



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ

Características psicosociales de los adolescentes y motivo de la consulta al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA

Norma Elizabeth Castillo Macedo

Director de tesis: Dra. Irma Jiménez Escobar

Julio 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, por el amor incondicional que siempre he recibido, por su ejemplo y apoyo, que han influido positivamente en mi formación personal y profesional.

A mis Tíos Guadalupe, Héctor y Familia, por el apoyo constantemente recibido de su parte.

Al Dr. Samuel Weingerz Mehl por su ayuda y guía que en forma entusiasta y desinteresada, me presto para la elaboración de la presente Tesis.

A la Dra. Irma Jiménez Escobar por su participación como Directora de tesis

A la Dra. Teresita de Jesús Payró Cheng por su colaboración en la aplicación de cuestionarios.

Al Dr. Víctor García Noé, por su valioso apoyo en la elaboración estadística del trabajo.

Al Dr. Antonio Lavallo Villalobos, por sus ejemplos e influencia ejercidos en mi formación profesional.

A Ernesto Susana, y Jary
acompañantes en esta singular
experiencia de hacer una Residencia
médica y que han
estado conmigo en momentos
en los que se necesita..... tener cerca a
AMIGOS.

A todos los Médicos, Enfermeras, Personal, compañeros residentes y a los Pacientes del Hospital Dr. Manuel Gea González, a quienes llevare permanentemente en mi recuerdo.

A propósito de la pediatría:

El espíritu del niño es tierno,
su carne es delicada, el sol, la luna,
el viento, el silencio, todo esto cae sobre él.
El niño absorbe insaciablemente el mundo,
lo recibe en sus entrañas, lo asimila
y lo transforma en..... NIÑO.

NIKOS KAZANTZAKIS

INDICE

Glosario y Abreviaturas	10
Relación de cuadros y graficas.....	11
Resumen	14
Abstract.....	15
1. Introducción	16
2. Antecedentes.....	19
2.1. Teorías sobre el desarrollo de la juventud y sus consecuencias.....	24
2.2. Tareas del desarrollo de la adolescencia.....	25
2.3. Tratamiento de los síntomas y las condiciones subyacentes.....	25
2.4. Riesgo y Resiliencia.....	27
2.5. Consecuencias de las teorías de desarrollo del adolescente en los servicios.....	28
2.6. Circunstancias y necesidades de los jóvenes de América Latina y el Caribe.....	29
2.7. Educación.....	29
2.8. Empleo y Desempleo.....	32
2.9. La salud y el embarazo durante la adolescencia.....	34
2.10. Abuso de drogas y otros comportamientos de alto riesgo.....	35
2.11. Maternidad de la adolescente.....	39
3. Justificación	40
4. Objetivos.....	40
5. Material y Métodos	41
5.1. Tipo de estudio.....	41
5.2. Criterios de selección de la muestra.....	41
5.2.1. Universo de estudio.....	41
5.2.2. Criterios de inclusión.....	41
5.2.3. Criterio de exclusión.....	41
5.3. Variables.....	42
5.4. Tamaño de la muestra.....	42
5.5. Análisis estadístico.....	42
5.6. Descripción operativa del estudio.....	43
6. Resultados.....	44
7. Discusión	60
8. Conclusiones	72
9. Perspectivas	73
10. Bibliografía.....	74
11. Anexos.....	76

11.1. Hoja de asentimiento informado	76
11.2. Hoja de recolección de datos.....	77
11.3. Instrumento de entrevista HEADDSS.....	78
11.4 Cuadros	79
11.5 Graficas.....	101

GLOSARIO

Adolescencia: etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere.

Triage: método de la Medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Resiliencia: capacidad de los sujetos para sobreponerse a muertes o períodos de dolor emocional.

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

HEADDSS: acrónimo por su contenido en inglés Home, Health, Educación, Empleo, Actividades, Drogas, Depresión, Seguridad, Sexualidad.

ENSANUT: Encuesta nacional de salud y Nutrición.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SRI: Stanford Research Institute.

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Cuadro 1. Motivo de la consulta

Grafica 1. Motivo de la consulta

Cuadro 2. motivo de la consulta por grupo de edades

Cuadro 3. Con quien decidió acudir

Grafica 2. Con quien decidió acudir

Cuadro 4. Número de veces que acudió a urgencias previamente

Grafica 3. Número de veces que acudió previamente por sexo

Cuadro 5. Control periódico con el medico

Grafica 4. Control periódico con el medico

Cuadro 6. Cuantas veces al año ha acudido a urgencias

Cuadro 7. Hace cuanto acudió al médico por última vez

Grafica 5. Ultima vez que acudió al medico

Cuadro 8. A donde acudió por última vez al medico

Cuadro 9. Motivo de consulta por el que acudió por última vez

Grafica 6. Motivo por el cual acudió a consulta la última vez

Cuadro 10. Con quien vive

Grafica 7. Con quien vive

Cuadro 11. Tus padres son responsables de ti

Cuadro 12. Como se lleva con quien vive

Cuadro 13. Problema o enfermedad en especial

Cuadro 14. Estado de salud

Grafica 8. Como considera su estado de salud

Cuadro 15. Preocupa su alimentación

Cuadro 16. Preocupa su peso o imagen

Grafica 9. Preocupa su imagen

Cuadro 17. Les preocupa su peso o imagen por grupo de edad

Cuadro 18. Asiste a la escuela

Cuadro 19. Grado escolar al que asiste

Grafica 10. Grado escolar al que asisten

Cuadro 20. Reprobado algún año

Cuadro 21. Trabaja

Grafica 11. Trabajan

Cuadro 22. Trabajan por grupo de edad

Cuadro 23. Actividades de diversión

Cuadro 24. Amigos

Cuadro 25. Pandillas

Grafica 12. Pertenecen a alguna pandilla

Cuadro 26. Fuman

Grafica 13 Fuman

Cuadro 27. Fuman por grupo de edad

Cuadro 28. Ingieren alcohol

Grafica 14. Ingieren alcohol

Cuadro 29. Ingieren alcohol por grupo de edad

Cuadro 30. Drogas

Grafica 15. Utiliza drogas

Cuadro 31. Drogas por grupo de edad

Cuadro 32. Deprimidos por grupo de edad

Cuadro 33. Se han querido causar daño

Grafica 16. Se han querido causar daño

Cuadro 34. Con quien discuten sus problemas

Grafica 17. Con quien discuten sus problemas

Cuadro 35. Se sienten seguros en la escuela

Grafica 18. Se sienten seguros en la escuela

Cuadro 36. Se sienten seguros en la casa

Cuadro 37. Han tenido relaciones sexuales

Grafica 19. Han tenido relaciones sexuales

Cuadro 38. Han tenido relaciones sexuales por grupo de edad

Cuadro 39. Medidas anticonceptivas

Grafica 20. Utilizan preservativo

Cuadro 40. Embarazos

Cuadro 41. Embarazos por grupo de edad

Cuadro 42. Firmo asentimiento informado

Cuadro 43. Comentario

Grafica 21. Comentarios al asentimiento informado

RESUMEN

Habiéndose notado en los últimos años, un incremento en la solicitud de atención por adolescentes en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, al revisar la literatura, encontramos que frecuentemente dicha demanda se debía a una causa innecesaria o banal y a un incremento de motivos psicosociales, por la vulnerabilidad emocional inherente al adolescente.

Teniendo como objetivos, el conocer la frecuencia, el motivo el estado de Salud y psicosocial de los adolescentes que acuden al servicio de urgencias Pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, se aplicó el cuestionario HEADDSS, instrumento usado y validado en la literatura para tal efecto, a todos los adolescentes que acudieron al servicio, de urgencias pediatría, entre agosto del 2008 a mayo del 2009. El resultado mostro que la gran mayoría de los pacientes, acudió por causas bien justificadas, predominando, traumatismos y accidentes, así como padecimientos quirúrgicos, Gineco-Obstétricos, infectocontagiosos y psiquiátricos. Poco más de la mitad de los pacientes refirió haberse sentido deprimido en alguna ocasión y haberse querido causar daño, así mismo, mas de la cuarta parte refirió haber ingerido alcohol y poco más del 8% haber consumido en alguna ocasión alguna droga. Todo lo anteriormente comentado, en relación a alteraciones en la dinámica familiar, consistente en vivir solo con alguno de los Padres u otro familiar y haberse sentido inseguros en la casa y escuela. El 18% de los adolescentes refirió haber tenido actividad sexual y más del 75% de ellos no usaban medidas anticonceptivas ni de protección. Casi el 5% tuvieron embarazos.

Abstract

Having noticed in recent years, an increase in the request for care of adolescents in the pediatric emergency department of the Hospital General Dr. Manuel Gea González in reviewing the literature, we find that this demand is often due to a cause as unnecessary or unimportant an increase in psychosocial reasons for the emotional vulnerability inherent in the adolescent.

With the objectives, knowing the frequency, the motive and state of health and psychosocial adolescents who attend the emergency department of the Pediatric Hospital General Dr. Manuel Gea González, HEADDSS the questionnaire was applied, and validated instrument used in the literature for this purpose, all adolescents who attended the service, the pediatric emergency department between August 2008 to May 2009.

The result showed that the vast majority of patients came for reasons well justified, dominating, injuries and accidents, surgical diseases, gynecological-obstetric, psychiatric and infectious diseases.

Just over half the patients referred have felt depressed at some time and have wanted to cause harm, as well as more than a quarter had consumed alcohol and drew just over 8% having used any drugs on occasion. Everything above, in relation to changes in family dynamics, which is to live alone with a parent or other family member and feel unsafe at home and school.

18% of adolescent sexual activity and drew more than 75% of them did not use contraception or protection. Almost 5% had pregnancies.

1. INTRODUCCION

La adolescencia es una edad en la que, por definición, se carece de las características de una personalidad madura. La OMS define que ocurre en las edades entre los 10 y 19 años, es en esta etapa, cuando se adquiere la madurez sexual y se lleva a cabo el ajuste psicosocial que implica el paso de niño a adulto; En México se calcula que un 20% de la población total se encuentran en ese rango (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una urgencia médica es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, de acudir al servicio de urgencias, requiere una atención médica inmediata. Ello hace que en un servicio de urgencias, la asistencia se proporcione a un grupo de pacientes que subjetivamente califican a su dolencia como una urgencia, lo cual ha producido, a lo largo de los años, una sobresaturación de dichos servicios. (4)

Durante los últimos años se ha visto un incremento en la utilización de los servicios de urgencias pediátricas, hecho constatado por varios autores, tanto en hospitales generales como pediátricos. (5, 6, 7, y 8); incremento que ha sido mayor al demográfico, habiéndose encontrado, que existe, cada vez más, una demanda innecesaria por padecimientos banales y que ha sido cuantificada en algunos estudios, como de aproximadamente 2 a 3 casos de padecimientos no urgentes por cada urgencia verdadera. (6, 9 y 10).

Las causas de esta demanda innecesaria, son el déficit existente en la atención primaria y la falta de educación sanitaria de la población, así como, la fácil accesibilidad y la confianza en los servicios de urgencias en pediatría y también por la desconfianza en los servicios de Atención Primaria (10, 11,12 y 13). Otros factores implicados han sido, la facilidad de acceso al servicio de urgencias, sin necesidad de ningún requisito previo, la accesibilidad para la realización de estudios complementarios de laboratorio y gabinete en estos servicios y la facilitación de las primeras dosis de medicamentos (3, 6, y, 9).

A pesar de los intentos de que disminuya la consulta banal en los servicios de urgencias pediátricas con el uso del sistema triage y de programas educativos, la solicitud de servicios va en aumento; La utilización inadecuada de los servicios de

urgencias resulta costosa, supone para el usuario una asistencia médica incompleta, genera frecuentemente sentimiento de frustración en el profesional y a menudo impide la prestación de un servicio de urgencia de calidad (11).

En diversos estudios se ha reportado (16, 17,18) que las proporciones de urgencias inapropiadas pueden ir desde el 10% al 90% según el sistema utilizado. La situación de la atención en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, es objeto de creciente preocupación para la comunidad médica y la sociedad en general, parece que en la mayoría de los países desarrollados, se ha producido un fenómeno de crecimiento de la utilización de los servicios de urgencia, por ejemplo, en el caso de España, paso de 9,2 millones de visitas en 1984 a 15,3 millones en 1994 (3).

Otra causa de incremento en la solicitud de atención en los servicios de urgencias pediátricas, es el mayor número de pacientes adolescentes que requieren este servicio ya que aunque esta edad es considerada una etapa de "Buena Salud", donde poco se requeriría de atención medica, tienen a su vez características que predisponen a accidentes, traumatismos así como inmadurez emocional que suele provocar en un porcentaje alto alteraciones psíquicas y signos inespecíficos que motivan la consulta, han surgido ya voces de alerta, en el sentido de que si no se encuentran soluciones, dentro de pocos años los servicios de urgencia hospitalarios se convertirán en un auténtico caos (14).

Además también estas características de vulnerabilidad en la adolescencia, provocan también motivos de consulta como Enfermedades de Transmisión Sexual y embarazo no deseado. Lo mencionado anteriormente implica que los pacientes en este grupo de edad, presenten características propias y diferentes a otras edades, por lo cual debe enfocarse su estudio también de forma diferente a otras etapas de la vida (12, 13).

En México existe una escasa información acerca de la frecuencia y características de los adolescentes que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios y se considera que en su atención, no cubren sus necesidades, a pesar de ser un grupo importante de la población, y que tampoco, tienen un programa específico asistencial como ya existe en otras edades. Son atendidos por diversos especialistas, sin tener en cuenta sus características especiales que necesitan como adolescentes. .

Para detectar la presencia de problemas psicosociales en los adolescentes que acudan al servicio de urgencias del Hospital "Manuel Gea González", se usará un instrumento de entrevista creado por Berman en 1972 (21) y modificado por Cohen en 1991 (19) que consiste en un cuestionario en forma de acrónimo "HEADDSS" por su contenido (en idioma inglés). El cuestionario se encuentra en el anexo 11.3.

2. ANTECEDENTES

De acuerdo con la definición operativa de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), el grupo de adolescentes corresponde a la población de 10 a 19 años de edad. Este grupo tiene características de interés que obedecen a su dinámica demográfica y a su creciente importancia en la salud pública. De éstos, 50.8% son hombres y 49.2% mujeres. (1)

■ Cuadro 4.1

Distribución de la población de 10 a 19 años de edad, según edad y sexo. México, ENSANUT 2006

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	n*	%	n*	%	n*	%
10 años	1 237.3	10.7	1 239.4	11.0	2 476.7	10.8
11 años	1 186.3	10.2	1 219.6	10.8	2 406.0	10.5
12 años	1 267.4	10.9	1 157.4	10.3	2 424.8	10.6
13 años	1 303.5	11.2	1 250.2	11.1	2 553.7	11.2
14 años	1 330.6	11.5	1 098.7	9.8	2 429.4	10.6
15 años	1 241.4	10.7	1 163.8	10.3	2 405.2	10.5
16 años	1 090.4	9.4	1 082.7	9.6	2 173.2	9.5
17 años	1 103.9	9.5	1 060.1	9.4	2 164.1	9.5
18 años	982.4	8.5	1 001.7	8.9	1 984.2	8.7
19 años	868.2	7.5	989.1	8.8	1 857.3	8.1
Total	11 611.8	50.8	11 263.1	49.2	22 874.9	100.0

*Cantidad en miles

La información acerca del consumo de alcohol en la población adolescente mostró que 17.7% de la misma ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La mayor prevalencia (21.4%) corresponde a los hombres, en tanto que 13.9% de las mujeres ha consumido alcohol. El consumo de bebidas alcohólicas es aceptado socialmente y tiene un efecto adverso a la salud cuando se realiza sin moderación. Al examinar la frecuencia de consumo de cinco copas o más en una ocasión en los adolescentes que reportaron que habían consumido alcohol, se encontró que, independientemente de la frecuencia de consumo de alcohol por ocasión y por grupo de edad (figura 4.3), hay una tendencia sostenida a aumentar la ingesta con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las diferencias por sexo en el grupo de adolescentes de 16 a 19 años son más evidentes en el consumo al menos una vez por semana, pues 21% de los hombres reportaron consumo semanal de cinco o más copas de alcohol en una ocasión, mientras que en las mujeres, sólo 10% reportaron este mismo dato. En cuanto a las relaciones sexuales, 14.4% de los adolescentes del país refieren haberlas tenido; y existe un aumento considerable conforme aumenta la edad, pues de los 12 a los 15 años, 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son 29.6% los que refieren ya haberla iniciado.

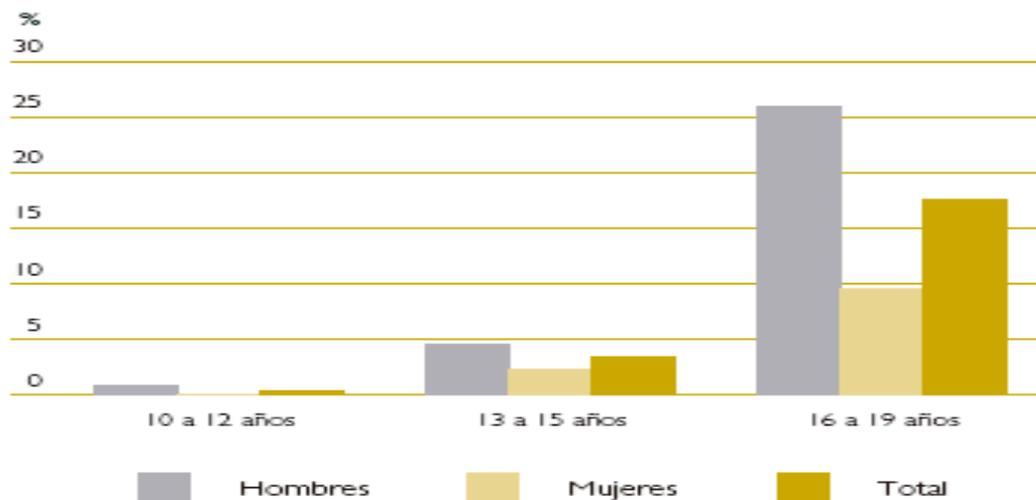
Del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observa que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres (cuadro 4.2). En efecto, 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; cerca de 8% indicó el uso de hormonales, y 29% no utilizó ningún

método. En las mujeres la utilización reportada es menor: sólo 38% de las adolescentes mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Entre las repercusiones de las prácticas sexuales sin protección que enfrentan los adolescentes se encuentran los embarazos no deseados y el incremento de las infecciones de transmisión sexual por lo que se requiere mejorar la educación sexual de este grupo poblacional, así como el conocimiento y formas de uso de métodos anticonceptivos, en especial en lo que concierne a las mujeres jóvenes de nuestro país. (1)

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres (cuadro 4.3). Considerando la expansión de esta muestra, se estima que 695 100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez, lo que indica la dimensión de este grupo en términos de demanda de servicios salud para la atención del embarazo y parto. Las tasas de embarazo se incrementan en forma sustancial en las jóvenes de nuestro país conforme aumenta la edad. Así, mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, el número aumentó en las jóvenes de 16 y 17 años a 101 embarazos por cada mil, y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años, entre quienes se alcanzó una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un problema relevante en nuestro país, sobre todo en las mujeres de 12 a 15 años, ya que en estas edades constituye un elevado riesgo para la salud tanto de la madre como del hijo. (1)

Figura 4.1

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años de edad según tabaquismo, por grupo de edad y sexo. México, ENSANUT 2006



Cuadro 4.2

Porcentaje de adolescentes sexualmente activos de 12 a 19 años de edad, según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, por sexo y grupo de edad. México, ENSANUT 2006

Edad	12 a 15 años		16 a 19 años		Total	
	n*	%	n*	%	n*	%
Hombres						
Condón	85.9	69.8	835.2	62.9	921.1	63.5
Hormonales**	1.6	1.4	109.3	8.2	110.9	7.6
Otros***	0.3	0.3	19.6	1.5	19.9	1.4
Nada	35.1	28.5	393.6	29.6	428.7	29.6
Total	122.9	2.4	1 327.6	32.8	1 450.4	15.8
Mujeres						
Condón	26.1	27.9	408.4	38.9	921.1	38.0
Hormonales**	7.3	7.9	70.9	6.8	110.9	6.8
Otros***	2.5	2.7	16.2	1.5	19.9	1.6
Nada	62.0	66.9	584.7	55.8	428.7	56.6
Total	93.5	2.0	1 048.7	25.4	1 142.1	13.0

Nota: El 14.4% del total de adolescentes de 12 a 19 años ha iniciado vida sexual

*Cantidad en miles

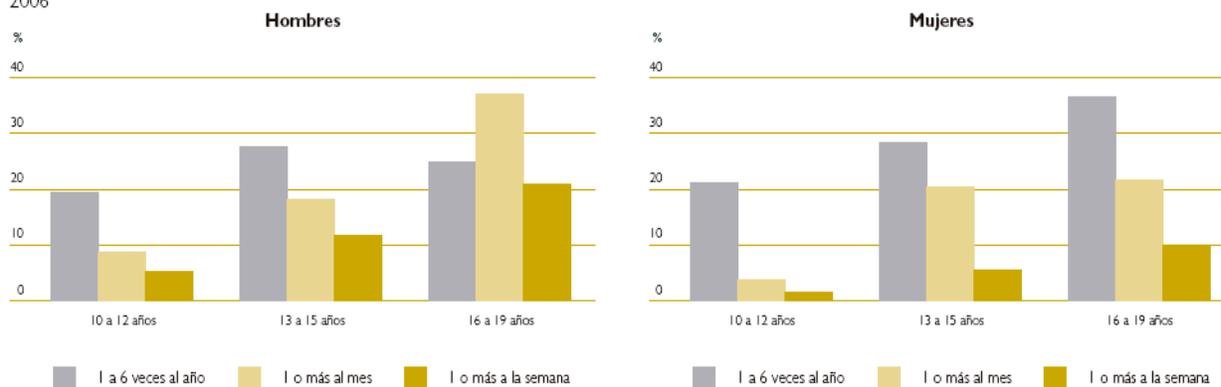
** Incluye pastillas o píldoras, inyecciones, pastillas de emergencia, Norplan

*** Incluye óvulos, jaleas, espumas o diafragma, ritmo, calendario, retiro, DIU, vasectomía u otro

Nota: Los porcentajes suman más de 100% por el uso de dos anticonceptivos

Figura 4.3

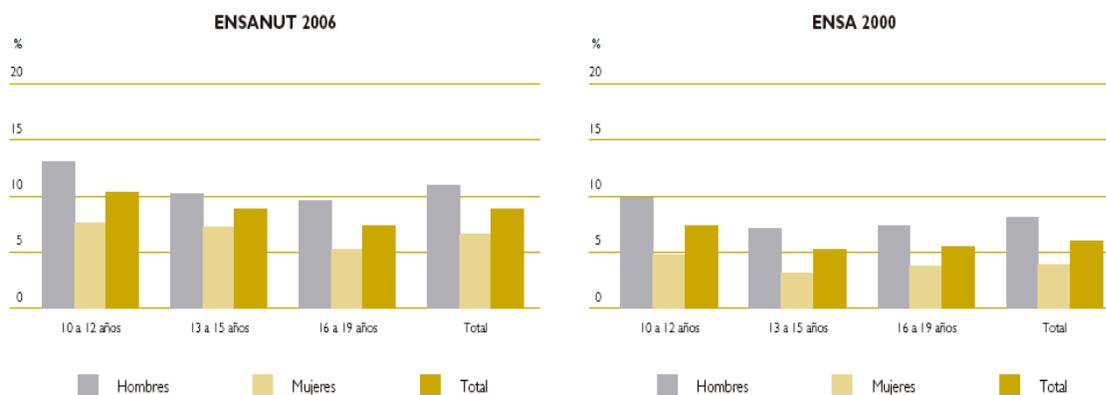
Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que han ingerido bebidas alcohólicas, según consumo excesivo,* por grupo de edad y sexo. México, ENSANUT 2006



* Consumo de cinco copas o más en una ocasión

■ **Figura 4.4**

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años de edad que sufrió daños a su salud por algún accidente en el último año, por grupo de edad y sexo. México, ENSANUT 2006



La prevalencia de accidentes en el año previo a la encuesta entre los adolescentes de 10 a 19 años aumentó, al pasar de 6% según resultados de la ENSA 2000 a 8.8% en 2005 (figura 4.4). Al analizar los porcentajes según sexo se observa incremento en la prevalencia tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres, esta proporción creció de 3.9% en 2000 a 6.6% en 2005. En el caso de los hombres, los porcentajes crecieron de 8.1 a 10.9% durante el periodo analizado. Por otra parte, los adolescentes que han sufrido un accidente registran su mayor frecuencia entre los hombres de 10 a 12 años, rango en el que la prevalencia pasó de 9.9% en 2000 a 13% en 2005, mientras que en las mujeres, la mayor frecuencia de accidentes ocurre en el grupo de 13 a 15 años. (1) El 2.3% de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad ha sufrido algún robo, agresión o violencia durante los 12 meses previos a la entrevista. Se observa que la prevalencia de robo, agresión o violencia fue mayor en los hombres que en las mujeres (3.3 contra 1.3%). De acuerdo con el motivo de la agresión –y el sexo de las víctimas– sobresale que 66.8% de los hombres ha sufrido de golpes, patadas y puñetazos, mientras que 38.2% de las mujeres fueron agredidas de esta misma forma (cuadro 4.6). Por otra parte, las mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres agresión sexual, pues 15.9% de las adolescentes reportaron haber sido violentadas de esta forma. (1)

Con respecto al lugar donde ocurrió la agresión, se registró que los adolescentes han sufrido agresión o violencia en los medios de transporte o la vía pública (58.9%), en la escuela (24.7%) y en el hogar (10.7%). Los resultados señalan que las mujeres fueron agredidas o violentadas con mayor frecuencia en su hogar que los hombres, pues 21.1% de ellas declaró haber sufrido agresión o violencia en su propia casa. En el caso de los hombres, éstos sufren mayor agresión en el transporte o la vía pública. (1,)

■ Cuadro 4.6

Distribución de adolescentes de 10 a 19 años de edad que sufrió daños a la salud por alguna violencia en el último año, según variables seleccionadas, por sexo. México, ENSANUT 2006

Variable	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		n*	%
	n*	%	n*	%		
Motivo de la agresión						
Arma de fuego	34.1	8.8	1.7	1.2	35.8	6.8
Objetos cortantes	28.9	7.5	14.9	10.3	43.8	8.3
Golpes, patadas, puñetazos	257.2	66.8	55.5	38.2	312.7	59.0
Agresión sexual	1.1	0.3	23	15.9	24.1	4.6
Otras agresiones o maltrato	37.1	9.7	30.3	20.9	67.5	12.7
Otro	26.4	7.0	19.3	13.5	46.0	8.7
Lugar de la agresión o violencia						
Hogar	26.3	6.8	30.6	21.1	56.9	10.7
Escuela	94.6	24.6	36.1	24.9	130.7	24.7
Transporte o vía pública	240.7	62.5	71.2	49.1	311.9	58.9
Campo	5.8	1.5	5.2	3.5	11.0	2.1
Lugar de recreo o deportivo	6.4	1.7	0.2	0.2	6.6	1.3
Establecimiento comercial	7.8	2.0	0.9	0.7	8.7	1.5
Otro	3.1	0.9	0.7	0.5	3.9	0.8
Total	385.1	3.3	145.1	1.3	530.3	2.3

* Cantidad en miles

Nota: Los porcentajes suman más de 100% por doble motivo de agresión

La prevalencia de intento de suicidio en adolescentes fue de 1.1%, con porcentaje mayor para las mujeres (cuadro 4.7). Asimismo, la conducta suicida se manifestó sobre todo cuando los adolescentes tenían entre 16 y 19 años de edad (1.9%), edades coincidentes con los últimos años de secundaria o preparatoria. (1)

Los resultados permiten identificar que la prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que viven con su pareja (3.1%), en los que consumen alcohol (3.0%) y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses (4.1%). (1)

2.1 Teorías sobre el desarrollo de la juventud y sus consecuencias

La adolescencia se consideraba como una etapa de la vida que, por su misma naturaleza, entrañaba graves conflictos y trastornos en la medida en que el adolescente trataba de romper la dependencia de la niñez y luchaba por alcanzar una identidad adulta independiente (Blos, 1962; Freud, 1958). Los problemas del adolescente se veían como algo común y corriente, más que como signos de que algo andaba mal. Sin embargo, la corriente actual de pensamiento tiende a ver menos dificultades en el proceso y mucha más continuidad entre el niño de ayer, el adolescente de hoy y el adulto de mañana. Según la opinión de Offer (Offer *et al.* 1981), el adolescente normal enfrenta ese período de transición con pocos trastornos graves o comportamientos de alto riesgo. Mantiene y desarrolla su propia identidad y las relaciones con sus padres, al mismo tiempo que consolida nuevas destrezas y relaciones extra familiares. Desde la perspectiva de esa adolescencia "normal", aquellos adolescentes que efectivamente experimentan mayores trastornos, y que reiteradamente se involucran en comportamientos problemáticos, tienen dificultades en el presente y muchas probabilidades de tener problemas más adelante en la vida (Hamburg and Takanishi, 1989). En consecuencia, las intervenciones eficaces dirigidas a esa población adolescente pueden lograr resultados beneficiosos en cuanto a prevenir futuros problemas de salud, y a promover una vida saludable y productiva. (1)

2.2 Tareas del desarrollo de la adolescencia

Así como sucede en todas las etapas de la vida, la adolescencia conlleva algunas tareas claves que aprovechan un desarrollo exitoso de fases anteriores. Puesto que la adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, todas las tareas de ese período han de estar dirigidas a completar tal transición. (1)

La adolescencia es la etapa en que el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos. La familia del adolescente, sus pares, el vecindario, la escuela y otros grupos pueden ayudar a realizar estas tareas, como pueden crear obstáculos que muchos jóvenes no pueden superar por sí mismos. Se puede comenzar a ayudar al adolescente una vez que se comprenda que, incluso los comportamientos juveniles más indeseables, representan, por lo general, una o más de las siguientes actitudes:

- 1) el intento del adolescente por realizar sus tareas de desarrollo
- 2) la ambivalencia del joven en cuanto a su deseo de pasar a la edad adulta o permanecer en la niñez
- 3) las consecuencias de creer que, tal vez, nunca pueda completar esas tareas con éxito. (1)

2.3 Tratamiento de los síntomas y las condiciones subyacentes

Como se ha señalado anteriormente, la mayor parte de los programas que prestan ayuda al adolescente se centran en condiciones específicas y por lo general, no intervienen hasta que tales condiciones se convierten en un "problema". Así, cada programa atiende sólo el embarazo adolescente o la deserción de la escuela, el consumo de drogas entre jóvenes o la violencia juvenil. Ese patrón de compartimientos aislados de servicios refleja, en gran medida, el enfoque limitado de muchas entidades gubernamentales. Así, numerosas investigaciones realizadas acerca de los factores que contribuyen al surgimiento de tales problemas revelan que éstos tienen, por lo general, antecedentes comunes y que se identifican repetidas veces las mismas condiciones subyacentes. (1)

En un reciente resumen de investigación sobre factores de riesgo, Catalano and Hawkins (1995) identifican los siguientes antecedentes comunes en los casos de consumo de drogas, delincuencia juvenil, embarazo adolescente, deserción escolar y violencia: carencia extrema de recursos económicos, conflicto familiar, historia familiar de comportamiento problemático y dificultades en el manejo de la familia. Además, el abuso de drogas, la delincuencia y la violencia comparten todas las características de la vecindad donde vive el adolescente, lo cual sugiere que algunas vecindades ofrecen oportunidades concretas para desarrollar comportamientos problemáticos y brindan muy poco auxilio para evitarlos: esos vecindarios tienen leyes y normas comunitarias que favorecen actividades delictivas, consumo abusivo de drogas, adquisición de armas de fuego, amistades que muestran comportamientos inadecuados, padres con actitudes favorables para con el comportamiento problemático, y falta de unidad y organización entre los vecinos. En estas circunstancias, los jóvenes que luchan por tener identidad, destrezas y estilos de vida tienen acceso fácil a actividades consideradas como inadecuadas por la sociedad, y tienen acceso muy restringido a actividades calificadas como positivas. Con demasiada frecuencia, las políticas y los programas oficiales tratan los problemas de la juventud como si éstos ocurrieran en un vacío. Una metáfora apropiada para comprender el comportamiento problemático del adolescente es la de un volcán.

El volcán tiene un núcleo candente y agitado, y numerosas fisuras a través de las cuales ha de atenuarse la presión que ha ido acumulándose. Una de las fisuras podría equivaler la conducta sexual de riesgo; otra podría ser el consumo abusivo de drogas; una tercera fisura se relacionaría con una conducta criminal y una cuarta sería la deserción escolar. Cuando el programa concentra su atención sólo en reparar el síntoma que emerge a través de una sola fisura, la presión subyacente causada por las condiciones de vida de los jóvenes en alto riesgo encuentra otra vía de escape, la cual, quizás, llegue a constituir un nuevo comportamiento problemático. Pero puede ser también que, con la guía y las intervenciones adecuadas, el adolescente complete positivamente sus tareas de desarrollo por medio de actividad laboral o de servicios comunitarios. (1,2)

Lo importante es que, para cambiar el destino del adolescente que vive en esas circunstancias, hemos de encontrar maneras de reducir la presión o bajar la temperatura del fondo del volcán. Esto supone el tratamiento de las causas y condiciones subyacentes en la vida del adolescente y, al mismo tiempo, intervenciones eficaces que ayuden al adolescente a completar felizmente sus tareas fundamentales de desarrollo. (1)

2.4 Riesgo y Resiliencia

Así como en el ambiente del adolescente existen factores y antecedentes que aumentan las posibilidades de que el adolescente se meta en problemas, también hay factores que lo protegen de las influencias adversas. La idea de los factores protectores proviene de estudios centrados en niños que parecen funcionar adecuadamente a pesar de que viven en condiciones de riesgo considerable (Cowen and Work, 1988). A estos niños se les llama: "resilientes", "invulnerables", "competentes" y "resistentes al estrés" (Garmezy, 1983, 1987; Rutter, 1987; Werner, 1986, 1989; Werner and Smith, 1982). Gran parte de los estudios recientes se han enfocado en la identificación de esos factores y en cómo funcionan; es decir, si son factores independientes, por derecho propio, o si ejercen su efecto primordialmente en presencia de factores de riesgo que es necesario contrarrestar o reducir. Hasta la fecha, se han identificado factores protectores individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan como factores positivos independientes, bien sea que el adolescente enfrente o no enfrente factores de alto riesgo. Grossman *et al.* (1992) resumen tales factores. Los factores protectores individuales (personalidad) incluyen la autoestima (Garmezy y, 1983; Murphy and Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Werner and Smith, 1982) y el locus de control interno (sentirse confiado de que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados (Garmezy, 1987; Werner, 1986). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal (Garmezy, 1987; Rutter, 1987), la cohesión familiar (Felsman and Valiant, 1987) y una buena relación con, al menos, uno de los padres (Campbell, 1987; Hauser *et al.*, 1985; Kwakman *et al.*, 1988; Robertson and Simmons, 1989; Rutter, 1979). (1)

Un factor protector que existe en el ambiente social más allá de la familia, lo constituye la relación con un adulto que no sea uno de los padres que goce del aprecio del joven, (Garmez y, 1983; Murphy and Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Werner and Smith, 1982). Algunos estudios (Werner, 1989; Werner and Smith, 1982) han mostrado que la necesidad de esfuerzos protectores se incrementa con la mayor exposición del adolescente a los factores de riesgo.

Así, más adolescentes enfrentarán eficazmente las circunstancias de bajo riesgo, sin la presencia de factores protectores, que las circunstancias de alto riesgo, a no ser que en éstas cuenten con algunos factores protectores. (1)

2.5 Consecuencias de las teorías de desarrollo del adolescente en los servicios

Las ideas acerca del adolescente que se acaban de presentar tienen importantes consecuencias en cuanto a la manera de orientar el trabajo con el adolescente. Primero, es sumamente importante establecer coordinación entre las partes del servicio y las del sistema de apoyo, de modo que las necesidades del adolescente puedan ser atendidas de manera integral y coordinada. Aun en los casos la salud sea el foco principal del programa, es necesario tratar de responder a la necesidad del joven de ganar dinero, ayudar a la familia, lidiar con las dificultades diarias y confiar en sus habilidades; de otra manera, el adolescente no podrá seguir los regímenes apropiados de salud. (1)

Las intervenciones dirigidas a los jóvenes en alto riesgo recalcan la importancia potencial de los factores protectores, y tratan de proveerlos y reforzarlos. Muchos programas se orientan al mejoramiento de la autoestima y autoeficacia del adolescente, independientemente de los otros aspectos de su experiencia sobre los que se intente ejercer influencia. Los programas también evalúan los problemas que puedan estar afectando a la familia del adolescente, y ofrecen ayuda directa al joven y a su familia en la solución de esos problemas.

En situaciones donde la familia no tenga vivienda, o donde persistan los problemas familiares, o el padre sea violento o adicto a las drogas, el joven no puede concentrarse en el trabajo escolar o mantener su sentido de auto eficacia sin una ayuda que lo proteja de los factores familiares negativos. Muchos programas cuentan con adultos

quienes brindan comprensión y ayuda a los jóvenes y desarrollan una relación que sirve como factor protector adicional. (1)

Esto es especialmente importante cuando los problemas familiares y las dificultades con los padres son factores principales de riesgo en la vida del adolescente. (1)

2.6 Circunstancias y necesidades de los jóvenes de América Latina y el Caribe

Esta sección se basa extensamente en la excelente revisión de Burt, Resnick and Matheson (1992). En esta sección se resumen brevemente las condiciones de los jóvenes de América Latina y el Caribe, hasta donde las estadísticas disponibles lo permiten. La sección examina las condiciones de educación, empleo, salud, salud reproductiva y la información sobre el abuso de drogas. (1,2)

2.7 Educación.-En América Latina y el Caribe, el nivel de educación de los jóvenes varía ampliamente entre países. Las diferencias entre zonas urbanas y rurales, y entre niveles de ingreso dentro del mismo país, son igualmente sorprendentes. No se dispone de datos provenientes de todos los países. Once países latinoamericanos proveen datos, basados en el ingreso, acerca de la proporción de jóvenes urbanos de entre 20 y 24 años de edad que no asisten a la escuela y que tienen menos de diez años de educación. Siete de esos mismos países proporcionan datos sobre sus áreas rurales (CEPAL, 1994). (1)

La proporción de jóvenes urbanos que han completado por lo menos diez años de educación oscila de casi el 80%, en Chile, a sólo el 46%, en Honduras. Cabe señalar que las diferencias de clase cobran gran importancia en los países sobre los que aquí se informa. Chile y Venezuela exhiben la menor (aunque significativa) diferencia de clases, con un 92% de los jóvenes urbanos chilenos del nivel de ingreso más alto, y un 62% del nivel de ingreso más bajo que han completado diez años de educación. En Venezuela, el 74% del nivel más alto y el 43% de los jóvenes urbanos del nivel más bajo tienen al menos diez años de educación. México presenta la mayor diferencia de clases con respecto al logro educativo de los jóvenes urbanos, con un 80% de jóvenes que han completado por lo menos diez años de estudios en el nivel de ingreso más

alto, en comparación con sólo un 18% de jóvenes urbanos del nivel de ingreso más bajo. (1)

Las estadísticas relativas a la juventud rural muestran diferencias de clase mucho menores que las de las áreas urbanas de todos los países que proveen datos. Panamá tiene las mejores cifras, pero aún sólo el 41% de jóvenes rurales cuentan con diez años completos de educación; las tasas de otros países oscilan entre el 26% (Costa Rica) y el 14% (Honduras). Los indicadores provenientes de numerosas partes del mundo indican que dar oportunidades de educación a la mujer adolescente es factor clave en el proceso de modernización y es esencial para evitar muchos de los problemas asociados específicamente con la juventud. (1).

Cuando la adolescente tiene oportunidad de convertirse en alguien útil, aparte de madre y trabajadora doméstica, cambian otras cosas, como el tamaño de la familia, el espaciamiento de los embarazos, y la salud de la madre y del hijo. Singh and Wulf (1990,) han notificado de 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 o más años de estudio. La proporción más elevada es de 55%, en Trinidad y Tobago, país que está seriamente comprometido con la promoción de la igualdad entre hombre y mujer. La proporción que le sigue baja dramáticamente al 31% en el Ecuador y al 21% en el Perú. Los índices más bajos, 6% y 8%, corresponden a Guatemala y a la República Dominicana, respectivamente. Sin embargo, estos porcentajes no deben considerarse como equivalentes entre sí, ya que el 54% de las mujeres de entre 15 y 19 años de la República Dominicana tienen entre siete y nueve años de escuela, en comparación con sólo un 13% de las Guatemala. (1)

ENSANUT 2006

Pirámide poblacional de la República Mexicana

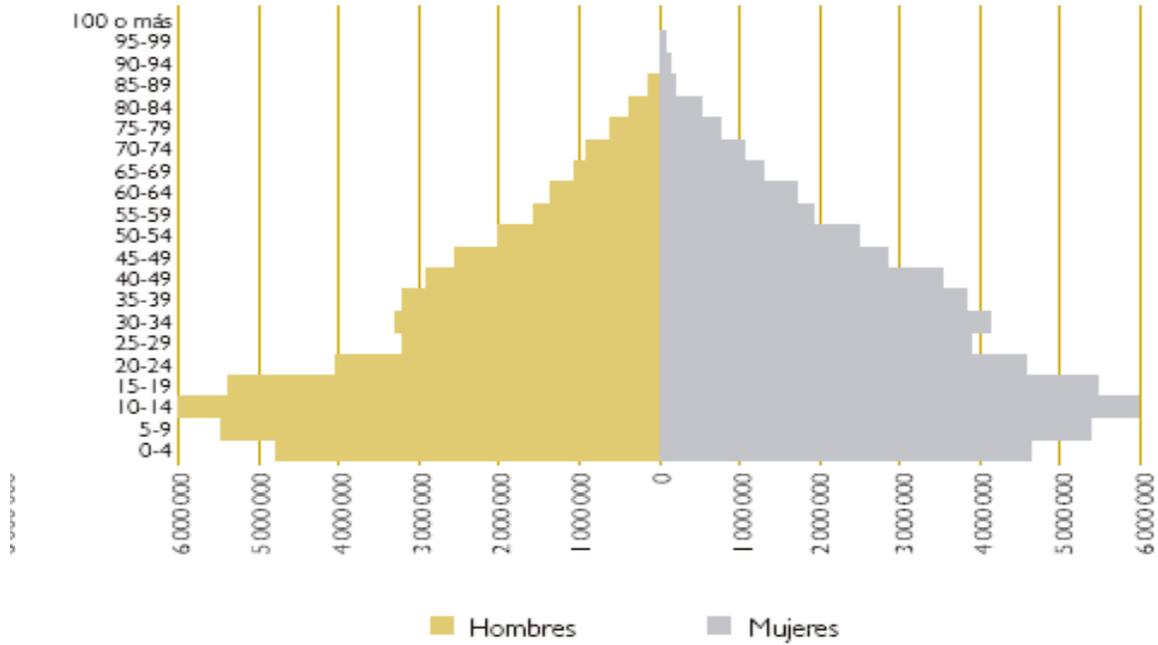
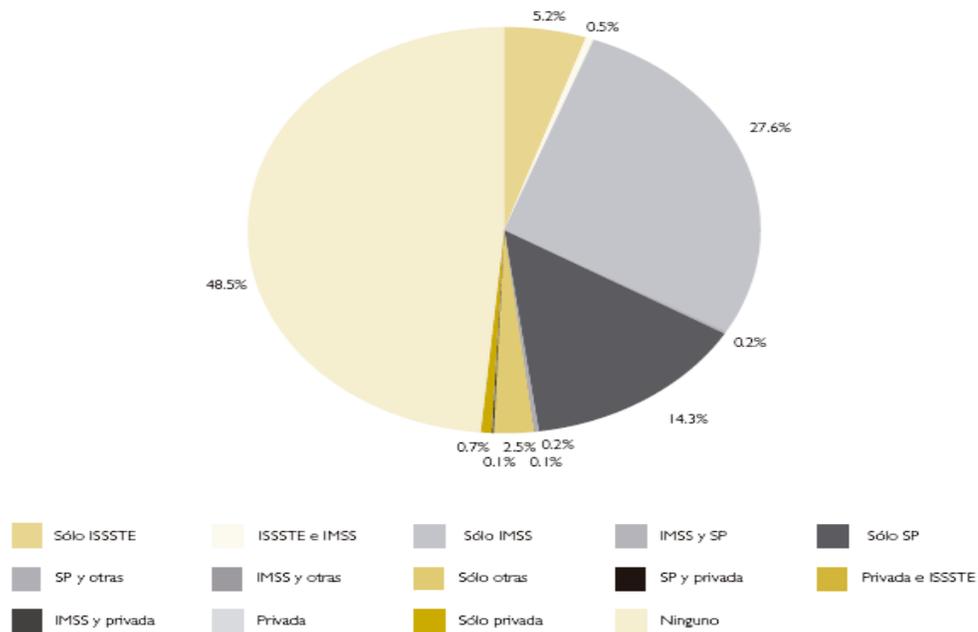


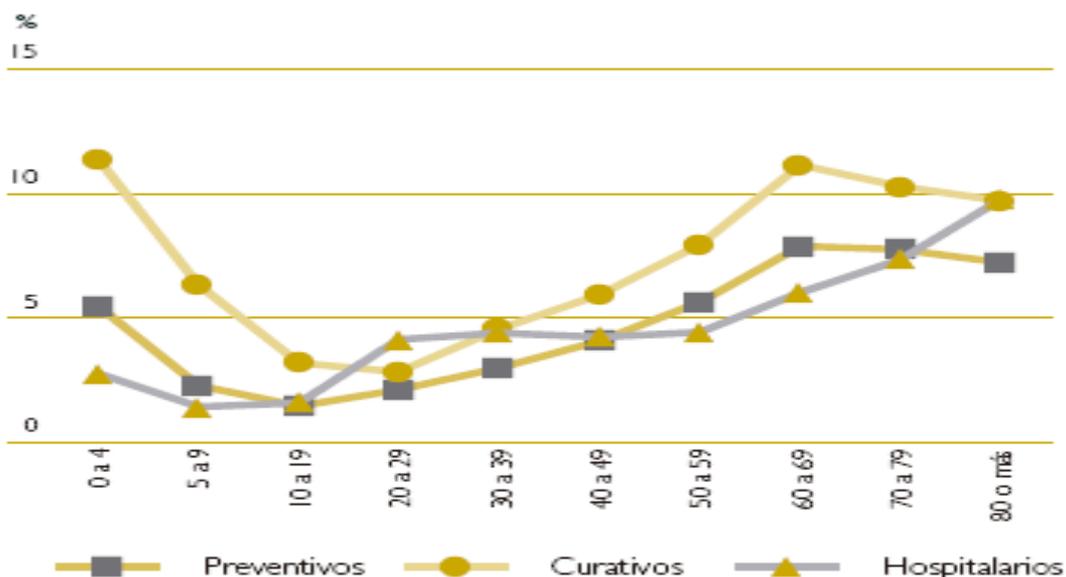
Figura 1.2

Distribución de la población, según condición de aseguramiento. México, ENSANUT 2006



■ Figura 2.1

Tasas* de utilización de servicios ambulatorios (curativos y preventivos) y hospitalarios, según grupo de edad. México, ENSANUT 2006



Nota: Las tasas de utilización de servicios de salud ambulatorios preventivos y curativos, corresponden a las dos semanas previas al levantamiento
La tasa de utilización de servicios hospitalarios corresponde a los 12 meses previos al levantamiento
*Tasas por 1000 habitantes

2.8 Empleo y desempleo

El empleo puede ser un aspecto positivo para los adolescentes mayores, especialmente crítico para aquellos que están por encima de la edad escolar y que enfrentan el problema de no encontrar trabajo adecuado, o ningún tipo de trabajo. Para los adolescentes más jóvenes, el problema es más que necesitar el trabajo para contribuir al ingreso familiar, ya que su trabajo interfiere con la oportunidad de asistir a la escuela y, en consecuencia, con la probabilidad de encontrar un empleo mejor cuando alcancen la edad adulta. Según la CEPAL, menos del 10% de los jóvenes urbanos indigentes, y de los pobres pero no indigentes, de entre 12 y 14 años de edad, trabajan, en la mayoría de los países latinoamericanos (1994, cuadros 31 y 32). La tasa correspondiente a los jóvenes urbanos no pobres es menos del 5%. (1)

En dos de los países que proveen datos, Brasil y Paraguay, sin embargo, entre el 18% y el 23% de los jóvenes indigentes de las zonas urbanas, de esas edades, trabajan. Chile presenta el porcentaje más bajo de jóvenes entre 12 y 14 años que trabajan en zonas urbanas con sólo un 2% de indigentes, y de jóvenes pobres pero no indigentes. En la mayoría de los mismos países, ese panorama cambia de manera dramática para los adolescentes de entre 15 y 17 años. Bolivia, Chile y Venezuela han notificado tasas de empleo menores del 15% entre los jóvenes indigentes urbanos de ese grupo de edad. Otros países han notificado que trabajan un cuarto, un tercio y, aun, la mitad de los jóvenes urbanos indigentes de ese grupo de edad. En la mayoría de los mismos países, la proporción de jóvenes empleados no disminuye pobres pero no indigentes, de entre 15 y 17 años de edad, y en algunos países puede hasta subir levemente. En Argentina, Bolivia, Brasil y Venezuela, los jóvenes urbanos de entre 15 a 17 años de edad que no son pobres tienen la misma probabilidad de trabajar que los jóvenes indigentes. Es probable que el trabajo de los jóvenes con ventaja económica contribuya realmente al potencial futuro de trabajo e ingreso, mientras que el tipo de trabajo que desempeñan los jóvenes indigentes y pobres contribuirá escasamente al desarrollo de sus destrezas, y, probablemente, interfiera más a la hora de finalizar su educación que en el caso de los jóvenes en mejor situación. Dentro de un país, los adolescentes rurales de cualquier edad tienen más probabilidad de trabajar que los jóvenes urbanos, independientemente de su ingreso (CEPAL, 1994). En cuanto al desempleo, los jóvenes de las zonas urbanas, de entre 15 y 24 años de edad, tienen el doble de probabilidades que la población general de querer o necesitar empleo, pero no pueden encontrarlo. Este hallazgo es consecuente en la mayoría de los países latinoamericanos, y afecta por igual a hombres y mujeres. El desempleo juvenil va del 36% al 66% de la tasa de desempleo, ubicándose la mayor parte de los países entre el 40% y el 53%(CEPAL 1994). (1)

Una gran cantidad de jóvenes no trabajan, ni buscan empleo ni asisten a la escuela y, por tanto, desperdician las oportunidades de educación y formación.

En 1992, entre los hogares urbanos del nivel de ingreso más bajo de Honduras y de Argentina, el 25% de los adolescentes de entre 13 y 17 años no tenían empleo ni

asistían a la escuela. En Brasil, Costa Rica, Uruguay y México la cifra era de alrededor del 20%, y cerca del 16% en Colombia y Venezuela. (1)

En el grupo de adolescentes que no asisten a la escuela ni desempeñan trabajo remunerado, se encuentra muchos jóvenes cuyos padres son pobres o indigentes y, siendo ellos mismos pobres o indigentes, tienen mayor probabilidad de cometer actos criminales. Entre esos adolescentes hay muchachas que desempeñan las labores domésticas de su hogar y, por tanto, no pueden asistir a la escuela. Se dispone de poca información en cuanto a los efectos a largo plazo que el trabajo doméstico no remunerado tiene sobre la gran cantidad de mujeres jóvenes que desempeñan esas labores. Sin embargo, se sabe con certeza que interfiere con la oportunidad de adquisición de destrezas y experiencias que les permitan conseguir mejores empleos en el futuro (Flores, Knaul and Méndez, 1994; Knaul, 1995, Knaul and Flores, 1996). (1)

2.9 La salud y el embarazo durante la adolescencia

En América Latina y el Caribe, los problemas de salud del adolescente y del joven tienden a ser muy diferentes de los problemas del niño, y están asociados con los principales cambios orgánicos y psico-sociales que ocurren durante el desarrollo del adolescente (OPS, 1990). En los países en desarrollo hay diferencias importantes en las tasas y causas de mortalidad de la población adolescente. Las enfermedades infecciosas (diarrea, influenza y neumonía) se encuentran aún entre las cinco causas principales de mortalidad de la población de entre 10 y 14 años de edad en países como Guatemala; pero en países como Colombia, que se encuentran más cercanos al otro extremo de la transición epidemiológica, los accidentes y la violencia son las causas más importantes de mortalidad entre los adolescentes. En algunos países, la violencia policial y la bélica son causa principal de mortalidad (OPS, 1990). (1)

Otro problema relacionado con la salud del adolescente es la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA. La incidencia más alta de enfermedades de transmisión sexual se encuentra en el grupo de entre 20 y 24 años de edad, seguida de los grupos de entre 15 y 19 y,

después, aquellos de entre 25 y 29 años de edad. Al menos la mitad de los infectados por el VIH tienen 24 años de edad o menos. (1,2)

En los países de América Latina y el Caribe, tal como en algunos países desarrollados, como los EE.UU., la sexualidad, el embarazo y la maternidad de la adolescente presentan problemas graves de salud. En las naciones europeas la situación es mucho mejor que en los EE.UU., en cuanto a prevención de embarazos y maternidad no deseada, (<biblio>). Las relaciones sexuales y la maternidad precoces se asocian con alimentación deficiente, escasa o ninguna atención prenatal, parto prematuro, complicaciones de parto, peso bajo al nacer, recién nacidos que tienen otras complicaciones y con la probabilidad de una paternidad inadecuada (Hayes, 1987). Los riesgos de salud del aborto ilegal en la adolescente son considerables. Se estima que en América Latina cuatro de cada diez embarazos terminan en aborto, con una proporción que se incrementa a seis de cada diez embarazos en Chile, y baja a dos de cada diez en México (Singh and Wulf, 1994). Cuando los embarazos de la adolescente son resultado de violencia sexual o abuso, es probable que haya efectos psicológicos y físicos a largo plazo, con consecuencias en la demanda de servicios de salud (Heise, Pitanguy and Germain, 1994). (1,2)

2.10 Abuso de drogas y otros comportamientos de alto riesgo

Se dispone de muy pocos datos en los países para notar los comportamientos de riesgo del adolescente de América Latina y el Caribe. Los estudios que se han realizado hasta el momento varían en cuanto al grupo de edad estudiado y a la formulación de las preguntas. Mientras mayor sea el grupo de edad, más probabilidades de que los estudios muestren proporciones más altas de jóvenes que hayan adoptado comportamientos de riesgo o de consumo abusivo de droga. (1)

Entre los jóvenes de todas las edades, el tabaquismo es el comportamiento más común y el que con más probabilidades afecta la salud debido a su prevalencia (OPS, 1990). Una proporción considerable de adolescentes varones de entre 15 y 19 años fuman cigarrillos: por ejemplo, el 57% en el Perú y el 41% en Cuba, en comparación con el 28% y el 32% en los EE.UU. y el Canadá, respectivamente. En México, el 17% del grupo de adolescentes más jóvenes, entre 11 y 15 años, fuman cigarrillos. (1)

En los EE.UU. y el Canadá, respectivamente, las tasas de las adolescentes que fuman son similares a las de los adolescentes varones, mientras que en los países latinoamericanos estudiados, es menos probable que la adolescente fume. Perú y Cuba muestran tasas elevadas de 40% y 28%, respectivamente. En México hubo poca diferencia en las tasas de adolescentes de uno y otro sexo de entre 11 y 15 años de edad ¿Qué resultados positivos se puede esperar de la inversión en actividades que promuevan la salud del adolescente? Una manera de determinar la importancia de atender los problemas de salud del adolescente, con un enfoque holístico e integral, es pensar en cuáles serían las consecuencias si no se hacen esas inversiones. En América Latina y el Caribe no se han hecho, hasta el presente, estudios dirigidos a la evaluación de los costos personales y sociales del comportamiento de riesgo de la juventud. Sin embargo, en los EE.UU. se han realizado varios intentos para examinar los problemas del embarazo y de la maternidad de la adolescente; de cómo completar la educación; y de los problemas del delincuente juvenil con probabilidad de convertirse en delincuente profesional.

Se describen algunos de esos estudios, teniendo en cuenta dos propósitos. El primero es dar una idea de cómo los analistas han conceptualizado las ideas de inversión, de resultado positivo, de costo y de efecto social y personal. Se dispone de una amplia variedad de planteamiento, y puede encontrarse razones para escoger uno u otro, según lo que se intente hacer. El segundo propósito es de presentar ejemplos concretos de análisis que podrían estimular a que un determinado lector emprenda estudios similares de investigación en su país.

Al final de esta sección se describen los resultados de estudios que han examinado los efectos de los servicios holísticos y de los sistemas de apoyo dirigidos a jóvenes en alto riesgo.

Los informes sobre costos que se ha podido reducir, por medio de intervenciones adecuadas, constituyen argumentos muy poderosos. El Carnegie Council on Adolescent Development (1993) presentó, recientemente, cálculos muy elocuentes acerca de los EE.UU.:

Los estudiantes que abandonen la escuela secundaria cada año costarán a la nación 260 mil millones de dólares, durante sus vidas, por concepto de ingresos e impuestos que el Estado deja de percibir.

El joven que abandone la escuela secundaria ganará, durante su vida, 230 mil dólares menos que el joven que completa la escuela secundaria y pagará 70 mil dólares menos en impuestos.

Cada año de escuela secundaria reduce en un 35% la probabilidad de que un adulto dependa de la asistencia gubernamental (y los costos relacionados).

Los EE.UU. gastan anualmente unos 20 mil millones de dólares en atención de la salud, alimentación y provisión de ingresos para familias formadas por adolescentes. Cuando se piensa en cómo justificar las inversiones para dar servicios y mantenimiento gubernamentales al adolescente, se observa la tendencia a la cuantificación de los resultados y a su proyección en términos de unidades monetarias, siempre que sea posible.

Por lo general, se justifica la inversión con preguntas como las siguientes: ¿Cuál es el costo de no prestar ayuda al adolescente en alto riesgo? ¿Cuáles son las consecuencias si no se hace nada y el adolescente adopta comportamientos de alto riesgo? ¿Son esas consecuencias tan suficientemente desastrosas para adolescente, comunidad y sociedad que mueven a considerar seriamente la inversión de algunos recursos gubernamentales (dinero, programas, atención) a fin de prevenirlas y promover efectos positivos? (2)

Se ha estudiado varios componentes del costo que incluyen los siguientes:

Cosas de valor para el individuo que éste tendría menos probabilidades de obtener si adoptase comportamientos de riesgo; el ejemplo monetario más evidente es el ingreso que la persona podría haber devengado si hubiera terminado la escuela secundaria en vez de desertar; si hubiera vivido en vez de morir por una sobredosis de droga; o si no hubiera tenido un hijo a los 14 años de edad. "Los años de vida perdidos" son una

medida cuantificada —pero no en dinero— que se usa frecuentemente para evaluar la gravedad de diversas causas de muerte.

Cosas de valor para la sociedad que el individuo tiene menos probabilidades de producir si adopta comportamientos de riesgo; el ejemplo más claro son los diversos impuestos que el individuo quizá no pague porque está encarcelado, muerto, o estancado en un trabajo mal remunerado del sector informal y sin perspectiva de ascenso. (2)

Cosas que cuestan dineros públicos que es más probable que el individuo o la sociedad necesite si el joven adopta un comportamiento de riesgo. Entre estos factores se incluyen los de atención médica, servicios sociales, servicios de educación especial, auxilios salariales, acciones policiales, celdas, etc. Estos costos pueden cuantificarse y determinarse monetariamente, ya que se puede hacer cálculos por unidad (por ejemplo, una consulta con el médico o una estadía en el hospital por parto prematuro con complicaciones), así como por ciudad, estado, departamento y país.

Algunos estudios podrían hasta preguntar cuánto dinero privado se gasta en ese mismo tipo de servicios, pero ese tipo de información es difícil de obtener. (2)

Naturalmente, diferentes culturas valoran de diversas maneras cada uno de esos componentes potenciales de costo, bien sea en términos monetarios o no monetarios. Así, cada vez que un investigador piensa en cómo justificar la inversión en el adolescente, debe reflexionar acerca de los resultados personales y sociales que más se valora en esa cultura, acerca los resultados menos deseables y acerca de la disponibilidad de datos que apoyen la medición de los factores a los que se les asigna más importancia.

Cualquiera de los estudios de investigación que se describen a continuación ofrece ideas y guías que otros investigadores deben adaptar a sus circunstancias particulares. (1)

2.11 Maternidad de la adolescente

A comienzos de los años 80 se realizaron en los EE.UU. los primeros intentos para calcular los costos de la maternidad de la adolescente. Entre los estudios más complejos estaban el de Wertheimer and Moore (1982), quienes utilizaron un modelo

computarizado de simulación dinámica para el cálculo de ingresos no percibidos, años de trabajo perdidos, impuestos no percibidos por el Estado, y uso probable de servicios de asistencia pública, como Medicaid, Aid to Families with Dependent Children, y el estudio de SRI International (1979). Realizaron una proyección de 20 años de costos de asistencia pública, de servicios médicos y de vivienda, y también del costo de servicios sociales de la familia que se inicia con el primer hijo de una madre adolescente. Ambos estudios fueron controlados en función de la edad de la madre en su primer parto y asumieron costos tanto mayores cuanto menor era la madre. (1)

Burt utilizó esos hallazgos para el desarrollo de dos métodos sencillos de estimación de costos (1985, 1986), que se pueden emplear en cualquier jurisdicción (condado, estado o país).

El primer método sirve para calcular los recursos monetarios que gastan los tres principales programas de asistencia social de los EE.UU., en un año calendario, en familias que se forman con el primer parto de la adolescente. (1,2)

El segundo método sigue el modelo *SRI International*, y estima el gasto público de un período de 20 años en asistencia social, atención médica y servicios sociales de cada familia formada por el parto de una adolescente menor de 15 años, de entre 15 a 17 y 18 y 19 años de edad. (2)

3. JUSTIFICACION

Hemos apreciado que la solicitud de atención en los servicios de urgencias, por parte de los adolescentes, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, ha ido en aumento, por lo cual consideramos es uno de los principales motivos de consulta. Este grupo de pacientes, acuden por urgencias reales, probablemente derivados en su mayoría de accidentes y violencia y por otro lado, probablemente, como resultado de desequilibrios emocionales, resultantes de la dinámica familiar y social alteradas.

4. OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de solicitud de servicios por parte de adolescentes a la consulta de urgencias pediátricas en nuestro medio.
- 2.- Conocer el motivo de la consulta de adolescentes en el Servicio de urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- 3.- Conocer las características psicosociales y de salud del adolescente al acudir a la consulta de urgencias Pediátricas del Hospital Dr. Manuel Gea González.
- 4.-obtener información del asentimiento informado de adolescentes

5. MATERIAL Y METODOS

5.1. Tipo de estudio El estudio será descriptivo de la población de los y las adolescentes que acuden al servicio de urgencias pediátricas, es abierto, observacional, transversal y prospectivo de Agosto del 2008 a Mayo del 2009. En el servicio de Urgencias Pediátricas, del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

5.2. Criterios de Selección de la Muestra

5.2.1. Universo de Estudio: Todos los pacientes adolescentes que acudan al servicio de Urgencias Pediátricas, y que acepten contestar el cuestionario previo asentimiento informado.

5.2.2 Criterio de inclusión: Se estudiara a todos los y las pacientes de entre 12 años cumplidos y hasta antes de cumplir 18 años, de ambos sexos, que acudan al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el periodo comprendido entre el 1º. Agosto del 2008 al 31 de Mayo del 2009.

5.2.3. Criterio de exclusión: que no completen el cuestionario de caracterización.

5.3. Variables

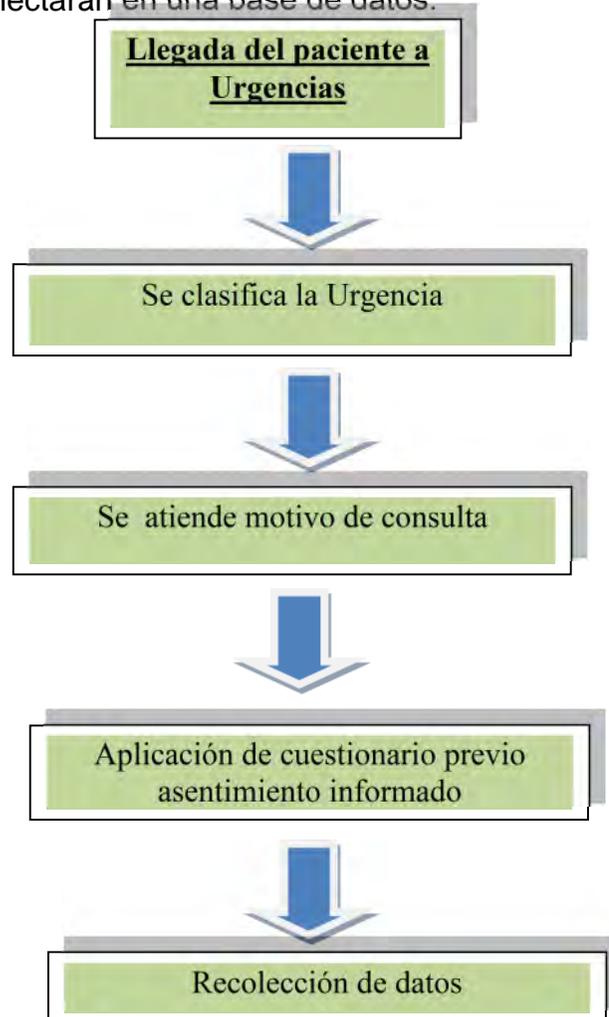
Independientes. (CAUSA)		Dependientes. (EFECTO)	
Variable	Escala (intervalo, ordinal, nominal)	Variable	
Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año	Motivo de consulta	
Edad,	Años y meses		
Sexo	Masculino(M) Femenino (F)		
Lugar de Residencia	Delegación, Estado		
Turno de ingreso a urgencias	Matutino (8:00 a 14:00) Vespertino 14:00 a 20:00) Nocturno (20:00 a 8:00)		
Quién decidió que acudiría a urgencias	Familiar Otro medico Paciente		
		INSTRUMENTO DE ENTREVISTA HEADSS	
		Asentimiento informado	

5.4. Tamaño de la Muestra 171 pacientes adolescentes que ingresaron al estudio de Agosto del 2008 a Mayo del 2009.

5.5. Análisis Estadístico Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones o porcentajes. Y Correlación

5.6. Descripción Operativa del Estudio

Todos los pacientes que acudan al servicio de Urgencias, que cumplan con los criterios de inclusión, serán valorados inicialmente para determinar el nivel de Urgencia con que requieren ser atendidos, una vez clasificado se atenderá el motivo de consulta, si las condiciones del paciente lo permiten y no se encuentra bajo el influjo de alcohol o drogas uno de los médicos investigadores o médico de guardia, aplicará el cuestionario el cual contendrá variables socio demográficas mas el cuestionario HEADDSS, previo asentimiento informado para integrar variables independientes y dependientes que se recolectarán en una base de datos.



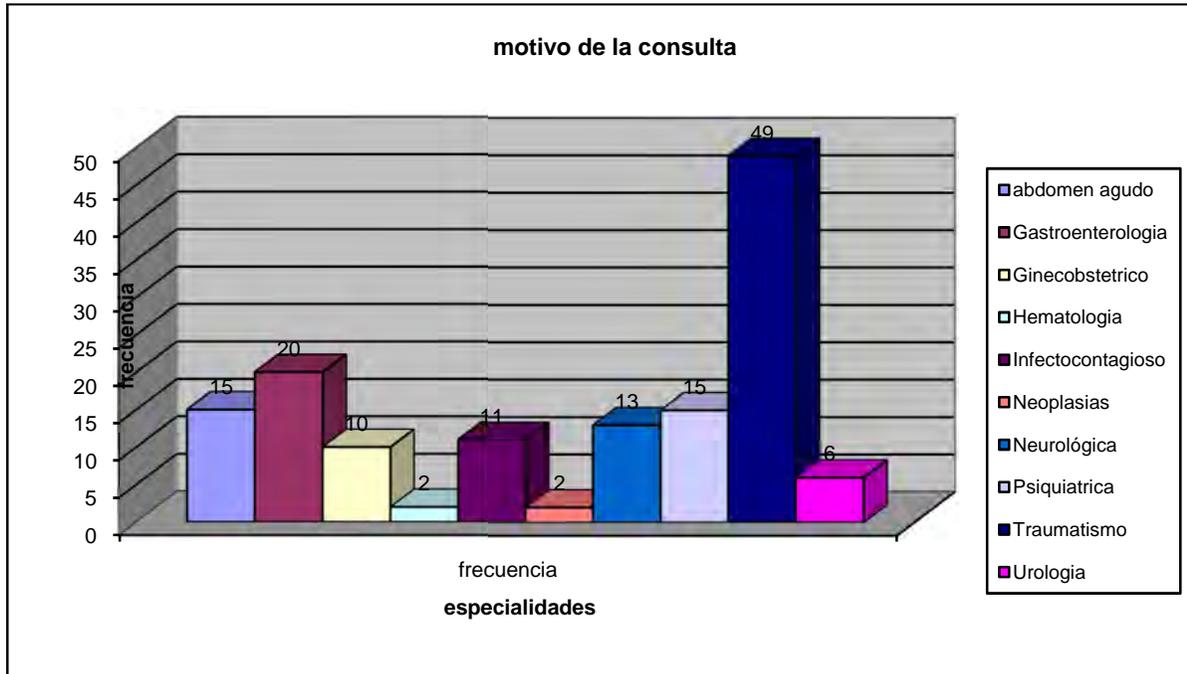
6. RESULTADOS

El estudio comprobó que el principal motivo de consulta a urgencias de todos los adolescentes fue de traumatismos, con el 32.9% de los casos, y predominantemente en las edades de 13 a 15 años; seguido por patologías gastrointestinales con el 12.4%, patologías quirúrgicas por abdomen agudo en el 11.8%, psiquiátricas con el 10.6%, neurológicas con el 8.8%, infectocontagiosas en el 8.2% de los casos, (ver cuadros 1, 2 y grafica 1).

CUADRO 1. MOTIVO DE CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
abdomen agudo	20	11.8	11.8	11.8
Gastroenterología	21	12.4	12.4	24.1
Gineco obstétrico	14	8.2	8.2	32.4
Hematología	2	1.2	1.2	33.5
Infectocontagioso	14	8.2	8.2	41.8
Neoplasias	2	1.2	1.2	42.9
Neurológica	15	8.8	8.8	51.8
Psiquiátrica	18	10.6	10.6	62.4
Traumatismo	56	32.9	32.9	95.3
Urología	8	4.7	4.7	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 1.



CUADRO 2. MOTIVO DE LA CONSULTA POR GRUPO DE EDADES

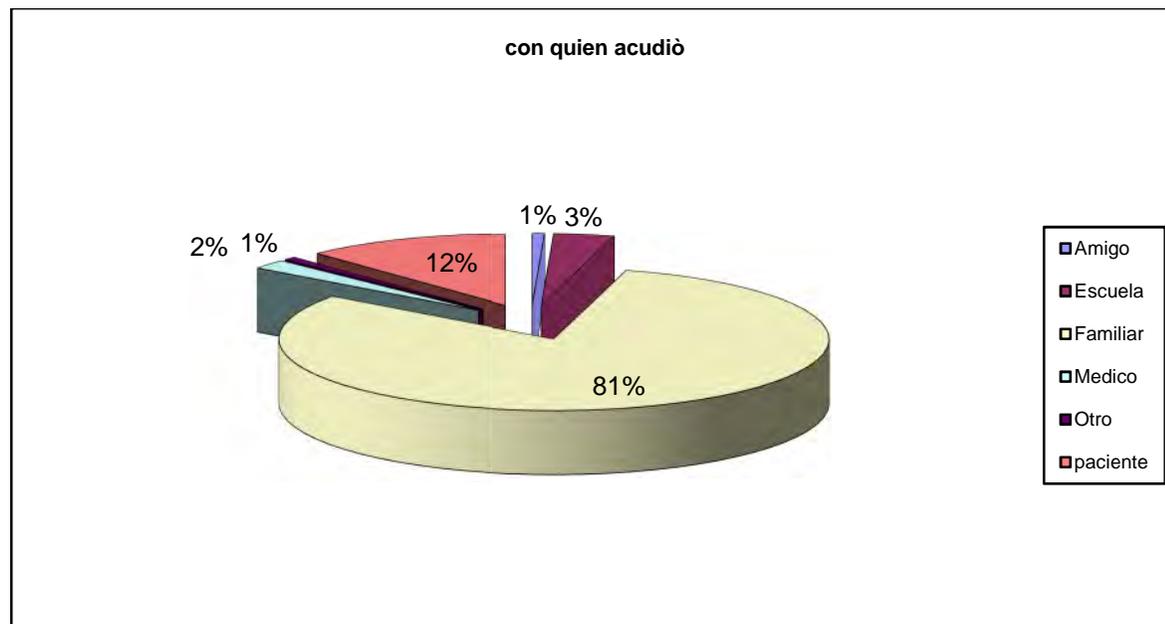
	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
MOTIVO2	2	14	1	17
abdomen agudo	1	2	1	4
certificado medico	4	19	1	24
Consulta general	7	20	1	28
Gastroenterología	6	14	4	24
Ginec obstétrico	3	0	1	4
Hematológica	0	1	0	1
Infectocontagioso	8	12	0	20
Neurológica	3	9	1	13
Psiquiátrica	1	4	1	6
Traumatismo	3	21	1	25
Urgencia	0	3	0	3
Total	38	119	12	169

En cuanto a las características de salud y psicosociales, encontramos que, en la gran mayoría de los casos (81%), los familiares (principalmente los padres) fueron quienes decidieron llevar al paciente a urgencias (ver cuadro 3 y grafica 2).

CUADRO 3. CON QUIEN DECIDIO ACUDIR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Amigo	2	1.2	1.2	1.2
Escuela	1	.6	.6	1.8
Escuela	6	3.5	3.5	5.3
Familiar	135	79.4	79.4	84.7
Medico	3	1.8	1.8	86.5
Otro	1	.6	.6	87.1
paciente	22	12.9	12.9	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 2.



En el 64.6% de los casos los adolescentes habían acudido previamente al servicio de urgencias, una sola vez (ver cuadro 4 Y grafica 3).

CUADRO 4. NUMERO DE VECES QUE ACUDIÓ A URGENCIAS PREVIAMENTE

		SEXO		Total
		femenino	masculino	
Número de veces que acudió a agencias previamente	0	6	6	12
	1	60	48	108
	2	21	13	34
	3	4	2	6
	4	1	2	3
	6	1	2	3
	15	1	0	1
	Total	94	73	167

GRAFICA 3

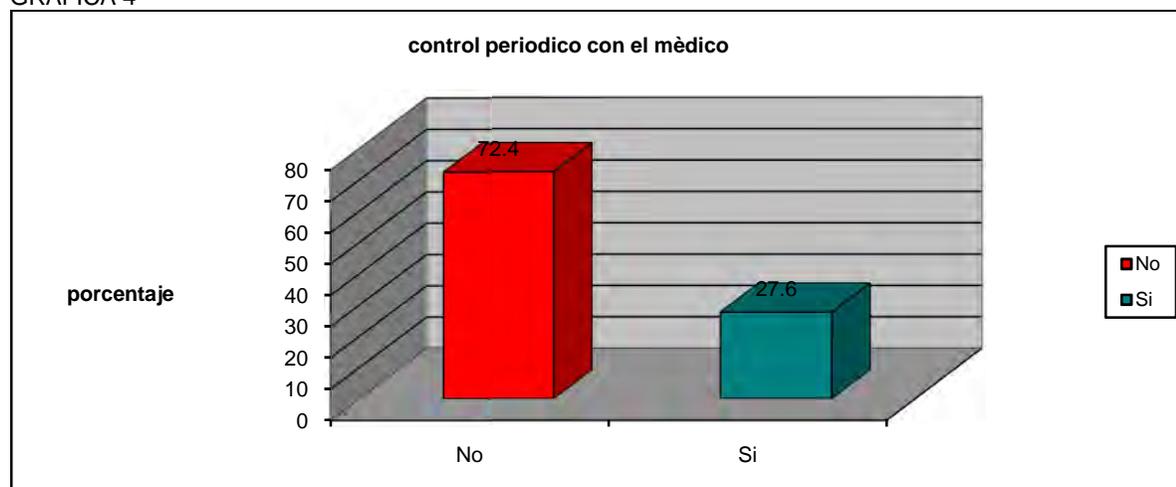


El 72.4% de los pacientes no tuvo control periódico con el médico. Y el restante que si tuvo control, la mayoría había acudido 2 veces en el año (ver cuadros 5 y 6 y grafica 4).

CUADRO 5 CONTROL PERIODICO CON MEDICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
No	123	72.4	72.4	72.4
Si	47	27.6	27.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 4



CUADRO 6 CUANTAS VECES AL AÑO HA ACUDIDO A URGENCIAS

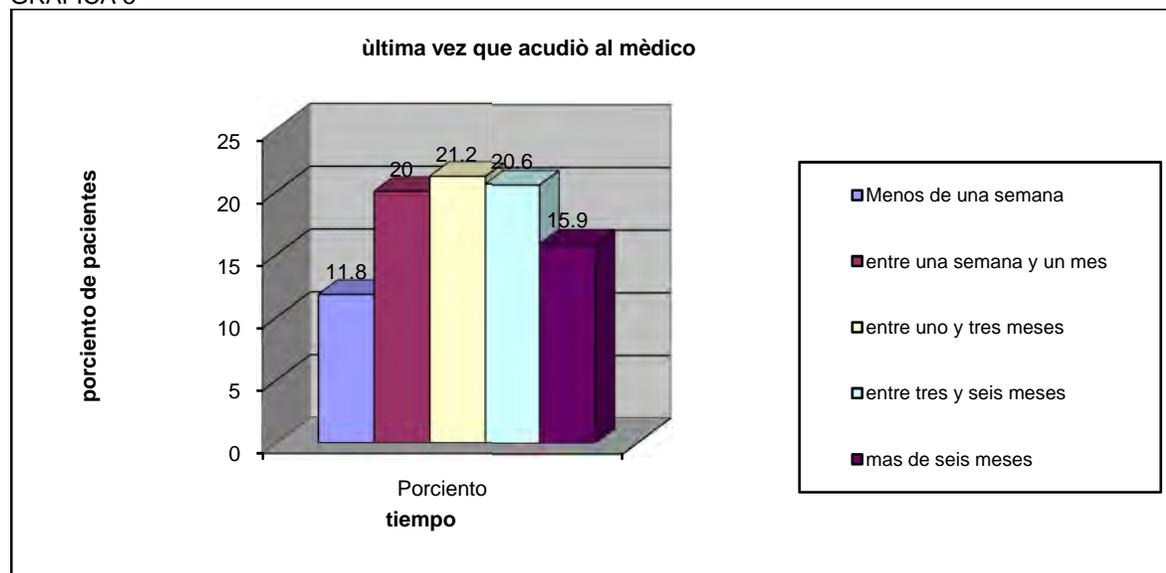
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1	1	.6	2.3	2.3
2	10	5.9	23.3	25.6
3	6	3.5	14.0	39.5
4	5	2.9	11.6	51.2
5	2	1.2	4.7	55.8
6	7	4.1	16.3	72.1
12	7	4.1	16.3	88.4
15	1	.6	2.3	90.7
30	1	.6	2.3	93.0
50	3	1.8	7.0	100.0
Total	43	25.3	100.0	
	127	74.7		
Total	170	100.0		

El 82.2% acudió al médico en los 6 meses previos a su llegada a urgencias pediátricas, principalmente de su centro de salud (25.9%) Del hospital gea González (20.6%) de médico particular (18.8%) y de farmacias similares (14.7%); siendo el motivo principal, consulta general (16.5%) traumatismos (14.7%) y padecimientos gastrointestinales (14.1%) (Ver cuadros 7, 8 9 graficas 5 y 6).

CUADRO 7 HACE CUANTO ACUDIÓ AL MÉDICO POR ÚLTIMA VEZ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Menos de una semana	20	11.8	13.2	13.2
entre una semana y un mes	34	20.0	22.4	35.5
entre uno y tres meses	36	21.2	23.7	59.2
entre tres y 6 meses	35	20.6	23.0	82.2
Más de 6 meses	27	15.9	17.8	100.0
Total	152	89.4	100.0	
Total	18	10.6		
Total	170	100.0		

GRAFICA 5



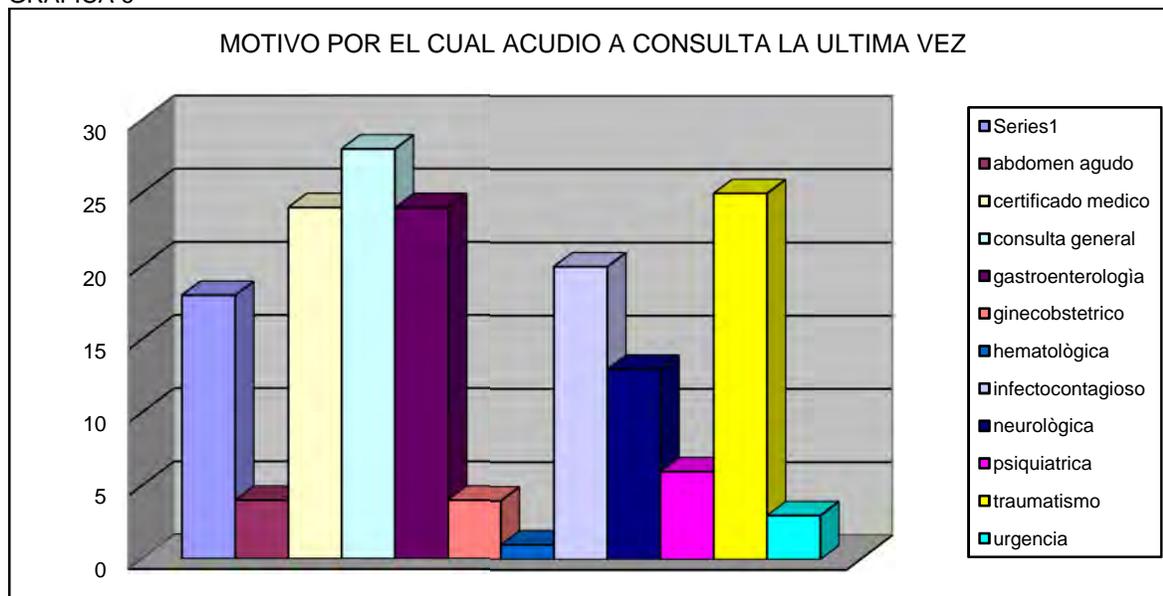
CUADRO 8 A DONDE ACUDIO POR ULTIMA VEZ AL MEDICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	17	10.0	10.0	10.0
centro de salud	44	25.9	25.9	35.9
farmacia similares	25	14.7	14.7	50.6
Gea González	35	20.6	20.6	71.2
INP	1	.6	.6	71.8
otro hospital	16	9.4	9.4	81.2
particular	32	18.8	18.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CUADRO 9 MOTIVO DE CONSULTA POR EL QUE ACUDIO POR ULTIMA VEZ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	18	10.6	10.6	10.6
abdomen agudo	4	2.4	2.4	12.9
certificado medico	24	14.1	14.1	27.1
Consulta general	28	16.5	16.5	43.5
Gastroenterología	24	14.1	14.1	57.6
Gineco obstétrico	4	2.4	2.4	60.0
Hematológica	1	.6	.6	60.6
Infecctocontagioso	20	11.8	11.8	72.4
Neurológica	13	7.6	7.6	80.0
Psiquiátrica	6	3.5	3.5	83.5
Traumatismo	25	14.7	14.7	98.2
Urgencia	3	1.8	1.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 6



En el 67.6% de los casos el adolescente vive con ambos padres, en el 19.4% solamente con la madre, y el 3.5% solo con el padre, siendo ambos padres los tutores en el 92.4% (cuadros 10 y 11 y grafica 7).

CUADRO 10 CON QUIEN VIVE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Amigos	1	.6	.6	.6
Casa hogar	2	1.2	1.2	1.8
Familiar	2	1.2	1.2	2.9
Madre	8	4.7	4.7	7.6
Madre	33	19.4	19.4	27.1
Novio	3	1.8	1.8	28.8
Padre	6	3.5	3.5	32.4
Padre y Madre	115	67.6	67.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 7



CUADRO 11 TUS PADRES SON RESPONSABLES DE TI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	13	7.6	7.6	7.6
Si	157	92.4	92.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

El 78.8% de ellos relato que se llevaba bien con quien vivía el 13.5% regular, el 5.9% mal, y el 1.8% muy bien. (Cuadro 12).

CUADRO 12 COMO SE LLEVA CON QUIEN VIVE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Bien	134	78.8	78.8	78.8
mal	10	5.9	5.9	84.7
muy bien	3	1.8	1.8	86.5
regular	23	13.5	13.5	100.0
Total	170	100.0	100.0	

El 70% no refería tener algún problema especial y el 81.2% se declaraba previamente sano (cuadro 13 y 14 y grafica 8)

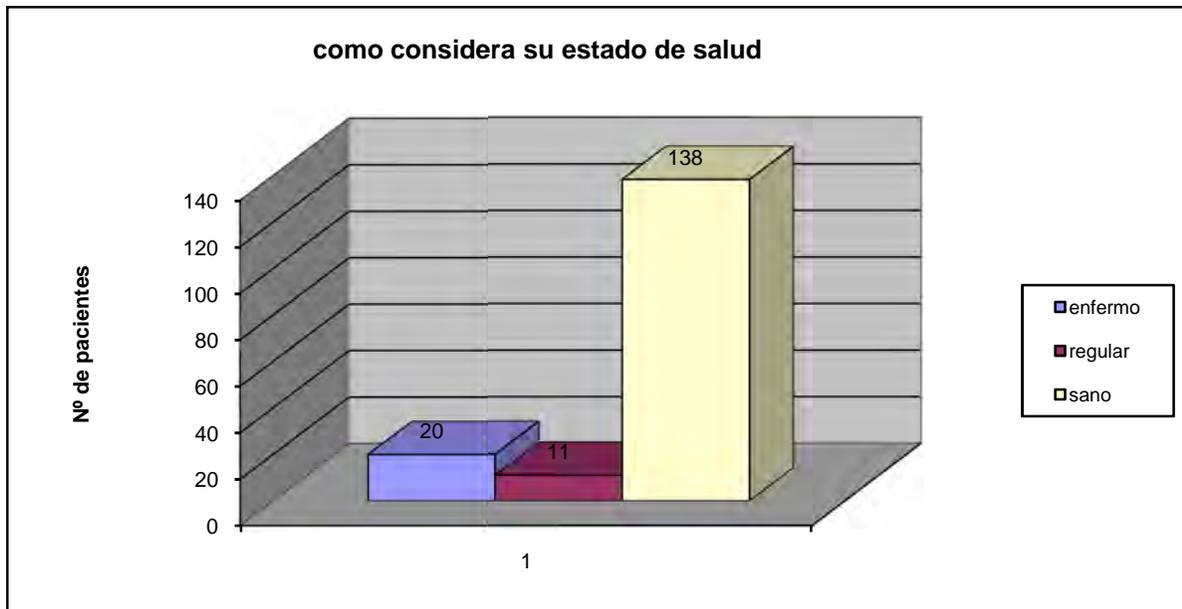
CUADRO 13 PROBLEMA o ENFERMEDAD ESPECIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	119	70.0	70.0	70.0
Si	51	30.0	30.0	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CUADRO 14 ESTADO DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
Enfermo	20	11.8	11.8	12.4
Regular	11	6.5	6.5	18.8
Sano	138	81.2	81.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 8



Al 52.4% le preocupaba su alimentación y al 65.3% le preocupa su peso e imagen. Los que se encontraban preocupados por su peso la mayoría se encuentra en el grupo de edad entre 16 y 19 años (cuadros 15, 16 y 17, y grafica 9).

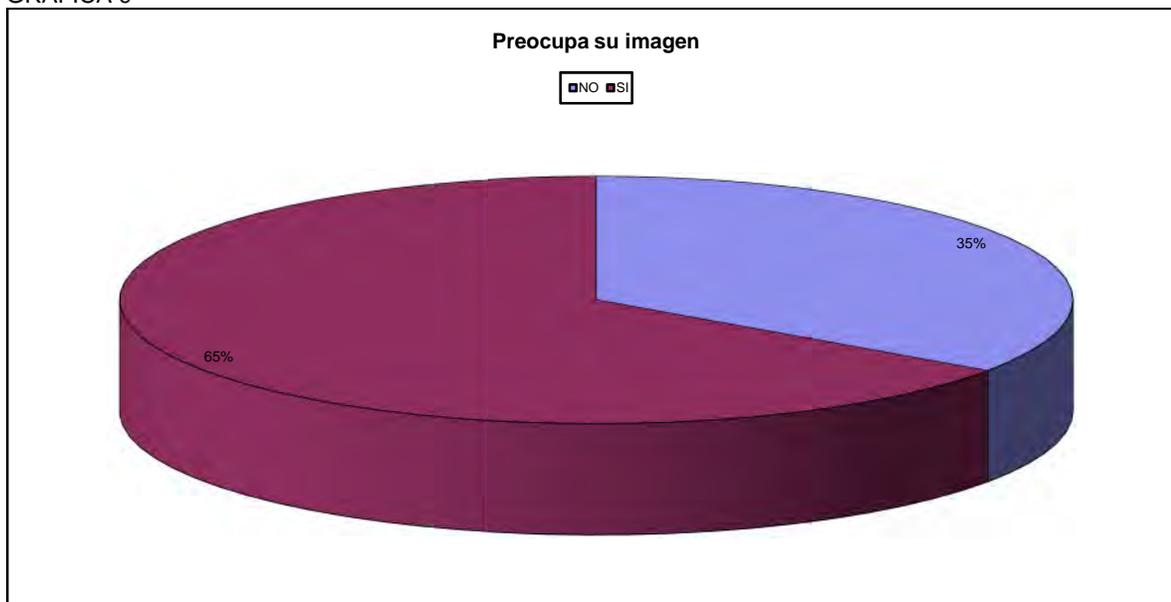
CUADRO 15 PREOCUPA SU ALIMENTACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	81	47.6	47.6	47.6
SI	89	52.4	52.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CUADRO 16 PREOCUPA SU PESO o IMAGEN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	59	34.7	34.7	34.7
SI	111	65.3	65.3	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 9



CUADRO 17 LES PREOCUPA SU PESO O IMAGEN POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PREOCUPA SU PESO o IMAGEN	NO	15	41	3	59
	SI	23	78	9	110
Total		38	119	12	169

En cuanto a la escolaridad el 91.8% si asiste a la escuela, y el 71.5% asistía a la educación secundaria, refiriendo el 81.2% no haber reprobado ningún año. (cuadros 18, 19 y 20 y grafica 10).

CUADRO 18 ASISTE A LA ESCUELA

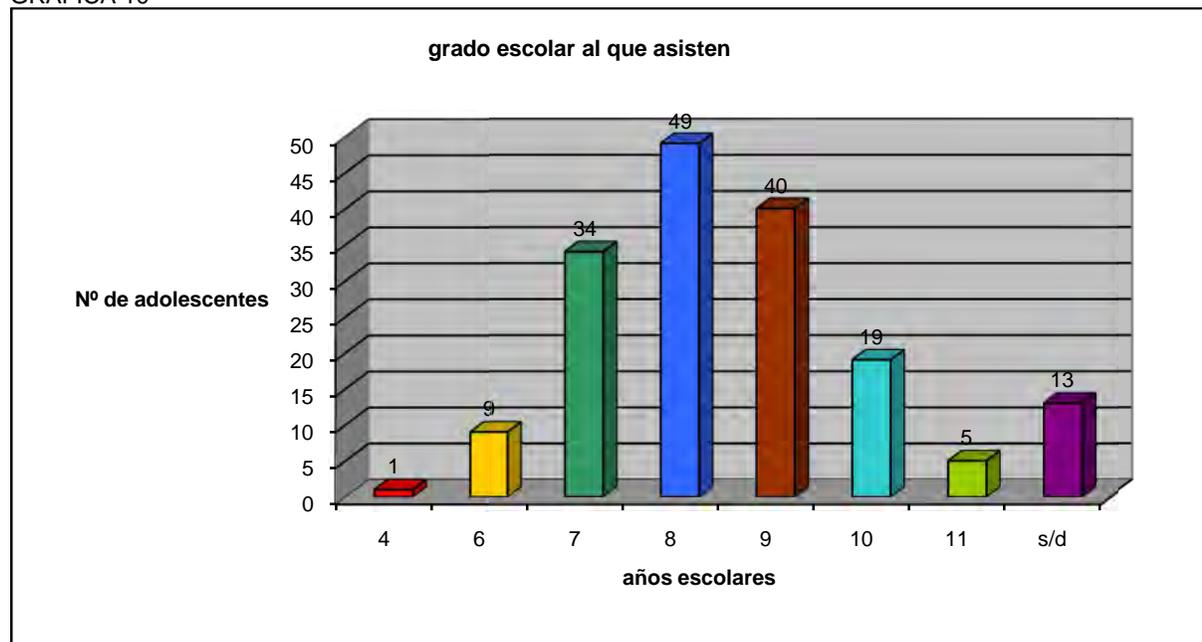
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	14	8.2	8.2	8.2
SI	156	91.8	91.8	100.0

Total	170	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

CUADRO 19 GRADO ESCOLAR AL QUE ASISTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
4	1	.6	.6	.6
6	9	5.3	5.7	6.4
7	34	20.0	21.7	28.0
8	49	28.8	31.2	59.2
9	40	23.5	25.5	84.7
10	19	11.2	12.1	96.8
11	5	2.9	3.2	100.0
Total	157	92.4	100.0	
	13	7.6		
Total	170	100.0		

GRAFICA 10



CUADRO 20 REPROBADO ALGUN AÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	138	81.2	81.2	81.2
SI	32	18.8	18.8	100.0

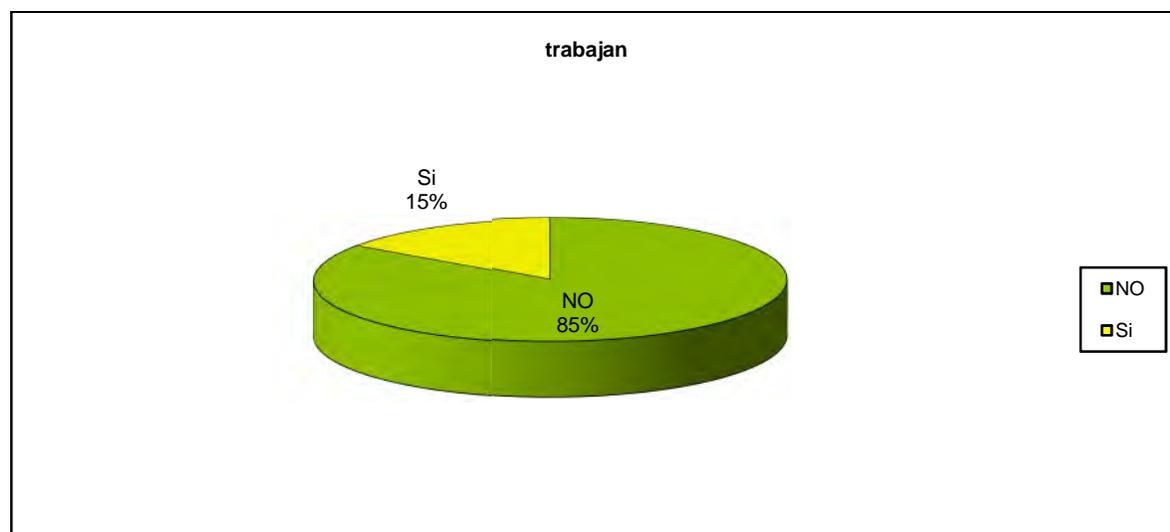
Total	170	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

La gran mayoría 84.7% no trabajaba de los que si trabajan el 5.2% tienen entre 10 a 12 años, el 15.1% tiene entre 13 a 15 años y el 41.6% tienen entre 16 a 19 años de edad, en cuanto a las actividades de diversión refirieron principalmente deportes, oír música, y videojuegos (cuadro 21, 22 y 23 y grafica 11).

CUADRO 21 TRABAJA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	144	84.7	84.7	84.7
Si	26	15.3	15.3	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 11



CUADRO 22 TRABAJAN POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
TRABAJA2	NO	36	101	7	144
	Si	2	18	5	25
Total		38	119	12	169

CUADRO 23 ACTIVIDADES DE DIVERSION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Baile	12	7.1	7.1	7.1
Cine	18	10.6	10.6	17.6
deportes	31	18.2	18.2	35.9
dibujo	3	1.8	1.8	37.6
Idiomas	1	.6	.6	38.2
internet	6	3.5	3.5	41.8
leer	4	2.4	2.4	44.1
Música	23	13.5	13.5	57.6
Nada	15	8.8	8.8	66.5
Otro	16	9.4	9.4	75.9
Repostería	2	1.2	1.2	77.1
Televisión	19	11.2	11.2	88.2
Videojuegos	20	11.8	11.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

El 88.2% de los adolescentes referían tener amigos con los cuales convivían, y el 18.2% refería pertenecer a alguna pandilla (cuadro 24 y 25 y grafica 12).

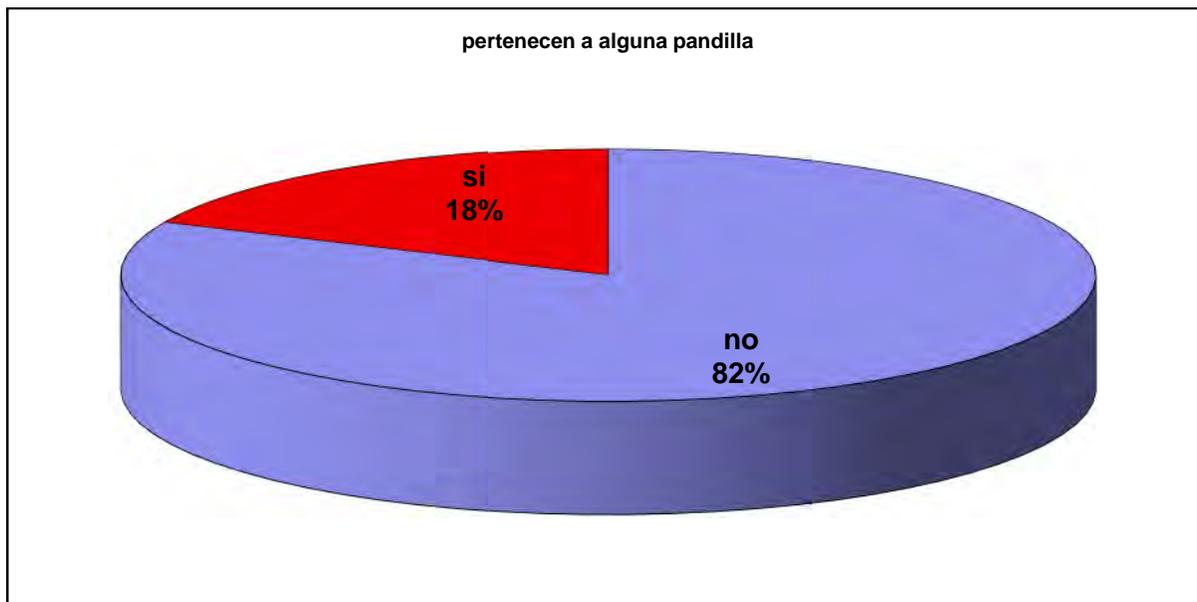
CUADRO 24 AMIGOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	20	11.8	11.8	11.8
si	150	88.2	88.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CUADRO 25 PANDILLAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	139	81.8	81.8	81.8
si	31	18.2	18.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 12

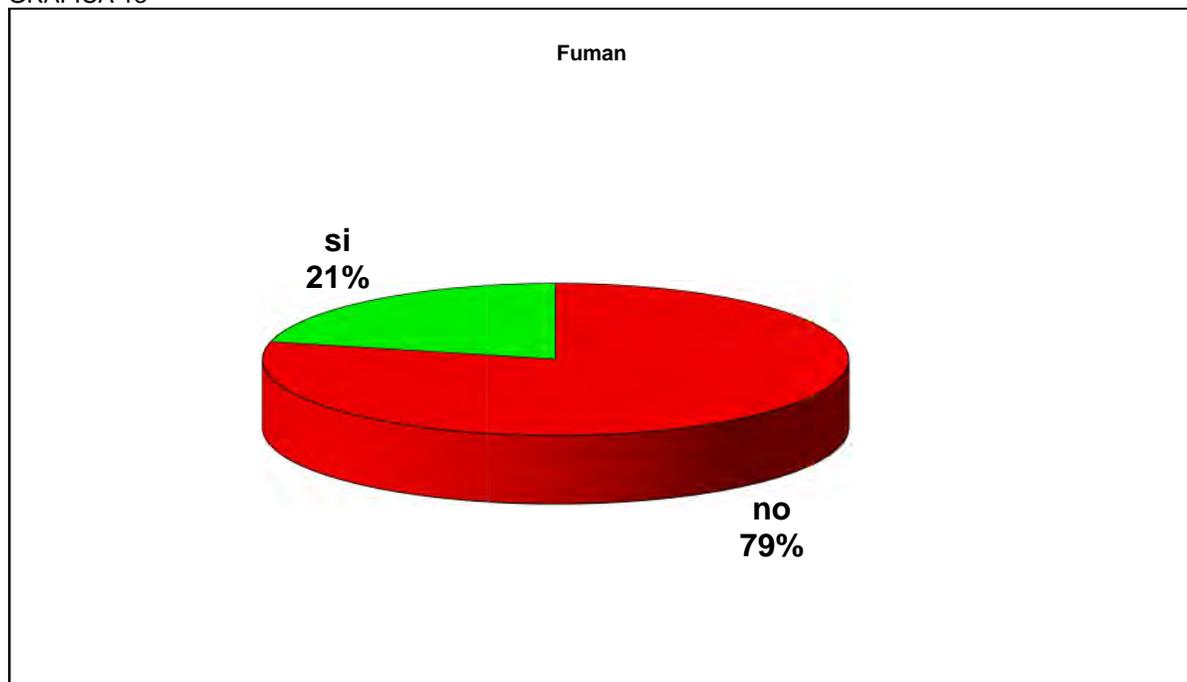


El 21.2% fumaban, del grupo de los que fumaban el 15.7 % tienen de 10 a 12 años de edad, el 20% tienen entre 13 a 15 años y el 50% tienen entre 16 a 19 años. El 25.9% tenían el antecedente ingerían bebidas alcohólicas y de estos se encontró que el 18.9% tienen entre 10 a 12 años de edad encontrándose el mayor número entre los 13 y 15 años y únicamente el 16.6% a la edad de 16 a 19 años. (cuadros 26, 27, 28 y 29 y graficas 13, 14).

CUADRO 26 FUMAN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	133	78.2	78.2	78.8
Si	36	21.2	21.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 13



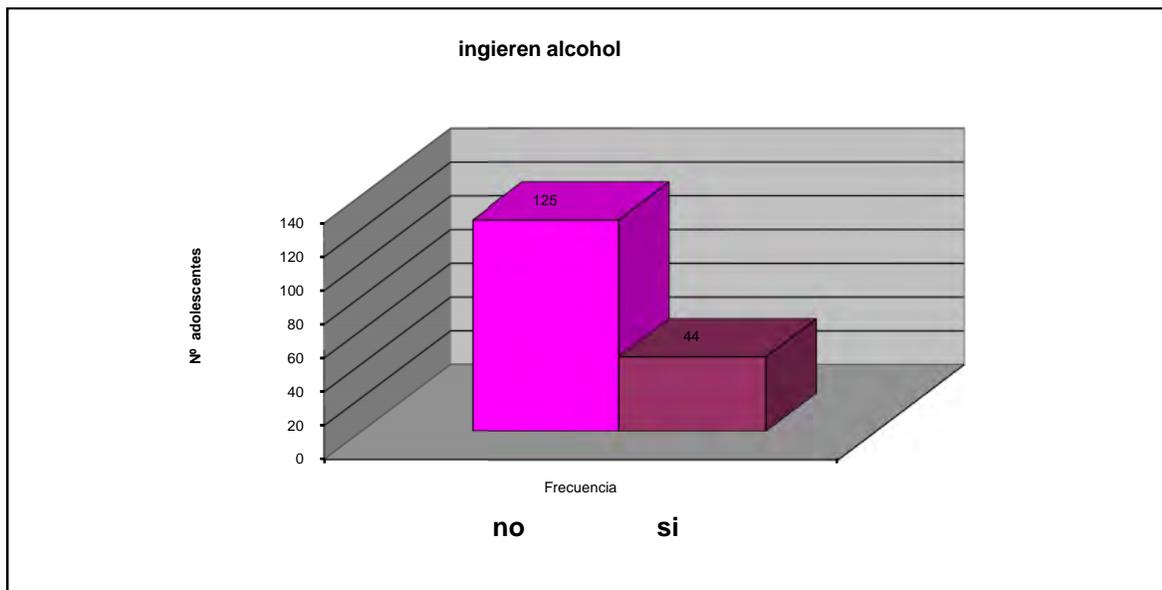
CUADRO 27 FUMAN POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
FUMAN				
no	0	1	0	1
si	32	94	6	132
Total	6	24	6	36
	38	119	12	169

CUADRO 28 INGIEREN ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	1	.6	.6	.6
Si	125	73.5	73.5	74.1
Total	44	25.9	25.9	100.0
	170	100.0	100.0	

GRAFICA 14



CUADRO 29 INGIEREN ALCOHOL POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
INGIEREN ALCOHOL2				
no	0	1	0	1
Si	31	83	10	124
Total	7	35	2	44
	38	119	12	169

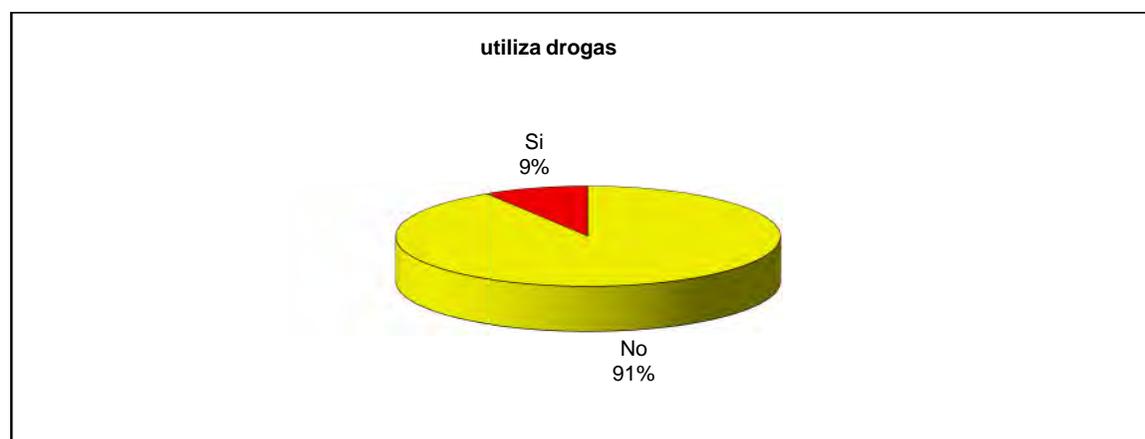
Se encontró que el 8.8 % consumían alguna droga, de estos el 5.2% se encontraba entre los 10 a 12 años de edad, mientras que el 10.9% tienen entre 13 a 15 años de edad y ninguno después de los 16 años. (cuadro 30 y 31 grafica 15)

CUADRO 30 DROGAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado

No	155	91.2	91.2	91.2
Si	15	8.8	8.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 15



CUADRO 31 DROGAS POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
DROGAS2	No	36	106	12	154
	Si	2	13	0	15
Total		38	119	12	169

El 56.7% de los casos refirió alguna vez haberse sentido deprimido, entre estos el mayor grupo se encontraba entre los 16 a 19 años con un 66.6%. El 70% refirió que alguna vez se han querido causar daño (cuadros 32 y 33 y grafica 16).

CUADRO 32 DEPRIMIDOS POR GRUPO DE EDAD

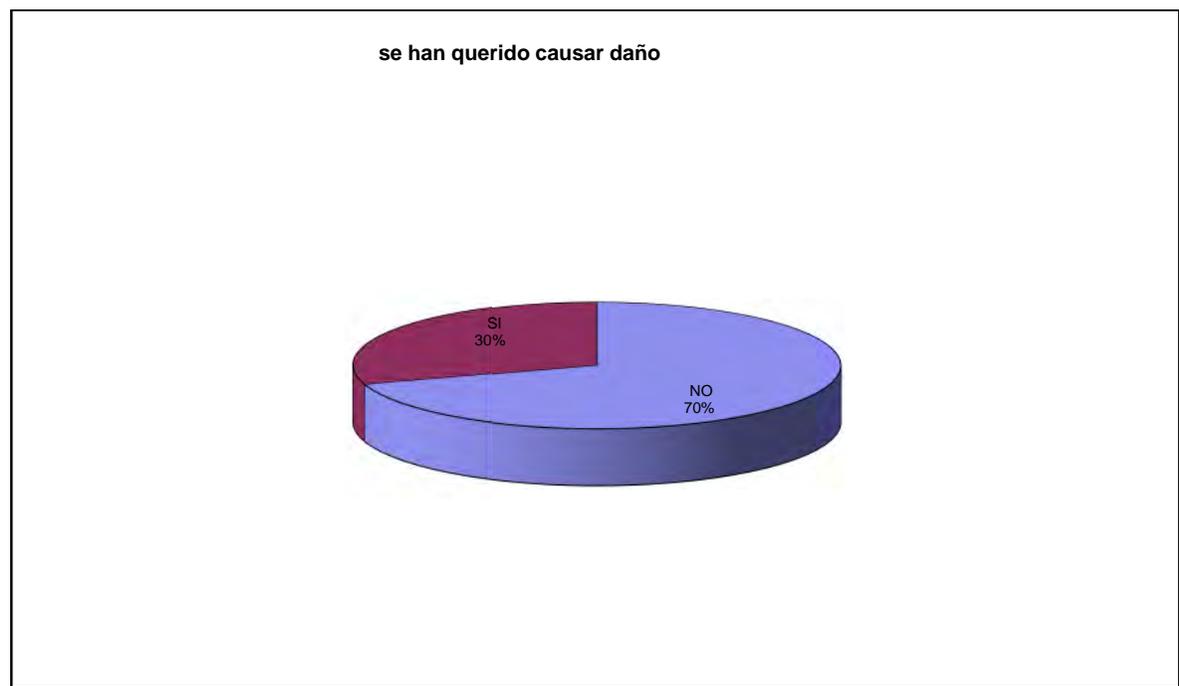
		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
DEPRIMIDOS	No	0	1	0	1
	Si	15	46	4	65

	Si	23	72	8	103
Total		38	119	12	169

CUADRO 33 SE HAN QUERIDO CAUSAR DAÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	119	70.0	70.0	70.0
SI	51	30.0	30.0	100.0
Total	170	100.0	100.0	

Grafica 16

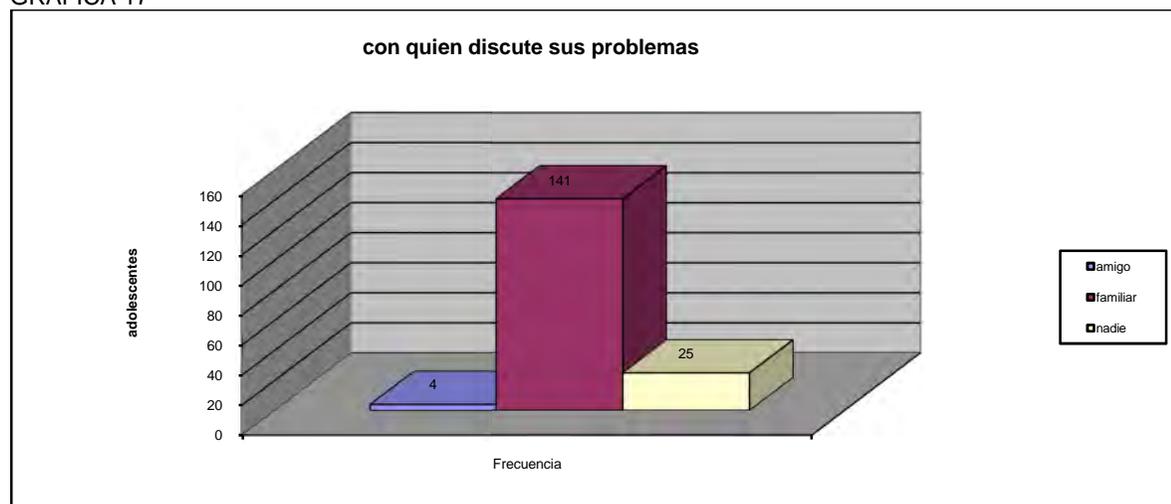


El 82.9% discuten sus problemas con familiares el 2.4% con amigos y el 14.7% refieren no tener con quien discutirlos, el 79.4% se sienten seguros en la escuela, y el 92.4% se sienten seguros en la casa (cuadros 34,35 y 36 y graficas 17 y 18).

CUADRO 34 CON QUIEN DISCUTEN SUS PROBLEMAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Amigo	4	2.4	2.4	2.4
Familiar	141	82.9	82.9	85.3
Nadie	25	14.7	14.7	100.0
Total	170	100.0	100.0	

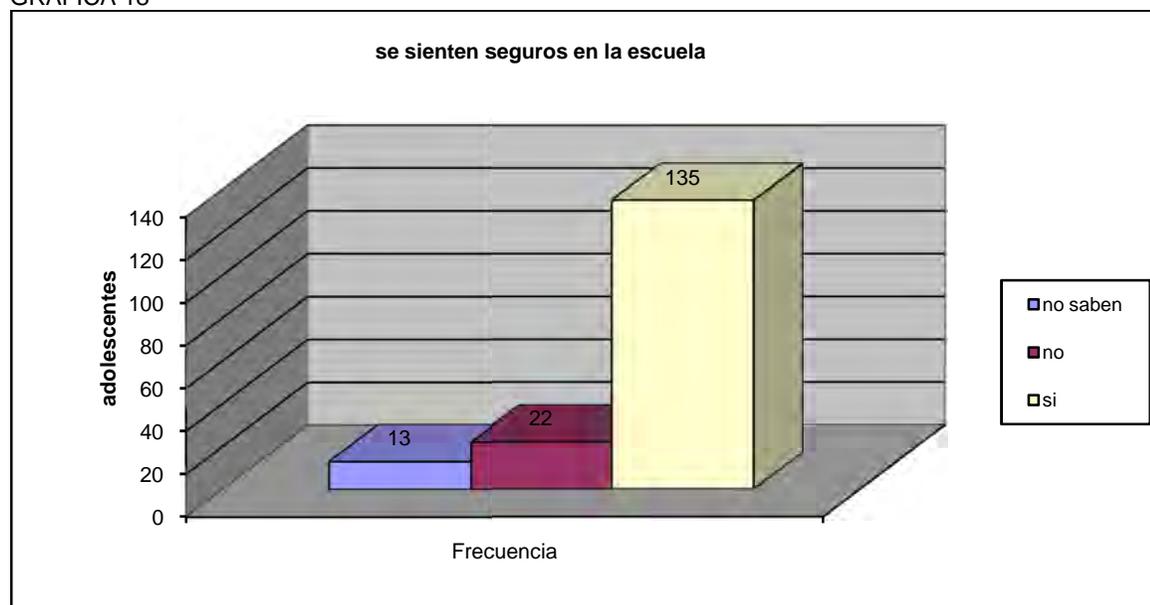
GRAFICA 17



CUADRO 35 SE SIENTEN SEGUROS EN LA ESCUELA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	13	7.6	7.6	7.6
SI	22	12.9	12.9	20.6
Total	135	79.4	79.4	100.0
	170	100.0	100.0	

GRAFICA 18



CUADRO 36 SE SIENTEN SEGUROS EN LA CASA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	1	.6	.6	.6
SI	12	7.1	7.1	7.6
Total	157	92.4	92.4	100.0
	170	100.0	100.0	

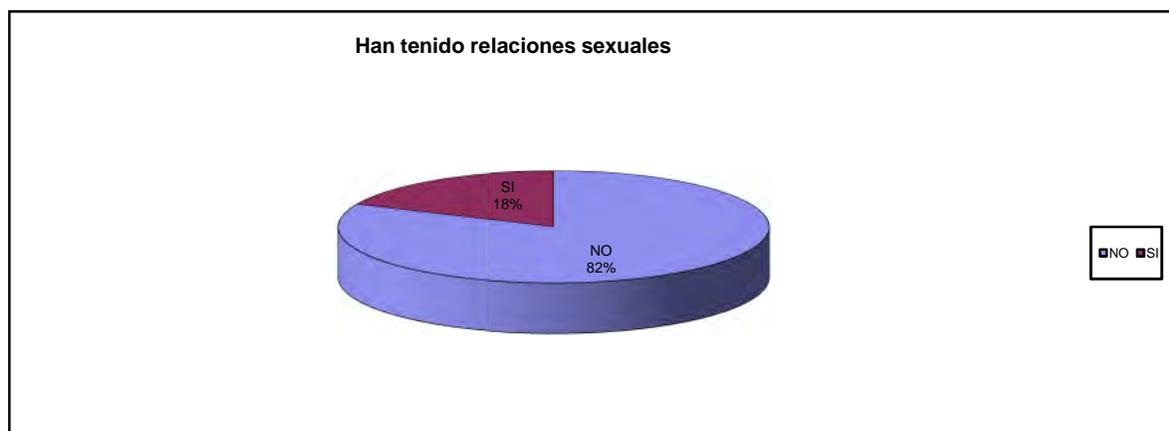
El 81.2% refieren no haber tenido relaciones sexuales y el 18.2% restante que si tuvieron esa experiencia, el 5.2% tenían entre 10 a 12 años, el 19.3% entre 13 a 15 años y el 50% entre 16 a 19 años. El 76.5% refirieron que no utilizaban y solo el 23.5%

usaban medidas anticonceptivas, de estos el 52% no utilizaban preservativos y el 4.7% experimento embarazo, (o en su pareja) encontrándose la mayoría entre los 13 a 15 años de edad, (cuadros 37, 38 39, 40 y 41 y graficas 19 y 20).

CUADRO 37 HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	1	.6	.6	.6
SI	138	81.2	81.2	81.8
Total	170	100.0	100.0	100.0

GRAFICA 19



CUADRO 38 HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES POR GRUPO DE EDAD

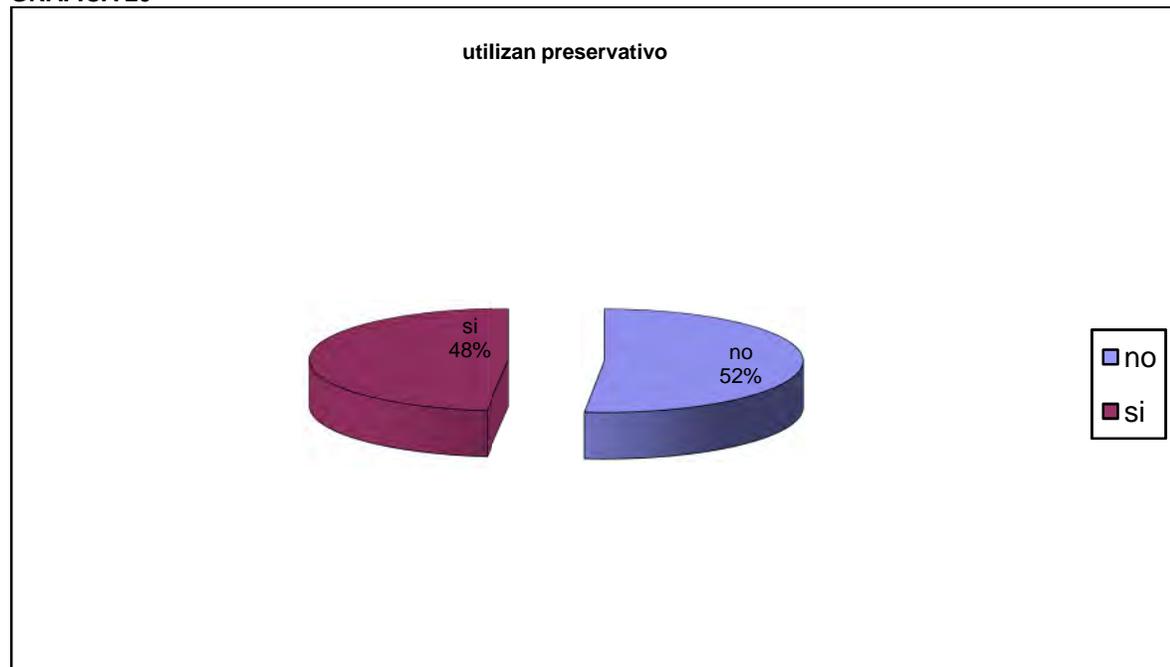
	Grupo de edad	Total
--	---------------	-------

		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	NO	1	0	0	1
	SI	35	96	6	137
		2	23	6	31
Total		38	119	12	169

CUADRO 39 MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	21	12.4	12.4	12.4
Si	130	76.5	76.5	88.8
Total	19	11.2	11.2	100.0
	170	100.0	100.0	

GRAFICA 20



CUADRO 40 EMBARAZOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	1	.6	.6	.6
Si	161	94.7	94.7	95.3
Total	170	100.0	100.0	100.0

CUADRO 41 EMBARAZOS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
EMBARAZOS2	1	0	0	1
No	36	115	9	160
Si	1	4	3	8
Total	38	119	12	169

El 98.2% firmo asentimiento informado, en el 62.4% no agregando comentarios, el 14.1% menciona que le dio flojera hacerlo, el 12.9% que no le entendi3 y solo el 8.8% lo firmo dici3ndolo entendi3ndolo bien (cuadros 42 y 43, grafica 21).

CUADRO 42 FIRMO ASENTIMIENTO INFORMADO

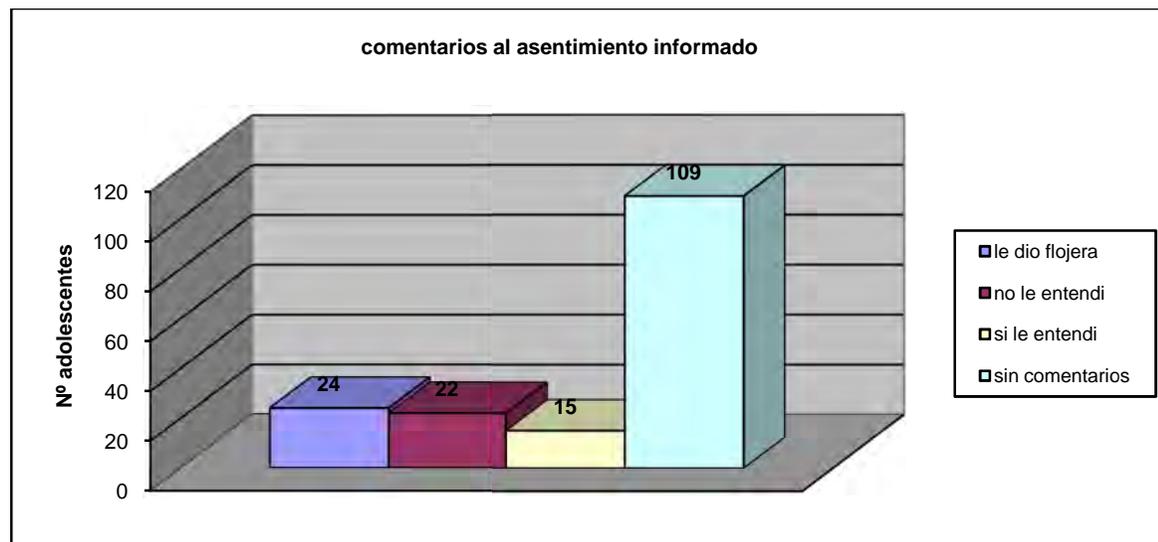
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	3	1.8	1.8	1.8
si	167	98.2	98.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	100.0

CUADRO 43 COMENTARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	3	1.8	1.8	1.8

Le dio flojera	24	14.1	14.1	15.9
no le entendí	22	12.9	12.9	28.8
si le entendí	15	8.8	8.8	37.6
Sin comentarios	106	62.4	62.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

GRAFICA 21



7. DISCUSION

Es importante saber que la muestra obtenida en este estudio fueron 171 pacientes lo cual es el 3.6% de la población de adolescentes que acudió al servicio de urgencias del hospital general Dr. Manuel Gea González, en el periodo de agosto del 2008 a Mayo del 2009. Ya que se atienden en el hospital 4,954 pacientes al mes en el servicio de urgencias de los cuales, 555 pacientes son adolescentes. Lo que constituye un poco más del 10% de la atención total de urgencias. Las preguntas abiertas por ejemplo ¿Qué haces como diversión?, fue necesario agruparlas para obtener resultados específicos, así mismo, el motivo de solicitud de atención, se reclasifico igualmente por especialidades médicas, por ejemplo, en causas traumáticas,

quirúrgicas, gastrointestinales, hematológicas, oncológicas, etc., para obtener resultados clasificables y ordenados. De acuerdo con lo constatado en la ENSANUT (1), nuestra población estudiada se encuentra equilibrada entre hombres y mujeres, encontrando que 42.1% fueron hombres y 56.7% fueron mujeres, de los cuales, la mayoría se encuentra en el grupo de edad de 13 a 15 años. La edad promedio en la cual acudieron a consulta fue de 14.1 años. La mayoría acudió en turno vespertino, sobre todo el grupo de adolescentes entre 13 y 15 años, esto puede ser asociado a que la mayoría acude a clases en el turno matutino, en segundo lugar acudieron en turno nocturno, siendo el turno matutino el menos concurrido. Contrario a lo constatado por varios autores, tanto en hospitales generales como pediátricos. (5, 6, 7, y 8); de que existe, cada vez más, una demanda innecesaria por padecimientos banales, en nuestro estudio encontramos que la demanda de urgencias pediátricas en nuestro hospital de ninguna manera se considera banal o innecesaria ya que pudimos demostrar que las principales causas de atención fueron padecimientos traumáticos, gastrointestinales, quirúrgicos, psiquiátricos, neurológicos, gineco-obstétricos e infectocontagiosos. Tampoco se demostró un abuso del servicio en este grupo de edad, ya que el número de asistencias previamente fue de una sola vez en casi dos terceras partes de los casos. Las veces que previamente acudieron a consulta, lo hicieron principalmente a un centro de salud, y a nuestro hospital Gea González, pero llama la atención que el tercer lugar en importancia fue a las farmacias similares. En cuanto a los antecedentes de salud y convivencia de los adolescentes, los que vivían con ambos padres y que estos eran responsables de ellos, son los que menos problemas especiales tenían, y que acudían menos al servicio. En el rubro educación y empleo, la mayor escolaridad

fue en educación secundaria con 8 años de estudio en promedio, lo cual coincide con lo reportado por el ENSANUT (1) en México y en otros países Latinoamericanos. La gran mayoría no tuvieron el antecedente de haber reprobado, convivían más con amigos y tenían menos posibilidades de pertenecer a pandillas. El tabaquismo predominó en nuestro estudio en los pacientes en edades de 13 a 15 años, lo cual contrasta con el estudio reportado en el ENSANUT (1) que refiere edades de 16 a 19 años. El antecedente de ingestión de bebidas alcohólicas encontrado en nuestro grupo (25.9%) fue superior al reportado por el ENSANUT del 17.7% en general y en menor grupo de edad (13 a 15 años contra 16 a 19 años respectivamente). Los pacientes que utilizaron drogas, se relacionaron con haberse sentido deprimido en alguna ocasión, así como con ingerir bebidas alcohólicas y haberse querido causar daño en algunas ocasiones y además, la mayoría de ellos, mostraban alguna alteración en la dinámica familiar.

En cuanto la sensación de seguridad y sexualidad de este grupo de adolescentes, un porcentaje de 12.9% se sintió inseguro en la escuela y un 7.1% en casa, lo cual se relaciona también, con la sensación de depresión comentada previamente. El porcentaje de adolescentes sexualmente activos que encontramos fue de 18.2%, predominando francamente en las edades de 13 a 15 años, lo cual muestra, una edad más temprana que lo reportado en la bibliografía, ya que el 5.2% de pacientes de 10 a 12 años ya habían tenido relaciones sexuales, llamando también la atención que el 76.5% no utilizó medidas anticonceptivas. Y se encontró un porcentaje de embarazos más alto entre los 13 a 15 años de edad con un 4.7%. Por lo cual estamos de acuerdo a lo reportado en la bibliografía, de que entre las repercusiones de las prácticas

sexuales sin protección que enfrentan los adolescentes, se encuentran los embarazos no deseados y el incremento de las infecciones de transmisión sexual, por lo que se requiere mejorar la educación sexual de este grupo poblacional, así como el conocimiento y formas de uso de métodos anticonceptivos, en especial en lo que concierne a las mujeres jóvenes de nuestro país. (1)

En lo referente al asentimiento informado, pudimos observar con gusto, que el 98% lo contestó, de estos, el 62.4% no realizó ningún comentario, del 37.6% restante que realizaron comentarios, el 14% dijo que le dio flojera leerlo, el 13% no le entendió, y el 10% restante si le entendió claramente. Esto se realizó con el fin de brindarles a los adolescentes el derecho de autonomía.

8. CONCLUSIONES

- 1.- La población adolescente que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González, lo hace en la gran mayoría de los casos, por causas justificadas.
- 2.- El motivo por el cual acuden, se encontró como primera causa de asistencia con el 33%, las causas traumáticas, seguida con el 12% de causas gastrointestinales.
- 3.- El sitio al cual acudieron previamente, predominó el Centro de Salud.
- 4.- En cuanto a las características psicosociales y de salud, se encontró que los adolescentes que vivían con ambos padres, quienes además eran sus tutores, mostraron menos problemas de salud, así como mayor seguridad en la casa y en la escuela y menos sentimiento de depresión.
- 5.- El 9% de pacientes habían consumido drogas, y refirieron haberse sentido en ocasiones deprimidos y haberse querido hacer daño; también presentaban, mayor frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas.
- 6.- El grupo sexualmente activo, de aproximadamente 18%, se encontró principalmente entre los 13 a 15 años.
- 7.- Más de tres cuartas partes, no utilizaba medidas anticonceptivas ni de protección.
- 8.- El 37.6% hicieron comentarios al asentimiento informado refiriendo que un 14% le daba flojera leerlo y el 13% no lo entendía.

9. PERSPECTIVAS

En este estudio y en otros, se conocen los factores de riesgo, de depresión, alcoholismo y violencia que tienen los adolescentes por sus características socio demográficas. Por tal motivo, la creación de clínicas de atención integral interdisciplinarias que tuvieran servicio de psiquiatría, nutrición, dermatología, ginecología, y odontología, a las que puedan acudir, con turnos ampliados para su control y orientación, podrían ser un factor determinante en la prevención y mejoría de la calidad de vida relacionada a la salud de este grupo tan numeroso e importante en nuestro país.

10. BIBLIOGRAFIA

1- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

2.- ¿ Porqué debemos invertir en el Adolescente ?

Organización Panamericana de la Salud W. K. Kellogg Foundation

Dra. Martha R. Burt, Ph.D. Urban Insitute Washington, DC *Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9 al 12 de julio de 1996*

3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de establecimientos sanitarios con régimen de internado 1994. Madrid: INE, 1998.

4. Díaz-Sánchez V. El embarazo en adolescentes en México. Gaceta Médica de México. 2003;139:523-6.

5. Balanzó X, Pujol R y Grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las Urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. Med Clin (Barc) 1989; 92: 86-90.

6. Porta I, Tamborero G, Nebot M, Santana B, Sans L, Alonso J et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos Servicios de Urgencias extrahospitalarios. Atenc Primaria 1986; 3: 205-210.

7. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit 1999; 13:361-70.

8. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann Emerg Med 2000;35:63-8.

9. Colomé LI, Lorenzo Piqueres A, Ortín R. Demanda pediátrica en urgencias de un hospital general. Atenc Primaria 1989; 6: 130.

10. Del Castillo M, Huguet J, Brabo J, Cortada L. Estudio del área de Urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. Med Clin (Barc) 1986; 87: 539-542

11. Gago G, Ania BJ, Luque M, Asenjo M, Poch J. Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4.858 casos atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital infantil. An Esp Pediatr 1990; 32: 99-104. 7. Anónimo. Memoria

12. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104.
13. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pedátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 95-108.
14. Camp J. Caos en los servicios de urgencias. ¿Son las epidemias de gripe las únicas culpables? *Med Clín (Barc)* 1991; 96:20-22.
15. Haddy RI, Schmalzer ME, Epting RJ. Nonemergency emergency room use in patients with and without primary care physicians. *J Fam Pract* 1987; 24:389-392
16. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, et al. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44:121-5.
17. Hurtado Sendín P, Casado Blanco M. Demanda asistencial pediátrica de un servicio de urgencias hospitalario, en horario de centro de Atención Primaria. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56: 243-6.
- 18.- A. Ruiz España, J.J. García García, C. Luaces Cubells, R. Garrido Romero y J. Pou Fernández. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias: *An Esp Pediatr* 2001; 54: 238-242
19. Cohen, E., et al. HEADSS: Psychosocial Risk Assessment Instrument: Implication for Designing Effective Interventions for Runaway Youth. *J Adol Health*. 12(1991). 539–544.
20. Peiro S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. *Gaceta Sanitaria*, 1999, 13(5): 361-70.
21. Goldenring J, Cohen E. Getting into adolescent heads. *Cont Ped*. 75-90
22. Van Amstel L, Lafleur D, Blake K. Raising our HEADSS: adolescent psychosocial documentation in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2004 jun, 11 (6): 648-55.

11. ANEXOS

11.1 Hoja de asentimiento informado

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.

Se me ha informado que la solicitud de atención en los servicios de urgencias, por parte de los adolescentes, constituye en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, uno de los principales motivos de consulta. Este grupo de pacientes, acuden por urgencias reales, probablemente derivados en su mayoría de accidentes y violencia y por otro lado resultado de desequilibrios emocionales, resultantes de la dinámica familiar y social alteradas.

También me informaron que los objetivos de este estudio son los siguientes:

1. Conocer la frecuencia de solicitud de servicios por parte de adolescentes a la consulta de urgencias pediátricas en nuestro medio
- 2.- Conocer el motivo de la consulta
- 3.- Conocer las características de su salud al acudir a la consulta de urgencias
- 4.-Obtener información del asentimiento informado de adolescentes

Se me ha explicado que los procedimientos serán que al llegar a urgencias se atenderá el motivo de mi consulta si es posible y no hay riesgos de salud inminentes que atender, se llevara a cabo un cuestionario que se ha utilizado en muchos estudios para conocer el estado de salud de las personas previa aceptación verbal y por escrito (asentimiento informado) para interrogar aspectos relacionados a mis hábitos de ejercicio, de escuela, de adicciones, y de salud reproductiva que se recolectaran en una base de datos.

Las molestias o los riesgos esperados, pueden ser que debido a que algunas preguntas son de carácter muy personal, y por lo tanto, se me aseguro que mis respuestas serán confidenciales aun para mis padres o tutores, pero si lo decido, podré comentar mis dudas u opiniones con ellos.

Los beneficios de participar son conocer las causas más frecuentes por las que acuden a urgencias los adolescentes y estar preparados con recursos humanos y materiales para su atención. Así mismo poder hacer intervenciones preventivas para evitar las enfermedades.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación

Se me aclaro que tengo la libertad de retirar mi asentimiento en cualquier momento y que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del médico o del hospital

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: "Caracterización de los adolescentes y motivo de la consulta por la que acuden al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Investigador

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación y el otro en poder del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Alfonso Galván Montaña, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al (01 55) 5666-6021

11.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Fecha _____ 2. Hora de atención _____
3. Nombre _____ 4. Fecha de nacimiento _____
5. Edad _____ años _____ meses 6. Sexo _____
7. Lugar de residencia: Delegación _____ Estado _____
8. Acompañado por: Familiar _____ amigo _____ desconocido _____ Otros _____
9. Quien decidió que acudiera a urgencias: _____

10. Motivo de solicitud de atención en Urgencias: (diagnósticos finales)

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

11. ¿Cuántas veces ha acudido a urgencias en el último año? _____

12. Motivo _____

13. ¿Acude a control periódico al médico? Sí _____ No _____

¿Cuántas veces al año? _____

14. ¿Hace cuánto acudió por última vez al médico? _____

¿A dónde? _____

Motivo _____

11.3. 15. INSTRUMENTO DE ENTREVISTA HEADSS

H Home Health

- ¿Dónde vives y con quién? _____
- ¿Son tus Padres los responsables de ti? _____
- ¿Cómo te llevas con la gente con quien vives? _____
- ¿Cuál es tu estado general de salud? _____
- ¿Tienes algún problema en especial? _____
- ¿Te preocupa tu alimentación? _____
- ¿Te preocupa tu peso y/o tu imagen? _____

E Educación, Empleo

- ¿Asistes a la escuela? Sí ___ No ___ ¿Hasta qué año estudiaste? _____
- ¿A qué grado escolar asistes? _____
- ¿Has reprobado algún año? Sí _____ No _____
- ¿Estás en algún programa especial? _____
- ¿Trabajas? _____ En caso afirmativo, ¿en qué? _____

- #### A Actividades
- ¿Qué haces como diversión? _____
 - ¿Tienes amigos con los que convivas? _____
 - ¿Pertenece a algún grupo o pandilla? Sí _____ No _____
¿A cuál? _____

D Drogas

- ¿Fumas? Sí _____ No _____
- ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Sí ___ No ___ ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Has usado drogas? Sí ___ No _____
- ¿Cuáles? _____

D Depresión (Incluyendo tendencias suicidas)

- ¿A veces te sientes deprimido? _____
- ¿Cómo te animas a ti mismo? _____
- ¿A veces te quieres causar daño? _____
- ¿Tienes a alguien con quien discutir tus problemas? _____

S Seguridad

- ¿Te sientes seguro en la escuela? _____
- ¿Te sientes seguro en casa? _____

S Sexualidad

- ¿Has tenido relaciones sexuales? _____ ¿Desde qué edad? _____
- ¿Tomas medidas de control anticonceptivo? No ___ Sí ___ ¿cuáles? _____
 - ¿Alguna vez has estado embarazada (o tu pareja)? _____
 - ¿Usas condones todas las veces? _____
 - ¿Te has realizado Papanicolaou? _____

16. Referido a: Consulta externa _____ Centro de salud _____

Otro hospital _____

11.4 CUADROS

MES DE CAPTURA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Agosto	12	7.1	7.1	7.1
Septiembre	35	20.6	20.6	27.6
Octubre	12	7.1	7.1	34.7
Noviembre	22	12.9	12.9	47.6
Diciembre	24	14.1	14.1	61.8
Enero	16	9.4	9.4	71.2
Febrero	22	12.9	12.9	84.1
Marzo	12	7.1	7.1	91.2
Abril	10	5.9	5.9	97.1
Mayo	5	2.9	2.9	100.0
Total	170	100.0	100.0	

EDAD EN AÑOS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
EDAD AÑOS 10	1	0	0	1
11	11	0	0	11
12	26	0	0	26
13	0	42	0	42
14	0	37	0	37
15	0	40	1	41
16	0	0	8	8
17	0	0	3	3
Total	38	119	12	169

SEXO POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
SEXO femenino	18	70	9	97
masculino	20	49	3	72
Total	38	119	12	169

TURNO DE INGRESO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
TURNO DE INGRESO	Matutino	13	24	2	39
	Nocturno	8	36	3	47
	Vespertino	17	59	7	83
Total		38	119	12	169

QUIEN DECIDIO ACUDIR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	2	1.2	1.2	1.2
Amigo	1	.6	.6	1.8
Escuela	6	3.5	3.5	5.3
Familiar	135	79.4	79.4	84.7
Medico	3	1.8	1.8	86.5
Otro	1	.6	.6	87.1
paciente	22	12.9	12.9	100.0
Total	170	100.0	100.0	

QUIEN DECIDIO ACUDIR POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
QUIEN DECIDIO ACUDIR2	Amigo	0	1	0	1
	Escuela	0	1	0	1
	Escuela	3	3	0	6
	Familiar	34	94	7	135
	Medico	0	3	0	3
	Otro	0	1	0	1
	paciente	1	16	5	22
Total		38	119	12	169

MOTIVO DE CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
abdomen agudo	20	11.8	11.8	11.8
Gastroenterología	21	12.4	12.4	24.1
Ginecobstetrico	14	8.2	8.2	32.4
Hematología	2	1.2	1.2	33.5
Infectocontagioso	14	8.2	8.2	41.8
Neoplasias	2	1.2	1.2	42.9
Neurológica	15	8.8	8.8	51.8
Psiquiátrica	18	10.6	10.6	62.4
Traumatismo	56	32.9	32.9	95.3
Urología	8	4.7	4.7	100.0

Total	170	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

MOTIVO DE CONSULTA POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
MOTIVO DE CONSULTA2	abdomen agudo	2	17	1	20
	Gastroenterología	7	11	3	21
	Ginecobstetrico	3	7	4	14
	Hematología	0	2	0	2
	Infectocontagioso	5	9	0	14
	Neoplasias	2	0	0	2
	Neurológica	6	9	0	15
	Psiquiátrica	3	14	1	18
	Traumatismo	7	45	3	55
	Urología	3	5	0	8
Total		38	119	12	169

NUMERO DE VECES QUE ACUDIO A UGENCIAS PREVIAMENTE POR GÉNERO

		SEXO		Total
		femenino	masculino	
Número de veces que acudió a urgencias previamente	0	6	6	12
	1	60	48	108
	2	21	13	34
	3	4	2	6
	4	1	2	3
	6	1	2	3
	15	1	0	1
Total		94	73	167

NUMERO DE VECES QUE ACUDIO A UGENCIAS PREVIAMENTE POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
Número de veces que acudió a urgencias previamente	0	3	2	7	12
	1	23	81	3	107
	2	8	26	0	34
	3	1	4	1	6
	4	1	1	1	3
	6	2	1	0	3
	15	0	1	0	1
Total		38	116	12	166

CONTROL PERIODICO CON MEDICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	123	72.4	72.4	72.4
Si	47	27.6	27.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CONTROL PERIODICO CON MEDICO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
CONTROL PERIODICO CON MEDICO	No	25	86	11	122
	Si	13	33	1	47
Total		38	119	12	169

CUANTAS VECES AL AÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
1	1	.6	2.3	2.3
2	10	5.9	23.3	25.6
3	6	3.5	14.0	39.5
4	5	2.9	11.6	51.2
5	2	1.2	4.7	55.8
6	7	4.1	16.3	72.1
12	7	4.1	16.3	88.4
15	1	.6	2.3	90.7
30	1	.6	2.3	93.0
50	3	1.8	7.0	100.0
Total	43	25.3	100.0	
Total	127	74.7		
Total	170	100.0		

CUANTAS VECES AL AÑO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
CUANTAS VECES AL AÑO	1	0	1	0	1
	2	2	8	0	10
	3	1	5	0	6
	4	4	1	0	5
	5	0	2	0	2
	6	1	5	1	7
	12	2	5	0	7
	15	0	1	0	1
	30	0	1	0	1
	50	0	3	0	3

Total	10	32	1	43
-------	----	----	---	----

ULTIMA VEZ QUE ACUDIO AL MEDICO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
1	11	6.5	7.2	7.2
2	1	.6	.7	7.9
3	2	1.2	1.3	9.2
4	1	.6	.7	9.9
7	5	2.9	3.3	13.2
8	1	.6	.7	13.8
14	1	.6	.7	14.5
30	32	18.8	21.1	35.5
60	20	11.8	13.2	48.7
90	16	9.4	10.5	59.2
120	9	5.3	5.9	65.1
150	7	4.1	4.6	69.7
180	19	11.2	12.5	82.2
210	2	1.2	1.3	83.6
240	4	2.4	2.6	86.2
300	1	.6	.7	86.8
365	19	11.2	12.5	99.3
700	1	.6	.7	100.0
Total	152	89.4	100.0	
	18	10.6		
Total	170	100.0		

ULTIMA VEZ QUE ACUDIO AL MEDICO POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
ULTIMA VEZ QUE ACUDIO AL MEDICO 1	2	9	0	11
2	0	1	0	1
3	1	1	0	2
4	1	0	0	1
7	2	3	0	5
8	0	1	0	1
14	1	0	0	1
30	3	27	2	32
60	3	17	0	20
90	5	9	2	16
120	1	7	1	9
150	4	3	0	7
180	3	14	2	19
210	1	0	1	2
240	0	3	1	4
300	1	0	0	1
365	7	10	2	19

	700	0	1	0	1
Total		35	106	11	152

HACE CUANTO ACUDIÓ AL MÉDICO POR ÚLTIMA VEZ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Menos de una semana	20	11.8	13.2	13.2
entre una semana y un mes	34	20.0	22.4	35.5
entre uno y tres meses	36	21.2	23.7	59.2
entre tres y 6 meses	35	20.6	23.0	82.2
Más de 6 meses	27	15.9	17.8	100.0
Total	152	89.4	100.0	
	18	10.6		
Total	170	100.0		

HACE CUANTO ACUDIO AL MEDICO POR ULTIMA VEZ POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad	Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
Hace cuanto acudió al médico por última vez	Menos de una semana	6	14	0	20
	entre una semana y un mes	4	28	2	34
	entre uno y tres meses	8	26	2	36
	entre tres y 6 meses	8	24	3	35
	Más de 6 meses	9	14	4	27
Total		35	106	11	152

A DONDE ACUDIÓ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	17	10.0	10.0	10.0
centro de salud	44	25.9	25.9	35.9
farmacia similares	25	14.7	14.7	50.6
Gea González	35	20.6	20.6	71.2
INP	1	.6	.6	71.8
otro hospital	16	9.4	9.4	81.2
particular	32	18.8	18.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

A DONDE ACUDIO POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad	Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
A DONDE acudió		2	13	1	16
	centro de salud	9	33	2	44
	farmacia similares	7	15	3	25
	Gea González	7	23	5	35
	INP	0	1	0	1
	otro hospital	2	14	0	16
	particular	11	20	1	32

Total	38	119	12	169
-------	----	-----	----	-----

MOTIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	18	10.6	10.6	10.6
abdomen agudo	4	2.4	2.4	12.9
certificado medico	24	14.1	14.1	27.1
Consulta general	28	16.5	16.5	43.5
Gastroenterología	24	14.1	14.1	57.6
Ginecobstetrico	4	2.4	2.4	60.0
Hematológica	1	.6	.6	60.6
Infectocontagioso	20	11.8	11.8	72.4
Neurológica	13	7.6	7.6	80.0
Psiquiátrica	6	3.5	3.5	83.5
Traumatismo	25	14.7	14.7	98.2
Urgencia	3	1.8	1.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

MOTIVO POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
MOTIVO	2	14	1	17
abdomen agudo	1	2	1	4
certificado medico	4	19	1	24
Consulta general	7	20	1	28
Gastroenterología	6	14	4	24
Ginecobstetrico	3	0	1	4
Hematológica	0	1	0	1
Infectocontagioso	8	12	0	20
Neurológica	3	9	1	13
Psiquiátrica	1	4	1	6
Traumatismo	3	21	1	25
Urgencia	0	3	0	3
Total	38	119	12	169

CON QUIEN VIVE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
Amigos	2	1.2	1.2	1.8
Casa hogar	2	1.2	1.2	2.9
Familiar	8	4.7	4.7	7.6
Madre	33	19.4	19.4	27.1
Novio	3	1.8	1.8	28.8
Padre	6	3.5	3.5	32.4
Padre y Madre	115	67.6	67.6	100.0

Total	170	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

CON QUIEN VIVE POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
CON QUIEN VIVE2	0	1	0	1
Amigos	0	2	0	2
Casa hogar	0	2	0	2
Familiar	1	7	0	8
Madre	4	28	1	33
Novio	0	0	3	3
Padre	3	3	0	6
Padre y Madre	30	76	8	114
Total	38	119	12	169

TUS PADRES SON RESPONSABLES DE TI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	13	7.6	7.6	7.6
Si	157	92.4	92.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

TUS PADRES SON RESPONSABLES DE TI POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
TUS PADRES SON RESPONSABLES DE TI2	no	1	9	3	13
	Si	37	110	9	156
Total		38	119	12	169

COMO SE LLEVA CON QUIEN VIVE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Bien	134	78.8	78.8	78.8
mal	10	5.9	5.9	84.7
muy bien	3	1.8	1.8	86.5
regular	23	13.5	13.5	100.0
Total	170	100.0	100.0	

COMO SE LLEVA CON QUIEN VIVE POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
COMO SE LLEVA CON QUIEN VIVE	Bien	28	95	11	134
	mal	3	6	0	9
	muy bien	0	3	0	3
	regular	7	15	1	23

Total	38	119	12	169
-------	----	-----	----	-----

PROBLEMA O ENFERMEDAD ESPECIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	119	70.0	70.0	70.0
Si	51	30.0	30.0	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PROBLEMA O ENFERMEDAD ESPECIAL POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PROBLEMA o ENFERMEDAD ESPECIAL2	No	28	81	9	118
	Si	10	38	3	51
Total		38	119	12	169

ESTADO DE SALUD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
Enfermo	20	11.8	11.8	12.4
Regular	11	6.5	6.5	18.8
Sano	138	81.2	81.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

ESTADO DE SALUD POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
ESTADO DE SALUD	Enfermo	0	1	0	1
	Regular	5	15	0	20
	Sano	2	8	1	11
		31	95	11	137
Total		38	119	12	169

PREOCUPA SU ALIMENTACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	81	47.6	47.6	47.6
SI	89	52.4	52.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PREOCUPA SU PESO O IMAGEN POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PREOCUPA SU PESO	NO	15	41	3	59

o IMAGEN	SI	23	78	9	110
Total		38	119	12	169

PREOCUPA SU PESO o IMAGEN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	59	34.7	34.7	34.7
SI	111	65.3	65.3	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PREOCUPA SU ALIMENTACION POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PREOCUPA SU ALIMENTACION	NO	16	60	5	81
	SI	22	59	7	88
Total		38	119	12	169

ASISTE A LA ESCUELA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	14	8.2	8.2	8.2
SI	156	91.8	91.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

ASISTE A LA ESCUELA POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
ASISTE A LA ESCUELA	NO	0	11	3	14
	SI	38	108	9	155
Total		38	119	12	169

GRADO AL QUE ASISTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
4	1	.6	.6	.6
6	9	5.3	5.7	6.4
7	34	20.0	21.7	28.0
8	49	28.8	31.2	59.2
9	40	23.5	25.5	84.7
10	19	11.2	12.1	96.8
11	5	2.9	3.2	100.0
Total	157	92.4	100.0	
	13	7.6		

Total	170	100.0		
-------	-----	-------	--	--

REPROBADO ALGUN AÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	138	81.2	81.2	81.2
SI	32	18.8	18.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

REPROBADO ALGUN AÑO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
REPROBADO ALGUN AÑO	NO	34	96	7	137
	SI	4	23	5	32
Total		38	119	12	169

PROGRAMA O CAPACITACION ESPECIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
NO	156	91.8	91.8	92.4
SI	13	7.6	7.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PROGRAMA O CAPACITACION ESPECIAL POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PROGRAMA O CAPACITACION ESPECIAL	NO	0	1	0	1
	SI	36	107	12	155
Total		38	119	12	169

TRABAJA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	144	84.7	84.7	84.7
Si	26	15.3	15.3	100.0
Total	170	100.0	100.0	

TRABAJA POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
TRABAJA2	NO	36	101	7	144
	Si	2	18	5	25

Total	38	119	12	169
-------	----	-----	----	-----

ACTIVIDADES DE DIVERSION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Baile	12	7.1	7.1	7.1
Cine	18	10.6	10.6	17.6
deportes	31	18.2	18.2	35.9
dibujo	3	1.8	1.8	37.6
Idiomas	1	.6	.6	38.2
internet	6	3.5	3.5	41.8
leer	4	2.4	2.4	44.1
Música	23	13.5	13.5	57.6
Nada	15	8.8	8.8	66.5
Otro	16	9.4	9.4	75.9
Repostería	2	1.2	1.2	77.1
Televisión	19	11.2	11.2	88.2
Videojuegos	20	11.8	11.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

ACTIVIDADES DE DIVERSION POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
ACTIVIDADES DE DIVERSION2	Baile	1	11	0	12
	Cine	4	13	1	18
	deportes	6	22	2	30
	dibujo	2	0	1	3
	Idiomas	1	0	0	1
	internet	2	3	1	6
	leer	2	1	1	4
	Música	3	19	1	23
	Nada	5	9	1	15
	Otro	4	12	0	16
	Repostería	0	1	1	2
	Televisión	2	15	2	19
	Videojuegos	6	13	1	20
	Total	38	119	12	169

AMIGOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	20	11.8	11.8	11.8
si	150	88.2	88.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

AMIGOS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
AMIGOS no	6	13	1	20
si	32	106	11	149
Total	38	119	12	169

PANDILLAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	139	81.8	81.8	81.8
si	31	18.2	18.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PANDILLAS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PANDILLAS2 no	33	95	10	138
si	5	24	2	31
Total	38	119	12	169

FUMAN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
no	133	78.2	78.2	78.8
si	36	21.2	21.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

FUMAN POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
FUMAN	0	1	0	1
no	32	94	6	132
si	6	24	6	36
Total	38	119	12	169

INGIEREN ALCOHOL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
no	125	73.5	73.5	74.1
Si	44	25.9	25.9	100.0
Total	170	100.0	100.0	

INGIEREN ALCOHOL PORGRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
INGIEREN ALCOHOL2	0	1	0	1
no	31	83	10	124
Si	7	35	2	44
Total	38	119	12	169

DROGAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
No	155	91.2	91.2	91.2
Si	15	8.8	8.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

DROGAS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
DROGAS2 No	36	106	12	154
Si	2	13	0	15
Total	38	119	12	169

DEPRIMIDOS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
DEPRIMIDOS	0	1	0	1
No	15	46	4	65
Si	23	72	8	103
Total	38	119	12	169

CON QUE SE ANIMAN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	4	2.4	2.4	2.4
bailar	1	.6	.6	2.9
bañándose	1	.6	.6	3.5
beber con sus amigos	1	.6	.6	4.1
bloquea malos pensamientos	1	.6	.6	4.7
buscar a sus amigos o hermana	1	.6	.6	5.3
buscar amigos	1	.6	.6	5.9
caminar	2	1.2	1.2	7.1
cantando	1	.6	.6	7.6
chatear	1	.6	.6	8.2
cocinando	1	.6	.6	8.8
cocinar	1	.6	.6	9.4
comprando ropa	1	.6	.6	10.0
comprar chácharas	1	.6	.6	10.6
comprar helados	1	.6	.6	11.2
con música	1	.6	.6	11.8
con nada	1	.6	.6	12.4
con su hermana	1	.6	.6	12.9
con sus amigas bailando	1	.6	.6	13.5
con sus amigos	1	.6	.6	14.1
decir que todo está bien	1	.6	.6	14.7
dibujando	1	.6	.6	15.3
dibujar	3	1.8	1.8	17.1
diciendo voy a salir adelante	1	.6	.6	17.6
diciendo Yo puedo	1	.6	.6	18.2
distraerse	1	.6	.6	18.8
dormirse	2	1.2	1.2	20.0
duerme o ver tv	1	.6	.6	20.6
ejercicio	1	.6	.6	21.2
escuchando chistes	1	.6	.6	21.8
escuchar chistes	1	.6	.6	22.4
escuchar música	2	1.2	1.2	23.5
evita pensar en eso	1	.6	.6	24.1
fumar	1	.6	.6	24.7
hablar con amigas	2	1.2	1.2	25.9
hablar con su maestro	1	.6	.6	26.5
hablar con sus amigos	5	2.9	2.9	29.4
hablar en el espejo	1	.6	.6	30.0
hablar por teléfono	1	.6	.6	30.6

hablar solo	1	.6	.6	31.2
hablo con mi hermano	1	.6	.6	31.8
hacer cosas que le gustan	1	.6	.6	32.4
hacer ejercicio	1	.6	.6	32.9
imaginar cosas	1	.6	.6	33.5
ir al cine	1	.6	.6	34.1
ir con amigas	1	.6	.6	34.7
ir con amigos	4	2.4	2.4	37.1
ir con sus amigas	1	.6	.6	37.6
juega basquetbol	1	.6	.6	38.2
juega videojuegos	1	.6	.6	38.8
juegos de video	1	.6	.6	39.4
jugando	5	2.9	2.9	42.4
jugar con primos	1	.6	.6	42.9
jugar con su hermano	1	.6	.6	43.5
jugar futbol	4	2.4	2.4	45.9
Jugar con amigas	1	.6	.6	46.5
juntarse con amigos	1	.6	.6	47.1
leer	2	1.2	1.2	48.2
leer libros de superación	1	.6	.6	48.8
leyendo	1	.6	.6	49.4
meditando	1	.6	.6	50.0
mentalizarse	1	.6	.6	50.6
música	1	.6	.6	51.2
nada	1	.6	.6	51.8
no sabe	3	1.8	1.8	53.5
oír chistes	1	.6	.6	54.1
oír música	4	2.4	2.4	56.5
oír música y tomar sus medicinas	1	.6	.6	57.1
oyendo hip hop	1	.6	.6	57.6
oyendo música	1	.6	.6	58.2
pedir consejos a amigos	1	.6	.6	58.8
pensando en el problema	1	.6	.6	59.4
pensando las cosas	1	.6	.6	60.0
pensar en ser feliz	1	.6	.6	60.6
pensar en su familia	1	.6	.6	61.2
platicar	2	1.2	1.2	62.4
platicar con amigas	1	.6	.6	62.9
platicar con amigos	1	.6	.6	63.5
platicar con su hermana	1	.6	.6	64.1
platicar en el espejo	1	.6	.6	64.7
platicar por teléfono	1	.6	.6	65.3
repasar guiones de teatro	1	.6	.6	65.9
saliendo	1	.6	.6	66.5
saliendo con amigos	1	.6	.6	67.1

salir a fiestas	1	.6	.6	67.6
salir a internet	1	.6	.6	68.2
salir a la calle	1	.6	.6	68.8
salir al parque	1	.6	.6	69.4
salir con amigas	1	.6	.6	70.0
salir con amigos	3	1.8	1.8	71.8
salir con primos	1	.6	.6	72.4
salir con su novia	1	.6	.6	72.9
salir de su casa	2	1.2	1.2	74.1
solo se le quita	3	1.8	1.8	75.9
su hermana la hace reír	1	.6	.6	76.5
tocar guitarra	1	.6	.6	77.1
trata de olvidar sus problemas	1	.6	.6	77.6
ver deportes	1	.6	.6	78.2
ver tv	1	.6	.6	78.8
ver a su mama	1	.6	.6	79.4
ver las cosas buenas	1	.6	.6	80.0
ver lucha libre	1	.6	.6	80.6
ver paisajes lindos	1	.6	.6	81.2
ver películas	8	4.7	4.7	85.9
ver tv	17	10.0	10.0	95.9
ver videojuegos	1	.6	.6	96.5
ver videos	1	.6	.6	97.1
verse al espejo y decirse cosas buenas	1	.6	.6	97.6
videojuegos	4	2.4	2.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

SE HAN QUERIDO CAUSAR DAÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
NO	119	70.0	70.0	70.0
SI	51	30.0	30.0	100.0
Total	170	100.0	100.0	

SE HAN QUERIDO CAUSAR DAÑO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
SE HAN QUERIDO CAUSAR DAÑO	NO	26	81	11	118
	SI	12	38	1	51
Total		38	119	12	169

CON QUIEN DISCUTEN SUS PROBLEMAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Amigo	4	2.4	2.4	2.4
Familiar	141	82.9	82.9	85.3
Nadie	25	14.7	14.7	100.0
Total	170	100.0	100.0	

CON QUIEN DISCUTEN SUS PROBLEMAS POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
CON QUIEN DISCUTEN SUS PROBLEMAS	Amigo	0	4	0	4
	Familiar	32	98	11	141
	Nadie	6	17	1	24
Total		38	119	12	169

SEGUROS EN LA ESCUELA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	13	7.6	7.6	7.6
NO	22	12.9	12.9	20.6
SI	135	79.4	79.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

SEGUROS EN LA ESCUELA POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
SEGUROS EN LA ESCUELA	NO	1	10	2	13
	SI	4	17	0	21
		33	92	10	135
Total		38	119	12	169

SEGUROS EN LA CASA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
NO	12	7.1	7.1	7.6
SI	157	92.4	92.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

SEGUROS EN LA CASA POR GRUPO DE EDAD

		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
SEGUROS EN LA CASA	NO	0	1	0	1
	SI	4	8	0	12
		34	110	12	156
Total		38	119	12	169

PANDILLAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	147	86.5	86.5	86.5
Barberas	1	.6	.6	87.1
Breykeras	2	1.2	1.2	88.2
Casetos	4	2.4	2.4	90.6
Chinchetos	1	.6	.6	91.2
Díscolos	1	.6	.6	91.8
Emos	6	3.5	3.5	95.3
Famosos Katas	1	.6	.6	95.9
Grafitero	2	1.2	1.2	97.1
H3 y haraganes	2	1.2	1.2	98.2
KDH	1	.6	.6	98.8
Mara Cholos	1	.6	.6	99.4
Vagos	1	.6	.6	100.0
Total	170	100.0	100.0	

HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
NO	138	81.2	81.2	81.8
SI	31	18.2	18.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES	NO	1	0	0	1
	SI	35	96	6	137
		2	23	6	31
Total		38	119	12	169

MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	21	12.4	12.4	12.4
No	130	76.5	76.5	88.8
Si	19	11.2	11.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS2	No	6	10	5	21
	Si	31	94	4	129
	Si	1	15	3	19
Total		38	119	12	169

EMBARAZOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	1	.6	.6	.6
No	161	94.7	94.7	95.3
Si	8	4.7	4.7	100.0
Total	170	100.0	100.0	

EMBARAZOS POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
EMBARAZOS2	No	1	0	0	1
	Si	36	115	9	160
	Si	1	4	3	8
Total		38	119	12	169

USO DE PRESERVATIVOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	139	81.8	81.8	81.8
no	16	9.4	9.4	91.2
si	15	8.8	8.8	100.0
Total	170	100.0	100.0	

USO DE PRESERVATIVOS POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
USO DE PRESERVATIVOS	36	96	6	138
no	1	11	4	16
si	1	12	2	15
Total	38	119	12	169

PAPANICOLAOU

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	143	84.1	84.1	84.1
no	25	14.7	14.7	98.8
si	2	1.2	1.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

PAPANICOLAOU POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
PAPANICOLAOU	36	100	6	142
no	2	18	5	25
si	0	1	1	2
Total	38	119	12	169

REFERIDOS A:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
centro de salud	92	54.1	54.1	54.1
consulta externa	45	26.5	26.5	80.6
hospitalización	16	9.4	9.4	90.0
otro hospital	17	10.0	10.0	100.0
Total	170	100.0	100.0	

REFERIDOS A POR GRUPO DE EDAD

	Grupo de edad			Total
	10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
REFERIDOS A:	19	67	5	91
centro de salud	11	29	5	45
consulta externa	3	11	2	16
hospitalización	5	12	0	17
otro hospital	38	119	12	169
Total				

FIRMO CONSENTIMIENTO INFORMADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
no	3	1.8	1.8	1.8
si	167	98.2	98.2	100.0
Total	170	100.0	100.0	

FIRMO CONSENTIMIENTO INFORMADO POR GRUPO DE EDAD

		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
FIRMO	no	1	2	0	3
CONSENTIMIENTO	si	37	117	12	166
INFORMADO					
Total		38	119	12	169

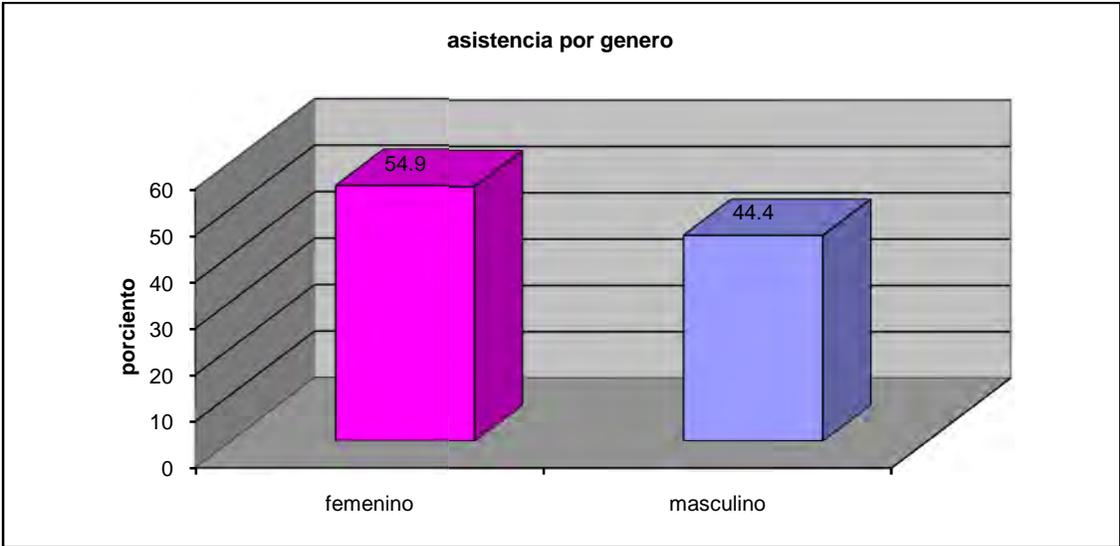
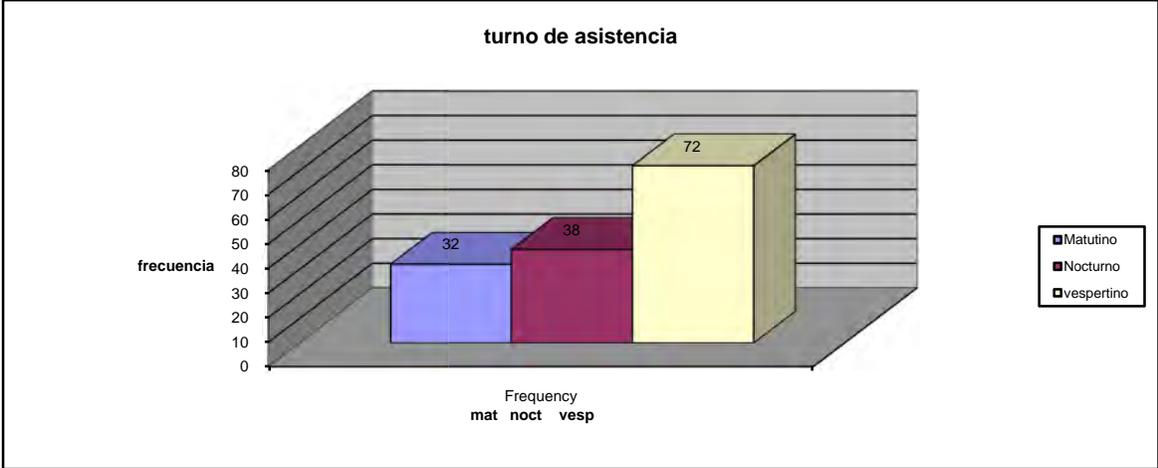
COMENTARIO

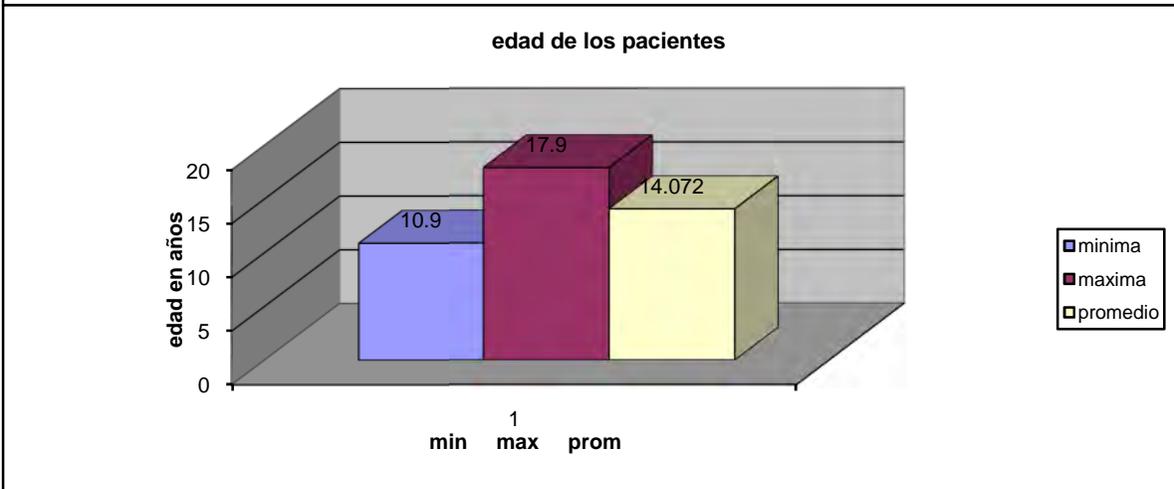
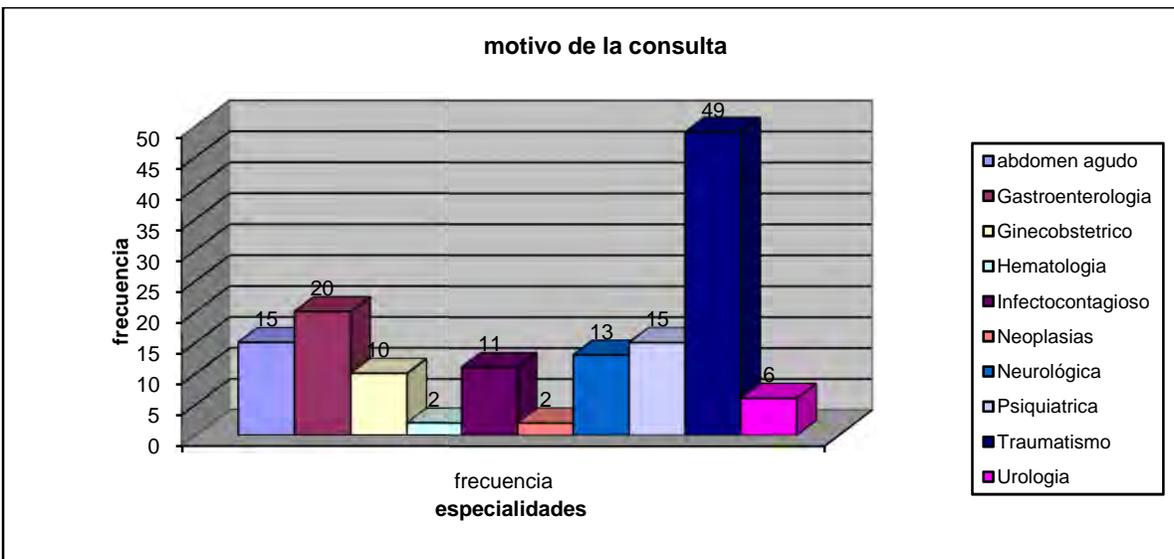
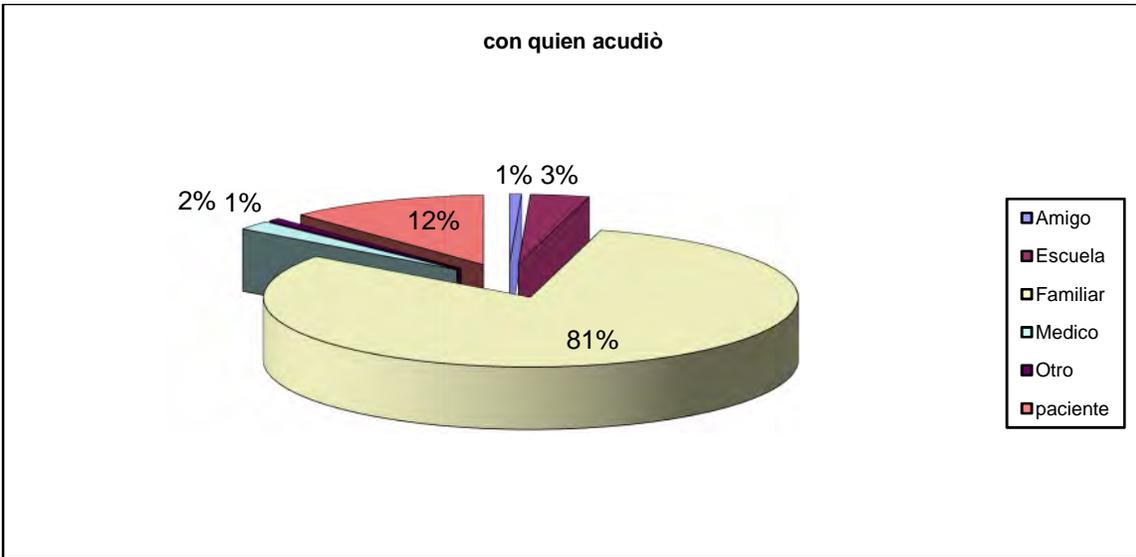
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
	3	1.8	1.8	1.8
Le dio flojera	24	14.1	14.1	15.9
no le entendí	22	12.9	12.9	28.8
si le entendí	15	8.8	8.8	37.6
Sin comentarios	106	62.4	62.4	100.0
Total	170	100.0	100.0	

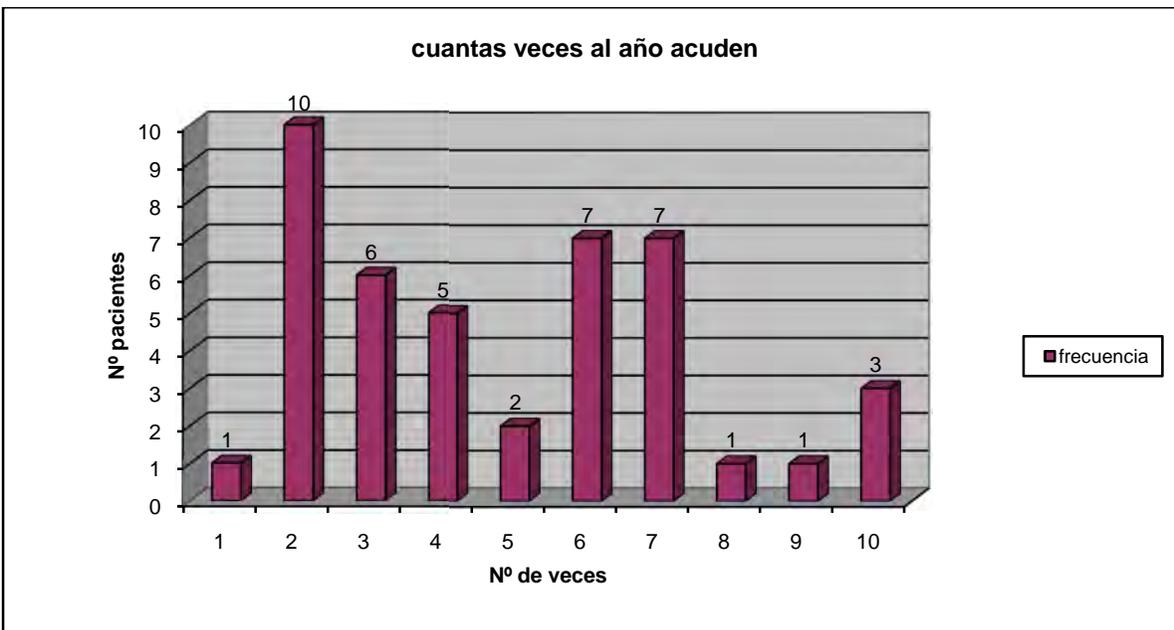
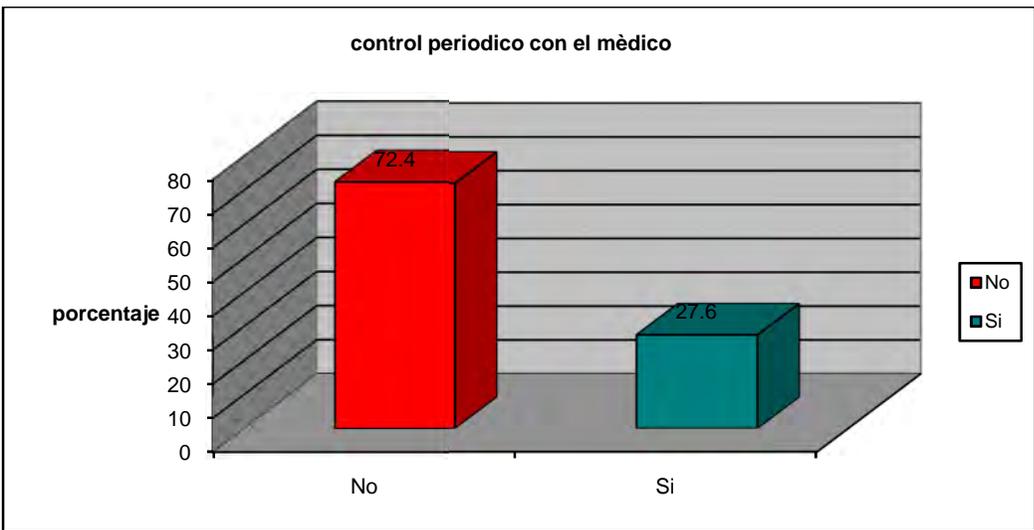
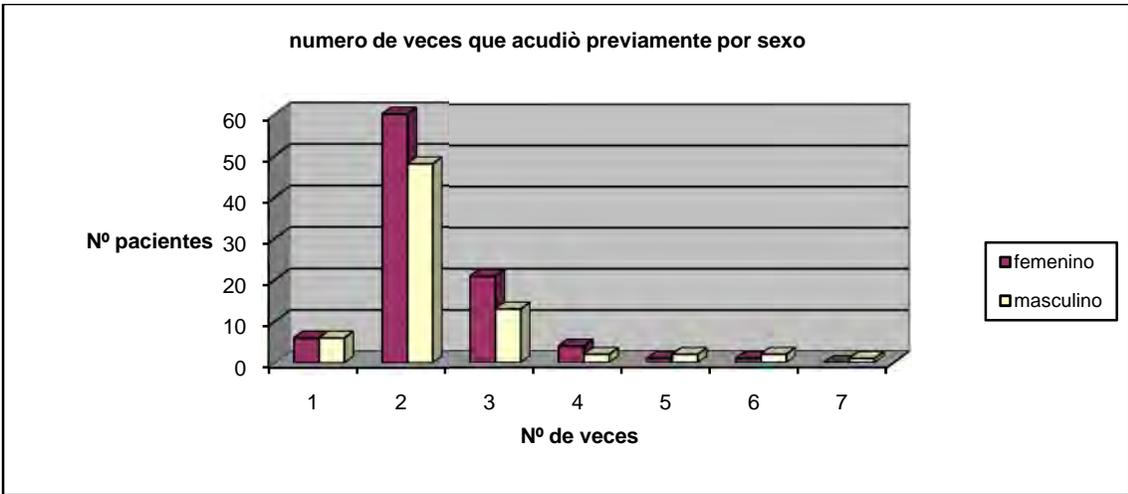
COMENTARIO POR GRUPO DE EDAD

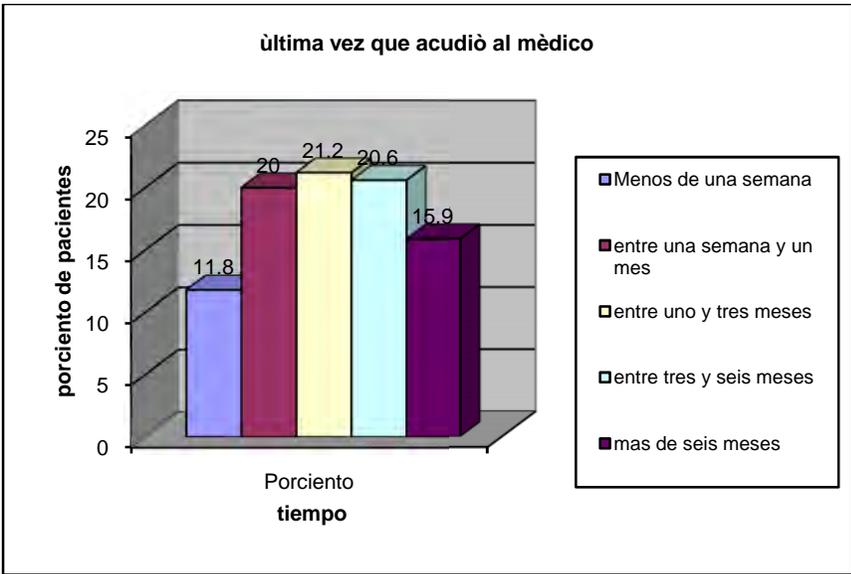
		Grupo de edad			Total
		10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años	
COMENTARIO		1	2	0	3
	Le dio flojera	4	19	1	24
	no le entendí	6	16	0	22
	si le entendí	2	13	0	15
	Sin comentarios	25	69	11	105
Total		38	119	12	169

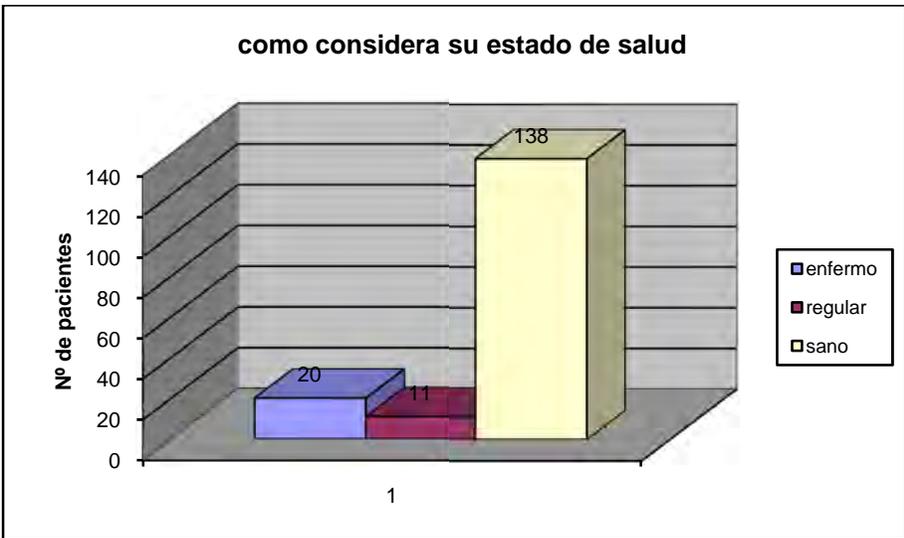
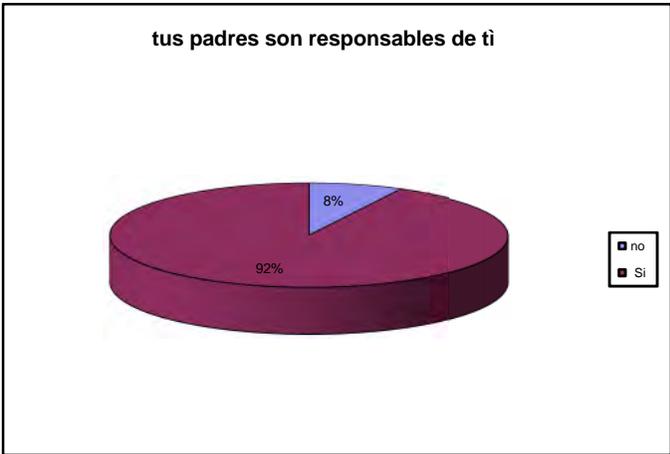
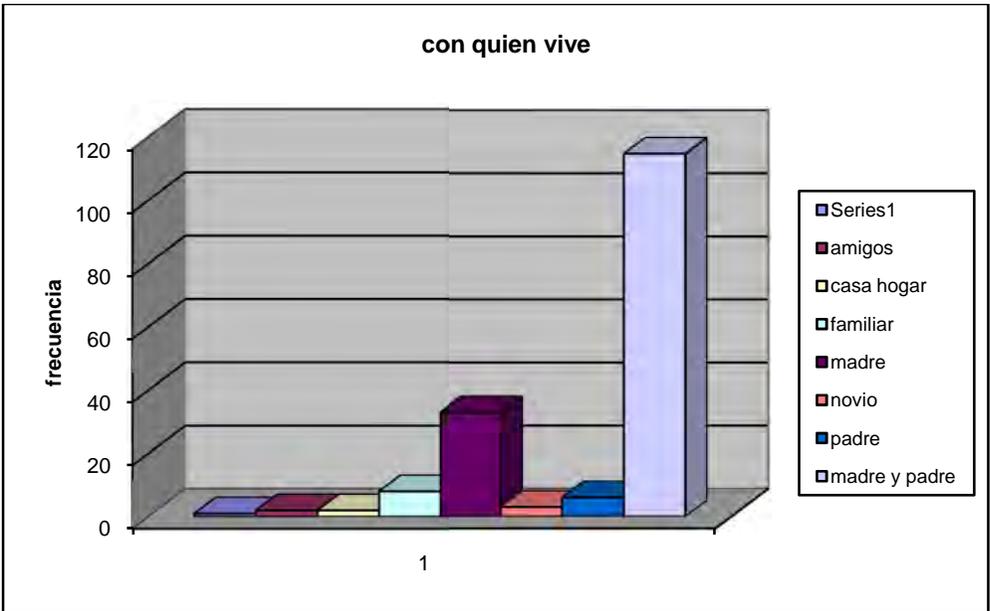
GRAFICAS



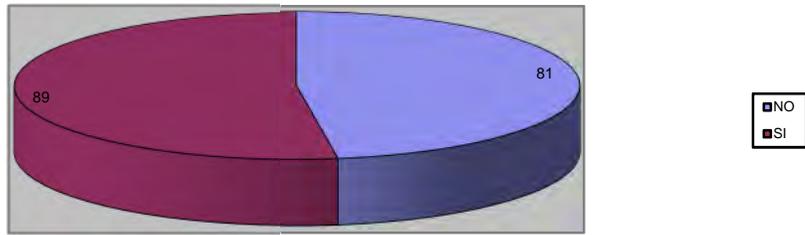




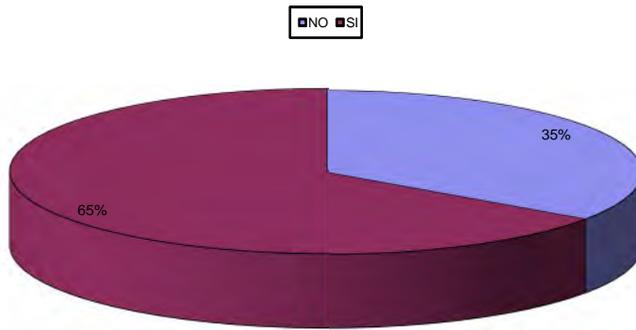




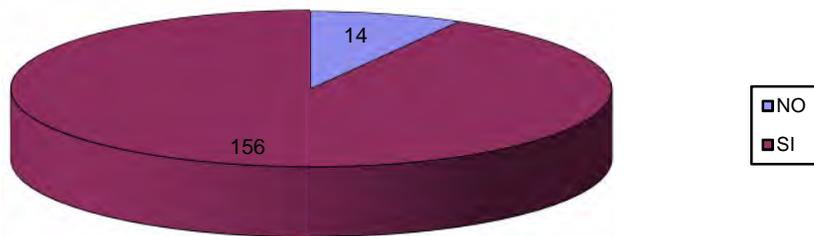
les preocupa su alimentaci3n

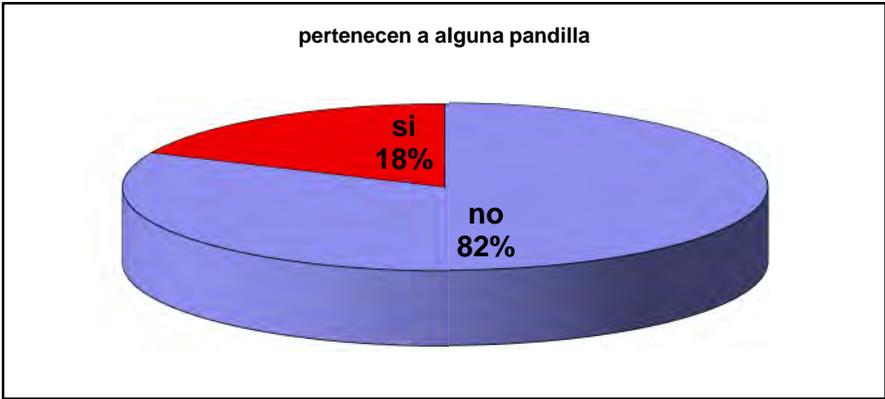
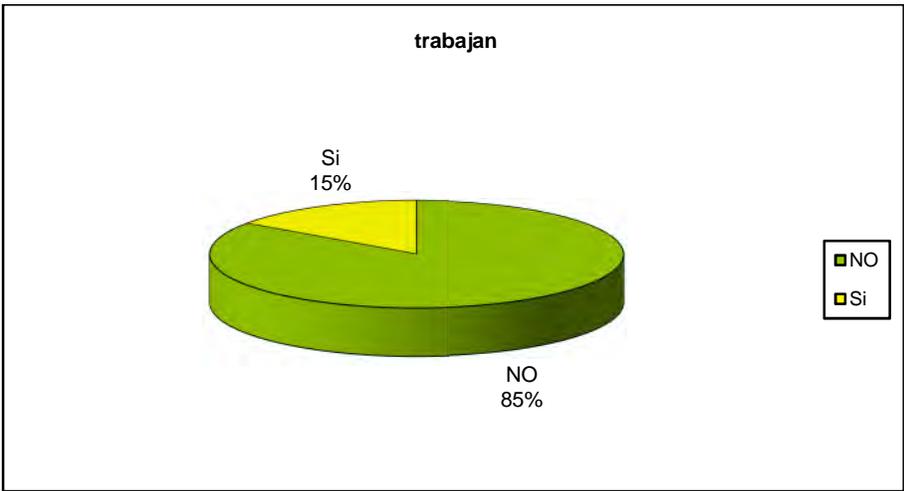
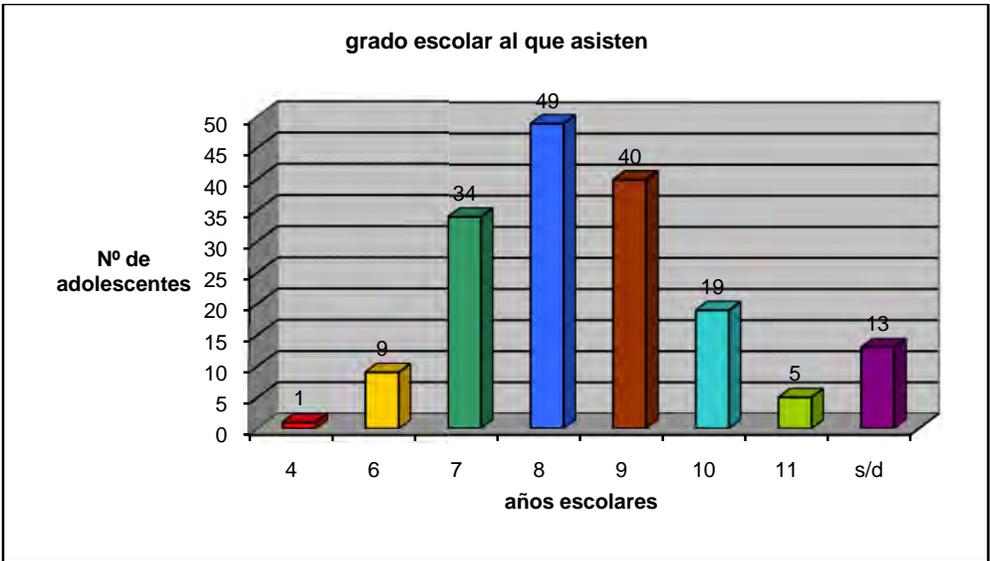


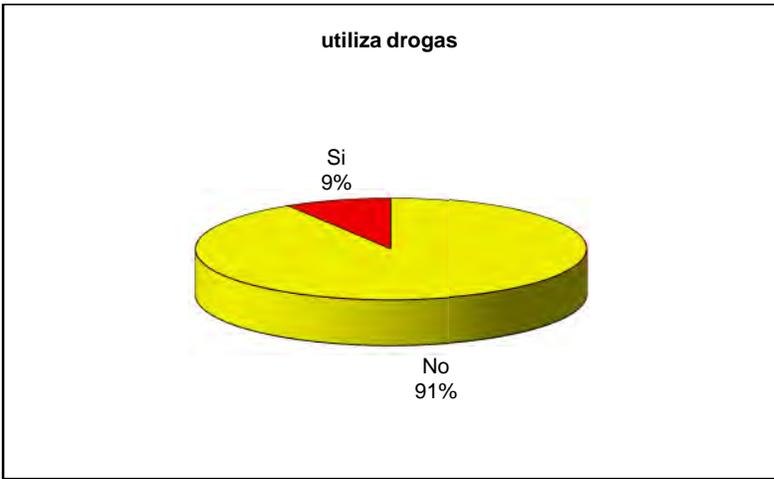
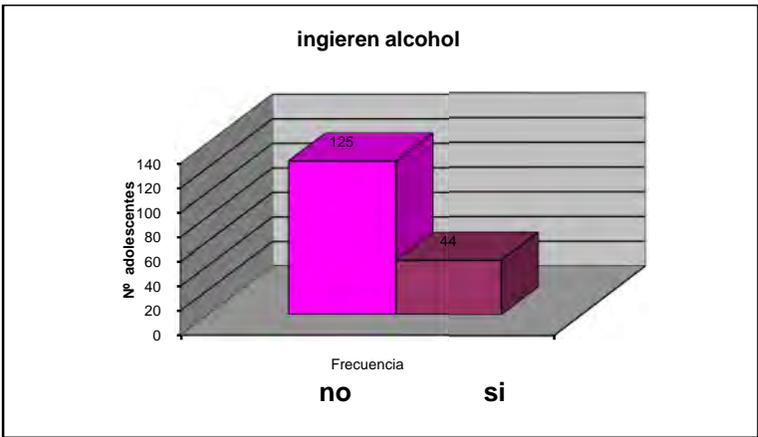
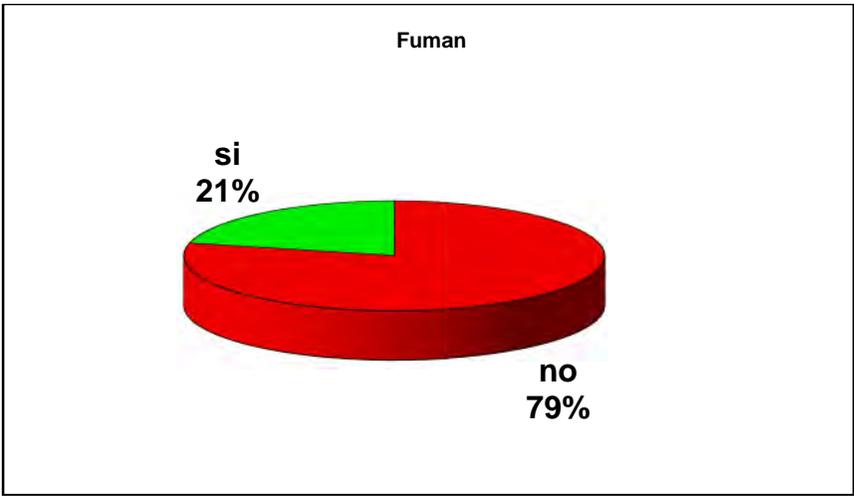
Preocupa su imagen



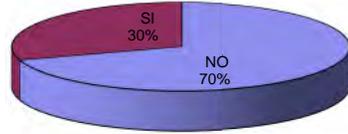
asiste a la escuela



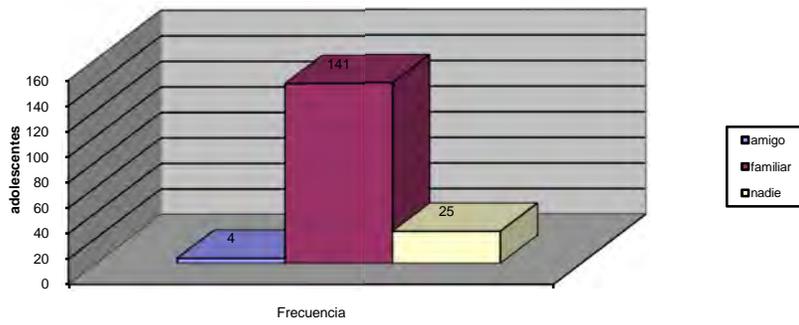




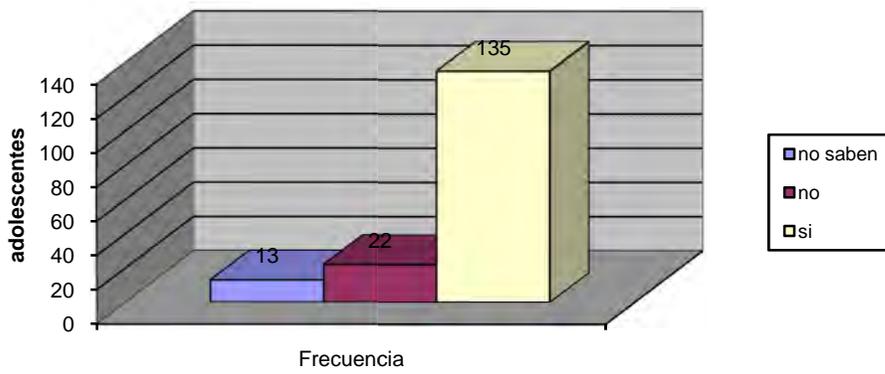
se han querido causar daño



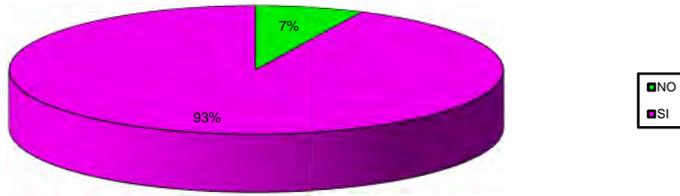
con quien discute sus problemas



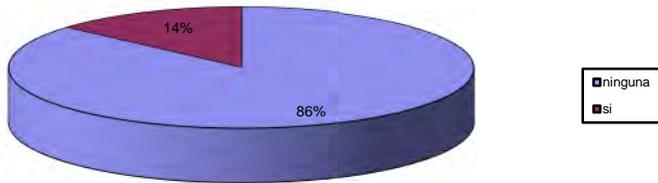
se sienten seguros en la escuela



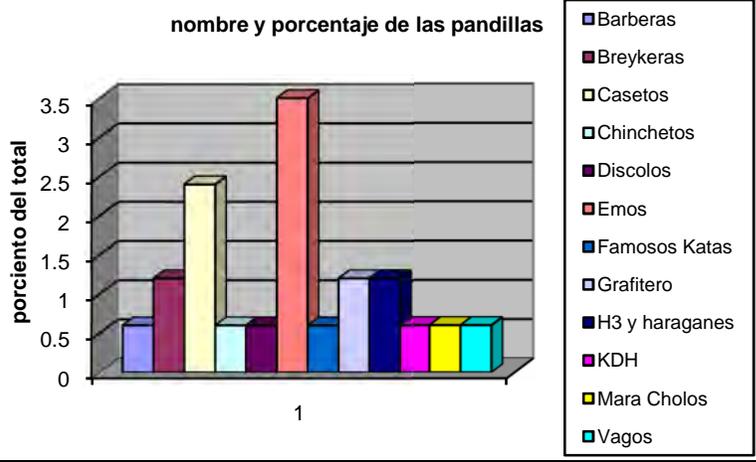
se sienten seguros en la casa



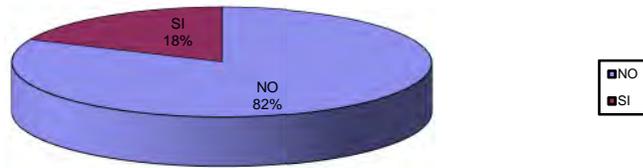
pertenecen a alguna pandilla



nombre y porcentaje de las pandillas



Han tenido relaciones sexuales



utilizan preservativo



firieron asentimiento informado

