

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y LOS  
FACTORES DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES  
ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ADOLESCENTES  
DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA  
VALENCIA EDO. CARABOBO, EN EL PERIODO 2010-  
2015.**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**ESPECIALIZACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE”**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y LOS FACTORES DE RIESGO  
DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA  
VALENCIA EDO. CARABOBO, EN EL PERIODO 2010-2015.**

**AUTORA:  
YELITZA ENMA DEL VALLE  
ROCCA DAMAS.**

**VALENCIA; JUNIO 2017**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**ESPECIALIZACION EN SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE”**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y LOS FACTORES DE RIESGO  
DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA  
VALENCIA EDO. CARABOBO, EN EL PERIODO 2010-2015.**

**TUTORA:**

**PROF. REINA PETRELLA**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA COMISION DE POSTGRADO  
DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN: SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.**

## DEDICATORIA

"A MI FAMILIA QUE HA SIDO LAS BASES DE MIS PASOS EN ESTA VIDA.  
POR SU AMOR INFINITO, QUE ME MANTIENE EN EL CAMINO DEL LOGRO DE  
MIS SUEÑOS Y PODER COMPARTIR CON ELLOS CUANDO SE HACEN  
REALIDAD".

## AGRADECIMIENTO

A DIOS TODO PODEROSO POR SER MI GUIA ESPIRITUAL Y SIEMPRE ESTAR A MI LADO GUIANDO MIS PASOS POR EL CAMINO DEL BIEN.

A LA DRA. REINA PETRELLA POR SU ORIENTACION PARA LLEVAR A CABO EL PRESENTE TRABAJO.

AL PERSONAL DOCENTE DE LA ESPECIALIZACION EN SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES POR SU GRAN DEDICACION AL IMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS.

AL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA, POR SER LA INSTITUCION QUE ME ABRIÓ LAS PUERTAS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

A LA DRA. IDA MEDRANO POR SU APOYO Y VALIOSA COLABORACION.

A LA DRA. MARIA ALEJANDRA OSIO Y AL PERSONAL DE LA CONSULTA PARA ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA POR SU COLABORACION Y ASESORAMIENTO.

A MI MADRE LOURDES, MIS HERMANOS LENNY Y EDUARDO, MIS SOBRINOS POR LO QUE ELLOS REPRESENTAN PARA MI.

A MIS COMPAÑERAS DE POSTGRADO YAJAIRA, JULIA, DESIREE, CARMEN, MELINA, SONIA, ROSAURORA, FRANCIS, ALEXANDRA Y MINIJAY POR TODO LO VIVIDO JUNTAS Y POR LA AMISTAD QUE NOS UNE.

A LOS ADOLESCENTES POR SER LA RAZON DE SER DE ESTE TRABAJO.

MUCHAS GRACIAS A TODOS DESDE LO MÁS PROUNDO DE MI CORAZON.

## INDICE GENERAL

	<b>PAG.</b>
<b>INDICE ENERAL</b> .....	<b>viii</b>
<b>INDICE DE CUADROS</b> .....	<b>ix</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS ESPECICOS</b> .....	<b>5</b>
<b>MATERIALES Y METODOS</b> .....	<b>7</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>8</b>
<b>DISCUSION</b> .....	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>16</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA</b> .....	<b>18</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>20</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>21</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>22</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>23</b>
<b>ANEXO D</b> .....	<b>24</b>

## INDICE DE CUADROS

<b>1.- Distribución de los Adolescentes según Edad y Género.</b>	<b>8</b>
<b>2.- Distribución de los Adolescentes según Lugar de Procedencia.</b>	<b>9</b>
<b>3.- Distribución de los Adolescentes según su Nivel Socio-Económico.</b>	<b>10</b>
<b>4.- Distribución de los Adolescentes según Género y los Factores de Riesgo.</b>	<b>11</b>
<b>5.- Distribución de los adolescentes según la Intensidad del Riesgo.</b>	<b>12</b>



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y LOS FACTORES DE RIESGO  
DE LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE  
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS DR. JORGE LIZARRAGA  
VALENCIA EDO. CARABOBO, EN EL PERIODO 2010-2015.

AUTORA:  
YELITZA ENMA DEL VALLE ROCCA DAMAS.

RESUMEN

El presente trabajo está enmarcado dentro de la línea investigativa “Vulnerabilidad de las y los Adolescentes Conductas de Riesgos, Factores Protectores y Factores de Riesgo”. **Objetivo General:** determinar las Características Epidemiológicas y los Factores de Riesgo de los Adolescentes Atendidos en la Consulta de Adolescentes del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga valencia edo. Carabobo, en el periodo 2010-2015. **Material y Método:** Es una investigación de diseño no experimental, retrospectivo descriptivo y la temporalidad es de tipo transversal. Se revisaron 709 historias de los Adolescente, donde la muestra estuvo representada por 425 adolescentes que acudieron por primera a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga”. Se realizo el análisis estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS versión 17). **Resultados:** de los 709 adolescentes atendidos el 59,94% acudió por primera vez a dicha consulta. El sexo femenino predomino con un 51,5%. La distribución por edad se destaca los adolescentes de 10 a 14 años (adolescencia temprana) con un 89,92 %; lugar de procedencia mas recuente con el 36% fue distrito sanitario Sur Este. El Graffar predominante fue el nivel IV con un 61,17%.El factor de riesgo que predomino fue la sexualidad con un 21,17%. Los y las adolescentes tienen un riesgo medio de exposición de un 40,45%. **Conclusiones:** se concluye que el género que mas consulta es el femenino, especialmente en la adolescencia temprana, de lugar de procedencia del distrito Sur-Este, con nivel socioeconómico en franca pobreza con nivel IV y que la sexualidad es el factor predominante y la correlación epidemiológica y factores de riesgo representa un nivel medio de riesgo.

**Palabras claves:** Adolescente, epidemiologia, factores de riesgo.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF  
ADOLESCENTS SEEN IN THE CONSULTATION OF ADOLESCENTS AT THE  
HOSPITAL OF CHILDREN DR JORGE LIZARRAGA VALENCIA EDO  
CARABOBO, IN THE PERIOD 2010-2015**

**AUTORA:  
YELITZA ENMA DEL VALLE ROCCA DAMAS.**

**SUMMARY**

The present work is framed within the research line "Vulnerability of Adolescents Risk Behaviors, Protective Factors and Risk Factors". **General Objective:** to determine the Epidemiological Characteristics and Risk Factors of Adolescents Served in the Consultation of Adolescents of Children's Hospital Dr. Jorge Lizarraga Valencia Edo. Carabobo, in the period 2010-2015. **Material and Method:** It is an investigation of non-experimental design, retrospective descriptive and the temporality is of transversal type. We reviewed 709 stories of adolescents, where the sample was represented by 425 adolescents who first attended the consultation for adolescents of Children's Hospital "Dr. Jorge Lizárraga ". Statistical analysis was performed for Social Sciences (SPSS version 17). **Results:** of the 709 adolescents attended, 59.94% attended for the first time to such consultation. The female sex predominated with 51.5%. The distribution by age stands out the adolescents of 10 to 14 years (early adolescence) with 89.92%; Place of origin with 36% was the health district South East. The predominant Graffar was level IV with 61.17%. The predominant risk factor was sexuality with 21.17%. Adolescents have an average exposure risk of 40.45%. **Conclusions:** it is concluded that the gender most consulted is the female gender, especially in early adolescence, from the South-East district, with a socio-economic level in absolute poverty with level IV, and that sexuality is the predominant factor and the correlation Epidemiological and risk actors represents an average level of risk.

**Keywords:** Teen, epidemiology, risk factors.

## INTRODUCCION.

La adolescencia es una etapa transformadora e importante en la vida de cualquier ser humano. En esta etapa se forma la identidad y adquiere la independencia que se tiene que tener como un adulto maduro. Pero es un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social, donde se transforma el pensamiento, los gustos y el estilo de vida. También se puede considerar como un período de riesgo en el cual pueden darse las bases para la aparición de situaciones que pueden ocasionar morbi-mortalidad. (1)

El adolescente fue y es aun, ese ilustre desconocido. Durante siglos las disciplinas de la salud se ocuparon del adulto y de los niños, dejando de lado a este grupo tan importante. Entonces se creía que no se enfermaban. Pero con la creación de centros y servicios de atención a los adolescentes se pudo evidenciar que si tienen problemas. La mayoría de las y los adolescentes gozan de buena salud, pero la morbilidad y la mortalidad siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar la capacidad de las y los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores. (2)

Dentro de la problemática que los aqueja se destacan por su frecuencia, los conflictos en el área emocional, las dificultades de estructuración armónica de la personalidad, las desavenencias con el grupo familiar, los tropiezos en el rendimiento escolar, las conductas violentas, las crisis depresivas, el consumo de tabaco, alcohol y drogas. (2)

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Se calcula que en 2012 murieron 1,3 millones de adolescentes, en su mayoría por causas prevenibles o tratables. Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2012, con 330 adolescentes muertos al día. Otras

de las principales causas de mortalidad entre las y los adolescentes son el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. Otra situación de riesgo en la adolescencia es el embarazo, según las cifras disponibles, en 2010 se registraron 49 nacimientos por cada 1000 muchachas de 15 a 19 años en el mundo entero. (2)

La incidencia de la pobreza y la indigencia entre los jóvenes de 15 a 29 años en América Latina es de 30,3% y 10,1%, respectivamente. Por lo tanto, esta transición es para los jóvenes de América Latina y el Caribe cada vez más difícil. Un 32% de los jóvenes de 12 a 24 años (unas 50 millones de personas) sufren las consecuencias de al menos un tipo de comportamiento de riesgo. Durante las últimas décadas, la prevalencia de conductas de riesgo entre la juventud en América Latina y el Caribe ha experimentado incrementos preocupantes. (3)

Entre las conductas de riesgo destacan la violencia, la drogadicción y las relaciones sexuales sin protección. Varios aspectos epidemiológicos favorecen el comportamiento de riesgo entre jóvenes como lo son la pobreza, el desempleo, la crisis financiera global, la migración rural/urbana, un sistema educativo débil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario ineficaces. También se destacan las características individuales (personalidad, comportamiento, creencias, desarrollo cognitivo, nivel socioeconómico); familiares (entorno familiar, comportamiento); sociales o de pares (relaciones personales), y las del entorno o medio-ambiente (disponibilidad de drogas, armas, violencia, pobreza, hacinamiento, migración, desigualdad), todo esto generan dificultades en el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes. (3-8)

Uno de cada cinco venezolanos es adolescente. Este grupo en general goza de buena salud y su atención integral se basa en la normativa oficial para la atención integral de las y los adolescentes. Pero a pesar de esto nuestros jóvenes se están desarrollando en ambientes pobres en un 45%, con todas las repercusiones que esto conlleva. Dentro del marco de los objetivos del milenio, en referencia a los que se relacionan con la salud de las y los adolescentes a nivel mundial, la OMS

considera dos de extrema importancia: 1º) El derecho universal de salud reproductiva entre las y los adolescentes de 15 a 19 años; en éste sentido, Venezuela es el líder de embarazo en la adolescentes. De cada cien niños que nacen en nuestro país 1 de cada 5, provienen de embarazos de alto riesgo, solo por el hecho de ser adolescentes. 2º) la propagación del VIH SIDA; en Venezuela los datos oficiales muestran, que la infección por VIH, en los menores de 19 años está aumentando de manera significativa e importante, por arriba de lo previsto en un 30%, observándose que entre los 15 y los 20 años fue adquirida la enfermedad, y hoy en su mayoría están muriendo de SIDA. (4- 10, 11, 12)

Durante el período 2006–2009 se observa que la mortalidad en el grupo de 10 a 14 años, fue de 39,2 muertes por 100.000 adolescentes y las principales causas de mortalidad están representadas por causas externas, los tumores (neoplasias) y enfermedades del sistema nervioso, que acumularon el 73,3% del total de la mortalidad. Para el grupo de 15 a 19 años se observó un incremento en la mortalidad de 146,9 a 178 muertes por 100.000 lo que representa un 87,7% del total de defunciones en este grupo de edad. Donde las principales causas que se destacan son las externas que acumulan el 80,6% de las defunciones, y de ellas 61,5% corresponden a hechos y muertes violentas. La distribución por genero, se observa que la tasa de mortalidad en el sexo masculino del grupo de 10 a 14 años fue 1,5 veces mayor que la del sexo femenino, y en el grupo de 15 a 19 años, 4,4 veces superior; en 2009 la razón aumenta a 1,7 y 5,1, respectivamente, a expensas de accidentes de tránsito en el sexo femenino y hechos violentos en los del sexo masculino (4, 5, 6)

¿En nuestros jóvenes que pasa?, nuestros jóvenes no mueren por enfermedades cardiovasculares, sino por accidentes automovilísticos, inseguridad, suicidios, homicidios y en general por muertes violentas. Por otro lado, la diabetes está en franco acenso en nuestros jóvenes y en la escala de defunciones de nuestro país; además de las enfermedades crónicas respiratorias. La historia natural de estas

enfermedades y situaciones, nos obliga a estudiar los factores de riesgo. (4, 5, 6-13)

En la atención a las y los adolescentes, el médico en su trabajo, debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. De ahí que consideremos importante que tenga un buen manejo sobre los factores predisponentes de riesgo que pueden estar presentes en esta etapa de la vida. (7)

Hasta 2012 sólo hay ocho estados en el ámbito nacional con atención especializada dirigida a la población adolescente: Trujillo, Sucre, Portuguesa, Mérida, Lara, Carabobo, Barinas, Distrito Capital. Para considerar diagnóstico situacional de salud es necesario enfocarse bajo el perfil epidemiológico, disponibilidad y accesibilidad de los servicios con las características geográficas, socioeconómicas y culturales de la población adolescente en cada región ya que tienen diferencias que son fundamentales para lograr la identificación de los factores de riesgo que les puede generar daño, como por ejemplo, en Delta Amacuro, Amazonas y Zulia, donde la etnia indígena (2,7% de la población venezolana ) tiene mayor densidad poblacional, deben adecuarse los servicios dirigidos a su atención integral y especialmente en la esfera sexual y reproductiva por las particularidades propias de este grupo, bajo el enfoque de derecho al respeto de su etnia y arraigo cultural.(7)

El implementar la identificación de los factores de riesgo y relacionar su situación socio-epidemiológico permitirá clasificar la morbilidad prevalentes en las y los adolescentes, lo que facilitara el adaptar los protocolos de atención a las necesidades reales de intervención e impactar positivamente en esta etapa tan importante de la vida. (6,7)

El uso tradicional del concepto de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se ha relacionado con la mortalidad. Conformarse con solo preguntar por el motivo de consulta al adolescente y/o de al representante, antecedentes personales

y familiares, enfermedad actual, interrogatorio funcional por aparatos y sistemas, especialmente aparición de signos puberales, menarca espermarca, entre otros, no es suficiente para tener la visión global de los problemas. (6,7)

Esta concepción no resulta muy útil para la salud del adolescente, cuyos problemas se generan más bien en el contexto social y afortunadamente no siempre originan mortalidad. Por lo que se debe verificar la presencia de los factores de riesgo, los factores protectores y explorando siempre los siguientes parámetros: Hogar, Educación, Empleo, Actividades, Alimentación, Drogas, Seguridad, Sexualidad, Suicidio, Pobreza (que corresponden al acrónimo HEEAADSSSP). (7-9)

La idea fundamental de este enfoque es que el riesgo nos brinda una medida de las necesidades de atención a la salud de las y los adolescentes. El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna. Tomando en consideración lo antes expuesto surgió la necesidad de conocer cuáles son las características epidemiológicas y los factores de riesgo de las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga Valencia Edo. Carabobo, en el periodo 2010-2015.

### **OBJETIVO GENERAL.**

Establecer las características epidemiológicas y los factores de riesgo de los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga Valencia Edo. Carabobo, en el periodo 2010-2015.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la distribución por edad y género de las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga.

2. Identificar el lugar de procedencia de las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga
3. Reconocer el nivel socio-económico de las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga a través de la escala de Graffar.
4. Identificar los factores de riesgos en las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga.
5. Mostrar la relación entre características epidemiológicas y los factores de riesgo de las y los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga

## MATERIALES Y METODOS.

El presente trabajo está enmarcado dentro de la línea investigativa “Vulnerabilidad de las y los Adolescentes Conductas de Riesgos, Factores Protectores y Factores de Riesgo”.

Se realizo una investigación de tipo retrospectiva descriptiva, transversal no experimental. (21, 22, 23)

La población estuvo constituida por 709 pacientes que fueron atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia edo. Carabobo en el periodo 2010-2015. La muestra fue de tipo no probabilística, intencional, conformada por 425 adolescentes que consultaron por primera vez. (22- 24)

Se realizo la revisión documental de las historias clínicas para adolescentes como instrumento de recolección de la información por su formato estructurado para la identificación de los actores de riesgo (anexo A). Se solicito ante la coordinación de la consulta de adolescente el consentimiento informado (anexo B); Dando así cumplimiento a los protocolos de la institución. (22-24)

Los datos fueron sistematizados en la base de datos en Microsoft Excel, para luego a partir del procesador estadístico Statgraphics plus versión 17,0 para Windows y se realizo un análisis estadístico descriptivo univariada a partir de tablas. Se uso la estadística inferencial no paramétrica recurriendo a la prueba de Chic cuadrado para establecer posible asociaciones entre variables, además se recurrió al coeficiente V de Cramer midiendo el grado de asociación de las mismas. Se utilizara como nivel de significancia estadística P con un 95% de confianza ( $p < 0,05$ ). (24)

**RESULTADOS.****CUADRO 1**

**Distribución de los Adolescentes según Edad y Género. Consulta para Adolescentes del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2010-2015.**

<b>Edad</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Temprana (10 – 13)</b>	<b>107</b>		<b>129</b>		<b>236</b>	<b>55,53</b>
<b>Media (14 – 16)</b>	<b>77</b>		<b>83</b>		<b>160</b>	<b>37,65</b>
<b>Tardía (17 – 19)</b>	<b>10</b>		<b>19</b>		<b>29</b>	<b>6,82</b>
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>45,60</b>	<b>231</b>	<b>54,40</b>	<b>425</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Historias clínicas para adolescentes.**

En este estudio se observó que el 55,53 % se encuentra en la adolescencia temprana (10 a 13 años) seguida de la adolescencia media (14 a 16 años) lo que representa el 37,65 %. Apreciándose que el 54,40 % fueron del género femenino. (Cuadro 1)

## CUADRO 2

### Distribución de los Adolescentes según Lugar de Procedencia. Consulta para Adolescentes del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2010-2015.

Distritos Sanitarios	%
Eje de la costa	<b>1,88</b>
Norte	<b>6,82</b>
Occidental	<b>5,17</b>
Oriental	<b>6,82</b>
Sur del lago	<b>9,88</b>
Sur este*	<b>36,00</b>
Sur oeste**	<b>33,41</b>
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

**Fuente: Historias clínicas para adolescentes.**

\* El Socorro, Rafael Urdaneta, San Blas, Santa Rosa.

\*\* Candelaria, Catedral, Miguel Peña.

Se encontró que la población de adolescentes que más consultan proviene del distrito sanitario sur-este en un 36 %, seguido del distrito sanitario sur-oeste con 33,41%. (Cuadro 2)

**CUADRO 3**

**Distribución de los Adolescentes según su Nivel Socio-Económico. Consulta para Adolescentes del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2010-2015.**

Graffar	Frecuencia	%
I	0	0
II	20	4,70
III	67	15,76
IV	260	61,17
V	78	18,35
<b>TOTAL</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historias clínicas para adolescentes.**

En lo referente al nivel socio-económico de las y los adolescentes se encontró que el 61,17 % corresponde al nivel IV, seguido del nivel V con el 18,35%. (Cuadro 3)

**CUADRO 4**

**Distribución de los Adolescentes según Género y los Factores de Riesgo. Consulta para Adolescentes del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2010-2015.**

FACTORES DE RIESGO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
HOGAR	28	32	60	14,11
EDUCACION	26	17	43	10,11
EMPLEO	3	1	4	0,94
ACTIVIDAD	26	28	54	12,70
ALIMENTACION	14	20	34	8,00
DROGAS	7	7	14	3,29
SEGURIDAD	19	25	44	10,35
SEXUALIDAD	42	48	90	21,17
SUICIDIO	1	3	4	0,94
POBREZA	43	35	78	18,40
Total	209	216	425	100

**Fuente: Historias clínicas para adolescentes.**

Se observa que la sexualidad es el factor de riesgo más frecuente con un 21,17 %; seguido de la pobreza con un 18,40 % y en tercer lugar el hogar con un 14,11%. (Cuadro 5)

### CUADRO 5

**Distribución de los adolescentes según la Magnitud del Riesgo. Consulta para adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga en el periodo 2010-2015.**

RIESGO	FRECUENCIA	%
BAJO (0 a 3)*	189	44,50
MEDIO (4 a 6)*	193	45,40
ALTO (7 a 10)*	43	10,10
<b>TOTAL</b>	<b>425</b>	<b>100</b>

**Fuente: Historias clínicas para adolescentes.**

\* Factores de riesgo: hogar, educación, empleo, actividad, alimentación, droga, seguridad, sexualidad, suicidio, pobreza (HEEAADSSSP) y epidemiológicos.

Se observa que los pacientes que acudieron a la consulta para adolescentes presentan riesgo medio con un 45,40% seguido de riesgo bajo con un 44,50%.

## DISCUSION

La adolescencia es esencialmente una época de cambios, que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares; en la cual ocurre el descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, sexual, etc ) así como la de autonomía individual.

Las y los adolescentes tradicionalmente han sido considerados población saludable. Las tasas de mortalidad y morbilidad son relativamente bajas si se comparan con otros grupos de edad; sin embargo, al analizar las principales causas de morbi-mortalidad y los orígenes de éstas, aparece una nueva forma de considerar el estado de enfermedad en la que se incluyen los factores y conductas de riesgo que amenazan el bienestar y la salud de las y los adolescentes.

Al observar los resultados obtenidos en la presente investigación donde se evaluaron 425 adolescentes que acudieron por primera vez a la consulta para adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga en el período 2010-2015 a través de la revisión de la historia clínica represento el 59,94% de la población atendida en dicha consulta, pero si lo relacionamos con el total de la población de adolescentes del país estimada en 5.509.375 (según censo 2011) de este total 406.484 corresponde a las y los adolescentes en la población carabobeña representando el 7,37 % y solo el 0,10 %, son atendida ya que tanto a nivel nacional como estatal no se cuenta con suficientes consulta especializada para la atención integral del adolescente, esta situación hace que la identificación de los factores de riesgo en las y los adolescente no están relacionados con la realidad social, económica y biológica de la comunidad a la que forman partes. (5-7)

La distribución de las y los adolescente por grupo de edad y genero se observo que el sexo femenino predomino con un 54,40% sobre el sexo masculino 45,60%, En relación a la distribución por edad observamos que destaca las y los adolescentes de 10 a 13 años (adolescencia temprana) con un 55,50 % sobre las y los adolescentes de 14 a 16 años (adolescencia media) un 37,60 %, pero para la dirección general de epidemiologia del MPPS hay un discreto predominio del sexo

masculino y las y los adolescentes en edad de 15 a 19 años es la predominante, estos datos difieren con los resultados de esta investigación. (4, 5, 6)

En relación al lugar de procedencia se destaca que el 36% corresponde al distrito sanitario Sur Este y 33,41% al Sur Oeste sectores de gran afluencia poblacional en la entidad carabobeña, parámetros estadísticos que no se encontró en la literatura utilizada para su comparación; pero de suma importancia ya que permite la planificación y adecuación de los protocolos de atención por zonas geográficas ya que tienen necesidades diferentes a este grupo poblacional. (6,7)

El nivel socio-económico de la población estudiada estuvo ubicado en el nivel IV en la escala de Graffar con un 61,17% observando que la situación de pobreza del adolescente tiene un gran impacto en su vida ya que fomenta las conductas de riesgo, todo esto coincide con lo reportado por Céspedes y col. Observando además que el porcentaje es mayor, lo que es un comportamiento esperado en el estudio al cual se hace referencia y comparación. (3)

Al analizar los factores de riesgo por separado se observó que el referente a la sexualidad ocupa el primer lugar con un 21,17%, seguido de la Pobreza con 18,40% y en tercer lugar el hogar con 14,11%; en este estudio llamo la atención que la sexualidad como factor de riesgo se hace tan presente es debido a la ausencia de información y orientación sobre los tópicos relacionados con la decisión del inicio de la vida sexual, el implemento de medidas de protección para evitar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no planificado y que está íntimamente relacionado con el acompañamiento de otros Factores como lo son la pobreza y los conflictos en el hogar; teniendo coincidencia con lo reportado tanto por la OMS y Céspedes y col respectivamente. (2, 3)

Al correlacionar los factores de riesgo con las características epidemiológicas se pudo agrupar la magnitud del riesgo en bajo, medio y alto observando que las y los adolescentes tienen un riesgo medio que representa el 40,45% de verse expuestos a situaciones que los acercan más a tener afectación en

toda su integridad bio-psico-social, el MPPS y la OMS en sus reportes coinciden con estos aspectos. (5, 6, 7)

## CONCLUSIONES

1. En la presente investigación se evaluaron 425 adolescentes que acudieron por primera vez a la consulta para adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga en el período 2010-2015 a través de la revisión de la historia clínica represento el 59,94% de la población atendida en dicha consulta.
2. La distribución de los adolescente por genero se observo que el sexo femenino predomino con un 54,40% sobre el sexo masculino 45,60%
3. En relación a la distribución por edad observamos que destaca los adolescentes de 10 a 13 años (adolescencia temprana) con un 55,53 %.
4. El lugar de procedencia destacado corresponde al distrito sanitario Sur Este con un 36%.
5. El nivel socio-económico de la población estudiada se ubicado en el nivel IV en la escala de Graffar con un 61,17%.
6. El factor de riesgo que predomino fue la sexualidad ocupando el primer lugar con un 21,17%.
7. Las y los adolescentes tienen un riesgo medio de exposición de un 40,45%.

### **RECOMENDACIONES.**

- Impulsar la puesta en marcha de la difusión del protocolo para la atención integral del adolescente.
- Solicitar a los centros asistenciales la instalación de unidades médicas para la asistencia integral de las y los adolescentes.
- Realizar la capacitación del personal médico y de enfermería para la atención integral de las y los adolescentes.
- Estimular al adolescente en el desarrollo de su capacidad de participar en pro de su salud biopsicosocial.
- Reforzar la búsqueda de factores protectores en el núcleo familiar a través de un referente adulto positivo para la y el adolescente.
- Promover una adecuada salud sexual y reproductiva para las y los adolescente y también de su familia.
- Promover la asistencia periódica a la consulta para adolescentes.
- Fomentar hábitos de auto-cuidado.
- Reforzar la capacidad de reconocer esfuerzos y logros, así como desaciertos en decisiones, para optar por las mejores alternativas en la solución de problemas.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Agustina Natalia Benítez. Factores protectores y de Riesgo Social en Relación al Consumo de Sustancias en Adolescentes Rurales y Urbanos. Universidad del Aconcagua Facultad de Psicología; Noviembre, 2010.
2. Organización Mundial para la Salud (OMS); Adolescentes: Riesgos para la Salud y Soluciones: Nota descriptiva N°345 Mayo de 2014.
3. Céspedes Catalina Robles, Claudia; Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad Editorial: CEPAL serie Asuntos de Género n° 133 ISSN 1564-4170, junio 2016.
4. Venezuela, Dirección de Información y Estadísticas en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Anuario de mortalidad 2009.
5. Venezuela, Oficina de Análisis de Situación de Salud, Dirección General de Epidemiología, Ministerio del Poder Popular de Salud. Documentos de Análisis de Situación de Salud 2011.
6. Venezuela, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Cumpliendo las Metas del Milenio. Septiembre de 2010: Disponible en: <http://www.pnud.org.ve/content/view/176/169/> Acceso en octubre de 2016.
7. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS; Protocolos Clínicos de Atención Integral a las y los Adolescentes, Servicios del Primer y Segundo nivel de atención Primera edición: junio 2014
8. Ávila J. Violencia en Venezuela, Gaceta medica caracas 2010:118 (1): 1-2.
9. Portela de Santana, M. L.; da Costa Ribeiro Junior, H.; Mora Giral, M.; Raich, R. M.a La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión Nutrición Hospitalaria, vol. 27, núm. 2, marzo-abril, 2012, pp. 391-401 Grupo Aula Médica Madrid, España.
10. María de los Ángeles Rodríguez Gázquez Factores de riesgo para embarazo adolescente. Rev Cubana Hig Epidemiol v.46 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2008.
11. Mireya Álvarez Toste; Francisco Hernández-Bernal; Norayma Castillo Hernández; Yesenia Hernández Álvarez; Marlene E. Sibila González; Carmen R. Castro Masson; Manuel Romero Placeres. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud, Vigilancia en Salud 2004.
12. Edgar Navarro Lechuga, Rusvelt Vargas Morath Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003, Invest. educ. enferm vol.23 no.1 Medellín Mar. /Sep. 2005.
13. Sonia Acosta, Edgar Ibáñez, Andrea Alfonso, linda Cifuentes, Sandra Gamba, Carolina Mojica, Vilma Vargas, Efraín Patiño. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. Año 2008

14. Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2011, La Adolescencia una Época de Oportunidades. ISBN: 978-92-4557-6.
15. Restrepo A. Ruiz A. Posada A; Gómez J. y Ramírez H. tema 23 Puericultura del Adolescente: El Niño Sano: 3ª Edición Editorial Panamericana Venezuela 2008 paj. 237.
16. Payá, B., et alt. (2005). Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. España. (2011). Conductas de riesgo. Argentina.
17. Oliva, A. Problemas psicosociales durante la adolescencia. En B. Delgado (Ed.). Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez. (2008) (pp. 137-164). Madrid: McGraw-Hill.
18. Solum Donas Burak. Adolescencia y juventud en América Latina, Compilador; Cartago: Libro Universitario Regional, 2001.
19. Francisco Espinoza-Gómez; Víctor Zepeda-Pamplona; Víctor Bautista-Hernández; Carlos Moisés Hernández Suárez; Oscar Alberto Newton-Sánchez; Guadalupe R Plasencia García. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes Salud pública Méx vol.52 no.3 Cuernavaca may./jun. 2010.
20. De Lellis, Martín Da Silva Natalia Duffy Débora, Schittner Vanesa. Factores de riesgo para la salud de los adolescentes: investigación y promoción de la salud en establecimientos secundarios de enseñanza Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención Anu. investig. vol.18 Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic. 2011
21. David Moreno Ruiz, Estefanía Estévez López, Sergio Murgui Pérez, Gonzalo, Musitu Ochoa. Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2009.
22. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Mac Graw Hill México DF. 2006: 103-104-205. Aria F. El Proyecto de Investigación. 3ª edición. editorial Episteme. Caracas. Venezuela. 2004:48-54
23. Londoño J. Metodología de la Investigación Epidemiológica 3ª edición. Editorial Manual Moderno S.A. Bogotá. Colombia. 2004.
24. López E, Urbina J, Blanck E. Bioestadística-herramientas de la Investigación. CDCH-UC. Valencia. Venezuela. 1998; 1: p 13-45-46.

# ANEXO

## ANEXO A

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>HOSPITAL DE NIÑOS “Dr. JORGE LIZÁRRAGA” CONSULTA DE ATENCION INTEGRAL DE LA Y LOS ADOLESCENTES</b>			
<b>FECHA:</b>	<b>DIA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>

Yo \_\_\_\_\_

mayor de edad, identificado con C.I. N° \_\_\_\_\_ y como coordinadora del área de consulta externa y a su vez encargada de la consulta de atención integral para la y los adolescentes, autorizo al Dr.(a) Yelitza Enma Del Valle Rocca Damas, portadora de la C.I.: 8475082, de profesión Médico pediatra puericultor, para la realización de toma de datos registradas en las historias clínicas de la y los adolescentes que acuden a la consulta integral para adolescentes, habiendo informado claramente que la información obtenida será utilizada para la realización de la tesis de grado para optar al título de Especialista en Salud y Desarrollo del Adolescente titulada: **Características epidemiológicas y los factores de riesgo de los adolescentes atendidos en la consulta de adolescentes del hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga Valencia Edo. Carabobo, en el periodo 2010-2015.**

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria, doy mi consentimiento y firmo a continuación.

**COORDINADORA DEL ÁREA DE LA CONSULTA EXTERNA:**

\_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**SELLO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TESTIGO:** \_\_\_\_\_

**C.I.:** \_\_\_\_\_

## ANEXO B

Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar

**ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS**

Para clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento.

Variables	Pts	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

**ANEXO C**

**ANEXO D**