastorno emocional	0	10	4	1	15 (1.9)
11	Acné	1	5	4	4	14 (1.7)
12	Amigdalitis	1	7	3	2	13 (1.6)
13	Enfermedad del aparato digestivo	1	3	4	1	9 (1.1)
14	Consumo de drogas y otras sustancias	2	4	2	0	8 (1)
15	Trastornos de la conducta	1	2	3	1	7 (0.8)
16	Cistitis	0	2	4	0	6 (0.7)
17	Abuso sexual	1	2	2	1	6 (0.7)
18	Stress psicosocial por problemas laborales	0	3	2	0	5 (0.6)
19	Enfermedad del aparato circulatorio	1	2	2	0	5 (0.6)
20	Otros	14	15	20	15	64 (8)

