

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
UNAH – VS

POSTGRADO DE PEDIATRIA



**Caracterización Clínica - Epidemiológica de los
Adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catarino
Rivas**

Sustentado por: Dra. Perla Esmeralda Rubi Rodas

(Previo a Obtención del título de Pediatra)

Asesores: Dra. Karen Erazo ME

Dr. Juan José Guerra ME

San Pedro Sula, Cortes, Honduras, C.A

Noviembre 2016

Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula
Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.
UNAH

RECTORA

MSc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICERECTORA ACADÉMICA

DRA. RUTILIA CALDERON PADILLA

SECRETARIA GENERAL

ABG. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSGRADOS DE MEDICINA FCM.

DRA. ELSA YOLANDA PALOU.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH-VS**

DIRECTOR

DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO

SUBDIRECTOR ACADÉMICO

MTE. CARLOS ALBERTO PINEDA

SUBDIRECTOR VINCULACIÓN UNIVERSIDAD- SOCIEDAD

DR. FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ

**SUBDIRECTOR DE DESARROLLO ESTUDIANTIL, CULTURA, ARTE Y
DEPORTE**

MSc. RAFAEL ENRIQUE MEJIA

SECRETARIA

DRA. JESSICA PATRICIA SÁNCHEZ MEDINA

COORDINADORA DE POSGRADOS

MSc. ISBELA ORELLANA RAMIREZ

DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JOSÉ RAÚL ARITA CHÁVEZ

JEFE DEPARTAMENTO MEDICINA CLÍNICA INTEGRAL

DR. MARCO ANTONIO MOLINA SOTO

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA

DR. JOSÉ PASTOR LAÍNEZ MACIS

**COORDINADORA GENERAL INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA POSGRADOS
DE MEDICINA. EUCS**

DRA. TANIA SOLEDAD LICONA RIVERA

COORDINADOR POSGRADO DE PEDIATRIA

DR. GABRIEL ENRIQUE BENNETT RECONCO

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	1-2
II.	ANTECEDENTES.....	3-4
III.	JUSTIFICACION.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V.	OBJETIVOS.....	6
VI.	MARCO TEORICO.....	7-18
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	19-21
VIII.	CONSIDERACIONES ETICAS.....	21
IX.	RESULTADOS.....	22-35
X.	DISCUSION.....	36-38
XI.	CONCLUSIONES.....	39
XII.	RECOMENDACIONES.....	40
XIII.	REFERENCIAS.....	40-42
XIV.	ANEXOS	

DEDICATORIA

“ a mi hijo amado Jeiby Jafeth quien es mi motor de cada día y mi motivación para ser una mejor persona, madre y profesional; a mi esposo Jeiby Guerra quien es mi sostén y ha caminado de mi mano dándome fortaleza durante todo este camino”

I. INTRODUCCION

Según OMS, se considera periodo de adolescencia el comprendido entre 10 y 19 años. Cada una de estas etapas tiene sus propias características. ⁽¹⁾ Honduras, es un país con una población de más de ocho millones de habitantes, la población de 10 a 19 años es de 1,905,610 y representa el 24% del total poblacional del país.

Esta población adolescente demanda oportunidades educativas, recreativas, laborales, de salud y requieren respuestas en relación al acceso y uso de recursos para la salud. ⁽²⁾ La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con frecuencia las necesidades de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión, es que estos en comparación con los niños y los adultos mayores sufren pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas.

Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, si lo hacen en años posteriores. De hecho la OMS estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia ⁽³⁾

El perfil epidemiológico de cualquier grupo social recoge el conjunto de situaciones objetivas o características que conforman aquello que se denomina 'la carga de enfermedades' que padece ese grupo social o la población en general: esas características o situaciones objetivas se refieren a la morbi - mortalidad y a aquellos factores que las determinan. Es importante identificar la magnitud de los problemas de salud integral, su evolución, cuáles son los nuevos grupos en riesgo, y cuál es su entorno socioeconómico, cultural y territorial. ⁽⁴⁾

El presente documento, pretende hacer una mayor aproximación acerca de la

situación actual de los adolescentes ingresados en Hospital Mario Catarino Rivas, principalmente desde el punto de vista de la Salud y áreas afines, delimitando un perfil clínico epidemiológico que nos permita conocer con mayor precisión sus características y necesidades en el contexto de salud y psicosocial. Además, se describirá la situación de educación y trabajo de esta población, considerando, que el nivel educativo y económico son de gran influencia para la salud y la contribución que los adolescentes hacen al país como parte de la Población económicamente activa.

Por tal razón en este estudio, realizaremos una caracterización clínica - epidemiológica de los adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catarino Rivas durante el periodo Julio 2015 – Agosto 2016, utilizando una metodología descriptiva prospectiva, en donde se realizara una entrevista al azar a los adolescentes hospitalizados, para definir cada uno de los perfiles que caracterizan este grupo de adolescentes en estudio.

II. ANTECEDENTES

SAN PEDRO SULA

Según estudios, el 30.5% de los adolescentes en Honduras se concentran en los departamentos de Francisco Morazán y Cortes, los de mayor actividad comercial, financiera y administrativa, así como con mayores oportunidades educativas y laborales. Le sigue Yoro en orden de importancia con el 7.7%.⁽⁴⁾

En el hospital Mario Catarino Rivas en la consulta externa de adolescentes se atiende alrededor de 80 pacientes al mes y en el departamento de Psicología en consulta externa se evalúan alrededor de 600 pacientes al mes, de los cuales 50% son adolescentes con trastornos de la conducta (conductas disociales y conductas adictivas a sustancias), intentos de suicidio, y abuso sexual en un menor porcentaje. Hasta la fecha no hay estadísticas sobre la morbilidad de este grupo hospitalizado, de hecho hasta hace 3 años se atienden los adolescentes en el servicio de Pediatría aperturándose salas para su hospitalización en el 2014, contando con un pediatra para su atención.

HONDURAS

Para el año 2000, según estadísticas de Atención Hospitalaria, hubo un total de 215,611 egresos de hospitalarios. Más del 17% de estos egresos corresponden a la población entre 10 y 19 años. El 47.8% de los egresos, está relacionado con el ciclo reproductivo de la mujer de estos, 27% correspondieron a la población adolescente; la segunda causa de egresos en población adolescente, se relaciona con situaciones violentas (traumatismos y envenenamientos, entre otras). Y en tercer lugar enfermedades del sistema digestivo.⁽⁵⁾

AMERICA LATINA

En América Latina y el Caribe, se estima que las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con los otros grupos etarios, y la mayoría de las muertes son debidas a causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). En la mayoría de los países los accidentes de tráfico son la causa más importante de mortalidad en este grupo etario y en segundo lugar los suicidios.⁽⁶⁾

EPIDEMIOLOGIA MUNDIAL:

Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo en zonas urbanas. ⁽⁷⁾

III. JUSTIFICACION

La situación de los adolescentes en Honduras no escapa a la realidad de América Latina: les afecta la pobreza, la baja escolaridad, la falta de oportunidades, relaciones intrafamiliares en conflicto, limitado acceso a servicios de salud, violencia, elevadas tasas de embarazo, (ubicando a Honduras como el segundo país de Latinoamérica con mayor fecundidad entre adolescentes, con una tasa de 102 por 100,000 nacidos vivos), mortalidad materna y perinatal, las ITS y la violencia en general

Consideramos que la población adolescente de Honduras, tradicionalmente ha sido invisibilizada debido principalmente, a la falta de información estadística y datos representativos que reflejen una idea real de su perfil y situación dentro de la sociedad.⁽²⁾ Durante muchos años a nivel privado un paciente en edad adolescente con caracteres sexuales era atendido en los servicios de adultos pero desde el año 2014 eso ha cambiado en el HMCR donde ahora son atendidos hasta los 17 años con 11 meses.

El presente documento, pretende hacer una mayor aproximación acerca de la situación actual de los adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catrino Rivas, principalmente desde el punto de vista de la Salud y áreas afines. En ese sentido, se ha hecho un esfuerzo por realizar una caracterización epidemiológica, que nos permita conocer con mayor precisión sus necesidades y ubicación dentro del contexto de salud y psicosocial.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características Clínicas – Epidemiológicas de los adolescentes ingresados en Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar Clínica – Epidemiológicamente a los adolescentes ingresados en Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas de Julio 2015 a Septiembre 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores demográficos los adolescentes ingresados al HMCR.
2. Definir los perfiles sociales, educativos, ocupacionales, económico de los pacientes en estudio.
3. Identificar el porcentaje de los adolescentes que han recibido educación sexual, los que han iniciado vida sexual activa y cuántos de estos pacientes son padres o madres adolescentes
4. Enumerar las patologías más frecuentes por lo que ingresan los adolescentes al HMCR y que porcentaje ingresan por actos violentos o han sido sometidos a algún tipo de violencia
5. Identificar abuso de sustancias en este grupo de edad.
6. Determinar la incidencia de intentos suicidas en estos pacientes.

VI. MARCO TEORICO

La adolescencia es una de las etapas más fascinantes de la vida y a la vez más compleja, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia, los jóvenes buscan su identidad y aprenden a poner en práctica los valores aprendidos en la infancia y a desarrollar responsabilidades que les permiten convertirse en adultos. Cuando estos reciben el apoyo de los adultos se desarrollan de forma inimaginables convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades. ⁽⁸⁾

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de Las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades de los y las adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión, es que estos en comparación con los niños y los adultos mayores sufren pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. ⁽⁹⁾

Definición

La adolescencia es un periodo de límites mal definidos que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La cronología más admitida es la de la OMS, que considera periodo de adolescencia propiamente dicha el comprendido entre 10 y 19 años, con una fase de pre adolescencia de 10-13 años, correspondiente a la pubertad y otra de pos adolescencia de los 18 a los 24 años.

Cada una de estas etapas tiene sus propias características ⁽¹⁾

PERFIL BIOLÓGICO

Mientras que la adolescencia se define como un periodo del desarrollo, la Pubertad se es el proceso biológico en el que un niño se convierte en adulto. Los cambios rápidos de la pubertad comienzan con incremento de la sensibilidad de la hipófisis

a la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), la liberación pulsátil de GnRH, hormona Luteinizante(LH) y hormona folículo estimulante (FSH) durante el sueño, y los aumentos correspondientes de andrógenos y estrógenos gonadales. La secuencia de cambios somáticos y fisiológicos da lugar a la escala de madurez sexual, o estadios de Tanner (Anexos tabla 1 y 2).⁽¹⁾

La adolescencia progresa a través de 3 periodos distintos –precoz (10-13 años), medio (14-16 años) y tardío (17-20>), cada uno de ellos marcados por un conjunto de características biológicas. (Anexo tabla 3)⁽⁴⁾

PERFIL CLINICO

Morbilidad

Los adolescentes pueden padecer cualquier enfermedad pero hay una serie de enfermedades que se observan con mayor frecuencia en este periodo de edad, bien porque están íntimamente relacionadas con el propio proceso madurativo o porque el conjunto de adaptaciones fisiológicas que tienen lugar durante la adolescencia contribuyen a que adquieran mayor relieve o tengan características especiales. En estudios que se hicieron en 19 clínicas para adolescentes en Estados Unidos, los diagnósticos más frecuentes fueron: obesidad, acné, alergias, crisis convulsivas, problemas ortopédicos, enfermedades infecciosas, alteraciones menstruales, trastornos del crecimiento y muy raro anomalías metabólicas.

En los Hospitales en los informes de alta, se encontró que las principales causas de hospitalización fueron: accidentes (predominio varones), problemas quirúrgicos, diabetes, problemas ginecológicos, patología hepatobiliar, infecciones y alteraciones ortopédicas ocupando un último lugar Hipertensión y problemas cardiacos.⁽¹⁰⁾

La primera causa de muerte son los accidentes de los cuales más de la mitad son de circulación y el resto corresponden a suicidios, homicidios y otras muertes violentas. Le siguen en frecuencia las neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, respiratorio, y del sistema nervioso central.⁽¹¹⁾

PERFILES EPIDEMIOLOGICOS

1. Educación

No asistir a la escuela. ¿Cuántos jóvenes de 12 a 19 años no asisten a la escuela? Su aprendizaje es predominantemente callejero y sus capacidades y oportunidades son drásticamente recortadas. Ellos y las familias que formen serán pobres. Y el país tendrá limitaciones de integración social y competitividad. Garantizar la asistencia escolar de todos los adolescentes es uno de los grandes retos. ^(12,13)

2. Económico

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

Las adolescentes más pobres también tienen más probabilidades de casarse a temprana edad; de hecho, las tasas de matrimonio precoz entre estas niñas son alrededor de tres veces más altas que entre las adolescentes de las familias del quintil más rico. Las niñas que se casan a una edad temprana también están más expuestas a quedar atrapadas en el ciclo negativo de embarazos prematuros, altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, y altos niveles de desnutrición infantil. Y existen pruebas contundentes de que la desnutrición es uno de los factores más perjudiciales para el desarrollo en la primera infancia. La manera más apropiada de interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza es adoptar un enfoque del desarrollo infantil basado en el ciclo vital, que conceda más importancia a la atención, la protección y la promoción de la autonomía de los adolescentes y, en particular, de las niñas adolescentes.

Sean ricos o pobres, los adolescentes tendrán que hacer frente a las consecuencias

intergeneracionales de la actual zozobra económica, incluyendo el desempleo estructural que podría persistir; el cambio climático y la degradación del medio ambiente; el vertiginoso proceso de urbanización y la dinámica de la migración; el envejecimiento de las sociedades y los crecientes costos de la atención de la salud; la pandemia de VIH/sida; y las crisis humanitarias, cada vez más frecuentes y devastadoras. Los adolescentes y jóvenes comparten con los otros miembros de sus familias, los perjuicios de los niveles de pobreza relativa y absoluta que han ido en aumento (en la profundización de la pobreza y el número de pobres) en las últimas décadas en América Latina. ^(7,13,14)

2. Ambiente

Violencia y Criminalidad en Adolescentes

Honduras es uno de los tres países de la región latinoamericana con índices de criminalidad y violencia más elevados, junto a Colombia y El Salvador. Durante el año 2004 la tasa de homicidios llegó a ser de 49.5 por cada cien mil habitantes, superando a Colombia, Brasil y El Salvador. Una forma de manifestación de violencia relativamente reciente en Honduras es la que proviene de grupos juveniles.

Aunque las agrupaciones juveniles originalmente responden a la búsqueda de alternativas de sobrevivencia y protección por el desarraigo y la desvinculación de los jóvenes de sus familias, y permiten a sus miembros sobrellevar la llamada crisis de la adolescencia, cuando éstas se ven enfrentadas a la violencia social más cruenta promueven también conductas reñidas con las normas sociales, con lo que frecuentemente refuerzan la opinión ya negativa que en general se tiene sobre este grupo etario en particular, al cual se le adjudican conductas antisociales que ponen en precario la seguridad ciudadana, y en consecuencia se le aplican modelos de control coercitivos alejados del marco democrático y de derechos humanos.

La expresión más cruda de la violencia juvenil grupal se ha concretado en las maras o pandillas; con elementos de transculturización a partir de las repatriaciones de jóvenes indocumentados, han hecho su aparición en el país grupos organizados cuyo enfoque de base era la defensa territorial del barrio, enfoque que se flexibiliza frente a los mecanismos represivos generados por el Estado, permitiendo la evolución de las maras o pandillas a otros estadios. En los centros para adolescentes en conflicto con la ley, para enero de 2007 la población privada de libertad vinculada a maras era de 16 hombres y 3 mujeres; 5 de los hombres sin sentencia y 11 sentenciados. No fue posible obtener datos desagregados sobre las mujeres. La población de adolescentes privados de libertad vinculados a pandillas o maras representa un 3.97% del total de adolescentes en centros a nivel nacional para el 2007 (478 total, 433 hombres y 45 mujeres) ^(7,15)

Suicidio

La OMS Y OECD consideran como suicidio las defunciones por lesiones autoinflingidas intencionalmente. En el 2012 a nivel mundial ocurrieron más 800,000 casos de suicidios que representaron un total de 1.4 de muertes en el mundo. En México para el 2013 ocurrieron 928 muertes por suicidio en adolescentes de las cuales 67% ocurrieron en hombres y un 32% en mujeres. ⁽¹⁶⁾

Abuso de sustancias

Una característica de la adolescencia que se relaciona con la necesidad psicológica de explorar los límites. Y esta necesidad es un aspecto del desarrollo de la identidad individual. Esta disposición a asumir riesgos lleva a muchos niños y niñas adolescentes a experimentar con el tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas, sin comprender cabalmente el daño que pueden ocasionar a su salud o las repercusiones a largo plazo de las adicciones, como involucrarse en conductas delictivas. ⁽¹⁷⁾

La adicción más común es fumar, un hábito que casi siempre se adquiere en la

adolescencia. Se estima que la mitad de los 150 millones de adolescentes que siguen fumando morirán por causas relacionadas con el consumo de tabaco. Los comportamientos imprudentes suelen superponerse. Así, un informe sobre la pobreza infantil en los países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que UNICEF elaboró en 2007, mostró que los adolescentes que fuman tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de usar cannabis.^(18,19)

3. **Sexualidad**

El comportamiento sexual de los jóvenes ha cambiado a lo largo de los años, los comportamientos esperables comprenden: conversación y chistes sobre sexo, masturbación, abrazos, besos, darse la mano y mimos. Los comportamientos que pueden ser inadecuados comprenden pornografía, promiscuidad, violación del espacio corporal de otros, y acciones sexualmente agresivas y obscenas. Los comportamientos claramente inadecuados comprenden: amenazas sexuales explícitas, degradación y humillación de sí mismo, conversaciones explícitas de sexo con niños menores.

Además de las conductas sexuales habituales el médico debe considerar las posibles variaciones sexuales que existen:

Transexualismo: es la convicción de una persona de un sexo biológico determinado, de pertenecer a otro sexo.

Travestismo: consiste en vestirse como lo hace el otro sexo. Generalmente indica que los roles de género del otro género también pueden ser poco satisfactorios.

La orientación sexual es un patrón persistente de atracción física y/o emocional por personas del mismo sexo o del sexo opuesto.

Homosexualidad: patrón persistente de atracción por personas del mismo sexo.

Bisexualidad: patrón de atracción por ambos sexos.

Implicaciones para la salud: problemas psicosociales (homofobia), menor rendimiento académico, faltas injustificadas y el abandono del colegio, por abuso y

violencia en el entorno escolar, es frecuente el abuso de sustancias, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios o intentos de suicidio.

Existe un aumento en la actividad sexual de jóvenes a edades cada vez más tempranas, y la tasa de fertilidad en mujeres adolescentes es mayor a 50 por 1 000 en varios países. Según el estudio de Soto en México el inicio de vida sexual alrededor de 23% en la adolescencia. Las encuestas demográficas y de salud de las mujeres en centro y Sudamérica señalan que altos porcentajes de adolescentes en México, El Salvador y Brasil tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, lo que concuerda con este estudio en donde se encontró que la mayoría inicia vida sexual antes de los 16 años. ^(20,21,22)

Las infecciones de transmisión sexual afectan a 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes adquieren cada año tricomoniasis, *Chlamydia*, gonorrea o sífilis. La mitad de los casos nuevos del VIH ocurren en jóvenes de 15 a 24 años, y la edad promedio de casos está disminuyendo. Se estima que en Haití, República Dominicana, Honduras, Panamá y Guatemala, más de 1% de la población de 15 a 24 años de edad es seropositiva. ^(9,22)

Otro grave riesgo para la salud que se deriva de la actividad sexual en la adolescencia es el aborto en condiciones inseguras, que cobra las vidas de numerosas niñas adolescentes y provoca daños a muchas más. Un estudio efectuado por la Organización Mundial de la Salud, en 2003, calculó que 14% de todos los abortos en condiciones de riesgo que se efectúan en el mundo en desarrollo 2,5 millones ese año involucran a adolescentes menores de 20 años. La mayoría de los que se practican a adolescentes tienen lugar en circunstancias peligrosas y antihigiénicas, por personal que carece de la capacitación necesaria ⁽⁸⁾

Embarazo en Adolescentes

Habitualmente el embarazo y la anticoncepción se consideran un problema femenino, sin embargo al hablar de salud reproductiva y sexual del adolescente es indispensable tener en cuenta ambos sexos. ⁽²⁾ La maternidad temprana y/o no

deseada, la pobreza unida a la interrupción o fin de la escolaridad y la dificultad para conseguir empleo, son algunos de los efectos psico-sociales más importantes. ⁽²³⁾ Reducir los niveles de embarazo en la adolescencia es vital para el mejoramiento de la vida de las mujeres, familias así como de la sociedad en general. En el 2012 se creó la Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH) cuyas metas propuestas para el 2017 son Metas de la estrategia:

1. Incrementar las atenciones de los adolescentes a los servicios de salud.
2. Reducir la tasa de embarazo en adolescente de 22% a 15.8 %.
3. Disminuir la demanda insatisfecha en anticoncepción (adolescentes de 15–19 años).
4. Disminuir en un 10% la mortalidad materna en adolescentes

Abuso Sexual

La violencia y el abuso sexual tienen muchas formas y pueden presentarse en cualquier lugar: la escuela, el hogar, el trabajo, la comunidad e, incluso, el ciberespacio. Los estudios indican que la mayoría de las víctimas de abuso sexual son niñas, aunque los niños también pueden verse afectados por esta clase de delitos. Muchos adolescentes caen víctimas de la explotación sexual con fines comerciales tras dejarse convencer de que, a cambio, recibirán educación u obtendrán empleo o dinero. Otras causas son la presión familiar y la necesidad de mantenerse y mantener a sus familias.

La pobreza, la exclusión social y económica, el bajo nivel educativo y la falta de información sobre los riesgos asociados con la explotación sexual con fines comerciales incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes al abuso sexual.⁽²⁴⁾

VIH y SIDA

En los países con alta prevalencia, el VIH y el sida ponen en peligro las vidas de los adolescentes. Prevenir la transmisión del VIH es uno de los retos más importantes

para preservar la vida y la salud de los adolescentes. Se estima que la mitad de las infecciones por VIH se presentan entre los 15 y 24 años, y que el sida es la octava causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta causa de muerte entre los niños de 10 a 14 años, el número de víctimas fatales en los países con alta prevalencia es desproporcionadamente alto. ⁽²⁵⁾

4. **Psicológico**

El adolescente se ve en una dinámica y feroz lucha por su autodeterminación, la búsqueda de su identidad, de su autonomía e individualidad. Estos autores comentan que durante este proceso el adolescente parece experimentar un aislamiento, una separación de su contexto primario de formación (familia), para refugiarse principalmente en el grupo de amigos.

Rubén Efron, consultor de UNICEF para Argentina, propone que en esta etapa deben realizarse tres operaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: la construcción de la identidad, la construcción del espacio subjetivo y el proceso de emancipación. ^(26,27,28)

Los Adolescentes constantemente presentan trastornos conductuales que condicionan a ideaciones suicidas. A lo largo de la historia de la humanidad, el suicidio ha estado presente en la mayoría de las culturas, y actualmente es uno de los problemas que enfrentan todas las sociedades. Lo anterior cobra importancia en el caso particular de los jóvenes, grupo en el que se observa un considerable aumento de casos y que parece no estar adecuadamente informado con respecto del tema, lo que complica la prevención.

El estrés psicológico se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente; la relación estresante es aquella que demanda esfuerzo o excede los recursos personales, y la unidad de análisis es la transacción o encuentro en el cual la evaluación de una persona involucra daño, miedo al daño, o una actitud positiva, optimista, de sobreponerse a los obstáculos, a los que se denomina “desafíos” Así pues, los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida. Tal

relación se explica por el incremento de estresores psicosociales que experimenta la gente joven en el mundo actual ⁽²⁹⁾

La discapacidad en la adolescencia

Nadie sabe cuántos adolescentes viven con discapacidades físicas o mentales. Al igual que los niños y niñas más pequeños, los adolescentes con algún tipo de discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de la discriminación, el estigma y la exclusión. Casi siempre viven segregados de la sociedad y no es raro que se les considere víctimas pasivas u objetos de caridad. Así mismo, son vulnerables a la violencia física y a toda clase de abusos. Sus probabilidades de estar estudiando son sustancialmente menores, y sus tasas de transición a grados superiores son inferiores al promedio. Esta falta de oportunidades educativas contribuye a la pobreza a largo plazo.

PERFIL DE INMUNIZACIONES

Cualquier visita al médico es una buena oportunidad para que los preadolescentes y adolescentes reciban las 4 vacunas recomendadas.

Las siguientes vacunas son recomendadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP), la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP), la Sociedad de Medicina y Salud Adolescente (SAHM) y los CDC.

- **Vacuna virus papiloma humano**

Las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) ayudan a proteger a las niñas y a los niños de la infección por el VPH y el cáncer causado por el VPH. Existen dos marcas de la vacuna contra el VPH (Cervarix y Gardasil) Ambas vacunas están disponibles para las niñas. Solo Gardasil está disponible para los niños. Las niñas y los niños de 11 o 12 años deben recibir tres dosis de la vacuna en un periodo de seis meses.

- **Vacuna antimeningocócica conjugada** (MCV4, por sus siglas en inglés) protege contra algunas de las bacterias que pueden causar meningitis y septicemia. La meningitis puede ser muy grave y hasta mortal. Los preadolescentes necesitan la vacuna MCV4 a los 11 o 12 años, y después una dosis de refuerzo a los 16 años. Los adolescentes que recibieron la vacuna MCV4 cuando tenían 13, 14 o 15 años, aún deben recibir una dosis de refuerzo a los 16 años.
- **Vacuna Tdap**
Protege contra 3 enfermedades graves: el tétanos, la difteria y la tosferina. Los preadolescentes deben ponerse la Tdap a los 11 o 12 años.
- **Vacuna contra la influenza (gripe)**
La vacuna contra la influenza protege contra esta enfermedad. Los preadolescentes y adolescentes deben recibir la vacuna contra la influenza cada año. Es muy importante que los preadolescentes y adolescentes con enfermedades crónicas, como asma o diabetes, reciban la vacuna contra la influenza, ya que la influenza puede ser grave incluso para los preadolescentes y adolescentes saludables.⁽³⁰⁾

¿Por qué debemos invertir en salud y desarrollo del adolescente?

Invertir en la juventud contribuirá a la salud general, la educación y condiciones sociales de las presentes y futuras generaciones, de esta manera si los gobiernos invierten ahora en salud y educación para sus jóvenes, cuando estos se integren a su fuerza laboral, su productividad contribuirá al incremento de los niveles del producto global interno, como ocurrió en Asia.

En el adolescente con enfermedad crónica el tratamiento puede ocasionar limitaciones en el estilo de vida del paciente y su familia, que provoca una carga adicional al grado de invalidez. El potencial de rehabilitación y el nivel final de recuperación están relacionados con la autoestima del adolescente, por lo que es de suma importancia conocer la percepción de calidad de vida en este grupo de enfermos.

ACTUALIDAD EN ATENCION DE ADOLESCENTES

El mundo está tomando conciencia de la importancia central de los derechos de los adolescentes, al igual que de la necesidad que tiene la humanidad de aprovechar el idealismo, la energía y las potencialidades de la nueva generación. Pero ni siquiera los compromisos internacionales podrán cumplirse mientras no haya una mayor concentración de los recursos, una mejor planificación estratégica, y una firme voluntad política de defender la causa de los derechos de los adolescentes.

Los niños y niñas adolescentes merecen tanta atención y protección como los niños y niñas más pequeños, y el mismo respeto y derecho a participar que los adultos. Ha llegado el momento de que el mundo se percate no solo de lo que les debe, sino también de los increíbles beneficios que invertir en esta época llena de oportunidades conlleva para los mismos adolescentes y las sociedades en las que viven. ⁽⁸⁾ Las intervenciones que combinan aspectos médicos, recreacionales, educativos y de contención emocional son efectivas para reducir el impacto negativo de la hospitalización y para prevenir conductas de riesgo.⁽³¹⁾

El Programa de Atención Integral al Adolescente, es una Organización que cuenta con varios componentes esenciales en Salud como la promoción y creación de espacios sobre: salud sexual y reproductiva, salud mental, salud física, prevención y tratamiento de morbilidad y fomento de entornos saludables. Pero muchos desconocemos de este tipo de programas y no existe conciencia de la importancia de promover y proveer calidad de atención en salud y calidad de vida para esta población.

Existen Normas mundiales para mejorar la calidad de atención de salud de los adolescentes y una guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes que puede ser muy útil para determinar si en el Hospital Mario Catarino Rivas estamos brindando o no una adecuada prestación de servicios al adolescente. ⁽³²⁾

VII. METODOLOGIA

POBLACION Y MUESTRA

A. Área de estudio: Salas de Hospitalización de adolescentes del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas

B. Tipo de Estudio: El estudio de investigación tendrá un diseño Cuantitativo, descriptivo y transversal de los adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catarino Rivas de Julio 2015 – Septiembre 2016.

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variables del estudio:

1. Variable dependiente:

Adolescentes

2. Variables independientes:

Edad

Sexo

Procedencia

Encargado o tutor

Nivel educativo

Ocupación

Nivel socioeconómico

Educación sexual

ETS

Hijos

Patologías frecuentes

Estado Nutricional

Violencia

Abuso de sustancias

Ideación suicida

Operalización de las Variables (Anexo 4)

POBLACION Y MUESTRA

- a. Universo: el universo está constituido los 776 adolescentes que fueron ingresados en Hospital Mario Catarino Rivas en el periodo Julio 2015 a. Septiembre 2016

- b. Muestra: se tomó de forma no probabilística, por conveniencia 100 adolescentes entre 12 – 17 años con 11 meses Ingresados en Hospital Mario Catarino Rivas de Julio 2015 –Agosto 2016

- c. Unidad de Análisis: 100 Adolescentes entrevistados de forma aleatoria Ingresados en HMCR en el periodo comprendido de Julio 2015 a Septiembre 2016

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- a. Criterios de Inclusión: Todo adolescente ingresado por el servicio de pediatría en HMCR en el periodo de Julio 2015 – Septiembre 2016; Ambos sexos y que desee participar en la investigación.

- b. Criterios de exclusión: Adolescentes de la consulta externa o del Filtro de emergencia que no fueron Hospitalizados en HMCR y adolescentes embarazadas ingresadas en el servicio de Ginecoobstetricia.

RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de aplicación de una entrevista que contiene 19 preguntas que tienen como propósito recolectar información para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los adolescentes que ingresan en el Hospital Mario Catarino Rivas.

Instrumento: Se utilizara No. 1 Instrumento (Anexo 1), que contiene 19 preguntas, 18 preguntas cerradas y 1 abierta, que nos permitirá conocer el perfil biológico,

educativo, social, psicológico, y ambiental para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los adolescentes que ingresan en el HMCR

Materiales:

Lápiz

Papel

Expedientes de adolescentes ingresados en HMCR

Computadora Portátil

Servicio de Internet

PLAN DE ANALISIS:

Los datos obtenidos se analizaron por medio de frecuencias y tablas de contingencia en el programa SPSS Static 2.3 y los gráficos y tablas fueron creados en el programa Excel 2016

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

5.1 Aspectos Éticos: Todo protocolo en que se involucran seres humanos debe seguir las normas de buenas prácticas clínicas, principio de respeto a la dignidad humana, por lo que esta investigación consto de un consentimiento informado para los padres o encargados de adolescentes que participen en este estudio, además de un asentimiento de los adolescentes (Anexo 2). No ocasionara ningún riesgo para los adolescentes, y será beneficioso para dejar un precedente sobre las causas de morbi-mortalidad de los adolescentes hospitalizados y mejorar su calidad de atención.

5.2. CLASIFICACION DEL RIESGO DE LA INVESTIGACION

Categoría 1: Investigación sin riesgo

5.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 2)

IX. RESULTADOS

Según el género encontramos que de los adolescentes ingresados en HNMCR 55% representan género femenino y 45% género masculino; la edad prevalente de hospitalización en 64% son adolescentes en edad media, 31% adolescencia tardía, y 5% adolescencia temprana. Los primeros 3 lugares de procedencia son Cortes 70%, Santa Bárbara 9% y Atlántida 6%. En cuanto a zona de procedencia 67% fueron de área Rural y 31% de área urbana. Se encontró que 47% de ellos viven con ambos padres, 37% solo con padre o madre, y 16% con otro familiar. En cuanto a ocupación 63% estudiaba, 20% trabajaba y 17% ni estudia ni trabaja. Según su escolaridad 61% se encontraban en secundaria, 28% en primaria y 11% no estaban estudiando. De los que se encontraron en secundaria (61)59% viven con ambos padres. Encontramos que 65% consideran su situación económica baja, 30% media y 5% alta.

En cuanto a educación sexual se encontró que 70% de los adolescentes ya habían recibido educación sexual y 30% no. Se encontró 41% ya había iniciado vida sexual activa y 59% aun no. De los que habían iniciado vida sexual activa (25) 61% se encontraba entre 14 y 16 años, (11) 27% entre 12 y 13 años, y (5) 12% entre 17 y 18 años. De estos, (10)24% de los adolescentes habían presentado Infecciones de transmisión sexual.

Las primeras 3 patologías por las que se ingresaron los adolescentes son Patología traumática accidental 29%, patología quirúrgica abdominal 21% y patología traumática violenta 13%

Se encontró que 51% de los adolescentes habían sido víctimas de actos violentos en el transcurso de su vida de los cuales 37(73%) ocurrieron por Violencia en el ambiente, 11(22%) por Bullying y 3(5%) por violencia familiar. El abuso de sustancias se encontró en 33% de ellos, determinando abuso de alcohol en 20 (61%), 7 (21%) alcohol y tabaco.

Grafico 1.

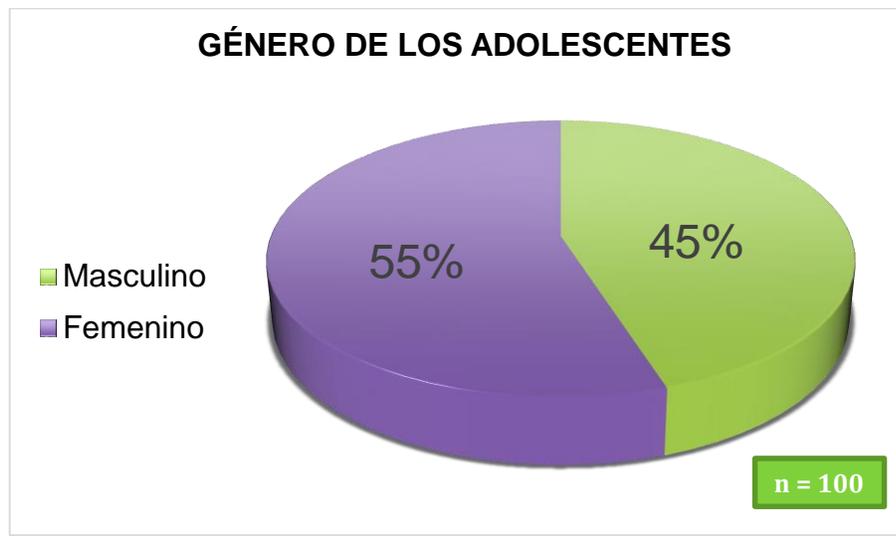


Grafico 2.

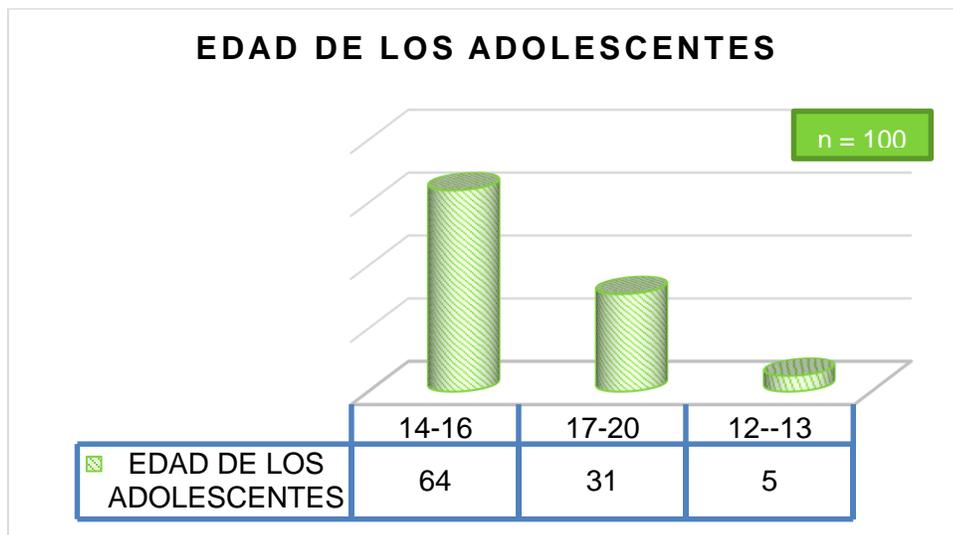


Grafico 3.

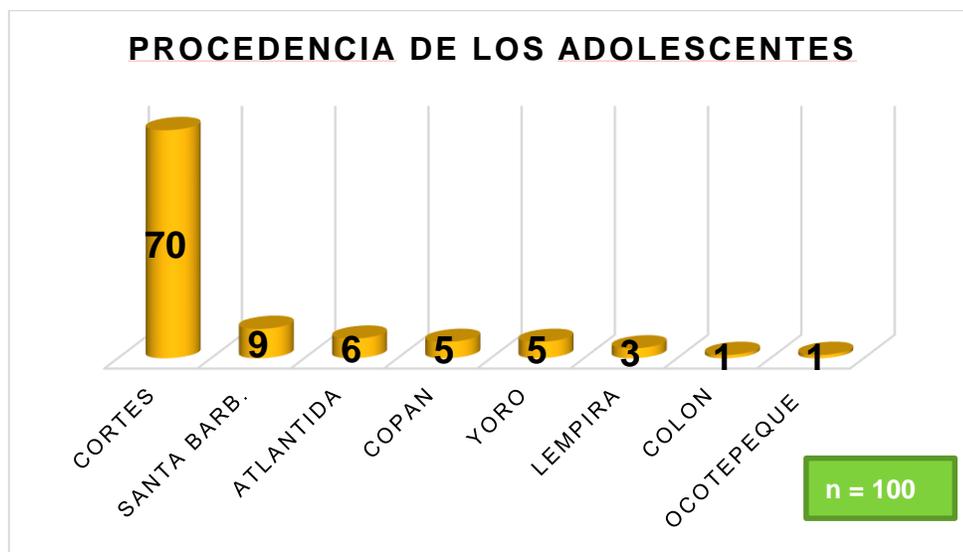


Grafico 4.

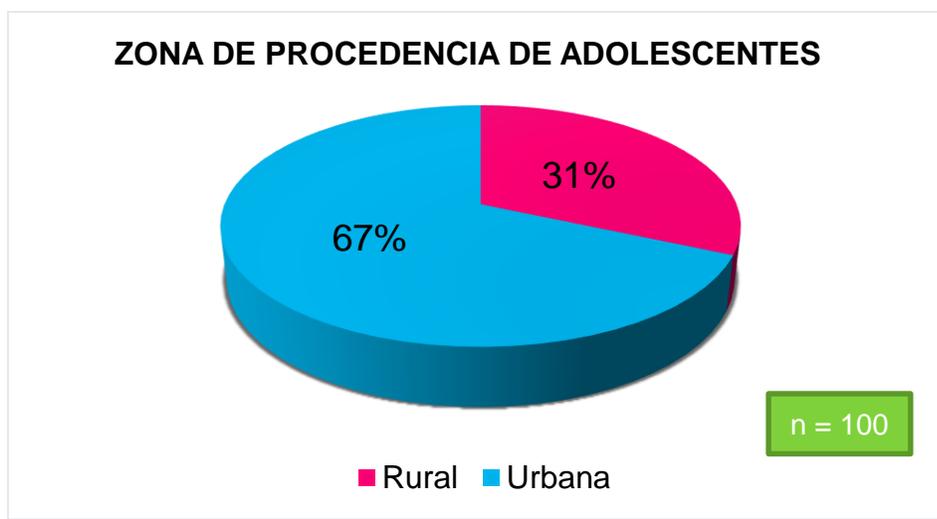


Grafico 5.

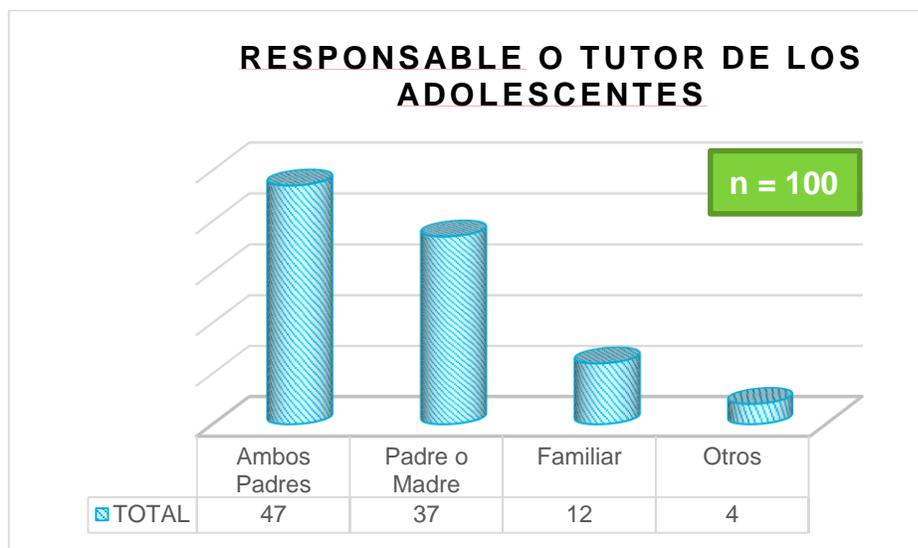


Grafico 6.

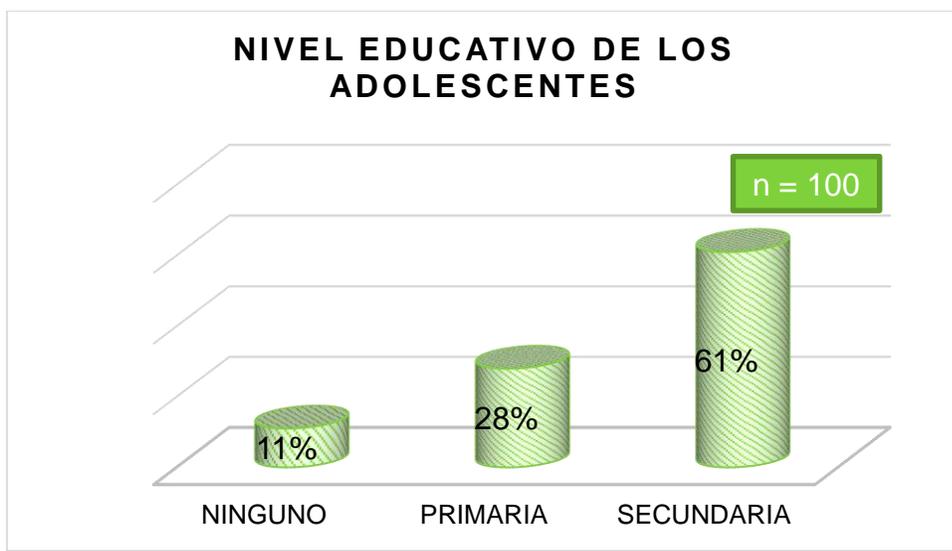


Gráfico 7.

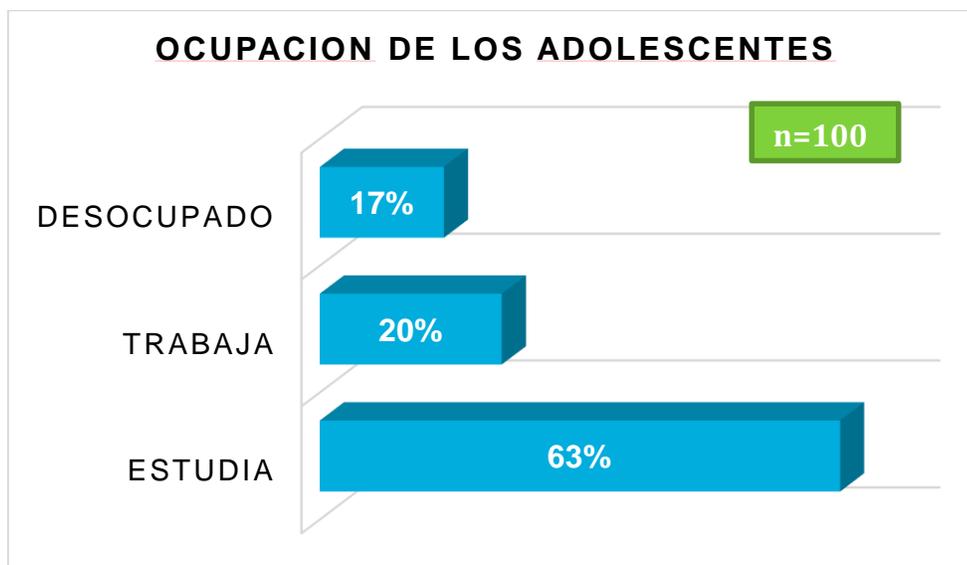


Tabla 1.

Tutor	Frecuencia de adolescentes que acuden a Secundaria	Porcentaje
Madre o Padre	19	31%
Ambos Padres	36	59%
Familiares	6	10%
Otros	0	0%
Total	61	100%

Grafico 8.

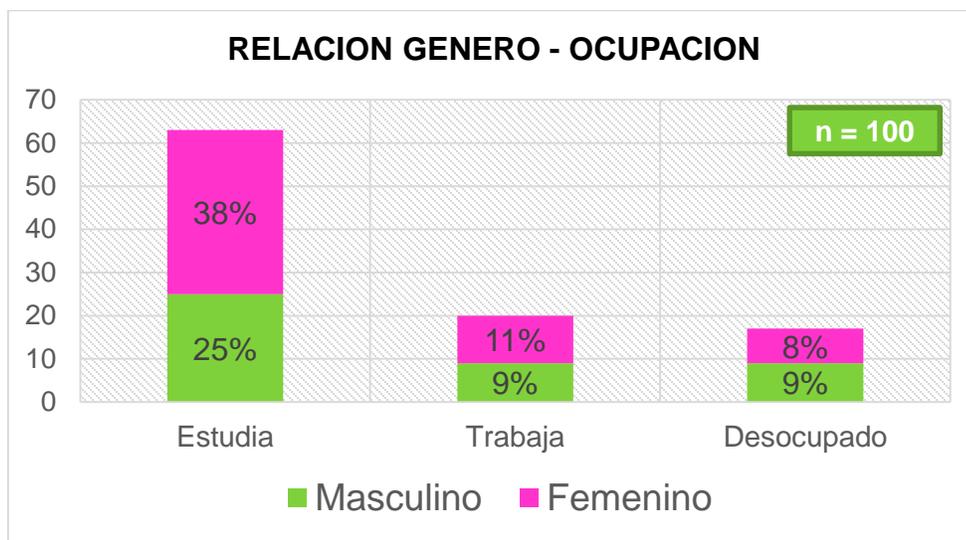


Grafico 9.

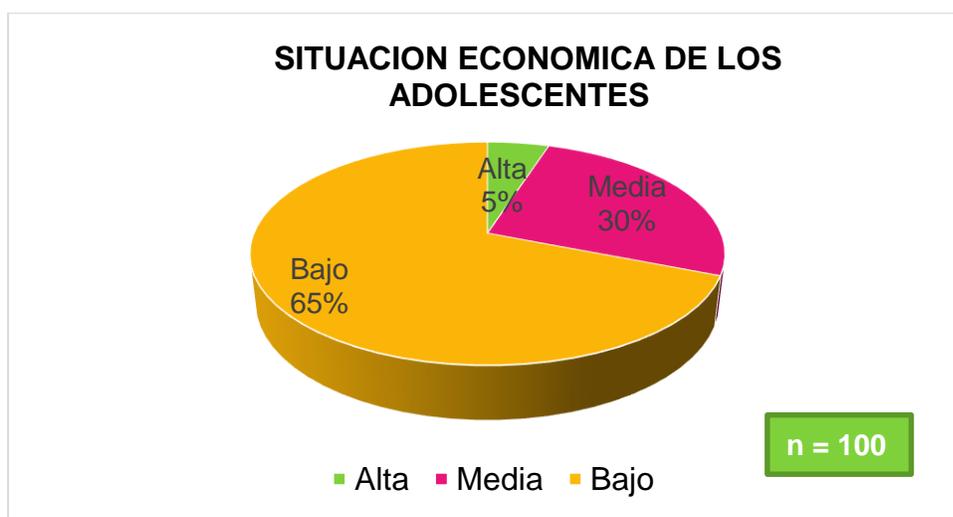


Grafico 10.

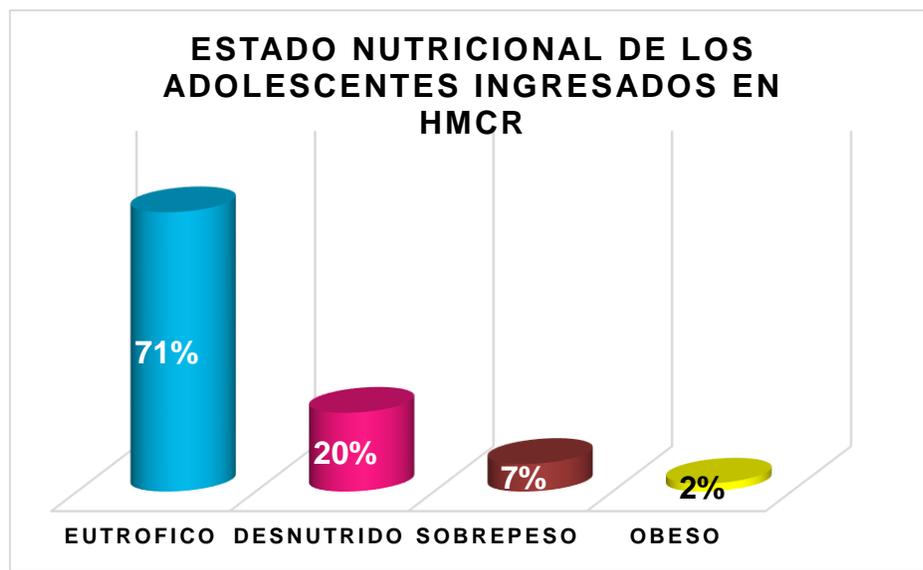


Grafico 11.

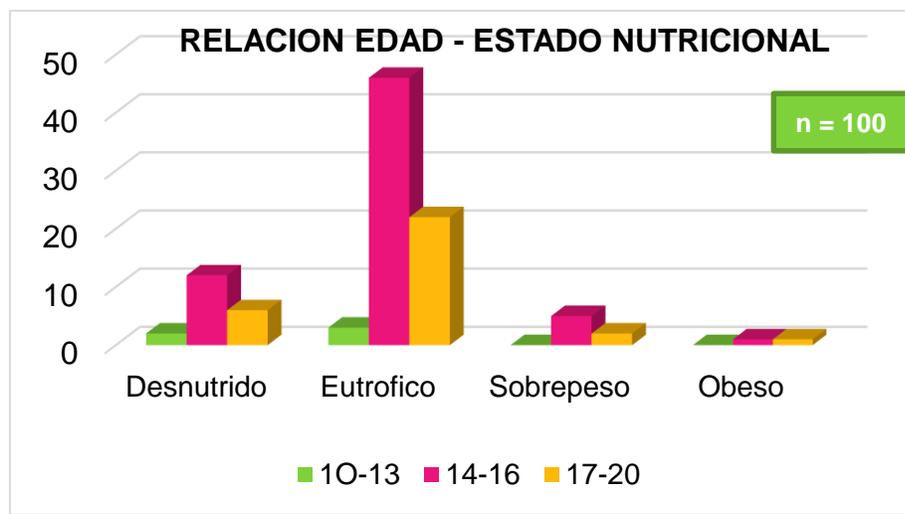


Grafico 12.

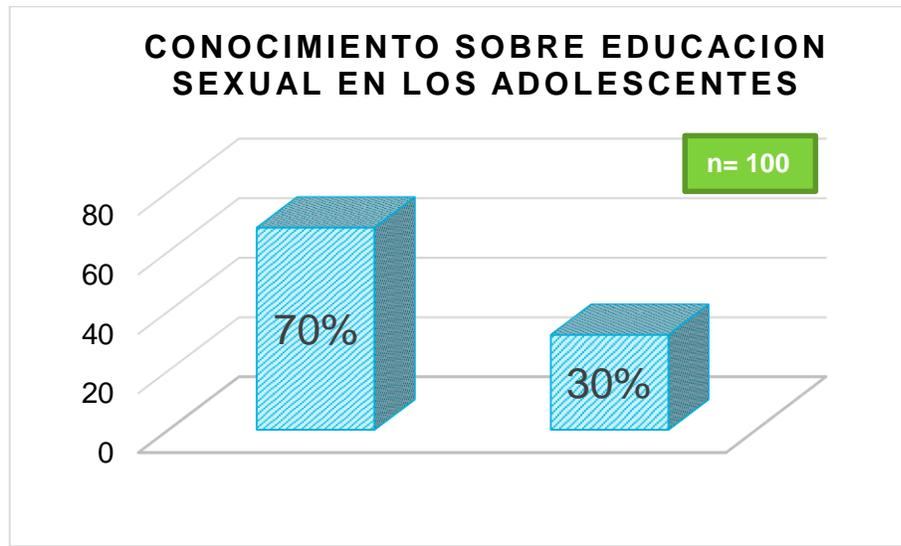


Tabla 2.

Edad	SI conoce educación sexual	NO conoce educación sexual
12—13	2	3
14-16	46	18
17 o mas	22	9
Total	70	30

Grafico 13.



Grafico 14.

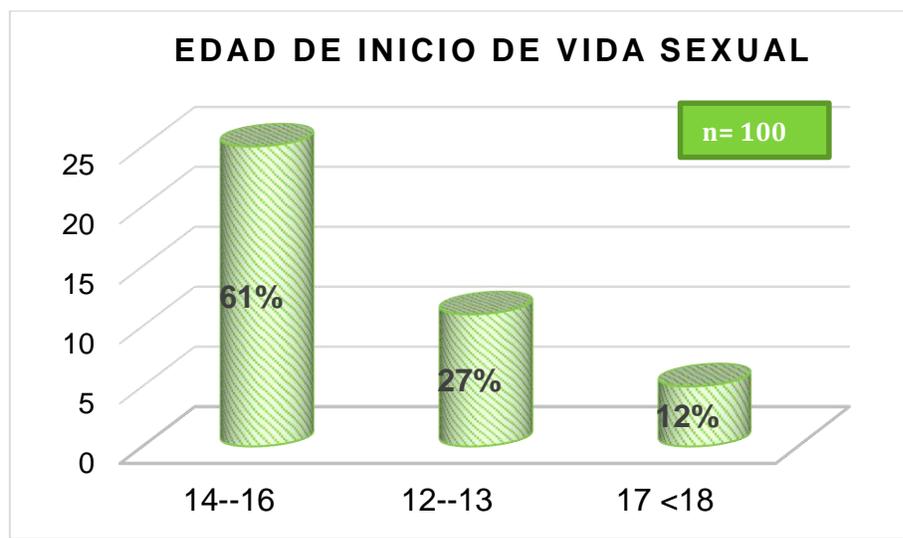


Grafico 15.

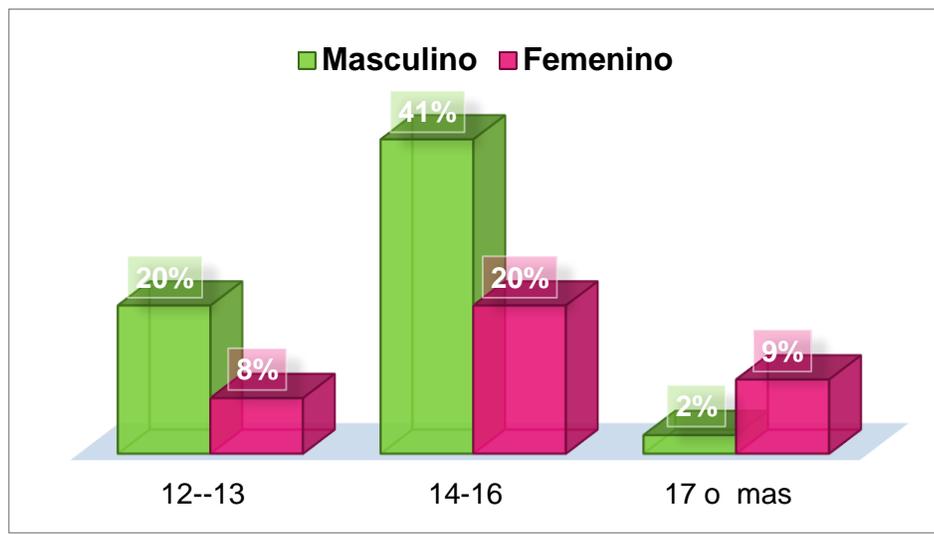


Grafico 16.

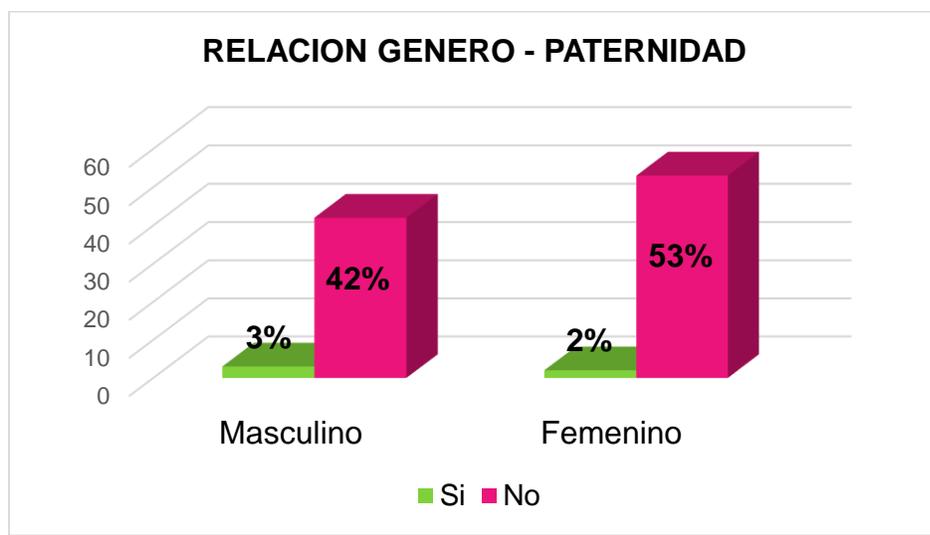


Grafico 17.

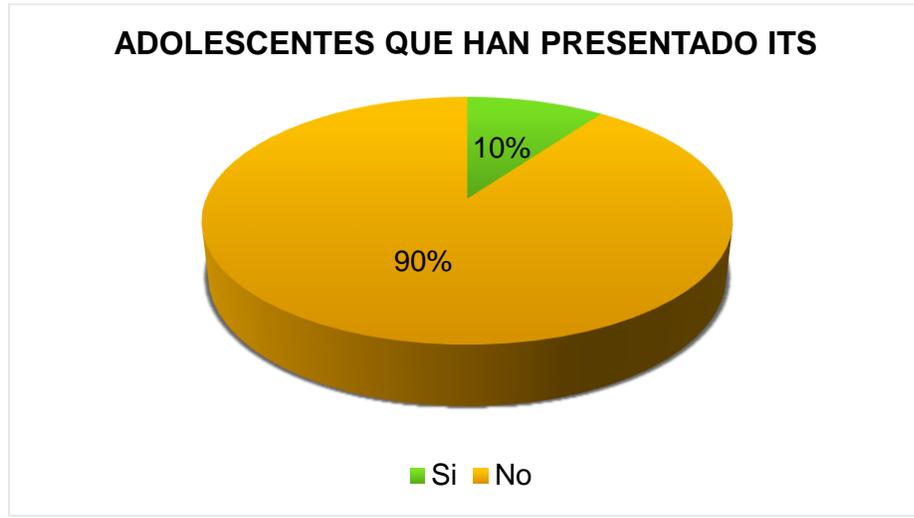


Grafico 18.



Grafico 19.

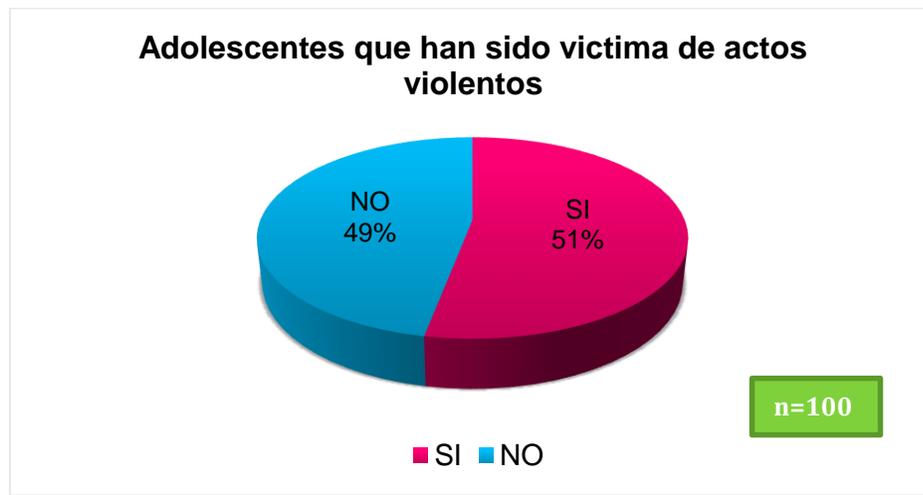


Grafico 20.

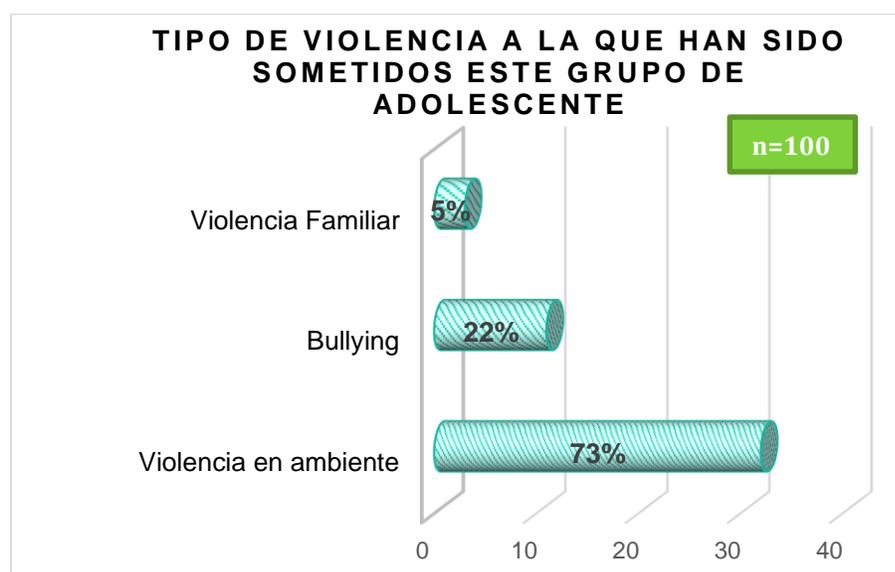


Grafico 21.



Tabla 3.

Edad de los adolescentes	Adolescentes con ideaciones suicidas	Porcentaje
10-13	5	11%
14-16	27	63%
17-20	11	26%
Total	43	100%

Grafico 22.

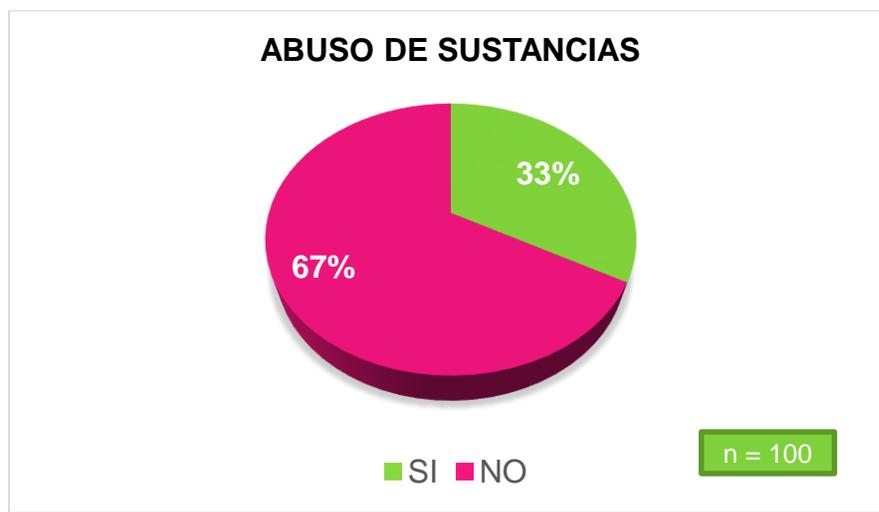


Grafico 23.

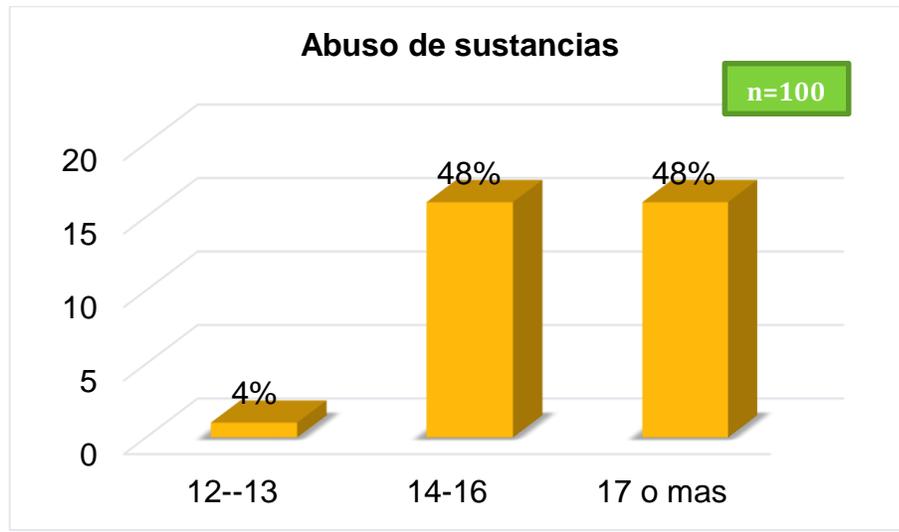
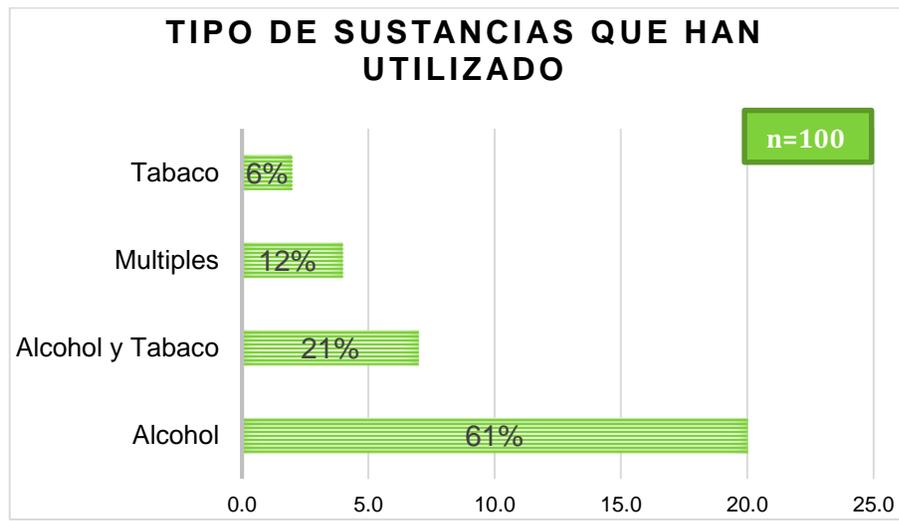


Grafico 24.



X. DISCUSION

La estadística sobre adolescentes es muy variable y amplia en la literatura nacional e internacional. ENDESA 2012 reporta que 51% de adolescentes vive en áreas rurales, contrastando con nuestro estudio ya que un 65% de los adolescentes procede de zona urbana y predomina el departamento de Cortes en un 70%, resultado esperado considerando que el estudio fue realizado en Hospital Noroccidental Dr Mario Catarino Rivas localizado en este departamento y es el principal centro de atención , aunque nuestra estadística si coincide con UNICEF que reporta en 2010 que más de 4/5 partes de adolescentes viven en países en desarrollo en zonas urbanas.

Encontramos que el 53% de los adolescentes hospitalizados provienen de hogares desintegrados.

Los adolescentes tienen derechos, tal como lo establece la convención para los derechos del niño en 1989, entre esos derechos se encuentra el derecho a la información y adquirir conocimientos.

En el 61% de ellos su nivel educativo es secundaria lo que concuerda con ENDESA 2010 que menciona que el 62% de los adolescentes se encuentran en secundaria.

36% viven con ambos padres y según UNICEF los adolescentes que tienen una estrecha relación con sus padres y madres tienen mayor iniciativa social y tienen menos riesgo social.

Cabe destacar que 20% de los adolescentes trabaja ya que se tratan de menores de edad y el 55% es sexo masculino; 17% no hace nada ni estudia ni trabaja. En México la encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2009 recabo que 13.4% de los adolescentes entre 10-19 años no trabajan ni estudian.

Se encontró que 65% de los adolescentes tienen percepción de vivir en condiciones de pobreza lo que coincide Según datos del INE Honduras 2012 que muestran que 68% de los hogares donde habitan los adolescentes es pobre.

Pudimos determinar que 70% de los adolescentes había recibido alguna vez consejería sobre educación sexual y que están recibiendo educación sexual después de los 14 años. Las encuestas demográficas y de salud de las mujeres en centro y Sudamerica señalan que altos porcentajes de adolescentes en Mexico, El Salvador y Brazil tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años, lo que concuerda con este estudio en donde se encontró que un 41% ya había iniciado vida sexual activa, la edad más frecuente de inicio es entre 14-16 años; Según el estudio de Soto en México los adolescentes que iniciaron vida sexual activa representan un 23% .

Según ENDESA 2012 65% de adolescentes conoce métodos de anticoncepción y aun así un 22.5% de mujeres entre 15 y 19 años estuvo embarazada alguna vez lo que no concuerda con nuestro estudio ya que fue mínimo el porcentaje Solo un 5% tiene hijos a pesar de haber iniciado vida sexual a temprana edad son padres, por lo q creemos q la educación sexual que se está dando es en base a la prevención del embarazo.

Solo 10% de los adolescentes hospitalizados refirieron haber presentado algún tipo de ITS, un porcentaje similar 14.9% de la población entre 15-19 años reportaron haber tenido una ITS en el estudio ENDESA Honduras 2010.

Según UNICEF cerca de 4 millones de niños intentan suicidarse cada año de ellos al menos cien mil lo consigue, las mujeres intentan el suicidio 3 veces más q los hombres, pero los hombres lo consuman más. Es alarmante haber encontrado un 43% de ideaciones suicidas en este grupo en estudio y de estas 62% ocurrieron en mujeres y 2 de ellas lo intentaron, predominando la adolescencia media, lo que contrasta con estudio realizado en INEGI México 2013 en edades de 10-19 años 67% de suicidios ocurren en hombres y un 32% en mujeres.

Determinamos que la prevalencia de abuso de sustancias es de 33% entre edades de 14-16 años con un promedio a los 16 años y 45% de ellos ingieren alcohol, lo

que concuerda con el Instituto Hondureño de prevención de drogadicción farmacodependencia y alcoholismo 2004 en el cual la prevalencia de 47% de consumo de alcohol en adolescentes y la edad promedio 16 años.

XI. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes que se hospitalizan prevalecen adolescencia media, la mayoría proceden del departamento de Cortes, y predominantemente del área Urbana.
2. De los pacientes estudiando secundaria, la mayoría viven con ambos padres. Se encontró que los adolescentes perciben vivir en condiciones de pobreza, a pesar de esto encontramos que la mayoría de ellos estudia, 20% trabaja y 17% no hace nada.
3. La educación sexual ha sido efectiva en este grupo de adolescentes en prevención de embarazo ya que solo un mínimo porcentaje son padres, y en prevención de infecciones de transmisión sexual, encontrando solo un 10%, sin embargo el 41% ha iniciado vida sexual activa y de estos la mayoría en la adolescencia media .
4. Las patologías Principales por la que la ingresan los adolescentes al HNMCR son traumática por accidentes, patología quirúrgica abdominal y la traumática violentas.
5. Los ingresos por intento suicida correspondieron solo a un 3% a pesar que casi la mitad de ellos ha presentado ideas suicidas.
6. Es alarmante descubrir que la mitad de estos jóvenes han sido víctimas de actos violentos en el transcurso de su vida y 65% relacionado a violencia en el ambiente social. Lo que probablemente sea el determinante para que 33% de ellos abusen de sustancias.

XII. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar modelos de promoción de salud dirigidas a los adolescentes a través de medios de comunicación. Ya que la en la actualidad comunicación social es una herramienta poderosa para la promoción de cambios de las conductas de los adolescentes.
2. Realizar revisión de hojas de puntuación de la Organización Panamericana de la Salud para determinar si en el Hospital Mario Catarino Rivas se están cumpliendo las normas mundiales para mejorar la calidad de atención de salud de los adolescentes creadas en Junio 2016 .
3. Actualizar regularmente la historia sexual dentro de la historia clínica permitiendo un ambiente de confidencialidad y confiabilidad para favorecer que los adolescentes expresen sus necesidades y dudas, lo que permite consejos para disminuir las conductas de riesgo.
4. Realizar con los adolescentes regularmente reuniones de apoyo Psicológico y Educativo para prevenir y detectar a tiempo conductas de riesgo, de esta forma reducir la violencia, ideaciones suicidas y abusos de sustancias.

XIII. BIBLIOGRAFÍAS

1. Iglesias Diz, J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*.2013. [revista internet] XVII(2) 83-99. [citado Julio 2016] Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es>xvii02>88-99>
2. Programa Nacional de Atención Integral al Adolescente. Estrategia Nacional para la prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras. Secretaria de Salud Honduras.[Internet] 2012 Septiembre [citado Julio 2016] 1: 7-38 disponible en: <http://www.paho.org>hn>
3. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Publica*. [internet] Mex 2008;45 supl 1:S132-S139 [citado Septiembre 2016] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>scielo>
4. Palmieri, M. Perfil Epidemiológico de la Juventud en Guatemala. Programa Juventud.[Internet] Octubre 2013.[citado Septiembre 2013]. Disponible en : <http://www.docplayer.es-5866262-perfil-epidemiologico-delajuventud-en-guatemala.html>
5. Zavala,V. Factores socioculturales que condicionan el Embarazo en adolescentes. *Revista Población y desarrollo Argonautas y Caminantes*. UNAH. Tegucigalpa.2011[internet] Vol. 7. 47-54 [citado Julio 2015] Disponible en: <http://www.researchgate.net>publication>
6. UNICEF. La infancia en Honduras: Análisis de situación 2010. UNICEF Honduras [internet]. Mayo 2011. Disponible en: <http://www.unicef.org>honduras>sitan>
7. David, A. y col. UNICEF. Estado mundial del Infancia 2011. La adolescencia una época de Oportunidades. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.2011.[internet] No: 11.XX.1.2011 [citado 27 Octubre 2016] Disponible en: <http://www.unicef.org.spanish>sowc2011>
8. UNICEF. Adolescencia: Una etapa Fundamental. 2012.[internet] [citado 12 Julio 2016]Disponible en: www.unicef.org>pub_adolescence_sp-2
9. Instituto Nacional de estadística. INE. Censo General de Población y Vivienda. Honduras.[internet] 2012.[citado 27 de Octubre 2016] Disponible en: <http://www.ine.gob.hn-censo-general-de-población>
10. Hernandez – Rodriguez,M. Tratado de Pediatría M. Cruz. Adolescencia características fisiopatológicas generales. Editorial MMXI OCEANO ERGON.10 edicion.cap.13.8: 956-964.2013

11. Pereda, N. Victimización y poli victimización de Niños, niñas y Adolescentes en España. Child Abuse & Neglect.[internet]2014.(38)640-649. [citado el 27 octubre 2016] Disponible en: http://www.sename.cl/wsename/otros/senales_2016/senales_14_pag-05_art1.pdf
12. Concejo consultivo de UNICEF. La adolescencia. No. 3. Agosto 2011; 1-16. Disponible en: www.unicef.org
13. Weissman, P. Adolescencia. Revista Iberoamericana de Educación. (ISSN: 1681-5653). Universidad Nacional Mar del Plata, Argentina. 2010; 1-8.
14. Donas Bullak, S. Adolescencia y Salud en América Latina. Libro Universitario Regional (EULAC-GTZ). Cartago, Costa Rica. Apartado postal 159-7050.
15. Secretaria General De los Estados Americanos .Departamento de Seguridad Publica. Definición y categorización de Maras y Pandillas. Anexo VI informe Honduras.WashingtonDC.Junio.2007. Disponible en: <http://www.oas.org/dsp/pandillas/anexoVI>
16. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Mexico.[internet] 2013.[citado 27 Octubre 2016] Disponible en : http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/español/bvinegi
17. Borracci, Raúl, A. Mulassi, Raúl A. Tobacco use during adolescence may predict smoking during adulthood: simulation-based research. Arch Argent Pediatr [internet] 2015;113(2):106-113 [citado septiembre 2015]
18. Instituto Hondureño de Prevención de drogadicción Farmacodependencia y alcoholismo. [internet].2004. [citado16 de Julio 2016]. Disponible en: <http://www.ihadfa.hn/>
19. Faílde G; Dapía Conde, M. Y col. Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. *Educación XX1.(Internet) 2015 [citado septiembre 2015] ; 18(2), 167-188.*
20. Soto, S y col. Sexualidad y anticoncepción en adolescentes. Acta Pediátrica de Mexico.INP.[internet] 2012; 35: 480-490 [citado 27 octubre 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm146h.pd>
21. Méndez, JM y col. La consulta al Ginecólogo infanto juvenil hoy. Argentina [internet]2011. [citado el 27 octubre2016].
22. PAIA. Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes de Honduras ENAPREAH. Secretaria de Salud Honduras. [internet] 2012.pg 1-38.[citado 16 Julio 2015] Disponible en: www.paho.org/hon
23. Atienzo, E., Campero, M et al. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud Publica Mex [internet]2014;56:286-294.

24. Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad, Observatorio de la Violencia. Boletín enero–diciembre 2010, edición No. 20 [Internet].2010.[citado 16 Julio 2015]
25. Hugueta-Gutierrez, LF. Calidad de vida relacionada con la salud del adolescente: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013.[internet] 2015;28(1):23-30.[citado 26 octubre 2016]
26. Casas, F. El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. Encuentros en Psicología Social,[internet] 2010; 5(1), 85–101.[citado 16 Julio 2015].
27. Weissman, P. Adolescencia. Revista Iberoamérica de Educación. (ISSN: 1681-5653). Universidad Nacional Mar del Plata, Argentina. [internet] 2010; 1-8.[citado 16 Julio 2016]
28. Montse, T. Palomanes, M. Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. Tendencias pedagógicas. [internet] 2013. No 21.[citado 16 Julio 2016]
29. Serrano, M. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. Psicología y Salud, Vol. 15, Núm. 2: 221-230,[internet] 2005. Disponible en: www.revistas.uv.mx
30. CDC.Vacunas recomendadas para los preadolescentes y adolescentes. AAP. [internet] 2014. Disponible en: www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/VacunasPreadolescentes/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
31. Mat, R. Y Rodríguez, M. A Recreation Room for adolescents who are hospitalized at a tertiary-care Center. Care Program for Hospitalized Adolescents. Arch Argent Pediatr [internet] 2015;113(3):254-259 [citado Julio 2016]
32. Organización Panamericana de la Salud.OPS. Normas Mundiales para mejorar la calidad de los servicios de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes.[internet] 2016.[citado octubre 2016] Disponible en: <http://iris.paho.org/>

ANEXOS

Anexo 1.

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Operacionalización de variables VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR	INDICE
Adolescente	Según OMS Periodo comprendido entre 14 y 18 años	Pacientes Adolescentes ingresados en HMCR	Numero
Procedencia	La procedencia también es el punto de partida de una persona	Lo que indique el paciente	Zona Rural Zona Urbana
Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha	La que indique el entrevistado	11-13 (Pubertad) 14-16(adolescentes) 17- 20 (postadolescente)
Genero	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad <i>asigna</i> a hombres y mujeres	La que indique el entrevistado y observe el entrevistador	Masculino Femenino
Tutor	Persona que se encarga de cuidar de otra persona que no puede hacerlo por sí misma	Tutor que indique el paciente	Madre o Padre Madre y Padre Familiar Otros
Escolaridad	Nivel de educación	Años de escolaridad	Analfabeta

	que se ha alcanzado en años	que refiera el paciente	Primaria Secundaria Universitario
Ocupación	Tipo de actividad que realiza cotidianamente	Lo que indique el entrevistado	Estudiante Trabajador Desocupado
Nivel Socioeconómico	Medida total económica y sociológica basada en los ingresos, educación, y empleo.	Lo que indique el expediente en el diagnóstico socioeconómico	Bajo Medio Alto
Educación sexual	Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana	Lo referido por el entrevistado	Si No
Patologías Frecuentes	Conjunto de enfermedades frecuentes.	Diagnóstico de Ingreso de los adolescentes ingresados en HMCR	Patologías infecciosas Patologías traumáticas Patologías quirúrgicas Patologías ginecológicas Patologías del SNC Patología Cardíaca Patología Urológica/Renal Patologías

			<p>oncologicas</p> <p>Intoxicaciones</p> <p>/intentos suicidas</p> <p>Otros</p>
Nivel Nutricional	Ubicación percentil en las tablas de peso y talla según edad y sexo	Diagnostico nutricional descrito en expedientes	<p>Desnutrido</p> <p>Eutrófico</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obeso</p>
Violencia	Interacción humana manifestada en aquellas conductas o situaciones que amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad	Lo indicado por el entrevistado	<p>Ninguno</p> <p>Bullyn</p> <p>Abuso sexual</p> <p>Violencia Familiar</p> <p>Violencia en su ambiente</p>
Sustancias toxicas	Productos químicos cuya fabricación, procesado, distribución, uso y eliminación representan un riesgo inasumible para la salud humana	Lo indicado por el entrevistado	<p>Alcohol</p> <p>Tabaco</p> <p>Marihuana</p> <p>Cocaina</p> <p>Otras drogas</p>

ANEXO 2.

INSTRUMENTO

**Caracterización Clínica - Epidemiológica de los Adolescentes ingresados
en el Hospital Mario Catarino Rivas en el periodo de Julio 2014 – Agosto
2016**

Nombre:

expediente:

Fecha de Ingreso:

Datos Generales

1. Edad

10 -13

14-16

17 – 17años 11 meses

2. Genero

Masculino

b. Femenino

Perfil Epidemiológico

3. Lugar de Procedencia?

4. Pertenece a zona Rural o Urbana?

Rural

Urbana

5. Quien es su encargado o tutor?

Madre o Padre

Ambos Padres

Familiar

Otros

6. Que nivel educativo tiene?

Ninguno

Primaria

Secundaria

Universidad

7. A que se dedica?

Estudia

Trabaja

Desocupado

8. Nivel socioeconómico: (expediente)

Alto

Medio

Bajo

9. Ha recibido alguna vez educación sexual?

Si

No

10. A que edad Inicio su vida sexual activa?

- Aun no 12-13 14-16 17 o mas

11. Ha presentado alguna vez infección de transmisión sexual?

- Si No

12. Tiene hijos?

- Si No

Perfil Clínico

13. Motivo de Ingreso: (expediente)

- Patologías traumáticas accidentales
- Patologías traumáticas violentas
- Patologías quirúrgicas
- Patologías del SNC
- Patología Urológica/Renal
- Patología Cardíaca
- Patología Gastrointestinales
- Patologías oncológicas
- Intoxicaciones /intentos suicidas
- Patologías Endocrinológicas
- Patología Pulmonares
- Infecciones en piel
- Otras Patologías

14. Estado Nutricional del adolescente (expediente):

- Desnutrido
- Eutrófico
- Sobrepeso
- Obeso

15. Alguna Vez ha sido víctima de actos violentos?

- Si No

16. A que tipo de Violencia lo han sometido?

- Ninguno
- Bullyn
- sexual
- Violencia Familiar

Violencia en su ambiente

17. Alguna vez ha pensado o intentado suicidarse?

Si

No

18. Ha Utilizado algún tipo de Droga?

Si

No

19. Que tipo de Droga ha utilizado?

Alcohol

Ninguno

Tabaco

Múltiples

Marihuana

Cocaína

Tabaco y Alcohol

Otras

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
UNAH - VS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRIA

Caracterización clínica - epidemiológica de los adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catarino Rivas en el periodo de Julio 2014 – Agosto 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio pretender caracterizar el perfil clínico - epidemiológico de los adolescentes ingresados en HMCR. Los datos de este estudio servirán para detectar las principales causas de morbi – mortalidad, los problemas sociales, ambientales y psicológicos de estos pacientes. Los hallazgos nos permitirán brindar recomendaciones para orientar los programas en cuanto a la atención y seguimiento de los adolescentes que acuden al HMCR. Esta información esta siendo recolectada por personal, previamente capacitado y entrenado en el tema.

Por tal razón se le solicita participar en el estudio, si usted decide colaborar damos por hecho que usted entendió lo que se le explico y accede a contestar preguntas sobre la salud y datos sobre la vida personal de su hijo (a).

La participación en este estudio es voluntaria, por su participación no recibirá ningún beneficio monetario, los datos proporcionados son confidenciales y su nombre nunca será publicado y su participación ayudara a mejorar la atención a futuro de otros adolescentes que ingresen a este centro Hospitalario.

Desea que su hijo participe SI_____ NO_____

Estoy de acuerdo con que se le aplique esta entrevista a mi hijo. Me han explicado en que consiste esta investigación. Mi participación fue voluntaria.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
UNAH -VS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE PEDIATRIA

Caracterización clínica - epidemiológica de los adolescentes ingresados en el Hospital Mario Catarino Rivas en el periodo de Julio 2014 – Agosto 2016

Fecha de llenado: Día _____ Mes _____ Año _____
Edad en años de padre / madre / tutor _____

ASENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio pretende caracterizar el perfil clínico - epidemiológico de los adolescentes ingresados en HMCR. Tu padre / madre / tutor nos ha autorizado para preguntarte si tu deseas participar en el mismo.

En caso de que deseas participar, se te pedirá que contestes un cuestionario orientado a investigar tus datos generales (nombre, edad, sexo), algunos datos personales, familiares y sobre tu salud, educación y entorno.

Deseamos resalta que tu participación en este estudio es voluntaria. En otras palabras, puedes negarte a participar, sin que la decisión que tomes tenga consecuencia alguna sobre tu persona. El participar en el estudio no representa riesgo alguno para ti ya que se trata solo de contestar un corto cuestionario.

Los datos que proporciones, se manejarán con confidencialidad y de ser necesario podrás ser referido con otras especialidades para mejorar tu manejo y tratamiento.

Al participar en el estudio, no recibirás ningún beneficio monetario. El único beneficio será proporcionarnos información para mejorar la atención y manejo de otros adolescentes que acudan a este hospital.

Declaro que:

1. He leído o me han leído la hoja de información y he entendido todo lo que pone en ella.
2. Mi médico ha contestado a todas las dudas que tenía sobre el estudio.
3. Sé que puedo decidir no participar en este estudio y que no pasa nada.
4. Sé que puedo preguntar a mi médico las veces que necesite si tengo dudas sobre la investigación.
5. Sé que puedo decir no seguir participando una vez iniciado el cuestionario y nadie me regañara por ello.
7. He decidido participar voluntariamente en el estudio.

Firma o huella del niño/a

Anexo4.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Febrero a mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre 2014-septiembre 2016
Elección de título y asesor de investigación	X							
Recopilación de Bibliografía	X	X						
Primera Reunión con Asesores: redacción de portada, objetivos, antecedentes y marco teórico		X						
Segunda reunión con Asesores: redacción de introducción , justificación, y metodología		X						
Completar la elaboración de protocolo de investigación	X	X						
Presentación de protocolo de investigación		X						

autoridades universitarias								
Socialización de anteproyecto a los asesores y autoridades del Depto. Pediatría del HMCR			X					
Capacitación a Medicos Residentes para realizar entrevista			X			X		
Aplicacion de instrumento			X	X	X	X	X	X
Recoleccion y analisis de resultados		Septiembre del 2016 X						

Anexo 5.

Figura 2. Escalas de Tanner en niñas.

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

Tomado de Tanner 1962.

Figura 3. Escalas de Tanner en niños.

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

Tomado de Tanner 1962.

