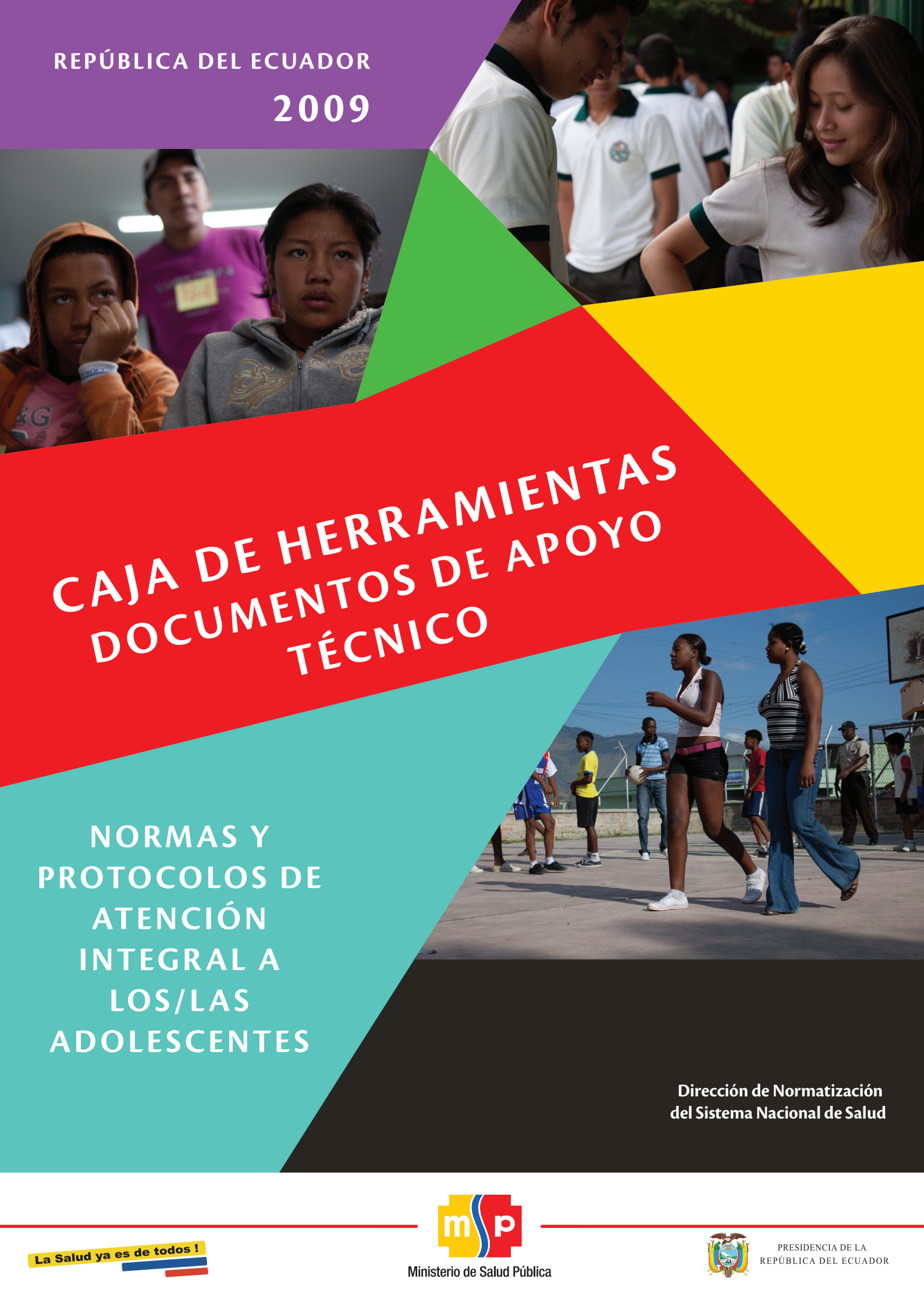


REPÚBLICA DEL ECUADOR
2009



CAJA DE HERRAMIENTAS DOCUMENTOS DE APOYO TÉCNICO

NORMAS Y
PROTOCOLOS DE
ATENCIÓN
INTEGRAL A
LOS/LAS
ADOLESCENTES

Dirección de Normatización
del Sistema Nacional de Salud

La Salud ya es de todos !



Caja de Herramientas/ Documentos de Apoyo

Dirección Nacional de Normatización del SNS
Área de Salud de la Adolescencia
2009

Autoridades del MSP

Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Gonzalo Bonilla Pulgar
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Marcelo Aguilar Velasco
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira
DIRECTORA NACIONAL DEL PROCESO
DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Introducción

Esta Caja de Herramientas es parte importante del paquete normativo de Atención Integral para Adolescentes, que incorpora a los contenidos de la norma una serie de instrumentos conceptuales y prácticos que contribuyen tanto a la comprensión integral del desempeño de prestadores y prestadoras de servicios de salud, como a lograr un acercamiento a las y los adolescentes en sus diversidades y demandas específicas.

La Caja ha sido concebida para brindar soporte técnico con miras a fortalecer el trabajo desarrollado en la atención integral de adolescentes. Incluye algunos documentos operativos y de reflexión pertinentes, en un primer esfuerzo que necesariamente deberá ser reforzado y actualizado constantemente, habida cuenta que las realidades de la población objetivo son cambiantes y dinámicas. Los insumos proporcionados permiten mirar a la población adolescente desde una perspectiva integral, reconociéndola como sujeto de derechos, a la vez que se fortalece el rol constitucional del Estado como garante de estos derechos.

La misión de las unidades de salud es responder a las demandas de los y las adolescentes de manera eficiente y eficaz, tratándolos como sujetos de atención prioritaria. Ello implica la eliminación de las barreras socioculturales que impiden el acceso a los servicios de salud, para garantizar un desarrollo integral de los y las jóvenes ecuatorianos/as.

Este documento busca apoyar el sostenido trabajo que desde hace más de una década cumplen los y las profesionales que prestan atención integral a adolescentes.

Índice

HERRAMIENTA No.	NOMBRE	PÁGINA
1	Culturas Urbanas Juveniles	9
2	Pueblos y Nacionalidades del Ecuador	13
3	Adolescentes Viviendo en Condiciones de Alta Vulnerabilidad	15
4	Cómo Obtener la Información. Secuencia y Contenidos de la Entrevista	21
5	Guía del Autoexamen de Mama	25
6	Guía del Autoexamen Testicular	27
7	Inventario para la Predicción del Riesgo Sicosocial para Adolescentes	29
8	Estadío de la Maduración Sexual (Tanner) en los Adolescentes	33
9	Estadío de la Maduración Sexual (Tanner) en las Adolescentes	35
10	Determinación de la Agudeza Visual y Visión Cromática en Adolescentes como Parte del Examen Físico Integral	37
11	Valoración de la Visión Central (Amsler) y Daltonismo (Ishihara) como Parte del Examen Físico Integral	39
12	Protocolo de Examen Ortopédico de los Dos Minutos	41
13	Comprendiendo las Orientaciones Sexuales: Vivencia de la Sexualidad en la Adolescencia	43
14	Evaluación de Aprendizajes para el Autocuidado de la Salud	47
15	Generación de Alianzas: Trabajo en Redes	49
16	Diagnóstico de Salud Participativo para Jóvenes y Adolescentes	51
17	Dinámica de Diagnóstico	53
18	Instructivo para el Llenado del Formulario 056 de H.C.U.	55
19	El Diagrama Familiar o Familiograma	75
20	Instructivo para el Llenado del Formulario de Evolución	77
21	Sistema Informático del Adolescente	81
22	Imágenes y Fotografías: Protocolos para la Atención Integral de la Salud de Adolescentes	103
23	Evaluación de Trastornos Depresivos en la Adolescencia: Escala H.A.D. (Ansiedad y depresión)	105

CULTURAS URBANAS JUVENILES

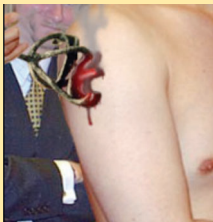
Reconociendo la diversidad de identidades en el marco de la inclusión, es necesario visibilizar que los cuerpos son los espacios en los que las identidades se ven expresadas en un sinfín de prácticas, costumbres, comportamientos, etc.

Desde esta perspectiva, los *piercings*, tatuajes, peinados extremos o tipos de ropa específica son expresiones de las identidades y deben ser reconocidos en el sentido de la inclusión respetuosa de la diversidad, ya que cada una de estas prácticas estéticas constituye en sí un mensaje mediante el que se ejerce el derecho a la expresión y se establece una posición frente al contexto en que se desarrollan las cotidianidades.

Estas muestras estéticas y preformativas constituyen en muchos casos la expresión de pertenencia a una cultura juvenil, entendida como una agrupación de jóvenes que se interrelacionan en los contextos urbanos a partir de sus afinidades e ideologías.

Como prestadores/as de servicios de salud es importante tener en claro que todas y todos los jóvenes y adolescentes, independientemente de su apariencia, deben ser atendidos con respeto a sus expresiones de identidad. Para ello es útil clarificar algunos conceptos:

DEFINICIONES

PIERCING		Es la realización de una perforación en cualquier parte del cuerpo para colocar algún tipo de aro (anillo, bola, arco o cadena).
TATUAJE		Dibujo o gráfico producido por sustancias coloreadas no reabsorbibles y no solubles introducidas por vía transepidérmica, que quedan fijadas a la dermis por un tiempo indefinido.
CUTTING		Acto de cortarse en diferentes partes del cuerpo con objetos afilados, generando heridas superficiales, sin propósitos suicidas. Las heridas no son profundas, pero sí dejan marcas (a manera de tatuaje), con el objetivo de hacer "sentir vivo" a quien lo practica.
BRANDING		Acto de tatuarse con un instrumento metálico caliente bajo presión directa en la piel.

Herramienta #1

Si bien estas prácticas identitarias no son nocivas en sí mismas, hay ciertas consideraciones importantes para la atención:

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL PIERCING DE ACUERDO AL SITIO DE IMPLANTACIÓN

LUGAR	COMPLICACIONES	PARTICULARIDADES
BOCA Y LABIOS	• Dolor • Infección • Fibrosis cicatricial • Lesión nerviosa y pérdida de la percepción de sabores • Hematoma y hemorragia • Laceración de lengua • Gingivitis • Fractura de dentadura y prótesis • Caída de los dientes • Sialorrea • Disartria • Hipersensibilidad a los metales • Disfagia y/o asfixia por edema obstructivo (macroglosia o angina de Ludwig)	La cara y el dorso de las manos son dos partes del cuerpo que no deberían tatuarse ni perforarse, por sus consecuencias físicas y sociales. Promedio de cicatrización: • Lengua: 4 semanas • Labios: 2-3 meses
NARIZ	• Elevada tasa de hemorragia • Condritis secundaria, necrosis del cartílago • Deformidad nasal. • Infección secundaria por estafilococo.	Promedio de cicatrización: • Aleta nasal: 2-4 meses • Tabique nasal: 6-8 meses • Puente nasal: 8-10 semanas
PABELLÓN AURICULAR	• Dolor • Infección secundaria: mayor riesgo con pistola (<i>Pseudomona aeruginosa</i>, estreptococo B y estafilococo). • Abscesos y erisipela • Fibrosis cicatricial, queloides • Hematoma • Deformación del pabellón auricular	Promedio de cicatrización: 6-8 semanas
OMBLIGO	• Infección secundaria • Abscesos y erisipela • Fibrosis cicatricial y granulomas piógenos • Hematoma • Alergia (eczema) al níquel o al oro • Perforación del conducto onfalomesentérico • Desencadenamiento de psoriasis • Síndrome de shock tóxico • Cicatrización anómala postembarazo	Los ombligos prominentes no deberían ser anillados. Promedio de cicatrización: 4-12 meses

CEJAS	• Infecciones locales o generales. • Transmisión de enfermedades. • Hemorragias, hematomas e inflamación • Lesión de una rama del nervio facial (parálisis irreversible de parte de la musculatura de la cara). • Daño del conducto lagrimal. • Cicatrices hipertróficas	En las cejas se recomienda sólo el piercing lateral externo; el medio está cerca de nervios y de la arteria supraorbital.	Promedio de cicatrización: 6-8 semanas
PEZÓN	• Infección secundaria (mastitis) • Alergia (eczema) al níquel o al oro	Puede provocar fibrosis del pezón y por tanto dificultad en la lactancia.	Promedio de cicatrización: 3-6 meses
GENITALES	• Hemorragia y hematomas • Infección secundaria, abscesos y erisipela • Fibrosis cicatricial retráctil y parafimosis • Embarazo no deseado, por ruptura del preservativo • Disminución de la sensibilidad o dolor	Puede haber desgarramiento genital (enredamiento en vello o trauma directo). Puede provocar insensibilidad secundaria.	Promedio de cicatrización en hombre: 4 semanas a 6 meses
		Aumenta el riesgo de transmisión de VIH- SIDA.	Promedio de cicatrización en mujer: 4-10 semanas

CONDICIONES PREVENTIVAS PREVIAS A LA REALIZACIÓN DEL PIERCING

Sin juzgar las intenciones de las y los adolescentes, es importante que tomen en cuenta lo siguiente si han decidido realizarse un *piercing* o tatuaje:

1. Los elementos utilizados para estas prácticas deben ser estériles y descartables. Pedir al joven que se asegure que el operador abra la caja de agujas estériles frente a él y que luego de usarlas las deseche.
2. La esterilización del equipo debe realizarse en autoclave a 121° C durante 15 minutos. No es suficiente el lavado y el uso de alcohol u otros desinfectantes.
El operador debe utilizar guantes descartables para cada proceso.
3. Vigilar la limpieza del local donde se realiza el procedimiento.
4. Utilizar joyas de calidad (oro de 14 quilates, acero quirúrgico, titanio, niobio).
5. Intervenir en zonas de piel con menos posibilidad de desarrollar queloides.
6. Todo adolescente que desea realizarse un piercing debe tener actualizada la vacuna DT (difteria, tétanos) y la antihepatitis B a dosis completas.

7. Acudir a centros especializados en estas prácticas.
8. Tener una hoja de consentimiento informado del adolescente, en la cual deberá constar la irreversibilidad y las posibles consecuencias del procedimiento.

ACCIONES PREVENTIVAS POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DEL PIERCING

- Mantener una adecuada limpieza, utilizando exclusivamente agua y jabón (piel) y cepillado dental y enjuague bucal (lengua o labios).
- No contacto sexual (sexo oral, vaginal o anal) dependiendo de la localización del *piercing*.
- Cubrir la cicatriz de la exposición a esprays o cosméticos.
- Proteger del roce de objetos (teléfono, lentes, espejos, cintillos, gorras).
- Evitar uso de ropa apretada en el ombligo y genitales.
- No tomar baños de inmersión hasta que no cicatrice.
- Control odontológico periódico.
- Acudir tempranamente si hay signos de infección.

Herramienta #1

PREVENCIÓN EN LA REALIZACIÓN DE TATUAJES

1. Comprobar la composición de los colorantes

El etiquetado debe especificar:

- Composición (no deben contener plomo).
- Lote, fecha de caducidad, empresa y fabricante.
- Propiedades químicas:
 - No ser tóxicos.
 - No provocar irritación.
 - Estériles de origen.
 - Constituidos por ingredientes inertes (óxido de hierro).
 - No cambiar de densidad por contener partículas de tamaño superior a 6 micras, para que los macrófagos tengan más dificultad al ingerirlas y permanezcan más tiempo en la zona tratada.
 - Poca solubilidad (mayor estabilidad).

2. Hacer previamente pruebas de sensibilidad (con un alergólogo), a diferentes metales, sales y pigmentos orgánicos.

CONTRAINDICACIONES PARA EL BODY ART

- Infecciones agudas
- Acné moderado o piel enferma
- Diabetes.
- Hemofilia.
- Reacciones de la piel ante jabones, desinfectantes, etc.
- Alergia a bisutería o metales.
- Epilepsia o similares.
- Toma de medicación anticoagulante.
- Inmunosupresión

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LOS TATUAJES

- Transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis B o C, lepra, herpes, sífilis, tétanos).
- Infecciones locales secundarias (bacterias, hongos, virus).
- Reacciones alérgicas (dermatitis alérgicas o irritativas, de contacto, urticaria) debido a que los pigmentos utilizados no han sido aprobados en su mayoría, ya que están hechos de pinturas industriales, cobalto y mercurio.
- Predisposición premaligna (melanoma).
- Migración de pigmentos por dispersión.
- Formación de granuloma a cuerpo extraño.

PUEBLOS Y NACIONALIDADES DEL ECUADOR

En las tres regiones geográficas del Ecuador existen 13 nacionalidades indígenas. Cada nacionalidad mantiene su lengua y cultura propias. Existen varios pueblos dentro de algunas de las nacionalidades de la Sierra y Amazonia y algunos de ellos se mantienen en aislamiento voluntario en las provincias de Orellana y Pastaza.

Los afroecuatorianos históricamente se han asentados en zonas geográficas como Esmeraldas, Valle del Chota, Guayaquil y Quito. Sin embargo, el V censo de población (año 2001) reveló que se localizan indistintamente en las 22 provincias del país. Su organización se define a partir del área sociocultural, entendida como un espacio geográfico y territorial con características ambientales homogéneas donde las comunidades guardan una pauta de asentamiento, una dinámica funcional interna, comparten un territorio, rasgos identitarios, antecedentes poblacionales, prácticas productivas y lazos familiares y vecinales.

Un área sociocultural, que se encuentra dentro de una región y obedece a las dinámicas internas de la misma, se forma por un conjunto de comunidades cuyos ciudadanos enfrentan problemas y tienen intereses y propuestas comunes. Para el caso de la caracterización geográfica y demográfica por áreas socioculturales de los afroecuatorianos, se proponen seis áreas, las cuales se conforman por la unión de provincias dentro de una región.

Las culturas deben ser entendidas como “todo lo que crea la humanidad en su interactuar con su medio físico, social y que es adoptado por la sociedad como producto histórico”; por tanto, desde este punto de vista, no hay culturas superiores ni inferiores, sino solamente culturas diferentes.

El personal de salud tiene que desarrollar sensibilidad para abordar y organizar una atención de salud adecuada culturalmente a los pueblos y nacionalidades del país.

ÁREAS SOCIOCULTURALES DE ASENTAMIENTO DE PUEBLOS INDÍGENAS Y AFROECUATORIANOS, por provincia(s)

PUEBLOS INDÍGENAS	
COSTA	
Awá	Carchi, Esmeraldas, Imbabura
Chachi	Esmeraldas
Epera	Esmeraldas
Tsa'chila	Santo Domingo de los Tsáchilas
Pueblo Manta – Huan-cavilca – Puná	Manabí, Guayas
AMAZONÍA	
A'í Cofán	Sucumbíos
Secoya	Sucumbíos
Siona	Sucumbíos
Huaorani	Orellana, Pastaza, Napo
Shiwiari	Pastaza
Zápara	Pastaza
Achuar	Pastaza, Morona
Shuar	Morona, Zamora, Pastaza, Napo, Orellana, Sucumbíos, Guayas, Esmeraldas
Kichwa Amazonía	Sucumbíos, Orellana, Napo y Pastaza
SIERRA: Nacionalidad Kichwa. Pueblos:	
Karanki	Imbabura
Natabuela	Imbabura
Otavalo	Imbabura
Kayambi	Pichincha, Imbabura, Napo
Kitukara	Pichincha
Panzaleo	Cotopaxi
Chibuleo	Tungurahua
Salasaca	Tungurahua
Kichwa Tungurahua	Tungurahua
Waranca	Bolívar
Puruhá	Chimborazo
Kañari	Azuay, Cañar
Saraguro	Loja, Zamora

Herramienta #2

PUEBLOS AFROECUATORIANOS		
REGIÓN	ÁREA PROPUESTA	PROVINCIAS
Costa	Costa Norte	Esmeraldas
		Manabí
	Costa Sur	Guayas
		Los Ríos
		El Oro
		Loja
Sierra	Valle del Chota	Imbabura
		Carchi
	Pichincha	Pichincha
	Sierra Centro Sur	Azuay
		Bolívar
		Cañar
		Cotopaxi
		Chimborazo
		Tungurahua
Amazonía	Amazonía Norte	Sucumbíos
		Orellana
		Napo
Resto del país	Otras provincias	Morona Santiago
		Pastaza
		Zamora Chinchipe
		Galápagos
	Zonas no delimitadas	Zonas no delimitadas

ADOLESCENTES VIVIENDO EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD¹

Para muchos la adolescencia puede estar marcada por una buena salud, por circunstancias familiares estables, buen acceso a servicios sociales básicos, entretenimiento, educación y educación sexual; sin embargo, para la mayoría este período puede ser de alta vulnerabilidad por la pobreza, las exclusiones, la asunción de nuevos roles (trabajo), la estigmatización de la sexualidad, el desconocimiento de los/las adolescentes como sujetos/as de derecho, especialmente en relación a los derechos sexuales y reproductivos, la falta de asistencia a la escuela, situaciones de violencia doméstica o pública, VIH-SIDA, migración, etc. Todas estas situaciones erosionan las redes tradicionales de seguridad e incrementan su vulnerabilidad; de ahí que se hace necesario que las políticas y los programas dirigidos a adolescentes contemplen a estos grupos como prioritarios.

Los y las adolescentes, como todos los seres humanos, tienen determinaciones sociales, culturales y económicas, así como potencialidades para construirse como sujetos de derecho, que puedan sortear las vulnerabilidades y enfrentar los riesgos.

Hay que ubicar las determinaciones y potencialidades en los siguientes ámbitos:

- Económicos: recursos para la salud y la vida, que van desde educarse en vez de trabajar, hasta tener una familia que le sustente o propiciar una movilidad saludable.
- Sociales: redes sociales que les potencien como sujetos individuales y colectivos, e institucionalidad que permita el desarrollo integral de sus capacidades.
- Culturales: que potencien sujetos incluidos y no discriminados por formas adultocéntricas, androcéntricas o religiosas, que suelen establecer estigmas frente a la vida y la sexualidad de los y las adolescentes.

El individuo está por tanto sujeto a un determinismo, es un **dado**, pero al mismo tiempo es un sujeto de derechos, constructor de vida y persona capaz de reconstituirse y reconstruirse: es un **dándose**. Las vulnerabilidades dan cuenta de los posibles elementos que pueden afectar al adolescente, sobre los que se debe incidir para prevenir riesgos en los siguientes ámbitos:

- Atención en salud sexual y reproductiva.
- Acción positiva para que hombres y mujeres adolescentes y jóvenes puedan estudiar.
- Educación de la sexualidad integral, que incluya a la comunidad educativa (docentes, estudiantes, padres y madres de familia) con enfoque de derechos, intercultural, de género e intergeneracional.
- Organización y participación juvenil, construyendo procesos de veeduría y rendición de cuentas.
- Capacitación en derechos de los funcionarios de salud y educación que permitan disminuir sus miradas adultocéntricas y androcéntricas.

Todos estos determinismos que producen vulnerabilidad y riesgo deben ser enfrentados por el Estado, como sociedad política responsable de procurar igualdad en el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y los reproductivos.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

Exclusión social

Esta noción hace referencia a un proceso social de desintegración y progresiva ruptura de las relaciones entre los individuos y la sociedad. El concepto ha cobrado relevancia en el ámbito actual de las políticas sociales y el debate sociológico, para referirse a la aparición de nuevas formas de desigualdad que van más allá de las viejas fracturas sociales, en un contexto de profundas transformaciones económicas y sociales a escala global. Se puede definir la exclusión social como “una situación de acumulación y combinación de factores de desventaja diversos, vinculados a diferentes aspectos de la vida personal, social, cultural y política de los individuos” (Subirats, 2006)².

Este concepto va más allá de los aspectos económicos y sociales que definen la pobreza, e incluye los **derechos políticos y de ciudadanía**, que vinculan la relación entre los individuos y los estados. En referencia a adolescentes, la exclusión social incluye formas androcéntricas y adultocéntricas que llevan a discriminar a los jóvenes en general, y otras que se suman en contra de grupos específicos, como las mujeres jóvenes, rurales, negras e indígenas.

Vulnerabilidad

Se entiende como la sumatoria de factores o determinantes sociales, culturales, históricos, geográficos,

1 Guíjarro S, Gavilanes G (MSP), Borrero M, Álvarez ME (UNFPA). Revisado por Arguello S, Betancourt Z. Documento no publicado. 2008.

2 Wikipedia: Diccionario. Exclusión social.

biológicos y económicos que se expresan como la factibilidad de que el sujeto o sistema expuesto sea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza³.

La vulnerabilidad hace referencia a la capacidad de una persona o grupo para anticipar, enfrentar, resistir y recobrarse de un evento negativo. Está marcada por la pobreza, la desigualdad y la exclusión. La desigualdad y la exclusión son dos sistemas de pertenencia jerarquizada; en el primer sistema la pertenencia se da por la integración subordinada y en el segundo se da por la exclusión. La desigualdad es un fenómeno socioeconómico, mientras la exclusión es uno cultural y social⁴.

El capital social que permite evitar y superar las situaciones que propician riesgos se ha denominado **resiliencia social**.

La incorporación del término vulnerabilidad permite abarcar una gama de situaciones intermedias, ya que ésta constituye un estadio intermedio entre pobreza y exclusión: se puede estar excluido de los beneficios de la salud, pero estar incluido, por ejemplo, en educación o trabajo. El estado de vulnerabilidad puede a veces ser transitorio, hasta que se presente la oportunidad para incluirse en las ventajas sociales, ya que la posibilidad de salir de una situación precaria depende de las políticas económicas y sociales de los estados y, si estas políticas no favorecen la inclusión social, las personas que viven en estado de vulnerabilidad pasan al de exclusión⁵.

Los conceptos de exclusión y vulnerabilidad se asocian con el término **marginalidad**, más utilizado en América Latina, que comprende la falta de acceso a los derechos sociales, a los progresos urbanísticos, a bienes y servicios (como educación, salud, vivienda digna, agua potable y alcantarillado, trabajo digno). Ser marginal significa estar afuera, privado de los derechos políticos y de los beneficios económicos y sociales.

Algunas características del entorno sociocultural inciden sobre la vulnerabilidad de jóvenes y adolescentes en diferentes sectores sociales, así como hechos circunstanciales (muerte de un padre o madre) que

pueden o no contribuir a que ocurran eventos no deseados, como el embarazo adolescente, dependiendo de una serie de características situacionales subyacentes; al conjunto de esas características se denomina **vulnerabilidad social**. La vulnerabilidad social para que ocurran embarazos en la adolescencia resulta de la combinación de falta de aspiraciones o dificultad para el acceso a la educación formal, elevada valoración de la maternidad, conocimientos escasos o imprecisos sobre reproducción y anticoncepción y al rol de la familia en la transmisión de valores, estilos de vida, límites y normas que orienten⁶.

Entre los componentes de la vulnerabilidad, que deben ser analizados en su contexto y relaciones, resaltan: pobreza, ruralidad, bajo nivel educativo, disfuncionalidad o desestructuración familiar, adolescentes menores (10–14 años), mujeres, indígenas, afrodescendientes, factores que se suman en términos de vulnerabilidad social.

ADOLESCENTES Y JÓVENES VIVIENDO EN CONDICIONES DE ALTA VULNERABILIDAD

1. Adolescentes muy jóvenes (AMJ: de 10 a 14 años)⁷

Los/las adolescentes muy jóvenes experimentan cambios físicos, psicológicos, culturales y sociales; algunos/as inician su vida sexual y en el caso de las mujeres pueden embarazarse o contraer matrimonio.

Estos grupos están muchas veces excluidos de los sistemas escolar y sanitario, sobre todo en las áreas rurales. Suelen haber recibido atención mínima: la inmunización y otras iniciativas de salud infantil pueden llegar a los niños para inscribirlos en las escuelas, mientras que los adolescentes mayores pueden ser la población objetivo de la educación de pares o de las actividades de centros juveniles, pero los AMJ tienden a quedar desprotegidos, por los vacíos existentes en los servicios sociales básicos.

3 Cardona O. La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de Estudios sobre Desastres y Riesgos, CEDERI. Universidad de Los Andes. Bogotá, Colombia.

4 de Sousa Santos B, La caída del Angelus. Novus. 2003

5 Roldán C. Desarrollo de adolescentes y jóvenes en zonas de pobreza y marginación, Argentina.

6 Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de población. 2004.

7 Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. Explotación sexual en niños/as y adolescentes en América Latina, Montevideo 2003.

Hay poca investigación sobre los factores que contribuyen a la vulnerabilidad y a las precarias condiciones de salud de los AMJ. Los adolescentes de 15 años son, típicamente, los más jóvenes incluidos en las encuestas demográficas y de salud nacionales, y aunque hace mucho que se recaba información sobre escolaridad y bienestar general de los adolescentes jóvenes, la mayoría de investigadores se niega a cubrir temas sensibles, sea por las normas sociales relacionadas con los comportamientos propios de la edad, por consideraciones éticas acerca de efectos potencialmente dañinos de la investigación, o por dudas sobre la validez de las respuestas de estos adolescentes.

Este grupo ha sido profundamente afectado por la epidemia del SIDA, que puede haberles privado de sus padres u otros familiares o haberles infectado cuando eran bebés. Pueden haber sido contagiados durante encuentros sexuales, dado que la actividad sexual entre adolescentes muy jóvenes es más común de lo que muchos diseñadores de políticas y miembros de la comunidad reconocen. Una proporción importante de los encuentros sexuales que involucran a AMJ son forzados u ocurren bajo coacción (Jejeebhoy y Bott, 2003). En algunos países, la prevalencia del matrimonio infantil es la causa predominante del debut sexual temprano⁸.

2. Adolescentes fuera del sistema escolar

Es necesario considerar a adolescentes y jóvenes empobrecidos que no asisten a ningún establecimiento escolar formal como grupo prioritario dentro de las políticas públicas y como población de alta vulnerabilidad para los equipos docentes y de salud. Toda persona que trabaje con jóvenes debe realizar un adecuado seguimiento del rendimiento escolar y apoyarles en sus dificultades, para asegurar una mayor permanencia dentro del sistema escolar. Cuando esto no es posible, hay que ofrecer alternativas para su desarrollo: toda exclusión de un sistema obliga al adulto responsable a pensar en otra inclusión.

La desventaja está dada porque en un contexto de pobreza los adultos, por su baja escolarización, tienen escasa capacidad de acompañar el proceso educativo, los establecimientos suelen tener menor calidad educativa y hay mayores dificultades personales para un desempeño escolar eficiente por la necesidad de trabajar precozmente y contribuir a la economía familiar. Un ingreso prematuro al mercado laboral, sin formación adecuada, protección laboral

ni beneficios sociales, en base a una elección precaria y poco calificada, hace que la estabilidad laboral sea poco segura y vuelve incierto el futuro.

Dos de cada tres adolescentes ecuatorianas de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. En algunos países el número de madres entre las adolescentes que no tienen educación es hasta siete veces más alto que la de aquellas con niveles educativos mayores⁹.

3. Adolescentes en situaciones de callejización y/o explotación sexual¹⁰

Desde hace más de una década el problema de la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes es considerado un tema emergente en la agenda de las Américas, pero sólo en los últimos años ha cobrado relevancia en la consideración político-estratégica de los estados. "Investigaciones de organismos no gubernamentales han apuntado que cerca de un 65% de los niños que se encuentra en situación de calle en las capitales de los países de América Latina se envuelven, de un modo u otro, en la explotación sexual. De éstos, el 15% sobreviven de lo que obtienen por prostituirse y el 50% se ha involucrado de alguna forma en la prostitución, aunque no de manera sistemática" (Castanha, 2001).

La violencia y explotación sexual de niños y adolescentes son problemas de naturaleza compleja y multicausal, en los que intervienen factores económicos, sociales, culturales y políticos, que se reflejan en los procesos educativos, de salud, de disciplina y de organización familiar, entre otros.

Los factores de riesgo siguientes son procesos que se articulan como estructurales y estructurantes en la construcción de relaciones de violencia, que amenazan o producen efectivamente niños/as y adolescentes víctimas del abuso y explotación sexual: desigualdad, inequidad, desintegración familiar, consumismo, migración rural-urbana, discriminación, abuso sexual intrafamiliar, tráfico de drogas y de seres humanos.

Algunos factores constituyen elementos fundamentales en el fenómeno de la violencia sexual; por ejemplo, la mayor parte de niños/as y adolescentes de la calle que se prostituyen para sobrevivir ya fueron víctimas del silencio que envuelve la violencia sexual intrafamiliar. Por otro lado, la sociedad adopta

8 Population Council, UNFPA, UNICEF, USAID. Invertir: cuándo hacerlo cuenta. Generando evidencia base para políticas y programas dirigidos a AMJ.

9 Suazo M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina.

10 Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. Explotación sexual en niños/as y adolescentes en América Latina. Montevideo 2003. Op. Cit.

una postura de indiferencia o tolerancia, culpa a las propias víctimas, limita el problema al ámbito privado y no lo asume como fenómeno contradictorio en el proceso de formación, civilización y evolución de la sociedad. A la sombra de este muro de silencio e impunidad se crean y fortalecen las redes de explotación sexual comercial.

La pobreza no puede ser considerada un factor de riesgo en sí misma, ya que las víctimas de la violencia sexual no pertenecen únicamente a los estratos pobres, pero genera situaciones de privación y vulnerabilidad que favorecen la explotación sexual de menores.

Las investigaciones sobre educación y desarrollo intelectual de las víctimas de la violencia sexual informan que una gran mayoría está fuera del sistema regular de enseñanza o en situación de atraso escolar. Aquellos que van a la escuela tienen bajo rendimiento, más de la mitad repite más de una vez el mismo grado y uno de cada dos abandona la escuela antes de completar el primer ciclo escolar.

Son comunes en este grupo las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazo precoz no deseado, abortos provocados y no asistidos, mortalidad materna, lesiones físicas, deficiencia en el crecimiento (mala alimentación, pérdida del sueño y peso), enfermedades alérgicas y respiratorias y dependencia química, entre otras. En el aspecto psicológico hay alta prevalencia de depresión y agresividad, muertes violentas y suicidios. Estos factores pueden comprometer el desarrollo de una sexualidad normal y sana y perpetuar la explotación sexual como forma de vida.

Aunque otras modalidades de violencia (como el abuso sexual intrafamiliar) tienen la misma gravedad y riesgos que la explotación sexual comercial, esta última suma factores adicionales de extrema importancia, en virtud de que se establece mediante relaciones de mercado y trabajo y opera a través de redes mundiales.

4. Adolescentes viviendo en situaciones de conflicto

Otras poblaciones vulnerables que merecen atención especial son los refugiados (entre los que hay casi dos millones entre 10 a 14 años); muchos han perdido a uno de sus padres o a ambos, no asisten a la escuela, se inician en la actividad sexual a muy temprana edad con poca o nula protección, y pueden comenzar a abusar de sustancias y drogas¹¹.

Un bajo nivel socioeconómico facilita la incorporación de niños y adolescentes como soldados en conflictos armados. Muchos se enrolan voluntariamente para sobrevivir o para vengar las atrocidades cometidas contra su familia o su comunidad, pero también se presenta el caso de padres que ante una aguda crisis económica venden a sus hijos como soldados. La posibilidad de que un niño/a o adolescente que se encuentra bajo fuego cruzado en la guerra estudie es casi nula, ya que debe huir por cuestiones de seguridad (desplazados), o es incorporado como combatiente por alguna organización armada.

Los niños/as y adolescentes son más fáciles de condicionar para ejecutar órdenes que los adultos; en situaciones de tensión son menos capaces de soportar presiones y pueden estar dispuestos a disparar sus armas por cualquier motivo. Los adolescentes reclutados no sólo combaten en el frente, sino que también trabajan como espías, ayudantes, guardias, mensajeros, sirvientes y esclavos sexuales (hombres y mujeres)¹².

5. Adolescentes indígenas, afrodescendientes y rurales

Los/las indígenas presentan mayores niveles de pobreza y menores de educación, mayores rezagos en salud y salud reproductiva y altas tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil. Las adolescentes indígenas inician la actividad sexual siendo aún niñas y se casan a edades muy tempranas (12 a 14 años), lo que afecta sus oportunidades y posibilidades de superar la pobreza.

La diferencia en la edad de iniciación sexual de las mujeres rurales y urbanas es mayor en Perú (las mujeres de áreas rurales inician relaciones sexuales en promedio dos años antes que las de áreas urbanas) que en Colombia y Bolivia (la discrepancia es de un año). En los demás países la diferencia es de seis meses¹³.

Hay marcado contraste en la maternidad adolescente de áreas rurales y urbanas; en Bolivia y Perú, por ejemplo, las tasas de fecundidad adolescente en áreas rurales duplican las urbanas (encuestas DHS y ENDEMAIN)¹⁴. En todos los países de la región, la fecundidad real es más alta que la fecundidad deseada

11 Roldán C. Desarrollo de adolescentes y jóvenes en zonas de pobreza y marginación, Argentina. Op. Cit.

12 Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. Niños, Niñas y Adolescentes involucrados en conflictos armados. Montevideo. 2002.

13 Gómes C. ASP Regional; México. UNFPA. 2007.

14 UNFPA, Equipo de AT para ALC. Análisis de Situación del Embarazo Adolescente en los países del Área Andina.

por las mujeres, principalmente en las áreas rurales y entre las mujeres pobres e indígenas. Las tasas de embarazos no deseados son más altas en Bolivia y Haití, países con las más altas tasas de fecundidad y población rural en la región¹⁵.

En la población indígena de Venezuela, la maternidad temprana es un rasgo aún más acentuado del patrón de comportamiento reproductivo; la frecuencia de los nacimientos en adolescentes es más elevada entre las jóvenes indígenas, con una tasa de 151 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años, frente a los 89 estimados a nivel nacional¹⁶.

6. Adolescentes migrantes o hijos/as de migrantes

En la mayoría de países de la región en las últimas décadas ha aumentado la migración a las grandes ciudades en busca de mejores condiciones de vida, educación para los hijos y mayores oportunidades de trabajo. El resultado ha sido la formación de grandes conglomerados de poblaciones excluidas en zonas urbanas y periurbanas, que viven en condiciones de hacinamiento en viviendas precarias sin servicios básicos, sufren desigualdad y exclusión y se hallan inmersos en subculturas de supervivencia (venta de drogas, armas, prostitución, delitos, violencia, inseguridad y precariedad laboral).

Tanto para los niños/as y adolescentes que los migrantes dejan atrás como para aquellos que migran, la pérdida de referentes afectivos (padres, madres, abuelos u otros) aumenta la probabilidad de que no reciban adecuado cuidado de salud, alimentación ni protección contra todas las formas de violencia. Las ausencias que supone la desintegración familiar conllevan un efecto sicosocial significativo que puede traducirse en sentimientos de abandono y vulnerabilidad en adolescentes.

Cuando la migración es irregular, muchos niños/as y adolescentes viven en los países de destino sin documentación; se violan sus derechos a una nacionalidad y a un nombre y se dificulta su acceso a los servicios de educación y salud, lo que aumenta su vulnerabilidad ante la trata y las adopciones ilegales¹⁷.

15 Suazo M. Población, pobreza y desigualdades en América Latina.
16 Molina L. Embarazo Adolescente. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. Caracas. 2006.

17 Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente. Migraciones de niños/as y adolescentes bajo el enfoque de derechos. Montevideo. 2007.

CÓMO OBTENER LA INFORMACIÓN. SECUENCIA Y CONTENIDOS DE LA ENTREVISTA¹⁸

La bienvenida o inicio, tiene como objetivo garantizar la comodidad para el adolescente y su familia. El/la joven debe tener la certeza que, a pesar de que puede haber acudido sin muchas ganas a la consulta, está frente a un proceso positivo. Hay que lograr que el/la joven hable y cuente de entrada, aún con miedo o vergüenza, sobre su problema. Es también un momento de conocimiento mutuo, por lo que el profesional de salud debe presentarse e intentar conocer al/a la adolescente. Es importante explicarle sobre la utilidad de la entrevista y el porqué el profesional tiene que indagar sobre muchas cosas que por lo general "otros profesionales" no preguntan. Es la oportunidad para garantizar la confidencialidad y explicar las opciones de intimidad. Una vez que las tensiones del primer encuentro han disminuido, se valora la necesidad de lograr la aceptación del joven para seguir adelante y profundizar más en el diálogo.

Algunas recomendaciones para esta fase son:

- Obtener el consentimiento del adolescente a la entrevista.
- Reciba al joven y su familia de manera agradable.
- Diríjase primero al adolescente y estreche su mano.
- Inicie su entrevista presentándose.
- Pregúntele cómo desea ser llamado.
- Explique las características de la consulta.
- Mantenga una comunicación horizontal, respetuosa, personalizada y bidireccional.
- Se mantiene la confidencialidad excepto si vulnera la seguridad del/de la adolescente o de otras personas (entonces explicar la posición del entrevistador).

El momento central de la entrevista tiene dos pasos:

1. La entrevista propiamente dicha con el llenado de la Historia Clínica
2. El examen físico.

1. SUGERENCIAS PARA LA ENTREVISTA PROPIAMENTE DICHA CON EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- Escuche atentamente.
- Observe mucho y escriba poco. Registre las impresiones sobre las conductas no verbales y la apariencia del joven.
- Haga preguntas dentro del contexto.
- Utilice un lenguaje coloquial y claro.
- Evite los silencios prolongados.
- Evite los "sermones".
- Ubique la entrevista en la realidad.
- Priorice los motivos de consulta.
- Identifique quién tiene el problema.
- Resalte lo positivo.
- Hable en términos claros.
- Evite entrar en conflicto con su propia adolescencia.

A menos que exista una relación previa con el adolescente, suele ser laborioso establecer una comunicación libre y fluida, incluso cuando se trata de un paciente que ha tenido consultas durante la infancia. Se sugieren algunas técnicas que podrían mejorar el diálogo y la calidad de la entrevista:

PREGUNTAS ABIERTAS: Favorecen la comunicación y permiten la expresión libre de los/las adolescentes.

Ej. *"Cuéntame más acerca de esto. Quiero muchos detalles acerca de tu dolor de cabeza"* *"¿Qué aspectos desearías modificar en la relación con tu padre? ¿De qué manera puedo yo ayudarte?"*

RESPUESTAS REFLEJAS O EN ESPEJO: Ayudan a extraer más información cuando las respuestas dadas son cortas. Consisten en repetir las mismas respuestas dadas por el joven.

Ej. *"¿Como te va en tu relación de pareja?"* " *Más o menos no más". La pregunta en espejo será: "¿Más o menos?" Con algo de suerte el adolescente seguirá el hilo de la conversación "Sí, él ha cambiado desde que..."*

PREGUNTAS DE INTERIORIZACIÓN O PROYECCIÓN: Ayudan a obtener información mediante técnicas proyectivas de los deseos y temores que tienen los/las adolescentes y que no los pueden expresar apropiadamente.

Ej. *"¿Cómo te ves tú en 5 años?"* *"¿Si el genio de la lámpara maravillosa se te apareciera, qué deseos le pedirías? Dime tres".*

18 Hodgman C, Jack S. Entrevista. En Medicina del Adolescente de Mc Anarney E. y cols. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1994.

Herramienta #4

PREGUNTAS TRANQUILIZADORAS. Sirven de mucho cuando hay temas que pueden ser difíciles de abordar.

Ej.: *“En los últimos meses, muchas chicas como tú me han preguntado sobre el inicio de las relaciones sexuales. Me pregunto ¿tú no tendrás inquietudes en el tema?”*

En casos aún más embarazosos, utilizar ejemplos de terceras personas para permitir la proyección. Por ejemplo: *“Me han dicho que muchas jóvenes de tu edad usan pastillas anticonceptivas. ¿Qué opinas tú de ello?”*

RESPUESTAS DE APOYO: Ayudan a fortalecer el vínculo y hacen sentir al entrevistado la comprensión que tiene el entrevistador.

Ej.: *“Estoy impresionado de tu gran fortaleza para enfrentar los problemas”. “Me imagino que lo has pasado muy mal, admiro tu integridad y la capacidad que has tenido en estas circunstancias”.*

PREGUNTAS DE ACLARACIÓN. Es importante puntualizar algunas expresiones o afirmaciones que quedan flotando en el aire.

Ej.: *“No sé si entendí. ¿Qué me quisiste decir con “archo”?”*

FRASES DE RESUMEN Y RECAPITULACIÓN. Debe reafirmarse en el/la entrevistado/a la idea de que estamos identificando bien el problema, que le estamos prestando toda la atención y que hay necesidad de ir pausadamente y en orden la entrevista.

Ej.: *“Veamos, entonces tú acudes hoy porque.....”.*

Las habilidades de comunicación del profesional mejoran los resultados de salud del usuario/a y su satisfacción; por ello el/la profesional de salud deberá desarrollar habilidades comunicacionales de la mejor calidad.

LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN A DESARROLLAR



2. SUGERENCIAS PARA LA EJECUCIÓN DE UN EXAMEN FÍSICO EXITOSO¹⁹

- Consentimiento del/de la adolescente para realizar el examen físico.
- Examen físico genital siempre con acompañamiento.
- Recuerde que en las consultas con contenidos sexuales o reproductivos algunos/as prefieren que los padres o madres no estén presentes. Contradictoriamente, otros suelen temer a quedarse solos/as. Puede usted consultar al/a la joven si desea la presencia de alguien no familiar mientras realiza el examen físico (una enfermera, un asistente...).
- Un/a enfermera o incluso un ayudante bien capacitado/a es de mucha ayuda en el proceso de preparación y medición antropométrica previa.
- **El examen físico debe realizarse siempre** pero se puede posponer para una siguiente consulta cuando se considere que no es urgente realizarlo en ese momento.
- Buscar un delicado equilibrio entre la no agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud. Algunos/as adolescentes quieren reafirmar su normalidad y esperan ansiosos/as este examen, mientras otros/as manifiestan pudor o temor a lo desconocido, por lo que puede ser conveniente posponerlo y esperar que se logre una relación de mayor confianza.
- Empiece el examen físico por áreas que no causen temor o falten al pudor de la persona. Facilite

19 Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, Argentina, adaptado y modificado por Naranjo J.

una bata apropiada, zapatillas si es del caso y obtenga datos generales de peso y talla.

- Evite la exhibición innecesaria del cuerpo del adolescente. Coloque un biombo para que no se exponga a la vista de otros. Utilice siempre una sábana extra para cubrir el cuerpo mientras usted lo examina.
- Realizar el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.
- Explique la secuencia que va a seguir en el examen. Aclare qué áreas del cuerpo va a examinar, qué no explorará y qué instrumentos va a utilizar (especulo si hay antecedente de relaciones coitales).
- El examen genital o de mamas suele generar tensión. A veces es bueno no realizarlo en la primera consulta pero aclararle sobre la necesidad de realizarlo a futuro. Si lo hace busque la colaboración y participación de la propia adolescente o joven en el examen genital. Ej. "Por favor, ayúdame a sostener tu calzoncillo mientras evalúo el tamaño de tus testículos" "Voy a examinar tus genitales y necesito que me ayudes abriendo los labios genitales con tus manos y dedos...si lo haces bien esto evitará que yo te toque".
- Cubrir a los/las adolescentes. No es preciso que estén totalmente desvestidos/as.
- Promover que los/las adolescentes participen activamente y colaboren con la exploración.
- Si los/as padres/madres que acompañan al/a la adolescente esperan afuera, otro trabajador de la salud debe estar presente durante la maniobra. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales, en particular cuando el trabajador de salud que realiza el examen es del otro sexo.
- Mientras hace el examen físico, usted puede ir comentando aspectos relevantes a la salud de manera positiva, que reafirman los hallazgos: Ej. "Escucha tus pulmones, están sanos y si los cuidas, seguramente durarán muchos años. El uso de tabaco o alcohol suele echar a perder estos órganos...", "Tus testículos están de tamaño normal y se nota que están creciendo progresivamente, es importante que te autoexamines mensualmente ya que puede haber riesgo de tumores a esta edad...", "Tu glándula mamaria va a seguir creciendo un poco más, durante 1 año aproximadamente, está muy bien pero debes examinarte mensualmente por si aparece alguna masa que debamos controlar oportunamente". Se debe aprovechar para enseñar a los/las adolescentes a realizar el autoexamen de testículo o de mama, explicando su importancia y utilidad.

- En las mujeres: si es púber se la puede examinar en posición de "rana": con rodillas flexionadas y tocándose ambos pies por las plantas. Las mayores pueden adoptar la posición ginecológica clásica.

2.1 OBSTÁCULOS PARA EL EXAMEN GENITAL DE LOS/LAS ADOLESCENTES

¿DESDE QUIÉNES?	CAUSA PROBABLE
Desde los/las adolescentes	• Miedo al dolor • Experiencias de daño previo • Percepción sexual, pudor • Antecedentes de abuso previo • Miedo a lo desconocido, falta de confianza • Miedo a que se descubra que ha iniciado las relaciones sexuales • Miedo a ser juzgados/as
Desde el personal de salud	• Pertenecer a un sexo diferente del/de la adolescente • Valoraciones negativas sobre la sexualidad de los/las adolescentes • Dificultoso manejo de los/as padres/madres en la consulta • Lugar inapropiado • Falta y/o inadecuado material e instrumental • Inexperiencia • Dificultades en la comunicación con los/las adolescentes

Herramienta #4

2.2 ¿QUÉ INVESTIGAR EN EL EXAMEN GENITAL DE LOS/LAS ADOLESCENTES?

En adolescentes sin inicio de relaciones sexuales	• Inspección de genitales externos en hombres y mujeres. • Valoración del tamaño del clítoris. • Valoración del vello pubiano en varones y mujeres. • Secreciones vaginales normales o anormales. • Himen: características, permeabilidad. • Vagina: permeabilidad, malformaciones. • Examen mamario en el varón y la mujer. • Examen del pene y del escroto. • Tamaño testicular. • Secreción uretral. • Lesiones perineales/genitales en varones y mujeres.
En adolescentes con inicio de relaciones sexuales	Además de lo expuesto anteriormente: • Tomas para citología cervical en caso necesario. • Tomas para estudio de flujo y diagnóstico de ITS. • Tomas uretrales para diagnóstico de ITS. • Colposcopia y penoscopia para valoración infección por papilomavirus y lesiones si es necesario. • Inspección del cuello uterino y vagina con espéculo. • Tacto vaginal.

INDICACIONES PARA EL EXAMEN GINECOLÓGICO EN LAS ADOLESCENTES. CUÁNDO REALIZARLO

- Adolescentes sexualmente activas.
- Adolescentes que usan anticonceptivos.
- Abdominalgia inferior sin causa aparente.
- Tumoración pelviana o abdominal baja.
- Hemorragia uterina disfuncional.
- Leucorrea o sospecha de I.T.S.
- Abuso sexual.
- Sospecha de embarazo.
- Asesoría precoital.
- Sospecha de genitales ambiguos.

De ser necesario, el examen ginecológico puede ser realizado en adolescentes vírgenes mediante un espejo de tamaño adecuado.

¿CÓMO REALIZAR EL EXAMEN GENITAL DE LOS ADOLESCENTES VARONES?

- Explique los objetivos del examen:
 - Evaluación de la maduración sexual
 - Detección de patología
 - Educación preventiva sobre riesgos futuros
- Garantice intimidad y respeto al pudor
- Explique el procedimiento:
 - Inspección del pene
 - Inspección del escroto (transiluminación)
 - Examinar área inguinal y femoral
 - Reflejo cremastérico
 - Buscar secreción uretral
- Resumir los hallazgos y cerrar el examen físico en otra área (ej.: columna, pies)

GUÍA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA²⁰

	1. Párese frente al espejo o al momento de ducharse. 2. Fíjese si en la piel de las mamas aparecen zonas salientes (nódulos), hoyuelos o cambios en el tamaño o aspecto de las mamas.
	3. Ponga las manos arriba. Obsérvese nuevamente
	4. Ponga sus manos en las caderas y obsérvese detenidamente.
	5. Ponga su mano izquierda en la nuca para examinar la mama izquierda. Pálpela en círculos concéntricos, desde la parte externa hasta rodear el pezón. Repita en el otro seno
	6. Realice la misma operación acostada, poniendo una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda su mama derecha. Repita en el otro seno.
	7. Oprima los pezones para ver si hay secreciones. Examine la región que está debajo de los pezones.

GUÍA DEL AUTOEXAMEN TESTICULAR²¹

El autoexamen testicular es una forma fácil de que los varones comprueben el estado de sus propios testículos para asegurarse de que no hay ningún bulto anormal en ellos, lo que suele ser el primer signo de tumor de testículo.

Si bien el cáncer de testículo es raro en los adolescentes, es el tipo de cáncer más común en los hombres jóvenes. Es importante aprender a realizarse el autoexamen testicular, de ser posible mensualmente, para familiarizarse con el tamaño y la forma normal, lo que facilita diferenciar cualquier hallazgo anormal en futuros exámenes.

Procedimiento:

- El mejor momento de realizar el autoexamen testicular es durante un baño con agua tibia. El escroto y la piel que recubre los testículos están muy relajados y eso hace más fácil la exploración de los testículos.
- Hay que examinar un testículo a la vez. Se emplean ambas manos para hacer rodar suavemente el testículo, con una ligera presión, entre los dedos. Hay que colocar los pulgares sobre el extremo superior del testículo, con los dedos índice y medio de cada mano detrás del testículo, para así hacerlo rodar entre los dedos.
- Se debe tocar el epidídimo (que se localiza en la parte superior y posterior de cada testículo), pequeño órgano que se nota blando, alargado, ligeramente sensible a la presión e indoloro.
- Normalmente, un testículo suele ser ligeramente más grande que el otro en la mayoría de hombres.
- Al examinar cada testículo, hay que buscar cualquier bulto o nódulo a lo largo de la cara anterior y las caras laterales. El tamaño de estos bultos puede ser muy variable, desde el de un grano de arroz hasta el de una arveja.
- Si se nota cualquier tipo de hinchazón, bulto o cambios en el tamaño o el color de un testículo, o si existe dolor o áreas dolorosas en la ingle, hay que acudir al médico lo antes posible.
- Otro aspecto importante es el cordón testicular, que debe tener el mismo grosor en ambos lados. Si uno es más grueso que el otro, debe acudir al médico, pues puede tratarse de várices del cordón (varicocele).
- Finalmente, realice la expresión del cuerpo y glándula para verificar la presencia o no de secreción uretral.



INVENTARIO PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO SICOSOCIAL PARA ADOLESCENTES ¹

Instructivo para el llenado

Sección a.- Anote por favor su edad y sexo

Edad _____ años Sexo masculino ()
femenino ()

Sección b.- Al responder este cuestionario, Ud. encontrará una serie de frases. Marque con una X la alternativa de frecuencia con que Ud. siente o hace lo señalado en cada frase:

FRASES	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1. Obedezco las reglas que hay en mi familia					
2. Creo que yo realmente le importo a mi familia					
3. Siento que mi familia me valora					
4. Me gusta ir a la escuela					
5. He faltado a clases a escondidas*					
6. Para mí, es tan importante emplear tiempo en cumplir mis deberes escolares como emplear tiempo en divertirme					
7. Mis amigos faltan a clases a escondidas*					
8. Algunos de mis amigos dañan o destruyen propiedad ajena*					
9. Mis amigos le dan importancia al hecho de ir a la escuela					
10. A mis amigos les gusta ir a la escuela					
11. Mis amigos faltan a clases en la escuela a escondidas*					
12. Mis padres me escuchan					
13. ¿Cuántos de sus amigos hacen con frecuencia algo de lo siguiente? (el porcentaje es aproximado, no tiene que ser exacto)*:	100%	75%	50%	25%	Ninguno
• Beber alcohol					
• Fumar tabaco					
• Fumar marihuana					

Herramienta #7

Frases	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14. Siento que todos están contra mí**						
15. Siento que la vida es injusta conmigo**						
16. Siento que estoy en contra de todo**						

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
17. A mis padres les gusta conversar conmigo					
18. Mis padres me tratan con consideración					
19. Siento que causo problemas en mi familia*					
20. Me gusta hacer mis tareas escolares a tiempo					

Modificado por: Dr. Jorge Naranjo Pinto

INSTRUCTIVO PARA LA PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:

Permite al profesional que atiende en el nivel primario de atención contar con elementos predictores del riesgo de que los/las prepúberes y luego los/las adolescentes tengan la probabilidad de incurrir en conductas peligrosas.

CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO:

El instrumento está compuesto por varios ejes de estudio: familia, escuela, amigos y respuesta frente a las normas. En color amarillo encontramos factores de riesgo y sin color están los factores protectores.

PUNTAJE PARA CALIFICACIÓN DE CADA ÍTEM:

Frases	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1,2,3,4,6,9,10,12,13,17,18,20	4	3	2	1	0

Frases con *	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
5,7,8,11,19	0	1	2	3	4

Frases con **	Siempre	Con mucha frecuencia	Con frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
14,15,16	0	1	2	3	4	5

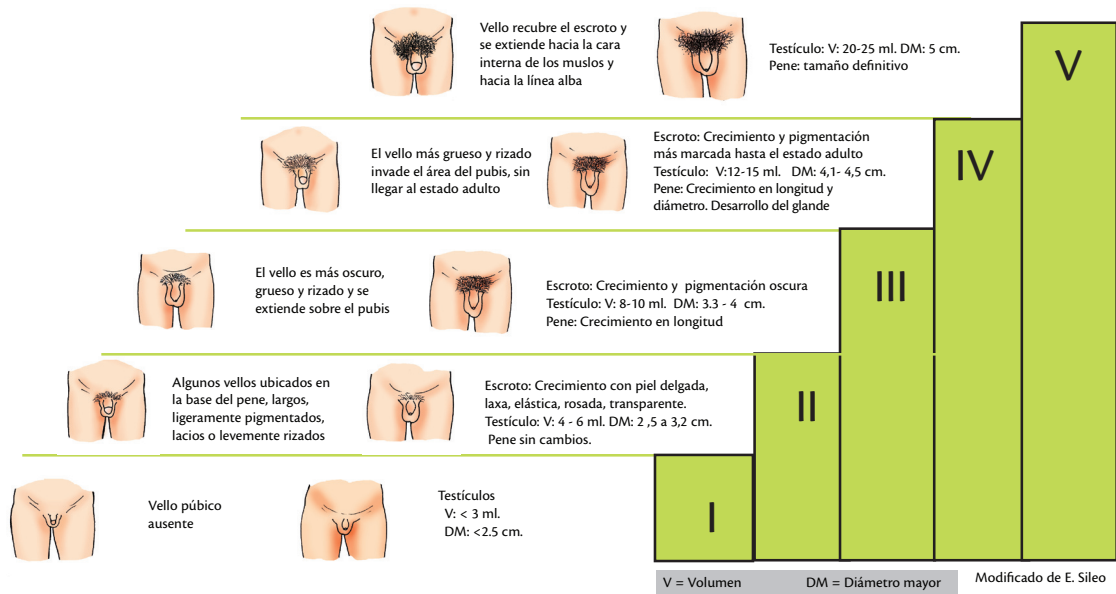
ESCALA DE INTERPRETACIÓN

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA
0 a 20	Alto riesgo sicosocial	Referencia inmediata a equipo de apoyo sicosocial en otro nivel de atención
21 a 41	Riesgo sicosocial moderado	Consejería y orientación por equipo del primer nivel de atención para valorar referencia a otro nivel
42 a 62	Riesgo sicosocial leve	Necesita consejería y orientación de acuerdo a ítems deficitarios por el equipo de salud del primer nivel
> 62	Sin factores de riesgo sicosocial	Control regular de acuerdo a norma

Sugerencia: Siempre es aconsejable trabajar con los déficits en los cuatro rangos y reforzar los puntos fuertes.

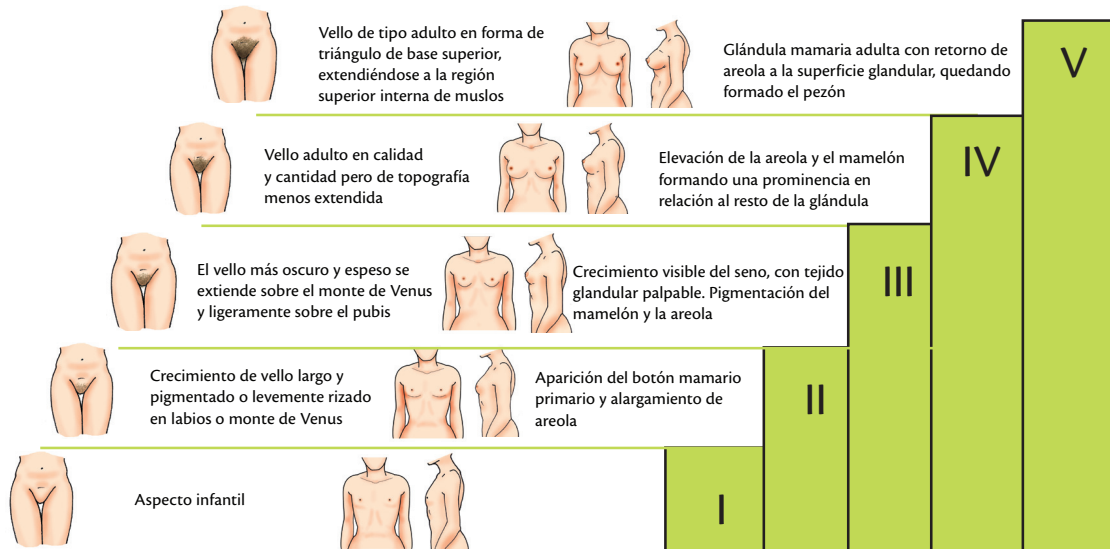
ESTADÍO DE MADURACIÓN SEXUAL (TANNER) EN LOS ADOLESCENTES

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER



ESTADÍO DE MADURACIÓN SEXUAL (TANNER) EN LAS ADOLESCENTES

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER



Modificado de E. Sileo

DETERMINACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y VISIÓN CROMÁTICA EN ADOLESCENTES, COMO PARTE DEL EXAMEN FÍSICO INTEGRAL



EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL (SNELLEN)

Con esta prueba podrá valorar la agudeza visual con el soporte de la Carta de Snellen para agudeza visual.

Instrucciones para realizar la prueba:

Ampliar la imagen.
Colocarla a unos **4 m.** de distancia.
La prueba se realiza en cada **ojo por separado**. Para empezar con el ojo derecho se ocluye el izquierdo sin presionarlo, y para examinar el ojo izquierdo se hará justo lo contrario.
Si utiliza lentes correctores, la oclusión la puede hacer con una hoja de papel.

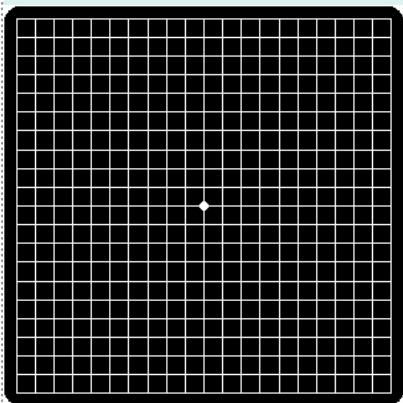
Interpretación de los resultados

LINEA	AGUDEZA VISUAL
A	20/200
DE	20/100
ARF	20/70
CKNO	20/50
OVZTD	20/40
FNCRAE	20/30
PVAZKVO	20/20

Si puede leer **todas** las líneas, la agudeza visual es de **20/20**.
Si **no puede** leerlas todas, la agudeza visual es **inferior a 20/20**, es posible que exista un déficit visual y que necesite unos lentes correctores. Si ya los usa es posible que tenga que cambiarlos. En cualquiera de estos casos se recomienda una interconsulta **al oftalmólogo**.

	AGUDEZA VISUAL CON CARTILLA DE FIGURAS:
	Con esta prueba se valora la agudeza visual en niños o en adolescentes no escolarizados y/o con trastornos del aprendizaje de tipo retardo mental, con capacidad limitada para realizar la prueba utilizando letras o números. Instrucciones para realizar la prueba: Ampliar la imagen. Colocarla a unos 4 m. de distancia. La prueba se realiza en cada ojo por separado; para empezar con el ojo derecho, ocluir el izquierdo sin presionarlo, para examinar el ojo izquierdo se hace justo lo contrario. Si utiliza lentes correctores, la prueba debe realizarse con ellos, y la oclusión la puede hacer con una hoja de papel. Interpretación de los resultados: El o la adolescente debe ser capaz de identificar sin dificultad la mayoría de las figuras, o por lo menos las que aparecen en las 3 primeras líneas. Sin embargo la interpretación de los resultados puede ser difícil aunque tenga una visión normal para su edad, ya que se puede equivocar o no conocer el significado de las figuras. De todas formas, si tiene alguna duda consultar esa situación con el oftalmólogo.

VALORACIÓN DE LA VISIÓN CENTRAL (AMSLER) Y DALTONISMO (ISHIHARA) COMO PARTE DEL EXAMEN FÍSICO INTEGRAL



VALORACION DE VISIÓN CENTRAL (EXAMEN DE AMSLER)

El examen de la rejilla de Amsler es una prueba muy útil para valorar la visión central; puede detectar cambios tempranos en el centro de la retina que de otra manera pasarían desapercibidos. Esta situación se presenta con frecuencia en enfermedades como la degeneración macular, en el edema macular de los diabéticos, en miopía severa, entre otros.

Instrucciones para usar la rejilla de Amsler

Coloque al adolescente a unos **35 cms.** de distancia con respecto a la imagen

Póngale sus **lentes** de lectura si los usa.

Ocluya un ojo.

Pida que mire fijamente el **punto central** de la rejilla. Para valorar el otro ojo repita el procedimiento

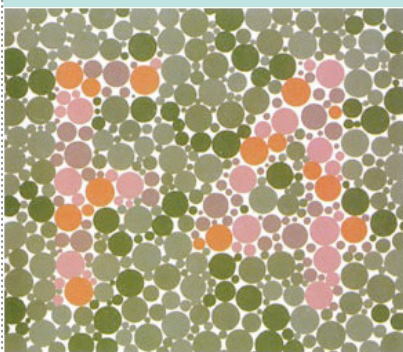
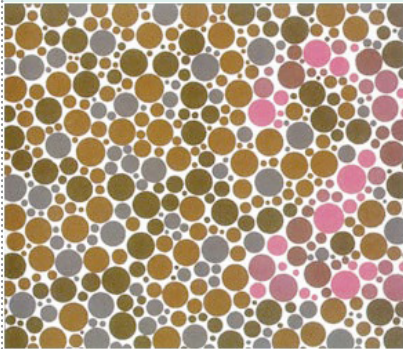
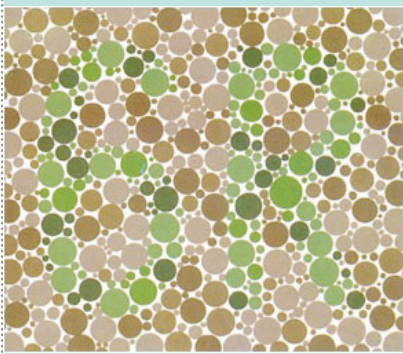
Luego debe hacer las siguientes preguntas:

¿Se ven todas las cuadrículas de forma **simétrica**?

¿Se ven algunas líneas **torcidas o dobladas**?

¿Se ven algunas de las líneas **onduladas, borrosas o desaparecen** en algún punto?

Si una de las respuestas a cualquiera de estas preguntas es afirmativa, debe referir al adolescente a un oftalmólogo lo antes posible.



VISIÓN DE LOS COLORES (CARTA DE ISHIHARA)

Las personas normales pueden distinguir, efectuando la mezcla adecuada, más de 100 colores diferentes a partir de los componentes rojo, azul y verde. Existen múltiples alteraciones que pueden afectar la visión cromática. Con la siguiente prueba podrá evaluar si la percepción de los colores es correcta o si tiene alguna dificultad o imposibilidad para apreciar la gama de los colores básicos: rojo, azul o verde.

Instrucciones:

Coloque al individuo a una distancia de aproximadamente 70 cm. de la imagen.

Si es del caso póngale los lentes de visión lejana.

Pídale que visualice las imágenes durante un tiempo no superior a 15 segundos.

Interpretación de los resultados:

Tabla 1. Respuesta **6R**

Tabla 2. Respuesta **2**

Tabla 3. Respuesta **F4**

Cualquier dificultad o imposibilidad de distinguir estas tres tablas puede indicar una anomalía en la percepción del color rojo.

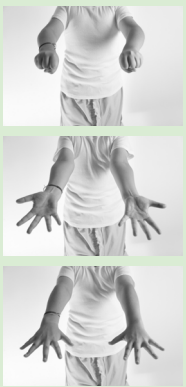
PROTOCOLO DE EXAMEN ORTOPÉDICO DE LOS DOS MINUTOS ²²

El examen ortopedico es obligatorio en cualquier examen físico del/a adolescente y debe ser iniciado en la siguiente postura:

- Posición de pie y torso desnudo (de preferencia)
- Pies juntos
- Hombros y pelvis nivelados
- Cabeza centrada (se puede comprobar con una plomada desde C7 a surco interglúteo)
- Inclínación ligera hacia adelante con los brazos colgados"

INDICACIÓN	OBSERVACIÓN	HALLAZGOS	IMAGEN
1) Que de pie frente al examinador, mire al techo, al piso y sobre los hombros.	La postura general, la articulación clavicular y la movilidad cervical.	Hallazgos normales: simetría de los miembros superiores, inferiores y tronco. Anormalidades más comunes: agrandamiento de la articulación acromio-clavicular y esterno-clavicular, asimetría de la cadera (por diferencia de altura en miembros inferiores o escoliosis), rodillas o tobillos inflamados.	
2) Que se encoja de hombros.	La condición del deltoides.	El paciente mira al cielo y al piso, toca el oído derecho (e izquierdo) con el hombro y mira sobre el hombro derecho (e izquierdo). Hallazgos normales: debe ser capaz de tocar el pecho con el mentón, oídos con hombros y mirar igual sobre los hombros. Anormalidades más comunes: limitación de la movilidad por lesión cervical previa.	
3) Que haga una rotación externa completa de los brazos.	La movilidad del hombro.	En la misma posición que en 1, el examinador pone sus manos sobre los hombros y trata de sujetarlos mientras el paciente trata de elevarlos. Anormalidades más comunes: atrofia o debilidad muscular del hombro, o alteración de nervios cervicales o del músculo trapecio.	
4) Que flexione y extienda el codo.	La movilidad del codo.	El paciente abduce sus miembros superiores a 90° y trata de elevarlos mientras el examinador lo sujeta. Hallazgos normales: igual fuerza en los dos miembros y simetría del tamaño de los músculos deltoides. Anormalidad común: pérdida de fuerza del músculo deltoides y/o supraespinoso.	
5) Que con los brazos a los costados y el codo en flexión a 90°, mueva las muñecas.	La movilidad del codo y las muñecas.	Abduce sus miembros superiores a los lados con codos flexionados 90° y manos hacia abajo, luego eleva manos y las lleva hacia atrás lo máximo posible. Hallazgos normales: que las manos lleguen igualmente atrás, al menos en posición vertical. Anormalidad común: limitación en rotación externa debido a un problema en el hombro o a una antigua luxación.	

Herramienta #12

6) Que extienda y flexione los dedos.	Las deformidades y/o asimetrías de manos.	Abduce a 90° miembros superiores con palmas arriba y luego flexiona el codo. Hallazgo normal: movilidad simétrica. Anormalidad común: limitación de la flexión o la extensión pueden indicar una antigua lesión del codo (ej. luxación o fractura). El paciente hace un puño y luego abre la mano separando los dedos. Hallazgo normal: el puño debe ser apretado y los dedos derechos con la mano abierta. Anormalidad común: la protrusión de un nudillo con el puño cerrado, o un dedo hinchado o torcido con la mano abierta sugieren el antecedente de una fractura o luxación del dedo.	
7) Que contraiga y relaje el cuádriceps repetidamente.	La simetría y la función de las rodillas.		
8) Que camine en cuclillas cuatro pasos.	La movilidad de las caderas, las rodillas y los tobillos.	El paciente se pone de cuclillas, realiza cuatro pasos en marcha de pato y se pone de pie. Hallazgo normal: la maniobra es indolora, la distancia entre el talón y el glúteo es simétrica y la flexión de la rodilla es igual durante la marcha. Anormalidad común: dificultad para flexionar completamente la rodilla y dificultad para ponerse de pie sin girar o inclinarse hacia un lado.	
9) Que se coloque de espalda al examinador.	La simetría de los hombros, las escápulas, la columna (escoliosis) y la simetría pelviana.	Paciente de pie con los miembros superiores a los lados y de espaldas al examinador. Hallazgo normal: simetría de los hombros, cadera, muslos y pantorrillas. Anormalidad común: un hombro más alto (escoliosis), un hombro más bajo (atrofia muscular), prominencia de la parrilla costal (escoliosis), asimetría de la cadera o el talle (diferencia en el largo del miembro inferior o escoliosis) y asimetría en muslo o pantorrilla por atrofia muscular (lesión antigua).	
10) Que con las rodillas extendidas, flexione el tronco y se toque los pies (maniobra de Adams).		La presencia de escoliosis (examen funcional) la movilidad de la cadera y la flexibilidad de la columna.	
11) Que sentado con las piernas extendidas, se toque los dedos de los pies (prueba de Kendall).		El acortamiento de los isquiotibiales: no toca dedos (grado 1); llega a la mitad de la pierna (2); llega a rodilla (3).	
12) Que se ponga en puntas de pies.	Las condiciones de los gemelos.	Paciente de pie sobre sus talones se pone en punta de pies. Hallazgo normal: igual elevación de ambos lados y simetría en la masa muscular de las pantorrillas. Anormalidad común: debilidad de los músculos de la pantorrilla por una lesión del tendón de Aquiles o una antigua lesión de tobillo.	
13) Que se apoye sobre los talones.	La simetría de la pantorrilla.		

COMPRENDIENDO LAS ORIENTACIONES SEXUALES: VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Es imprescindible reconocer que la orientación sexual es un proceso en permanente construcción por el que pasan los afectos, deseos y las propias experiencias vitales; todos los procesos identitarios son dinámicos. Desde esta perspectiva se debe respetar a las diversidades que existen en relación a las orientaciones sexuales adolescentes y reconocerlos/ las como sujetos de derecho. El sistema en que se desarrollan nuestras culturas es fundamentalmente heterosexual y suele ser excluyente y discriminatorio con todas y todos los no heterosexuales.

Fruto de estas exclusiones, los y las adolescentes homosexuales y bisexuales desarrollan una serie de comportamientos de autoprotección, como mecanismos de defensa contra la violenta y sistemática presión social que viven dentro de un sistema heterosexista, en el que la familia, la religión, el sistema educativo, los medios de comunicación, las costumbres y las leyes plantean expectativas sobre el comportamiento sexual. Estas presiones socioculturales fomentan que muchos de ellos y ellas adopten conductas clandestinas y autodestructivas, como relaciones sexuales inseguras y consumo de alcohol y drogas, o desarrollen trastornos psicológicos como ansiedad y depresión.

Una de las experiencias trascendentales en la adolescencia es la construcción de la orientación sexual. Es necesario que las/los prestadores de servicios de salud sean sensibles y respetuosos frente a las diversidades de sus usuarios. El nuevo marco legal vigente es explícito en relación a que todas y todos los diversos son sujetos de derechos.

MARCO CONSTITUCIONAL VIGENTE

Art. 11. El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

1. Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.
2. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil,

idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

3. Los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de directa e inmediata aplicación por y ante cualquier servidora o servidor público, administrativo o judicial, de oficio o a petición de parte.

Para el ejercicio de los derechos y las garantías constitucionales no se exigirán condiciones o requisitos que no estén establecidos en la Constitución o la ley.

Los derechos serán plenamente justiciables.

No podrá alegarse falta de norma jurídica para justificar su violación o desconocimiento, para desechar la acción por esos hechos ni para negar su reconocimiento.

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.
5. En materia de derechos y garantías constitucionales, las servidoras y servidores públicos, administrativos o judiciales, deberán aplicar la norma y la interpretación que más favorezcan su efectiva vigencia.
6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía.
7. El reconocimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no excluirá los demás derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento.
8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio. Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.
- El Estado, sus delegatarios, concesionarios y toda persona que actúe en ejercicio de una potestad pública, estarán obligados a reparar las violaciones a los derechos de los particulares por la falta o deficiencia en la prestación de los servicios públicos, o por las acciones u omisiones de sus funcionarias y funcionarios, y empleadas y empleados públicos en el desempeño de sus cargos. El Estado ejercerá de forma inmediata el derecho de repetición en contra de las personas responsables del daño producido, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales y administrativas. El Estado será responsable por detención arbitraria, error judicial, retardo injustificado o inadecuada administración de justicia, violación del derecho a la tutela judicial efectiva, y por las violaciones de los principios y reglas del debido proceso.
- Cuando una sentencia condenatoria sea reformada o revocada, el Estado reparará a la persona que haya sufrido pena como resultado de tal sentencia y, declarada la responsabilidad por tales actos de servidoras o servidores públicos, administrativos o judiciales, se repetirá en contra de ellos.

ASPECTOS CONCEPTUALES

Orientación sexual

Es la atracción afectiva, sexual y erótica que tienen las personas hacia otras personas, y que puede ser heterosexual, bisexual y homosexual.

Identidad sexual

Es la conciencia propia de pertenecer a un sexo o a otro.

Identidad de género

Es la conciencia de asumirse dentro de lo que socioculturalmente se entiende como masculino y femenino, independientemente del sexo biológico.

Comportamientos sexuales

Son las prácticas sexuales que pueden mantener los/las adolescentes, independientemente de su identidad sexual, su identidad de género o su orientación sexual.

Heterosexual

Es la orientación sexual de las personas que se sienten atraídas afectiva y sexualmente por personas del sexo contrario.

Homosexual

Es la orientación sexual de las personas que se sienten atraídas afectiva y sexualmente por personas del mismo sexo. Se les denomina gays o lesbianas.

Bisexual

Es la orientación sexual de las personas que se sienten atraídas afectiva y sexualmente por personas de ambos sexos.

Homofobia

Es el nombre que se da a las conductas de condena y rechazo de la homosexualidad o hacia gays y lesbianas. La homofobia puede tener varias caras: violencia directa, institucional, social, etc. Se expresa a través del lenguaje, actitudes y conductas discriminatorias y estigmatizantes.

Frente a estas realidades el/la prestador/a de servicios de salud debe:

1. Garantizar que la atención esté basada en el respeto a los derechos: a ser atendidos sin discriminación de ningún tipo, a la elección, al consentimiento informado, a la seguridad, a la privacidad, a la confidencialidad, a la dignidad, a la comodidad, a la continuidad y seguimiento y a la opinión sobre la calidad del servicio.
2. Crear un ambiente propicio para discutir sin inhibiciones la conducta sexual. No emitir juicios de valor.
3. Evitar considerar que todos los adolescentes que consultan son heterosexuales.
4. Partir de la premisa de que todos los/las adolescentes tienen sentimientos, fantasías y comportamientos homosexuales. No confundir comportamiento con orientación sexual.
5. Proveer de información clara, científica y actualizada. Informar sobre los derechos.
6. No centrarse sólo en la orientación sexual. Abordar otros aspectos de la salud en general.
7. Estar alerta ante los problemas sicosociales y clínicos. Explorar la relación familiar y social.
8. Garantizar confidencialidad.
9. Mantener una actitud respetuosa y de escucha empática, solventar dudas, no juzgar, propiciar un diálogo horizontal y no aconsejar.
10. Realizar la Historia sexual con preguntas abiertas y neutrales:
 - Grado de aceptación y satisfacción de la orientación e identidad sexual
 - Temores de lo que los amigos o familiares piensen
 - Identificar conductas de riesgo: no uso de

condón, otras barreras de protección y métodos anticonceptivos; subordinación frente a la pareja; uso de alcohol y otras sustancias sicotrópicas, explotación sexual, antecedentes de ITS.

11. Identificar signos de depresión: aislamiento o ideas suicidas.
12. Hacer un examen físico integral (en el caso de hombres con prácticas homosexuales examinar garganta y ano).
13. Realizar referencia y contrarreferencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence: Homosexuality and Adolescence. Pediatrics 1993; (92):631-4.
2. Pillard R, Bailey MJ. A Biologic Perspective on Sexual Orientation. The Psychiatric Clinics of North America. March 1995:71-83.
3. Remafedi G, Resnick M, Blum R, Harris L. Demography of Sexual Orientation in Adolescents. Pediatrics; April 1992(89):714-21.
4. Troiden RR. Homosexual Identity Development. J Adolesc Health Care 1988;(9):105-13.

EVALUACIÓN DE APRENDIZAJES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD ²³

Todo/a adolescente tiene derecho a lograr aprendizajes que le faciliten el desarrollo integral y el autocuidado de su salud

En ocasión de la consulta preventiva anual, cada adolescente debe recibir una valoración y/o seguimiento de los aprendizajes logrados para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud. Para esto es necesario que el trabajador de la salud aplique una encuesta autoadministrada, o una entrevista en un momento apropiado de la atención, por medio de la cual se pueda apreciar las necesidades de aprendizaje de cada adolescente.

A manera de sugerencia se presentan los siguientes ejemplos:

EJEMPLOS DE EVALUACIÓN DE APRENDIZAJE PARA EL AUTOCUIDADO/CUIDADO MUTUO DE LA SALUD MEDIANTE FORMULARIOS AUTOADMINISTRADOS EN LA PRECONSULTA

Desarrollo

- Conocimiento de su desarrollo físico, sicosocial y cognitivo. Cambios normales esperables durante la adolescencia.
- Reconocimiento y aceptación de la autoimagen.
- Formas de prevenir comportamientos de riesgo asociados a la presión de sus pares o de los medios de comunicación.
- Capacidad crítica frente a los pares, adultos y medios de comunicación.
- Derechos de los/las adolescentes y formas de garantizarlos.
- Modos de lograr a partir de ellos/ellas mismos/as una fluida comunicación con sus padres, para acordar espacios saludables de recreación, horarios de salidas, conducción de vehículos, etc.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

- Nivel de adicción que provoca el tabaco, alcohol y otras drogas.
- Diferencias entre uso experimental y adicción.
- Modos de evitar el consumo pasivo de tabaco.
- Modos de promover normas sociales contrarias al uso de tabaco, alcohol y drogas, incluidos anabólicos esteroidales, en la escuela, familia y pares.
- Consecuencias de los consumos en su vida de relación y sus aprendizajes, reducción de la capacidad atlética.
- Riesgo de embarazo e infección de transmisión sexual que genera la actividad sexual bajo los efectos del alcohol y/o otras drogas.

Lesiones por causas externas

- Legislación de tránsito para prevenir lesiones por causas externas.
- Normas de convivencia en la escuela e instituciones de la comunidad.
- Uso de casco para ciclismo, motociclismo, patinaje y patinetas.
- Uso de protectores bucales y medidas de seguridad en deportes.
- Responsabilidad al conducir vehículos.
- Relación entre lesiones y consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Riesgo de la portación de armas.

Sexualidad y afectividad

- Afectividad y sexualidad humana responsable y placentera.
- Roles sexuales, equidad en las relaciones de género, respeto por la diversidad.
- Anatomía y fisiología de los aparatos genitales del varón y la mujer.
- Ciclo menstrual de la mujer, días de ovulación, disfunciones.
- Autoerotismo como mecanismo de conocimiento de capacidades sexuales.
- Fisiología de la respuesta sexual humana en hombres y mujeres.
- Higiene del aparato genital femenino y masculino.
- Autoexamen de mamas en las mujeres y de los genitales masculinos en los varones (considerando la edad y desarrollo).
- Prevención de la violencia y abuso sexual.
- Opciones anticonceptivas: uso, efectividad, mecanismos de acción, efectos colaterales.
- Embarazo en la adolescencia, factores de riesgo, control prenatal, parto y postparto.
- Significado de la maternidad/paternidad en la adolescencia.
- Atención del recién nacido y acompañamiento del desarrollo infantil.
- Infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA: formas de contagio, prevención y tratamiento.
- Mitos y creencias sobre cuidados de la sexualidad y afectividad: higiene y ejercicio durante la menstruación, capacidad reproductiva en la primera relación sexual, coito interrumpido, efectos de la masturbación, efectos de los anticonceptivos.

Si de dicha evaluación surge que el/la adolescente requiere mayores aprendizajes deberá recibir una **consejería** o ingresar en **grupos de aprendizaje** para el autocuidado/cuidado mutuo de salud. La consejería puede ser solicitada con oportunidad por el/la adolescente.

GENERACIÓN DE ALIANZAS: TRABAJO EN REDES²⁴

La función de una red es poner a disposición de otros, distintos, la propia experiencia, y conjugar esta diversidad en la cooperación.

Es la puesta en común de experiencias y acciones diversas para ser integradas. La cooperación es la base de la acción en red, se autogenera, se autoorganiza y se autodestruye.

(Matus V, Rioseco L. 1996)

Concebimos a las redes como una forma de organización de gran valor que permite integrar nuevas visiones del mundo y hacerlo a través de la cooperación, evitando las jerarquías y decisiones unilaterales. Algunos de los valores que rigen el trabajo en redes son el respeto a los demás, la tolerancia, la colaboración, la cooperación, la generosidad y el derecho a equivocarse.

Vistos algunos de los nudos que enfrentan las instituciones y organizaciones para potenciar y profundizar su accionar hacia temas de vital importancia, la articulación en redes permite superar formas tradicionales de trabajo, lineales y rígidas; las redes son espacios abiertos, flexibles, libres, que incorporan la diversidad y la respetan; la información no se maneja de manera lineal, sino que fluye de manera simultánea, potenciando la sinergia²⁵ del grupo.

Los principios orientadores para el trabajo en redes son²⁶:

- a. La red en su conjunto debe potenciar la máxima capacidad de cada actor en su entrega de servicios.
- b. La red no sobrecarga a ningún actor, por el contrario, el aporte específico del "otro/a" alivia el trabajo de cada uno/a, dado que cada quien hace lo que le compete.
- c. La red optimiza el uso de los recursos de cada persona en relación al tema que los convoca.
- d. Reconoce claramente los límites de intervención de cada subsistema.
- e. El resultado total de las intervenciones es siempre superior al que cada actor obtiene por separado y a la simple adición de todos.

- f. Cada actor sabe de dónde proviene la información que llega a sus manos y hacia dónde dirigirla posteriormente.

Frente a la inconsistencia de muchos programas dirigidos hacia los/las adolescentes, y a que las acciones estatales no han logrado la trascendencia que requieren los problemas que viven las nuevas generaciones, creemos que sólo un trabajo conjunto podrá superar la baja cobertura y la intrascendencia y discontinuidad de muchas políticas, programas y proyectos.

Las demandas de los y las adolescentes en torno a la salud, el empleo, las opciones para el tiempo libre, la participación real en las decisiones de trascendencia para sus vidas, desde el nivel familiar al local y nacional, convocan a apoyar y potenciar su calidad de actores sociales y políticos, en el terreno de la cultura y lo simbólico, en la creación de espacios de información y comunicación, en las decisiones políticas y en las exigencias para inversión económica hacia sus vidas.

Pasos operativos para constituir redes:

1. Establecer con claridad los objetivos para los que se requiere un trabajo articulado y la constitución de una red. En el caso de la atención integral a adolescentes el trabajo interinstitucional e intersectorial debe garantizar los derechos de los y las adolescentes, tomando en cuenta su ejercicio, exigibilidad, restitución y reparación en caso de haber sido violentados.
2. Identificar los espacios de articulación que ya existen en la localidad y evidenciar si se relacionan con los objetivos que se persigue, especialmente considerando que en varios cantones ya existen colectivos como los Consejos Cantonales de Salud y los Consejos Cantonales de Niñez y Adolescencia. Evidenciar si es posible articularse con ellos para proponer como un eje temático de interés el apoyo al ejercicio de los derechos de los y las adolescentes. Si no existen tales instancias, continuar con los siguientes pasos.
3. Hacer un mapeo de actores locales que puedan aportar a garantizar los derechos de los y las adolescentes. Identificar sus intereses, habilidades y experticias que puedan aportar a los objetivos conjuntos.
4. Establecer espacios de articulación con los otros actores en los que se determinen formas de coordinación, períodos de reunión y recursos que aportan.

24 Tomado del Marco Conceptual del Proyecto "Ecuador Adolescente". Quito 2004-2008.

25 Sinergia es la asociación de varias personas para producir algo; esa asociación que busca resultados similares potencia los recursos, las destrezas, las habilidades y dones de cada persona, y del conjunto.

26 Rioseco L, Rojas X. Tejiendo Redes: Creación de redes comunales en violencia intrafamiliar, una propuesta metodológica, extracto. Publicación Ediciones Domos, Santiago de Chile, 1997.

Herramienta #15

5. Definir los roles que cada uno va a cumplir en el trabajo concertado a lo interno de la red, sean éstos de orden técnico o político, y definir rutas de actuación.
6. Contar con una planificación concertada que considere mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación.
7. Desarrollar espacios de debate, formación y propuesta para que los miembros de la red puedan armonizar sus miradas, enfoques y prácticas, con el fin de actuar de manera concertada.

DIAGNÓSTICO DE SALUD PARTICIPATIVO PARA JÓVENES Y ADOLESCENTES²⁷

Este diagnóstico propone dos técnicas de investigación comúnmente usadas en las ciencias sociales:

- Una pauta de entrevista semiestructurada para grupos focales de jóvenes
- Una pauta de entrevista semiestructurada a profesionales representantes de organizaciones institucionales relacionadas con la salud de adolescentes

Los grupos focales y las entrevistas individuales de adolescentes se pueden realizar en los mismos centros y subcentros de salud, a fin de que se familiaricen con dichos espacios. Es importante contar con líderes jóvenes y adolescentes que representen a la diversidad de la colectividad. Otro punto fundamental es generar un espacio de diálogo y confianza con las y los participantes.

Se pueden usar tres técnicas de recolección de información:

1. Grupos Focales
2. Entrevistas
 - entrevista semiestructurada a expertos
 - entrevista semiestructurada a informantes clave
3. Análisis de datos secundarios

Pauta de entrevista para grupos focales de adolescentes y jóvenes:

1. ¿Qué es la salud para ustedes?
2. ¿Cómo ejercen su derecho a la salud integral?
3. ¿Cuáles son los problemas de salud frecuentes entre los adolescentes y jóvenes?
4. ¿Qué cosas creen ustedes que influyen para que los adolescentes tengan estos problemas?
5. ¿Qué hacen los adolescentes cuando tienen un problema de salud? ¿Tienen un lugar habitual donde acudir cuando tienen un problema de salud? (razones para ir y para no ir, recurso, facilidades y barreras, qué aporta).
6. ¿Cómo ha sido su experiencia cuando han sido atendidos en el consultorio o centro de salud?

7. Si el consultorio o centro tuviera un lugar sólo para atender adolescentes: ¿Cómo debería ser? ¿Qué debería tener? ¿Qué cosas que para los adolescentes son importantes debería considerar un programa o centro de este tipo?
8. ¿Qué actividades destinadas a adolescentes creen ustedes que sería necesario organizar en este barrio para que los adolescentes se mantengan sanos?
9. ¿Qué programas o actividades conocen ustedes que trabajen para los adolescentes y jóvenes en este barrio? ¿Han participado en ellas? ¿Cómo fue la experiencia?

Pauta de entrevista para adolescentes informantes clave y profesionales representantes de organizaciones institucionales:

1. ¿Qué problemas de salud frecuentes tienen los adolescentes que asisten a la organización que usted dirige (en que usted participa)?
2. ¿Qué hacen los adolescentes que asisten a esta organización cuando tienen un problema de salud?
3. ¿Conoce algún centro de salud que atienda adolescentes del barrio?
4. ¿Cuál ha sido la experiencia en la derivación de adolescentes a ese centro?
5. ¿Se han atendido los adolescentes?
 - ¿Han resuelto el problema en el centro de salud?
 - ¿Cómo han evaluado la atención los adolescentes?
 - ¿Qué barreras u obstáculos han percibido a la atención de salud?
 - ¿Qué fortalezas o aspectos positivos han percibido en la atención de salud?
6. ¿Ha realizado esta organización alguna actividad conjunta con el centro de salud? (¿Ha realizado este centro de salud alguna actividad conjunta con organizaciones comunitarias u otras organizaciones institucionales?) ¿Cuál(es)?
 - ¿Ha realizado esta organización alguna actividad conjunta de promoción de salud de adolescentes? ¿Cuál(es)?
 - ¿Cómo resultó esta experiencia? (énfasis en logros conjuntos, aspectos favorecedores o positivos y limitantes o negativos)
7. ¿Qué actividades de promoción de salud de adolescentes y jóvenes realizan actualmente o han realizado ustedes? ¿Cómo ha resultado esa experiencia? (énfasis en logros, aspectos favorecedores y limitantes).

Herramienta #16

8. ¿Qué actividades vigentes de promoción de salud destinadas a adolescentes y jóvenes de esta comunidad conoce usted? (énfasis en organizaciones involucradas, objetivos, resultados, evaluación).
9. El Consultorio/Centro/Subcentro..... está diseñando un programa de promoción de salud destinado a adolescentes y jóvenes de la comunidad. De acuerdo a las necesidades de salud de los adolescentes que acuden a esta institución, ¿qué actividades de promoción de salud a su parecer son importantes y factibles de realizar en conjunto?

DINÁMICA DE DIAGNÓSTICO²⁸

¿QUÉ SÉ? ¿QUÉ SIENTO?

Materiales:

Papelotes
Marcadores de colores
Tarjetas de dos colores

Objetivo:

Realizar un diagnóstico base sobre las percepciones de las y los participantes en torno al derecho y responsabilidad de autocuidado en la Salud Integral.

Instrucciones:

Se induce a las y los participantes a recordar momentos en sus vidas que puedan relacionar con la salud, con el autocuidado y con los sentimientos que esos recuerdos provocan.

Mientras esto sucede se han pegado en la parte frontal del salón dos papelotes, cada uno con una pregunta: “¿Qué sé sobre el derecho a la salud integral?” y “¿Qué siento sobre el derecho a la salud integral?”. Una vez planteadas las preguntas se indica que se debe contestar con las tarjetas de un color a la primera pregunta, y con las del otro color a la siguiente pregunta.

Una vez contestadas las preguntas se acercan a los papelotes y pegan sus respuestas.

Esta dinámica se debe repetir haciendo las mismas preguntas en relación a los siguientes temas:

- Autocuidado
- Centros y/o subcentros de salud
- Participación
- Derechos sexuales y reproductivos, etc.

Finalmente se realiza una plenaria en que se analizan las respuestas y se discute al respecto, intentando profundizar los temas más relevantes y planteando con las y los participantes posibles respuestas a los problemas y necesidades planteados.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO 056 DE H.C.U.²⁹

El formulario 056 de Consulta Principal deberá iniciarse en el momento en que el/la adolescente es atendido/a por primera vez en un servicio de salud, tanto en consulta externa como en internación. No se utilizará para atención en los servicios de urgencias. Requiere para su correcta aplicación entre 30 y 45 minutos.

El formulario 056 de la HCU es un instrumento que facilita la participación del/de la adolescente. Pone el acento en los logros que el/la adolescente ha realizado y en su estilo de vida de acuerdo a su propia percepción. Es un instrumento confidencial entre el/la adolescente y el equipo de salud, que arbitrará los medios para asegurar la privacidad de los datos. Ha sido elaborado para ser utilizado en los distintos niveles de atención, tanto por el médico/a general, enfermera/o en servicios de primer nivel, como por los otros integrantes de un equipo de mayor complejidad. En este caso será utilizada por todos los profesionales que participen de la atención: médicos, psicólogos, sicopedagogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores, enfermeros, coordinando las distintas intervenciones según las normas del servicio de salud.

Este formulario no es un cuestionario para ser aplicado en forma autoadministrada. Para que sirva adecuadamente a la consulta clínica, el profesional deberá elaborar preguntas de exploración dentro de una entrevista cordial, que respete el relato espontáneo del/de la adolescente y sus tiempos. Muchos ítems se registrarán con una cruz (x) en casilleros cuadrados, o con números arábigos en casilleros rectangulares, debiendo anotar un número por cada casillero. Existen también espacios en blanco para registrar datos cualitativos y Observaciones.

No es aconsejable completar el formulario 056 en una única consulta. En todo momento se deberá priorizar la calidad de la relación que se establece con el/la adolescente, y la resolución de su demanda, verbalizada o latente, respetando la privacidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.

La Consulta Principal habitualmente coincide con la primera que el/la adolescente realiza en el servicio,

siempre que no haya asistido previamente por una emergencia. Si el tiempo transcurrido con respecto a la primera consulta fuera prolongado, o se observaran cambios importantes en la vida familiar o personal del/de la joven, o la aparición de un problema o patología nueva lo justificara, se deberá iniciar un nuevo formulario de Consulta Principal (Consulta Principal N° 2) manteniendo el mismo número de historia clínica. Se recomienda reabrir un formulario de Consulta Principal al menos cada dos años, ya que es esperable que en la vida de los/as adolescentes existan cambios significativos con el transcurrir del tiempo.

El formulario de Consulta Principal contiene los siguientes sectores:

IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA ADOLESCENTE
DEFINICIÓN DEL TIPO DE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES
ANTECEDENTES FAMILIARES
FAMILIA
VIVIENDA
EDUCACIÓN
TRABAJO
VIDA SOCIAL
HÁBITOS
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
SITUACIÓN SICOEMOCIONAL

EXAMEN FÍSICO
CURVAS DE PESO Y TALLA
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL
INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Identificación del/de la adolescente: Los datos de este sector son importantes para localizar al/a la adolescente y recuperar su historia del archivo. Los nombres y apellidos deben reproducirse fielmente en letra de imprenta, perfectamente legible: cualquier alteración puede dificultar la ubicación de la Historia Clínica cuando se la requiera.

Establecimiento: Anotar el código asignado al establecimiento para su identificación. Admite hasta siete dígitos. El objetivo de este casillero es identificar la institución a la que corresponde la historia clínica cuando su contenido se integra a un banco de datos regional o nacional.

N° de Historia Clínica: El número de historia clínica asignado al/a la adolescente por el establecimiento donde es atendido/a. Admite hasta diez dígitos. Se recomienda que este número corresponda con el número de documento del/de la adolescente.

29 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP. Sistema Informático del adolescente. Capítulos 3 y 4 modificados. Publicación científica CLAP 1454, Uruguay 2000.

Herramienta #18

Apellido y nombre: El/los apellido/s y nombre/s completo/s según como el/la adolescente ha sido inscrito/a en el Registro Civil, anotados en letra de imprenta.

Dirección: El de residencia habitual del/de la adolescente. Consignar la calle, el número y el barrio. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su localización. Por ejemplo, Km 10 de la Ruta 8.

Provincia, Cantón, Parroquia: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje donde se encuentre el domicilio. A su lado se puede registrar el código geográfico, si se ha establecido alguno, de lo contrario dejar en blanco. Posteriormente podrá codificarse si el establecimiento requiere procesar estos datos. Admite hasta siete dígitos.

Teléfono: El del domicilio. Si no existiera teléfono en el domicilio, anotar un número de teléfono donde el establecimiento pueda comunicarse con el/la adolescente o su familia. Marcar en el casillero si corresponde a su domicilio o a un lugar donde pueden recibir el mensaje.

Escuela: Consignar el nombre y dirección de la escuela o colegio al que asiste el/la adolescente.

Lugar de nacimiento: Nombre de la ciudad, pueblo o paraje donde haya nacido, sin olvidar registrar país de nacimiento, si no coincide con el del lugar donde es atendido.

Fecha de nacimiento: Día, mes y los dos últimos dígitos del año de nacimiento del/de la adolescente. El programa de computación permite calcular la edad del/de la adolescente en años y meses a partir de la carga de datos en la computadora.

Sexo: El que corresponda, de acuerdo con el sexo del/de la adolescente.

Consulta Principal N°: Se consignará el número de Consulta Principal que corresponda, de acuerdo a la cantidad de formularios de consulta principal abiertos para ese/a adolescente.

Estado civil: Marcar con una cruz el casillero correspondiente según que al momento de la consulta el/la adolescente sea "soltero/a", "en unión estable", o "separado/a". La opción "unión estable" incluye al matrimonio.

Fecha: Consignar el día, mes y los dos dígitos del año en que se realiza la consulta.

Edad: Anotar la edad del/de la adolescente en años y meses cumplidos, correspondiente al momento de la atención.

Acompañante: Consignar el/los casillero/s que correspondan según asista a la consulta solo/a, con la madre, con el padre, con ambos, con su pareja, con un amigo/a, con un pariente, o con otros. Marcar una sola alternativa. En caso necesario especificar en Observaciones.

Motivos de consulta según adolescente: Anotar los problemas verbalizados por el/la adolescente en el primer momento de la consulta, en el orden correlativo según la trascendencia que él/ella mismo/a refiera. Al final del renglón existen casilleros para su codificación, que permiten códigos de hasta cuatro dígitos. Para procesar estos datos en el programa de computación, se deberá consignar un código por cada motivo de consulta. Al final de esta Herramienta se incluye un listado orientador de MOTIVOS DE CONSULTA frecuentes en la adolescencia. Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta, los dos siguientes a una clasificación detallada. Para codificar se deberá consignar los dos primeros dígitos y si se desea mayor precisión, agregar los dos dígitos siguientes sin interponer puntos ni signos. Por ejemplo a consulta por "dolor" le corresponde el código 0400, pero si fuera "dolor precordial" será 0406.

Motivos de consulta según acompañante: Anotar los problemas verbalizados por el/la acompañante en el primer momento de la consulta, en orden correlativo según la trascendencia que el/la mismo/a refiera. En ocasiones coincidirán con los motivos de consulta del/de la adolescente, pero en muchos otros casos no será así. Este dato es importante para el diagnóstico. Consignar en los casilleros el código correspondiente a cada MOTIVO DE CONSULTA según lista al final de la Herramienta, para facilitar el procesamiento de los datos. Cada código admite un número de hasta cuatro cifras. Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si se necesitara mayor especificación, agregar los siguientes dos dígitos, sin interponer puntos ni signos. Por ejemplo a "signos o síntomas digestivos" le corresponde el código 1900, pero si se desea aclarar que la consulta es por "vómitos", se deberá colocar 1902.

Enfermedad Actual: Describir en pocas palabras lo que el/la adolescente y/o su acompañante refieren con respecto al problema y/o patología que motiva la demanda de atención. Hacerlo en forma ordenada y secuencial, consignando el momento de inicio de la sintomatología, su asociación con otros disturbios corporales y psíquicos, la evolución de estos disturbios, las consultas efectuadas, los tratamientos realizados y su respuesta.

Registrar también los aspectos emocionales y sociales, individuales o familiares, que acaecieron en forma concomitante con el problema referido por el/la adolescente y/o su acompañante. En algunas oportunidades estas situaciones son relatadas en forma espontánea; en otras, es necesario investigarlas especialmente. A veces se detectan como motivo de consulta latente y como la causa de mayor preocupación consciente o inconsciente.

Consignar además los datos que surgen del interrogatorio por aparatos y sistemas que serán luego contrastados con el examen físico. Pueden o no tener que ver con el/los motivo/s de consulta. Se propone, a modo de ejemplo, una guía para la anamnesis por aparatos y sistemas.

Ejemplo: Guía para el Interrogatorio de Aparatos y Sistemas:

- Aspecto general: Investigar sobre apetito, ganancia y/o pérdida de peso, opinión sobre la evolución de peso y estatura, preocupación estética, fiebre, cansancio, desánimo, dolores, adenomegalias, alergia.
- Piel y anexos: Acné, tratamientos, alergia.
- Ojos: Alteraciones de la visión, uso de anteojos.
- Nariz: Secreciones y otras alteraciones.
- Oído: Alteraciones de la audición, infecciones.
- Boca y garganta: Infecciones, otras alteraciones.
- Dentición: Dolor, caries, obturaciones, pérdidas de dientes, consultas odontológicas.
- Cardiopulmonar: Tos, disnea, palpitaciones, silbido.
- Gastrointestinal: Alteraciones del ritmo intestinal, dolor, sangrado, diarrea y sus características.
- Genitourinario: Disuria, otras características de la diuresis, enuresis, flujo y/o prurito genital, dismenorrea, dispareunia.
- Extremidades y columna: Deformidades, dolor, trastorno de la marcha, otros.
- Sistema nervioso: Mareos, desmayo, lipotimias, convulsiones, trastornos de conducta y/o aprendizaje, otros.

Si recibió alguna medicación especificar tipo, frecuencia y dosis. El programa de computación permite el procesamiento de palabras para estos datos no codificados.

Algunos de los sectores que siguen a continuación se completan con datos que surgen de la entrevista al/la adolescente. En los casilleros se deben registrar sólo los datos aportados por el/la adolescente. Debajo de cada uno de ellos hay un espacio para Observaciones. Es importante especificar allí los problemas referidos al sector y la repercusión sicoemocional o social que los antecedentes relatados tuvieron para el/la joven y la percepción que el profesional logre sobre el problema que relata el/la adolescente, particularmente si existen contradicciones.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Los antecedentes personales se refieren a aquellos hechos importantes de la vida del adolescente que pueden tener influencia en su vida actual y que pueden ser considerados factores de riesgo.

Los datos que guarden relación con la vida íntima del adolescente deberán ser requeridos a solas o investigados en posteriores entrevistas hasta lograr un clima de mayor confianza, siempre y cuando no tengan que ver con el motivo de consulta actual.

Condiciones Perinatales:

Se refiere a las condiciones físicas y sicosociales que rodearon a la vida intrauterina y nacimiento del adolescente. La información deberá ser entregada por los padres, de encontrarse presentes. En caso de que fueran anormales es necesario especificar en Observaciones. Si el adolescente está solo o quien lo acompaña desconoce sobre lo interrogado deberá marcarse en el formulario en el casillero correspondiente a "NS" (no sabe) debiendo comprometerse para una nueva entrevista a averiguar sobre este asunto.

Crecimiento:

Se refiere al aumento de masa corporal, generalmente medido en peso y talla. Si es anormal se debe especificar en Observaciones.

Desarrollo:

Se refiere a los cambios en función del organismo y su comportamiento en cuatro áreas: motriz, de coordinación, social y de lenguaje. Si manifiesta anormalidad especificar en Observaciones. Se recomienda

utilizar el test de Denver o los hitos del desarrollo que constan en el carné de salud infantil.

Vacunas:

Anotar si su historia vacunal corresponde al esquema recomendado por el PAI, comprobándolo en el carné; si no lo tiene en ese momento aceptar la información verbal de la madre y resaltar este hecho en Observaciones, así como también si ha recibido otro tipo de vacuna.

Enfermedades Crónicas:

Se refiere a todas las enfermedades, incluyendo las neurológicas, de curso prolongado y permanente, muchas veces irreversibles, que hayan requerido o requieren vigilancia médica prolongada. En este grupo no se considera las alteraciones mentales. En caso de detectarse especificar en Observaciones.

Enfermedades Infectocontagiosas:

Son todas aquellas enfermedades transmisibles causadas por agentes microbianos de evolución aguda y adquirida por contacto directo (con el enfermo o portador) o indirecto. Muchas de ellas son prevenibles a través de la vacunación y de medidas higiénicas adecuadas. Si ha padecido alguna se debe especificar en Observaciones.

Accidentes/Intoxicaciones:

Sucesos o acciones involuntarias que produjeron daño, o intoxicaciones accidentales sufridas por el adolescente en su infancia o en el transcurso de su adolescencia. Si la respuesta es positiva especificar en Observaciones.

Cirugía/Hospitalización:

Investigar cualquier situación de intervención quirúrgica o internación durante la niñez o adolescencia transcurrida del paciente. Si es positiva deberá especificarse en Observaciones.

Uso de medicina o sustancias:

Se refiere al uso habitual o prolongado de cualquier sustancia, medicamentosa o no, incluyendo hierbas, fibras o drogas, con o sin prescripción médica. Si la respuesta es positiva especificar en Observaciones.

Trastornos psicológicos:

Síndromes psicológicos o conductuales que se encuentren asociados al deterioro de las áreas de la actividad social y del pensamiento, produciendo algún grado de incapacidad.

En este ítem deben ser incluidos los intentos de suicidio, considerando como tales las conductas auto-agresivas con intención de quitarse la vida durante la infancia o la adolescencia transcurrida. Este dato surge a veces en forma espontánea en la consulta cuando se pregunta por problemas psicológicos o de conducta. De no ser así deberá investigarse en el momento oportuno.

Se considerará adolescente de alto riesgo aquel que experimente un solo intento de suicidio.

En Observaciones se especificará tanto los trastornos psicológicos como los intentos de suicidio si fueran reiterados.

Maltrato:

Se registrará cualquier acción perjudicial causada por otra persona en forma voluntaria, física o emocional, excluyendo el abuso sexual que en este caso se consignará en el sector "SEXUALIDAD" de este formulario.

En este ítem debe incluirse el abandono físico (situación en que alguno o ambos de los progenitores dejaron en forma voluntaria sin protección, alimento o abrigo) o afectivo, que deberán especificarse en Observaciones.

Este dato puede ser hallado en el interrogatorio o presumido por la presencia de lesiones o infecciones en el examen físico que pueden sugerir algún tipo de maltrato. En Observaciones deberá especificarse y también incluirse en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL.

Judiciales:

Se refiere a antecedentes de infracciones a leyes o normas instituidas que hicieron necesaria una acción legal o sanción durante la infancia o la adolescencia transcurrida.

Se recomienda que este dato no sea investigado en la primera consulta a no ser que la anamnesis haga sospechar de su existencia. En caso positivo especificar en Observaciones.

Otros:

Si a criterio del examinador hay otro antecedente personal que merezca ser mencionado marcar en "sí" y especificarlo en Observaciones.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Este segmento puede ser completado por anamnesis al adolescente o al acompañante y se interrogará sobre posibles antecedentes patológicos de padres, abuelos, hermanos, hijos, tíos y primos, como diabetes, obesidad, cardiovasculares (enfermedades como hipertensión, cardiopatías), alergias, infecciones (incluyendo entre ellas enfermedades como la tuberculosis o infección por VIH), trastornos psicológicos, adicción a alcohol y/o drogas, violencia intrafamiliar, si es hijo de madre adolescente, antecedentes judiciales y otros (a criterio del examinador).

En caso de que las respuestas sean positivas en el espacio correspondiente a Observaciones deberán especificarse haciendo constar la posible repercusión que estos antecedentes familiares puedan tener sobre el/la adolescente.

FAMILIA:

Los datos correspondientes a este segmento pueden ser investigados por interrogatorio al adolescente o al acompañante. De no coincidir en las respuestas se privilegiará la dada por el adolescente. Tiene varios ítems:

Convive:

En caso de convivir con madre, padre, madrastra, padrastro, hermanos, pareja, hijo y otros (no pertenecientes a familia biológica) hay la posibilidad que lo haga en una casa o en un cuarto. De ser afirmativa la respuesta de convivencia con hermanos, hijos u otros en el casillero correspondiente deberá marcarse en dígitos el número de estas personas.

Vive:

Corresponderá a aquellos que no convivan con familiares y vivan en una institución o en la calle. Además averiguar si lo hace solo o si comparte la cama (en este caso en Observaciones deberá especificarse con quién lo hace).

Nivel de instrucción:

Se hará constar el nivel máximo de instrucción alcan-

zado por el padre y madre o de quienes cumplan con las funciones paterna y materna.

Tipo de trabajo:

Se refiere al trabajo del padre, madre o sustitutos que desempeñen al momento de la entrevista y que contribuyan al sostén del adolescente. Existen las siguientes opciones:

- Ninguno, es decir que no trabaja
- No estable, que comprenderá todo trabajo realizado a destajo, no legalizado por contrato, o cambios permanentes de ocupación.
- Estable, cuando exista contrato de trabajo y cierta permanencia en el mismo.

Ocupación:

Describir el cargo, oficio o profesión, siempre y cuando coincida con la ocupación actual del padre, madre, o sustitutos; en caso contrario se especificará en Observaciones.

Diagrama familiar:

Permite visualizar fácilmente la estructura familiar, ya sea una familia nuclear o cualquier otro grupo conviviente que el adolescente reconozca como su familia.

Para su graficación se utiliza una serie de signos convencionales como:

- ☐ representa a los hombres
- ☐ representa a las mujeres

Dentro de cada signo deberá anotarse la edad de cada integrante, y se recomienda remarcar con línea doble el signo que corresponda al del adolescente que consulta.

En caso de familiares muertos se sombreará el signo correspondiente, pero sin borrar la edad a la que falleció, y se anotará en Observaciones el tiempo que ha transcurrido hasta la consulta.

Toda relación estable entre sus miembros unirá los signos con línea continua; en relaciones de unión consensual o noviazgo utilizar línea de puntos, en relaciones conflictivas o malas una línea quebrada y en relaciones que han terminado se usará una línea cortada.

Herramienta #18

Una vez terminada la graficación se delimitará dentro de un círculo el ámbito familiar, que está integrado por todas las personas con quien el adolescente vive o convive en la actualidad, excluyendo a todos los consanguíneos que no estén presentes física ni geográficamente en el hogar (ver mayor información en la Herramienta # 19).

Percepción familiar del adolescente:

Es la caracterización que realiza el paciente de los vínculos y el funcionamiento familiar, para lo cual se le preguntará cómo considera que son la mayor parte del tiempo las relaciones dentro del ámbito reconocido como su familia. Se marcará una sola alternativa según el adolescente lo considere “buena”, “regular”, “mala” o “no hay relación”, las mismas que estarán dadas por una percepción global y no por un evento aislado.

La opción “no hay relación” se señalará cuando se trate de una familia que no mantiene vínculos entre sí por distancia física o emocional, o cuando no exista ningún núcleo que el adolescente reconozca como su familia. Las divergencias entre la percepción del adolescente y el criterio profesional se registrarán en Observaciones e inclusive en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL.

Apgar:

Pretende saber si la familia es o no un buen recurso para el/la adolescente. Considera aspectos como: adaptabilidad y cohesión, cooperación–comunicación, desarrollo, afectividad, capacidad resolutive y apoyo, que se evalúan con las siguientes preguntas:

1. Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema
2. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia discute áreas de interés común y comparte los problemas resolviéndolos conmigo
3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de hacer nuevas actividades o cambios en mi estilo de vida.
4. Estoy de acuerdo con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos (angustia, amor y pena).
5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

En el interrogatorio las respuestas se medirán como: Casi siempre=2 puntos; A veces=1 punto; Casi nunca= 0 puntos.

La sumatoria de los resultados obtenidos se registrará en los casilleros del Apgar Familiar del formulario, correspondientes al valor obtenido:

- Valores que van de 0 a 3: familia severamente disfuncional
- Valores de 4 a 6: familia medianamente disfuncional
- Valores superiores a 7: familia funcional.

VIVIENDA:

Por los parámetros de salubridad y recomendaciones de higiene que toda vivienda debe tener para proteger la salud de sus habitantes es necesario conocer las características de la misma y si el número de dormitorios es suficiente para el número de personas (cualquier especificación hacerla en Observaciones).

Energía eléctrica:

Marcar el casillero correspondiente si dispone o no de energía eléctrica.

Agua y excretas:

Registrar si la disponibilidad de agua o la eliminación de las excretas es interior o fuera del hogar.

Número de cuartos:

Anotar el número de cuartos destinados a dormitorios, sala y comedor, excluyendo la cocina y baños.

EDUCACIÓN:

Estudia:

Si al momento de la consulta el adolescente concurre a algún centro educativo marcar en el casillero “sí”.

Nivel:

Registrar el nivel de estudios alcanzado por el adolescente hasta este momento aunque no haya completado el nivel y no asista en el momento de la consulta a ningún centro educativo.

Grado o curso:

Anotar el número correspondiente al grado o curso al que asiste el adolescente en el momento de la

consulta. Si no asiste a ningún centro educativo se deberá registrar 00 (cero), aunque haya concurrido anteriormente.

Años aprobados:

Anotar el número de años aprobados según el sistema de educación formal, sin considerar el año en curso.

Problemas en la escuela:

Registrar si el adolescente tiene o no problemas en la escuela relacionados con dificultades de adaptación al sistema escolar que repercuten en el rendimiento, impidiéndole mantener un nivel de instrucción similar al promedio de sus compañeros. Se incluirán las dificultades que se refieran a problemas psicológicos o de conducta, trastornos de la atención, problemas económicos o laborales, problemas de comunicación o de relación con compañeros o docentes. En Observaciones indicar si al momento de la consulta se encuentra estudiando y si fuese una indicación que surge de ésta deberá anotarse en "Indicaciones e interconsultas".

Años repetidos:

Anotar el número de veces que repitió a través del tiempo de estudios, describiendo las causas o las materias que causaron dificultad. Si no repitió ningún curso o grado anotar 00 (cero).

Deserción:

Marcar con una "X" si abandonó o no los estudios antes de completar el nivel secundario y describir la causa o las materias que ofrecieron mayor dificultad. Si el adolescente luego de una deserción ha retornado a seguir sus estudios es necesario especificarlo en Observaciones.

Educación no formal:

Se interpreta como educación no formal cualquier otro tipo de aprendizaje o curso extracurricular que el adolescente realice o haya realizado, que sea o no reconocida por el Ministerio de Educación. Se registrará con una "X" y se especificará el tipo, como por ejemplo cursos de peluquería, costura, idiomas, cerámica, música, etc.

TRABAJO:

Actividad:

Señalar si el adolescente se encuentra en la desocupación, busca trabajo por primera vez, desocupado y no busca trabajo o se encuentra desempeñando un trabajo, considerando como tal cualquier actividad, remunerada o no, pero que implique una relación laboral.

Edad inicio del trabajo:

Anotar la edad en años del comienzo de cualquier actividad laboral que haya tenido el adolescente en su infancia o adolescencia, aunque no exista al momento de la consulta. Si no ha trabajado nunca registrar 00 (cero).

Trabajo:

Anotar el número de horas de trabajo que el adolescente cumple en la semana. Si no trabaja anotar 00.

Horario de trabajo:

Marcar con un "X" el casillero que corresponda si el trabajo lo realiza por la mañana, todo el día, por la tarde, por la noche, o sólo el fin de semana. Si no trabaja registrar en el casillero "no corresponde"(n/c).

Razón de trabajo:

Marcar el casillero correspondiente con una "X" si lo hace por necesidad económica, por autonomía, por placer o gusto, o por otra causa en cuyo caso será necesario especificar en Observaciones. Sólo se transcribirá lo que el adolescente opina, y en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA anotar la causa o el motivo de mayor peso. Si el adolescente no trabaja marcar el casillero n/c (no corresponde).

Trabajo legalizado:

Considerar si la actividad que desempeña tiene contrato de trabajo de acuerdo a las leyes vigentes. Si el adolescente no trabaja registrar en el casillero "n/c".

Trabajo insalubre:

Señalar a criterio de profesional y de acuerdo a las leyes vigentes si la salud física o sicosocial del adolescente está en riesgo debido a su trabajo. Precisar el tipo de riesgos en Observaciones. Si el adolescente no trabaja se marcará el casillero "n/c".

Herramienta #18

Tipo de trabajo:

Describir el tipo de trabajo que realiza el adolescente en el momento de la consulta, haciendo referencia a la profesión u oficio.

VIDA SOCIAL:

En este segmento se investiga la relación que guarda el adolescente con otros jóvenes, las actividades que realiza fuera del hogar y a veces fuera de la escuela/ colegio y aquellas durante su tiempo libre.

Aceptación:

Se registrará en una forma integral, y no por un suceso aislado, la percepción que tiene el adolescente frente al medio social en el cual vive (escuela, trabajo, amigos), si se siente aceptado, ignorado, rechazado y si no puede contestar el profesional registrará en el casillero “no sabe”.

Novio/a:

Marcar con una “X” si en el momento de la consulta el adolescente tiene novio/a (pareja), aunque no sea pareja sexual. Si fuera necesario especificar en Observaciones.

Amigos:

Anotar si el adolescente en el momento de la consulta tiene relaciones de amistad con compañeros de estudios o de trabajo, o vecinos a los que pueda considerar como sus “amigos”. Si es necesario especificar en Observaciones.

Actividad grupal:

Se refiere a cualquier actividad social con un grupo de jóvenes, sin incluir las de la escuela ni las de educación no formal. Precisar en el espacio de Observaciones.

Deporte:

Señalar el número total de horas dedicadas al deporte o gimnasia durante una semana, incluyendo las practicadas en la escuela.

Televisión:

Anotar el número promedio de horas dedicadas a mirar televisión durante los días hábiles.

Otras actividades:

Señalar si el adolescente, a más de las actividades consultadas, realiza otras que no tengan relación con las escolares ni las de educación no formal y señalar el tipo. Si el mayor tiempo lo utiliza en juegos de video o computación es necesario consignarlo en este espacio.

HÁBITOS:

En este segmento se investigarán ciertos aspectos de la vida diaria que tienen relación con el cuidado personal y con el estilo de vida del adolescente. En aquellos ítems en que sea necesario se debe profundizar en el tema, orientando sobre las consecuencias nocivas que puede acarrear esta práctica y ofreciendo alternativas para el cambio.

Sueño normal:

Será un sueño normal cuando el adolescente lo haga en forma continua y refiera que despierta descansado. Si hay alteraciones patológicas que modifiquen la normalidad del sueño especificar en Observaciones.

Alimentación adecuada:

Se debe considerar como alimentación adecuada aquella que a más de variada contiene las cantidades recomendadas para la edad en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, repartidas en cuatro o seis momentos, dependientes de las costumbres de la familia o del lugar donde habita.

También es importante considerar el lugar donde se alimenta, la compañía, así como el grado de satisfacción que expresa el adolescente. De ser necesario especificar en Observaciones.

Comidas por día:

Anotar el número de comidas por día que ingiere el adolescente, incluyendo las colaciones y golosinas. Para esto se recomienda averiguar en qué consistió su alimentación del día anterior a la consulta.

Comidas por día con familia:

Anotar el número de comidas que en el día comparte con todos o casi todos los miembros de su familia y especificar en Observaciones. Si no comparte ninguna anotar “0” (cero).

Tabaco:

Anotar el número de cigarrillos que consume por día. Si no fuma registrar "0" (cero).

La averiguación de éste y los ulteriores temas deberá hacerse a solas o en el momento oportuno.

Edad inicio tabaco:

Anotar la edad en que fumó tabaco por primera vez, aún cuando en la actualidad no lo haga.

Alcohol:

Consignar la cantidad de alcohol que consume por semana en "equivalente a litros de cerveza". La graduación alcohólica de la cerveza es aproximadamente 4%, del vino 12%, del whisky 40%. Puede considerarse aproximadamente que un litro de whisky o bebida destilada = 3.5 litros de vino = 10 litros de cerveza. Si no consume alcohol al momento de la consulta registrar "0" (cero).

Edad de inicio del consumo de alcohol:

Anotar la edad en años de la primera vez que consumió alguna bebida alcohólica

Si nunca consumió alcohol se consignará "0" (cero) en el casillero correspondiente.

Otros tóxicos:

Marcar si el adolescente utiliza otra droga, sustancia o medicamento capaz de provocar dependencia, no indicado por un profesional. Señalar el tipo de droga y la frecuencia de consumo. Consignar en Observaciones todo dato de trascendencia de su historia de consumo.

Si el adolescente no consume droga al momento de la consulta, registrar "no", y especificar en Observaciones. Para que este dato sea fidedigno deberá requerirse en el momento oportuno de la consulta o en posteriores entrevistas.

Conduce vehículo:

Registrar si el adolescente conduce vehículo e indicar de qué tipo (automóvil, bicicleta, motocicleta, otro). En caso positivo interrogar sobre medidas de seguridad que adopta al conducir, si dispone de licencia de conducir, si la conducción la hace por las

noches o bajo efectos de alcohol, etc. Explicar en Observaciones las conductas de riesgo o infracciones al conducir.

GINECO-UROLÓGICO:

En este segmento se registrarán antecedentes ginecológicos en la adolescente mujer, urológicos en el adolescente varón y obstétricos en ambos sexos, consignando en el caso del varón si dejó embarazada a alguna mujer, si tuvo hijo/s o si su pareja/s abortó algún posible embarazo propio.

Es importante recordar que el interrogatorio sobre aspectos de salud reproductiva debe realizarse con prudencia, en privado y en el momento oportuno de la consulta.

En ocasiones estos datos no pueden ser completados en el primer día si no se dan las condiciones para hacerlo. En ese caso se llenará este segmento de la consulta principal en ulteriores consultas.

Menarca /Espermarca:

Anotar la edad en años y meses de la primera menstruación, si es mujer, o de la primera eyaculación, si es varón.

Fecha de última menstruación:

Si es mujer interrogar y registrar con dos dígitos el día, mes y año en que presentó su última menstruación.

Si la adolescente no recordara la fecha de su última menstruación marcar con una "X" en la opción "no conoce". Si no ha presentado aún la menarca, o es un paciente varón marcar el casillero "no corresponde".

Ciclos regulares:

Se consideran como ciclos regulares aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor de 25 días ni mayor de 35. Si es varón o una mujer que aún no ha presentado la menarca, marcar el casillero "no corresponde" (n/c).

Dismenorrea:

Se marcará con una "X" en el casillero "sí" la presencia de dolor en una adolescente con menstruación y que limite en alguna forma las actividades diarias. En adolescentes mujeres que aún no tuvieron la

menarca o en hombres marcar en el casillero “n/c” (no corresponde).

Flujo patológico / secreción peneana:

Se considera como flujo patológico la presencia de secreción o descarga vaginal, que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. En el varón registrar cualquier secreción peneana.

Infecciones de transmisión sexual:

Se refiere a enfermedades infecciosas adquiridas, habitualmente por contacto sexual. Se incluirá la infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana, aunque no haya sido adquirida por transmisión sexual. Marcar el casillero que corresponda y consignar en el espacio en blanco el tipo de enfermedad de transmisión sexual y de contagios.

Embarazos:

Para ambos sexos. Anotar el número, en dígitos, de embarazos de la adolescente mujer o de las parejas del adolescente varón por intervención propia. Si no hubo embarazos anotar “0” (cero) en el casillero correspondiente.

Hijos:

Para ambos sexos. Registrar el número, en dígitos, de hijos del o de la adolescente. Especificar en Observaciones. Si no tuvo hijo marcar “0” (cero) en el casillero correspondiente.

Aborto:

Para ambos sexos. Anotar el número, en dígitos, de abortos de la adolescente o de la/s pareja/s del adolescente varón de embarazos por intervención propia. Especificar en Observaciones. Si no hubo abortos, anotar “0” (cero) en el casillero correspondiente.

SEXUALIDAD:

Este segmento se refiere a algunos aspectos de la vida sexual de adolescentes de ambos sexos. Es importante recordar que el interrogatorio sobre aspectos de la vida sexual debe realizarse con prudencia, en privado y en el momento oportuno de la consulta.

Necesita información:

La respuesta se considera afirmativa si el adolescente refiere la necesidad de dialogar sobre temas relativos a la sexualidad. En caso de existir discordancias con la apreciación del examinador se registrará en Observaciones y en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL.

Relaciones sexuales:

Se marcará el casillero “no” cuando el/la adolescente no ha tenido relaciones sexuales. Si las ha tenido es necesario especificar si son o han sido con parejas heterosexuales, homosexuales o ambas. Si es necesario especificar en Observaciones.

Pareja:

Esta variable considera que el adolescente ha tenido o tiene al momento relaciones sexuales con una pareja única o varias parejas. En caso de no tener relaciones sexuales se marcará en el casillero “n/c”.

Edad inicio relaciones sexuales:

Anotar en años la edad de la primera relación sexual, aunque al momento de la consulta no mantenga relaciones sexuales. Es conveniente interrogar al adolescente a solas en el momento oportuno de la consulta. Si no ha tenido relaciones sexuales, se registrará “0” (cero)

Problemas en las relaciones sexuales:

Este dato debe ser investigado en un clima de confianza, por lo que se deberá tener en cuenta la ocasión en la cual es requerido. Marcar el casillero que corresponda de acuerdo a si el adolescente relata que tiene o ha tenido dificultades para tener relaciones sexuales satisfactorias. Si surgieran contradicciones entre este dato y el criterio del investigador, se registrará en Observaciones y se incluirá en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL. Si no tuvo relaciones sexuales marcar el casillero “n/c” (no corresponde).

Anticoncepción:

Considerar el uso de métodos anticonceptivos, incluidos los folclóricos y el condón. Si el adolescente ha tenido relaciones sexuales registrar en una de las siguientes alternativas: “siempre” si los ha utilizado en toda relación sexual, “a veces” la utilización en

alguna ocasión, y “nunca” si no ha utilizado ningún método.

En Observaciones se podrá aclarar cuál o cuales fueron los métodos utilizados. Si no ha tenido relaciones sexuales señalar el casillero “n/c” (no corresponde).

Condón:

Se ha separado del resto de métodos anticonceptivos, ya que a más de cumplir con esta función es un elemento protector contra el contagio de infecciones de transmisión sexual. Registrar si el uso del condón en las relaciones sexuales que ha tenido lo ha utilizado siempre, a veces o nunca. Se deberá consignar sólo una alternativa. En caso de que el adolescente no ha tenido relaciones sexuales marcar el casillero “n/c” (no corresponde).

Abuso sexual:

Se refiere a todo contacto sexual entre una persona que no ha completado su desarrollo madurativo (emocional y cognitivo) y otra(s) que lo obliga/n física, moral o afectivamente a realizar una actividad sexual de cualquier tipo, incluidas las caricias, o entre una persona que habiendo completado su desarrollo de madurez es obligada a participar en una actividad sexual no deseada. Marcar el casillero correspondiente y especificar en Observaciones.

SITUACIÓN SICOEMOCIONAL:

Este segmento utiliza cuatro indicadores para evaluar de modo cualitativo el desarrollo de la identidad y el estado emocional del adolescente según su propia percepción, para lo cual el investigador pedirá al usuario su opinión sobre algunos aspectos de su vida que van integrando su identidad. Las discordancias entre lo expresado por el adolescente y el criterio profesional deberán registrarse en Observaciones e incluirse en la IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL.

Imagen corporal:

Corresponde a la percepción mental que el adolescente tiene de su apariencia física y de sus cambios corporales. Deberá registrarse sólo una alternativa, la de mayor peso en la opinión del encuestado.

Autopercepción:

Esta variable se refiere al resultado del proceso integrador que se origina en la capacidad de abstracción,

la introspección y el análisis de las respuestas que recibe del medio, conformando el modo en el que se percibe a sí mismo como único y diferente de los demás; se investiga con preguntas de cómo puede definirse a sí mismo o cómo piensa que es. Investigar este ítem permite evaluar la autoestima, que es un importante factor de protección.

Referente adulto:

Permite evaluar el grado de integración social con personas adultas significativas, que ha sido descrito como un importante factor de protección. Las preguntas pueden estar relacionadas a si existe algún adulto con el que tenga más confianza y a quien le cuenta sus problemas.

Proyecto de vida:

Se refiere a la imagen mental que el adolescente construye sobre su futuro, que sintetiza todos sus objetivos y su relación con el medio a partir de una cosmovisión integradora. Para investigarlo se preguntará sobre sus planes y proyectos de futuro.

EXAMEN FÍSICO:

Anotar en este sector las apreciaciones profesionales sobre:

Aspecto general:

En el que se incluye la higiene personal en el momento de la consulta.

Peso y Talla:

Registrar el peso en kilogramos, con un decimal. La toma se hace descalzo/a y con la menor cantidad de ropa posible.

La talla tomada al adolescente descalzo, utilizando de preferencia el pediómetro, será registrada en centímetros.

Percentiles de peso para la edad, Desviaciones estándar(DE) de talla para la edad, e Índice de Masa Corporal (IMC):

Transcribir en el casillero los percentiles de peso para la edad, DE de talla para la edad, y percentiles de IMC del adolescente al momento de la consulta, encontrados al graficar los valores hallados en las curvas de peso, talla e IMC que figuran en los formularios 056 A, 056 B.

Herramienta #18

Examen Físico relacionado con Piel y faneras, Cabeza, Agudeza visual, Boca y dientes, Cuello y tiroides, Tórax y mamas, Cardio-pulmonar, Abdomen, Genito-urinario, Columna, Extremidades, Neurológico:

Marcar con una "X" según lo que corresponda al examen físico de cada órgano o sistema. En caso de anormalidad especificar en Observaciones.

Presión arterial y frecuencia cardíaca:

Anotar la presión sistólica (máxima) y diastólica (mínima) en milímetros de mercurio. La frecuencia cardíaca en latidos por minuto escuchados al momento de la consulta.

Tanner:

Registrar en números arábigos el estadio de Tanner de mamas y vello pubiano de ser mujer o de vello pubiano y genitales de ser varón, valorados a la fecha de la atención. Recordar que el examen de mamas y genitales requiere privacidad y consentimiento de parte del/de la adolescente, a solas o con presencia de padres o representantes.

DIAGNÓSTICOS, CIE:

Este segmento será completado al finalizar la consulta y se deberá anotar todos los diagnósticos presuntivos más pertinentes en base a la "Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades" (CIE10) y al "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM IIIR).

Consignar no sólo las enfermedades físicas sino también los problemas más serios hallados en el área sicosocial, sin olvidar los trastornos de aprendizaje y las necesidades de información.

INDICACIONES E INTERCONSULTAS:

Consignar las indicaciones dadas al adolescente, al acompañante o a ambos y los exámenes complementarios e interconsultas sugeridas, de acuerdo al LISTADO DE INDICACIONES E INTERCONSULTAS que figura al final de esta Herramienta.

El tratamiento en ocasiones consiste en una medicación específica o sintomática, pero en muchas otras en orientaciones de aspectos relacionados con la alimentación, actividad física, tiempo libre, sexualidad, escolaridad, vocación, relaciones familiares, inmunizaciones, etc. En caso de requerirse mayor espacio utilizar el formulario de la Historia Clínica de Indicaciones y Prescripciones.

RESPONSABLE:

Escribir el nombre y apellido del o los profesionales que participaron en la entrevista al adolescente y acompañante, y luego su/s firma/s.

FECHA PRÓXIMA VISITA:

Anotar con dos dígitos el día, mes y año de la próxima cita.

 Este color significa ALERTA

Figura 3a- Ejemplo de formulario HdA llenado. Notar los elementos de alerta en los casillero amarillos marcados.

Herramienta #18

EDUCACION

ESTUDIA si ☐ no ☒	NIVEL No escolariz. ☐ Prim. ☒ Sec. ☐ Univ. ☐	GRADO CURSO 6	AÑOS APROBADOS 5	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no ☐ si ☒	AÑOS REPETIDOS 7 Causa <u>Conducta</u>	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN no ☐ si ☒ Causa _____	EDUCACIÓN NO FORMAL no ☒ si ☐ Cuál? _____
---	--	------------------	---------------------	---	--	--	--

Observaciones Repetió 4to grado. coincidió con mudanza de Riobamba a Quito

TRABAJO

trabaja ☐	ACTIVIDAD busca 1 ^{ra} vez ☐	EDAD INICIO TRABAJO años 0	TRABAJO horas por semana 0	HORARIO DE TRABAJO mañana ☐ todo el día ☒ tarde ☐ noche ☐ fin de semana ☐ n/c ☒	RAZÓN DE TRABAJO económica ☐ autonomía ☐ me gusta ☐ otra ☒ n/c	TRABAJO LEGALIZADO si ☐ no ☒ n/c	TRABAJO INSALUBRE no ☐ si ☒ n/c	TIPO DE TRABAJO _____
----------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------	--	---	--	---	--------------------------

Observaciones _____

VIDA SOCIAL

ACEPTACIÓN aceptado ☐ ignorado ☒ rechazado ☐ no sabe ☐	NOVIO/A si ☐ no ☐	ACTIVIDAD GRUPAL si ☒ no ☐	DEPORTE 2 horas por semana	OTRAS ACTIVIDADES si ☒ no ☐ Cuáles? <u>Juega al fútbol en barrio</u>
--	--	--	-------------------------------	--

Observaciones _____

HABITOS

SUEÑO NORMAL si ☒ no ☐	ALIMENTACIÓN ADECUADA si ☐ no ☒	COMIDAS POR DÍA 3	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA 2	TABACO 0 cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO años 0	ALCOHOL 0 equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años 0	OTRO TOXICO no ☒ si ☐ Frecuencia y tipo _____	CONDUCE VEHICULO no ☒ si ☐ Cuál? _____
--	---	----------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	---	-------------------------------	--	---

Observaciones _____

GINECO-UROLOGICO

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN No conoce ☒ no corresp. ☐ años _____ meses _____	CICLOS REGULARES si ☐ no ☒ n/c	DISMENORREA si ☐ no ☒ n/c	FLUJO PATOLÓGICO/SECRECIÓN PENEANA no ☐ si ☒	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no ☒ si ☐ Cuál? _____	EMBARAZOS 0	HIJOS 0	ABORTOS 0
--	--	---	--	---	----------------	------------	--------------

Observaciones _____

SEXUALIDAD

RELACIONES SEXUALES si ☒ no ☐ hetero ☐ homo ☐ ambas ☐	PAREJA pareja única ☐ varias parejas ☒ n/c	EDAD INICIO REL. SEX. años 0	PROBLEMAS EN REL. SEX. no ☐ si ☒ n/c	ANTICONCEPCIÓN siempre ☐ nunca ☒ a veces ☒ n/c	CONDÓN siempre ☐ nunca ☒ a veces ☒ n/c	ABUSO SEXUAL no ☒ si ☐
---	---	---------------------------------	--	---	---	--

Observaciones _____

SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL

IMAGEN CORPORAL conforme ☐ crea preocupación ☒ impide relación con demás ☐	AUTO PERCEPCIÓN triste ☐ nervioso ☒ alegre ☐ muy tímido ☐ otro ☐	REFERENTE ADULTO padre ☐ otro fam. ☐ madre ☐ fuera del hogar ☒ ninguno ☐	PROYECTOS DE VIDA claro ☐ confuso ☒ ausente ☐
--	--	--	--

Observaciones Múltiples abandonos. No confía en adultos. Nervioso c/mamá

EXAMEN FÍSICO

PESO (Kg) 24.1	Centil peso/edad -3	PIEL Y FANERAS normal ☒ anormal ☐	CABEZA normal ☒ anormal ☐	AGUDEZA VISUAL normal ☒ anormal ☐	AGUDEZA AUDITIVA normal ☒ anormal ☐	BOCA Y DIENTES normal ☒ anormal ☐	CUELLO Y TIROIDES normal ☒ anormal ☐
TALLA (mm) 126.3	Centil talla/edad -3	TORAX Y MAMAS normal ☒ anormal ☐	CARDIO-PULMONAR normal ☒ anormal ☐	PRESIÓN ARTERIAL 90/60	ABDOMEN normal ☒ anormal ☐	GENITO-URINARIO normal ☒ anormal ☐	TANNER mamas 1
FRECUENCIA CARDIACA 75 latidos/min	VOLUMEN TESTICULAR Der. cm ³ 2 Lzo. 2	COLUMNA normal ☒ anormal ☐	EXTREMIDADES normal ☒ anormal ☐	NEUROLÓGICO normal ☒ anormal ☐			

Observaciones Aspecto físico pequeño, armónico. Abundantes caries. Fondo de ojo normal.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL Cefalea tensional. Baja talla (familiar, madurador lento, Desnutrición. Incontinencia fliar. Trastornos aprendizaje. Caries.

INDICACIONES E INTERCONSULTAS Orientación en alimentación. Pedido de informes a maestra. Consulta oftalmológica y odontológica. Ex. baja talla

Responsable _____ Fecha próxima visita _____

Figura 3b- Ejemplo de HdA llenada, reverso.

LISTADO PARA LA CODIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si la institución requiere mayor discriminación, deberán consignarse juntos los cuatro dígitos, sin interponer puntos o signos. Por ejemplo a "síntomas urinarios" le corresponderá el código 20; pero la "enuresis" será codificada como 2005.

01 Control de salud

- 0101 Puberal
- 0102 Escolar
- 0103 Por deporte
- 0104 Por contacto con enfermo
- 0105 Otro

02 Preocupación por el aspecto corporal

- 0201 Talla baja
- 0202 Talla alta
- 0203 Delgadez
- 0204 Exceso de peso
- 0205 Disconformidad con su desarrollo muscular
- 0206 Disconformidad con su distribución adiposa
- 0207 Disconformidad con alguna parte de su cuerpo
- 0208 Ginecomastia
- 0209 Botón mamario
- 0210 Asimetría del tamaño de las mamas
- 0211 Mamas pequeñas
- 0212 Pene pequeño
- 0213 Testículos pequeños
- 0214 Desarrollo puberal adelantado
- 0215 Desarrollo puberal retrasado
- 0216 Otro

03 Síntomas generales

- 0301 Debilidad, cansancio, desgano
- 0302 Mareos
- 0303 Falta de aire
- 0304 Flojedad, caída
- 0305 Palpitaciones
- 0306 Otro

04 Dolor

- 0401 Cefalea
- 0402 Dolor en cara o cuello
- 0403 Otagia
- 0404 Odinofagia
- 0405 Dolor ocular
- 0406 Dolor precordial, precordialgia
- 0407 Dolor de mamas, mastodinia
- 0408 Otro dolor torácico
- 0409 Dolor de espalda

- 0410 Dolor abdominal
- 0411 Disuria
- 0412 Dismenorrea
- 0413 Dolor en progreso
- 0414 Otro dolor genital
- 0415 Dolor anal, rectal
- 0416 Dolor muscular, mialgia
- 0417 Dolor articular, artralgia
- 0418 Dolor óseo
- 0419 Otro dolor de miembros
- 0420 Dolor a nivel de piel
- 0421 Otro

05 Fiebre

06 Trastorno de la alimentación

- 0601 Búsqueda de una dieta
- 0602 Pérdida del apetito
- 0603 Inapetencia de larga data
- 0604 Pérdida de peso
- 0605 Aumento del apetito
- 0606 Atracón
- 0607 Aumento de la sed
- 0608 Otro

07 Traumatismos, accidentes

- 0701 Luxaciones, esguinces, desgarros
- 0702 Fractura
- 0703 Herida
- 0704 Quemadura
- 0705 Intoxicación
- 0706 Otro

08 Problemas de aprendizaje

09 Problemas de conducta

10 Problemas de dinámica familiar

11 Problemas emocionales/mentales

- 1101 Ansiedad, angustia
- 1102 Otro problema emocional/mental

12 Problemas en el sueño

- 1201 Insomnio
- 1202 Sonambulismo
- 1203 Somnolencia
- 1204 Otro

13 Abuso de drogas y alcohol

14 Tumoración visible

- 1401 Cara, cuello
- 1402 Tórax

Herramienta #18

1403 Mamas
1404 Abdomen
1405 Miembros
1406 Articular
1407 Genital
1408 Otro

15 Síntomas o signos circulatorios

1501 Dilatación venosa de miembros inferiores
1502 Edema
1503 Cianosis
1504 Otro

16 Síntomas, signos oculares

1601 Prurito
1602 Lagrimeo
1603 Secreción
1604 Congestión
1605 Disminución de la visión
1606 Diplopía
1607 Otro

17 Síntomas, signos auditivos y trastornos del habla

1701 Disminución de la audición
1702 Zumbido
1703 Tartamudeo
1704 Seseo
1705 Otro

18 Síntomas, signos respiratorios

1801 Vías aéreas superiores
1803 Obstrucción nasal
1804 Disfonía
1805 Tos
1806 Disnea
1807 Otro

19 Síntomas, signos digestivos

1901 Náuseas
1902 Vómitos
1903 Diarrea
1904 Constipación
1905 Distensión abdominal
1906 Prurito anal
1907 Parásitos en materia fecal
1908 Melena o sangre en materia fecal
1909 Incontinencia anal
1910 Encopresis
1911 Trastornos en labios y/o boca
1912 Otro

20 Síntomas y signos urinarios y genitales

2001 Poliuria

2002 Oliguria
2003 Hematuria
2004 Incontinencia urinaria
2005 Enuresis
2006 Secreción de pezones
2007 Prurito de pezones
2008 Ausencia de un/dos testículo/s
2009 Flujo
2010 Otra secreción genital
2011 Prurito genital
2012 Amenorrea primaria
2013 Amenorrea secundaria
2014 Metrorragia
2015 Polimenorrea
2016 Oligomenorrea
2017 Hipermenorrea
2018 Hipomenorrea
2019 Impotencia
2020 Frigidez
2021 Ausencia de eyaculación
2022 Esterilidad
2023 Aborto
2024 Embarazo
2025 Parto
2026 Abuso sexual
2027 Otro

21 Síntomas, signos relacionados con piel y fanelas

2101 Prurito
2102 Exantema, "granitos"
2103 Lunares
2104 Palidez
2105 Secreción
2106 Sudoración
2107 Alteración ungueal
2108 Caída de cabello
2109 Hipertrichosis
2110 Otro

22 Síntomas y signos osteoarticulares

2201 Alteración de la postura
2202 Impotencia funcional
2203 Trastornos de la marcha
2204 Malformación
2205 Otro

23 Síntomas, signos neurológicos

2301 Atraso madurativo
2302 Retardo mental
2303 Pérdida de conocimiento
2304 Convulsión
2305 Temblor
2306 Otro movimiento involuntario

2307 Manejo de medicación neurológica
2308 Otro

24 Búsqueda de orientación

2401 Alimentación
2402 Actividad física
2403 Tiempo libre
2404 Vocación
2405 Desarrollo puberal
2406 Inicio de relaciones sexuales
2407 Anticoncepción
2408 Dudas sobre identidad sexual
2409 Vacunas
2410 Otro

25 Control por enfermedad previa

26 Motivo de consulta ignorado

27 Otro

LISTADO PARA CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si la institución requiere mayor discriminación, deberán consignarse juntos los cuatro dígitos, sin interponer puntos o signos.

01 Enfermedades infecciosas y parasitarias

0101 Enfermedades infecciosas y/o parasitarias intestinales
0102 Tuberculosis
0103 Angina estreptocócica
0104 Otras enfermedades bacterianas
0105 Hepatitis viral
0106 Mononucleosis
0107 Infección por el VIH/SIDA
0108 Otra enfermedad vírica
0109 Enfermedades de transmisión sexual
0110 Otra enfermedad infecciosa o parasitaria

02 Tumores malignos y benignos

0201 Hodgkin
0202 Otro linfoma
0203 Leucemia
0204 Otro tumor maligno
0205 Otro tumor benigno

03 Enfermedades de las glándulas endócrinas, del metabolismo y la nutrición, y trastornos de la inmunidad

0301 Enfermedades tiroideas
0302 Enfermedades hipofisiarias
0303 Diabetes

0304 Hiperlipoproteinemias
0305 Obesidad
0307 Otra deficiencia de la nutrición (no anorexia, no bulimia, no atracones)
0308 Otro trastorno de la inmunidad
0309 Otra enfermedad de las glándulas endócrinas, del metabolismo o de la nutrición

04 Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

0401 Anemias
0402 Trastornos de la coagulación
0403 Otra enfermedad de la sangre u órganos hematopoyéticos

05 Trastornos emocionales/mentales

0501 Retraso mental
0502 Trastorno del desarrollo de las habilidades académicas
0503 Trastorno autista
0504 Trastorno de la conducta (agresividad, aislamiento social)
0505 Anorexia nerviosa
0506 Bulimia nerviosa
0507 Otro trastorno de la conducta alimentaria (Desorden alimentario por atracones)
0508 Trastorno de la identidad sexual
0509 Tics
0510 Encopresis
0511 Enuresis
0512 Trastornos del habla
0513 Consumo de alcohol
0514 Consumo de drogas y otras sustancias
0515 Sicosis
0516 Depresión
0517 Ansiedad, angustia
0518 Trastorno de conversión
0519 Disfunciones sexuales
0520 Trastorno del sueño
0521 Otro trastorno neurótico o de la personalidad
0522 Estrés sicosocial por falta de continencia familiar
0523 Otros problemas paterno-filiales
0524 Estrés sicosocial por problemas laborales o escolares
0525 Maltrato físico
0526 Abuso sexual
0527 Otro trastorno emocional/mental

06 Enfermedades del sistema nervioso

0601 Meningitis
0602 Epilepsia
0604 Migraña
0605 Otro trastorno neurológico

07 Enfermedades de los órganos de los sentidos

- 0701 Trastornos del ojo y anexos
- 0702 Otitis
- 0703 Sordera
- 0704 Otro trastorno del oído o mastoides

08 Enfermedades del aparato circulatorio

- 0801 Enfermedad hipertensiva
- 0802 Enfermedad cardíaca
- 0803 Enfermedad del aparato circulatorio periférico
- 0804 Otra enfermedad del aparato circulatorio

09 Enfermedades del aparato respiratorio

- 0901 Amigdalitis
- 0902 Infección de las vías respiratorias superiores
- 0903 Rinosinusitis alérgica
- 0904 Bronquitis
- 0905 Neumonía
- 0906 Influenza
- 0907 Asma
- 0908 Otra enfermedad del aparato respiratorio

10 Enfermedades de la cavidad bucal y cara

- 1001 Enfermedad de los dientes y sus estructuras de sostén
- 1002 Enfermedad de las glándulas salivales
- 1003 Enfermedad de los maxilares
- 1004 Otra enfermedad de la cavidad bucal y cara

11 Enfermedades del aparato digestivo

- 1101 Úlcera gástrica o duodenal
- 1102 Apendicitis
- 1103 Constipación
- 1104 Otra enfermedad del aparato digestivo

12 Enfermedades del aparato urinario

- 1201 Infecciones renales
- 1202 Cistitis
- 1203 Otra enfermedad del aparato urinario

13 Enfermedades de órganos genitales masculinos

- 1301 Hidrocele
- 1302 Falta de descenso testicular
- 1303 Varicocele
- 1304 Fimosis
- 1305 Otra enfermedad de los órganos genitales masculinos

14 Enfermedades de órganos genitales femeninos

- 1401 Enfermedades de las mamas
- 1402 Enfermedad inflamatoria del útero, vagina, vulva
- 1403 Dismenorrea
- 1404 Trastornos menstruales

- 1405 Otra enfermedad de los órganos genitales femeninos

15 Embarazo y trastornos del embarazo, parto y puerperio

- 1501 Parto normal
- 1502 Embarazo múltiple
- 1503 Embarazo terminado en aborto
- 1504 Complicaciones del embarazo
- 1505 Complicaciones del parto
- 1506 Complicaciones del puerperio

16 Enfermedades de la piel y tejido celular

- 1601 Acné
- 1602 Infecciones de la piel y/o tejido celular subcutáneo
- 1603 Otra enfermedad de la piel y/o del tejido celular

17 Enfermedades del sistema osteoarticular y tejidos conjuntivos

- 1701 Escoliosis
- 1702 Asimetría en la longitud de miembros inferiores
- 1703 Otra anomalía de la columna
- 1704 Artritis no reumatoidea
- 1705 Fiebre reumática
- 1706 Artritis reumatoidea
- 1707 Lupus eritematoso disseminado
- 1708 Otra enfermedad del tejido conjuntivo
- 1709 Otra enfermedad del sistema osteoarticular

18 Anomalías congénitas

- 1801 Malformaciones cardíacas
- 1802 Otra anomalía congénita

19 Signos y síntomas mórbidos mal definidos

- 1901 Síndrome febril prolongado
- 1902 Lipotimia
- 1903 Otro síntoma cardíaco
- 1904 Cefalea tensional
- 1905 Dolor abdominal
- 1906 Dolor torácico
- 1907 Dolor de espaldas
- 1908 Dolor de miembros
- 1909 Otro dolor sin sustento orgánico de enfermedad

20 Traumatismos

- 2001 Fracturas
- 2002 Luxaciones, esguinces y desgarros
- 2003 Otras heridas o traumatismos

21 Quemaduras

22 Envenenamientos no intencionales

23 Intento de suicidio

24 Trastorno de aprendizaje

25 Madurador lento, retraso puberal familiar

26 Talla baja familiar

27 Adolescente sano

28 Otro diagnóstico

LISTADO PARA LA CODIFICACIÓN DE INDICACIONES E INTERCONSULTAS

00 Ninguna

01 Control

02 Medidas generales

03 Orientación en crecimiento y desarrollo

04 Orientación en alimentación

05 Orientación en sexualidad

06 Orientación en otras áreas

07 Antibióticos, antimicóticos, antiparasitarios

08 Antidepresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes

09 Analgésicos, antiinflamatorios

10 Otra medicación específica

11 Psicoterapia

12 Solicitud de exámenes

13 Solicitud de interconsulta

14 Consulta con Odontología

15 Solicitud de informes intersectoriales (escuela, justicia)

EL DIAGRAMA FAMILIAR O FAMILIOGRAMA³⁰

Corresponde a la representación gráfica de la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, por lo menos en tres generaciones.

Utilidad: Permite obtener la siguiente información de la familia:

Estructura familiar

Corresponde a la tipología familiar: familia extensa (mayor a 4 hijos), familia ampliada (conviven más de dos generaciones bajo el mismo techo, nietos, tíos, abuelos), nuclear (menos de 4 hijos), familia mono o uniparental (familia a cargo de la madre – matrifocal- o padre – patrifocal-) y al subsistema fraternal (número de hermanos, orden de nacimiento, edad y sexo de cada uno).

Adaptación del ciclo vital

Se refiere al nivel de adaptación por parte de cada uno de los integrantes a las etapas del ciclo vital en las que se encuentra la familia (por ejemplo “familia sin hijos”, “familia con hijos escolares”, “familia con hijos adolescentes”, “familia en fase de desprendimiento y reencuentro”, “familia en fase de extinción”).

Repetición de pautas a través de generaciones

Permite descubrir la repetición de patrones, conductas o problemas (ej.: relaciones violentas, alcoholismo, embarazo en la adolescencia, depresión...) a lo largo de las generaciones, que pueden estar en relación con la estructura, morbilidad o funcionamiento familiar.

Sucesos de la vida y funcionamiento familiar

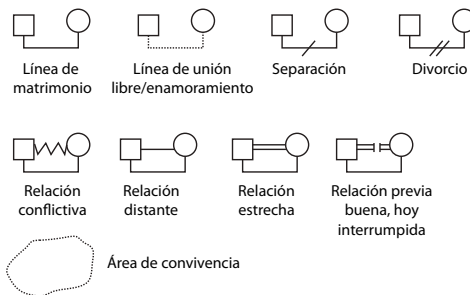
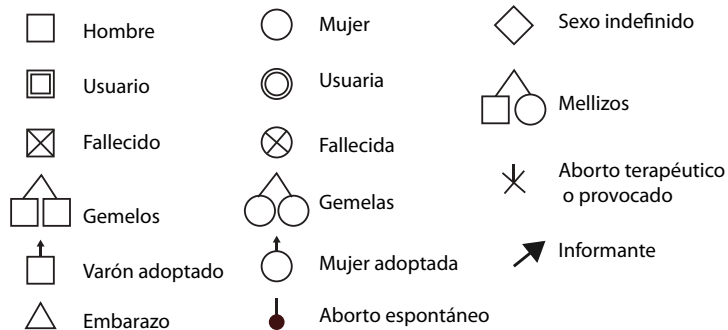
Implica información respecto del devenir familiar (por ejemplo, nacimiento de un hijo, cambio de trabajo, enfermedades graves, muerte de algún integrante, separación), el nivel de funcionamiento en relación a aquellos sucesos, así como los recursos disponibles (redes de apoyo).

Tipos de relación

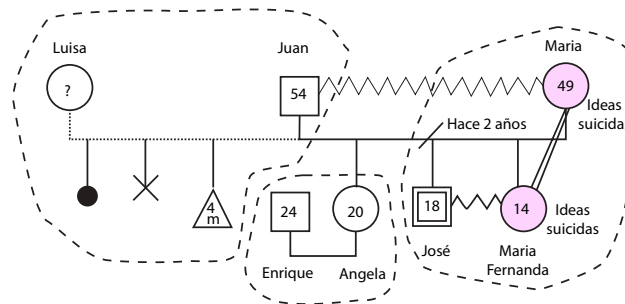
Informa sobre los vínculos que se establecen al interior de la familia: “conflictivo”, “distante”, “fusionado”. Las triangulaciones corresponden a relaciones en las que “ingresa” un tercero, como el triángulo conformado por la madre, el hijo “favorito” y su esposa. El triángulo se da tanto con objetos como con personas (ej.: televisión, Internet). Establecimiento de alianzas (madre–hijo versus padre–hija).

Herramienta #19

La construcción del diagrama familiar o familiograma utiliza una simbología universal que se representa a continuación:



Ejemplo de realización de un familiograma:



Interpretación y análisis:

José es un adolescente de 18 años, segundo hijo de una relación de pareja conflictiva entre Juan de 54 años y María de 49 años, quienes están separados hace 2 años. De esta relación han procreado una hija mayor, Ángela de 20 años, casada con Enrique de 24 años, que viven aparte. Tiene una hermana menor, María Fernanda de 14 años, con quien mantiene un vínculo intolerante. José vive con su madre y su hermana menor. Se puede notar que existe una alianza madre-hija así como una transmisión intergeneracional de las ideas suicidas de la madre a su hija María Fernanda.

Juan está conviviendo con Luisa, quien tiene antecedentes de un aborto provocado y otro espontáneo y actualmente tiene 4 meses de gestación

Diagnóstico:

Familia nuclear, uniparental, matrifocal, en proceso de desprendimiento y salida de los hijos, con signos de disfuncionalidad y establecimiento de alianzas y triangulaciones internas. Alto riesgo de transmisión de ideas suicidas.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE EVOLUCIÓN³¹

Este instructivo puede ser un guía para el llenado de las consultas de evolución en el formulario 005 de la HCU, Evolución y Prescripciones.

El formulario de **Consulta de Evolución** permite registrar los datos de hasta seis consultas: tres en el anverso y tres en el reverso. Se utiliza este formulario para registrar todos los contactos breves del adolescente con la institución que promueve la Salud Integral del Adolescente, ya sea como seguimiento o como control de promoción de salud. Es recomendable que se utilice este formulario siempre y cuando se haya llenado en otra oportunidad el formulario 056, que contiene información completa sobre la circunstancia vital del adolescente.

Establecimiento: Anotar el código asignado al establecimiento para su identificación. Admite hasta siete dígitos. Tiene por objetivo identificar la institución en la cual se llena este formulario, cuando su contenido se integra a un banco de datos regional o nacional.

Número de historia clínica: Consignar el número de H. Cl. asignado al/a la adolescente en consultas anteriores, con la finalidad de identificar este formulario y poder unirlo a otros del mismo/a adolescente. Admite hasta diez dígitos y generalmente se usa el número de documento de identidad.

Evolución N°: Consignar el número de Consulta de Evolución que corresponda en forma correlativa con otras Consultas de Evolución del/de la mismo/a adolescente.

Fecha: Anotar día, mes y los dos últimos dígitos del año en que se realiza la consulta.

Edad: Consignar la edad del/de la adolescente en años y meses cumplidos, correspondiente a la fecha de atención.

LLENADO DE LA CONSULTA DE EVOLUCIÓN

Acompañante: Marcar el/los casillero/s que correspondan según asista a la consulta solo/a, con la madre, con el padre, con ambos, con su pareja, con

un amigo/a, con un pariente, o con otros. Señalar sólo una alternativa.

Estado civil: Marcar con una cruz el casillero que corresponda según que al momento de la consulta sea "soltero/a", "en unión estable", o "separado/a". La opción "unión estable" incluye al matrimonio.

Fecha de última menstruación: Si es mujer, interrogar sobre el día, el mes y los dos últimos dígitos del año en que tuvo su última menstruación. Por ejemplo 04/05/09 para el 4 de mayo de 2009. Si la adolescente no recordara su fecha de última menstruación, marcar una cruz (X) en la opción "no conoce", y reforzar las acciones sobre educación sexual. Si no tuvo aún la menarca o si es un varón, marcar con una cruz en el casillero "no corresponde"(n/c).

Peso/talla: Anotar el peso en kilogramos con un decimal, registrado preferentemente en balanza con pesas, con el/la adolescente descalzo/a y vestido/a con la menor cantidad de ropa posible. Consignar la talla en centímetros con un decimal, medida con el/la adolescente descalzo/a, sobre superficie nivelada, apoyado sobre superficie lisa (pared o pedímetro) y con escala fija. Evaluados ambos en la fecha de la atención, estos datos deberán ser graficados en las curvas de peso y talla que se hallan en los formularios 056 A, 056 B, registrando los centiles o DE correspondientes en los casilleros asignados.

Presión arterial/frecuencia cardíaca: Anotar la presión arterial máxima y mínima en milímetros de mercurio, y la frecuencia cardíaca en latidos por minuto, registrados en la fecha de la atención.

Para la toma de la presión arterial el/la adolescente debe estar sentado/a, su brazo derecho descansando sobre la mesa y el ángulo del codo a nivel del corazón. Chequear el pulso para controlar si hay irregularidades. El manguito seleccionado, cuyo ancho debe cubrir el 75% de la longitud del brazo, debe estar desinflado y el manómetro marcar el punto cero. Envolver el brazo suave y firmemente, pero no muy ajustado; el borde inferior debe estar a 2,5 a 3 cm. por encima del pliegue del codo. Palpar la arteria braquial; colocar allí la campana del estetoscopio, inflar el manguito hasta 150 mm. de mercurio y luego desinflar lentamente. La aparición del primer ruido representa la presión sistólica. El punto donde el sonido desaparece es la presión diastólica. Si la primera toma es de 140/85 mm. de mercurio o más, esperar un minuto y volver a tomar. El promedio de

estas dos lecturas es considerado como la presión arterial de esa consulta.

Tanner: Registrar en números arábigos el estadio de Tanner, de mamas y vello pubiano de ser mujer, y de vello pubiano y genitales de ser varón, valorados en la fecha de la atención.

Recordar que el examen de mamas y genitales requiere privacidad y ser efectuado en el momento oportuno de la/s consulta/s.

Motivos de consulta según adolescente: Anotar los problemas verbalizados por el adolescente en el primer momento de la consulta, según la trascendencia que el propio adolescente refiera. Al final del renglón existen casilleros a fin de codificar los datos para su procesamiento. El programa de computación permite el ingreso de hasta cuatro dígitos.

Al final de la Herramienta # 18 se incluye un listado de motivos de consulta, orientador para clasificar los motivos de consulta más frecuentes en la adolescencia. Para procesar estos datos en el programa de computación se deberá codificar de acuerdo al listado. Consignar los dos primeros dígitos para una clasificación resumida. Si se requiere una mayor especificación, se deberá agregar los dos dígitos siguientes sin interponer puntos ni signos. Por ejemplo, a consulta por “dolor” le corresponde el código 0400, pero si fuera “dolor precordial” será 0406.

Motivos de consulta según acompañante: Anotar los problemas verbalizados por el acompañante en el primer momento de la consulta, según la trascendencia que el propio acompañante refiera. En ocasiones coinciden con los motivos de consulta del/de la adolescente, pero en muchos otros casos no será así.

Para procesar los datos en el programa de computación se deberá consignar al final de cada ítem el código de acuerdo al listado de motivos de consulta que figura al final de la Herramienta # 18. Cada código admite un número de hasta cuatro cifras. Los dos primeros dígitos corresponden a una clasificación resumida de motivos de consulta. Si se desea mayor especificación, será necesario agregar los siguientes dos dígitos, sin interponer puntos ni signos. Por ejemplo: a “signos o síntomas digestivos” le corresponde el código 1900, pero si se desea aclarar que la consulta es por “vómitos”, se deberá colocar 1902.

Enfermedad actual: Describir en pocas palabras lo que el/la adolescente y/o su acompañante refieren con respecto al problema y/o patología que motivó la anterior consulta o los nuevos problemas actuales.

Consignar en este espacio los cambios que se hayan producido en la vida del/de la adolescente, tanto desde el aspecto corporal como emocional y social, en materia educativa, de sexualidad o de familia.

Este sector deberá ser completado al finalizar la consulta. Anotar todos los diagnósticos presuntivos más pertinentes. Recordar consignar no sólo las enfermedades físicas sino también los problemas más serios hallados en el área síquica y social, sin olvidar los trastornos de aprendizaje. Para el procesamiento de este sector se requiere agregar a cada diagnóstico los códigos correspondientes de acuerdo al LISTADO DE DIAGNÓSTICOS frecuentes en la adolescencia que figura al final de la Herramienta # 18, que fue confeccionado sobre la base de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OPS/OMS 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*American Psychiatric Association*, 1988).

El programa de computación permite codificar hasta tres diagnósticos de cuatro dígitos cada uno. Los dos primeros dígitos del código corresponden a una clasificación resumida. Si se necesitara mayor precisión, agregar los siguientes dos dígitos sin interponer puntos o signos. Por ejemplo a “signos y síntomas mórbidos mal definidos” le corresponderá el código 1800, pero si se prefiere especificar “síndrome febril prolongado”, se deberá colocar 1801.

En este sector se deberá consignar las indicaciones dadas al/a la adolescente y/o acompañante, los análisis complementarios e interconsultas sugeridas. El tratamiento en ocasiones consiste en una medicación específica o sintomática, pero en muchas otras en orientaciones de aspectos relacionados con la alimentación, la actividad física, el tiempo libre, la sexualidad, la escolaridad, la vocación, las relaciones familiares, vacunas, etc. Es importante anotar las pautas señaladas y de ser posible agregar el código correspondiente según lo referido en el LISTADO DE INDICACIONES E INTERCONSULTAS que figura al final de la Herramienta # 18.

El programa de computación permite codificar hasta tres indicaciones con dos dígitos cada una.

Responsable: Escribir el/los nombre/s del/de los profesional/es que entrevistó/aron al/a la adolescente y acompañante. Además de la firma y sello se podrá registrar su/s código/s, y si existiera/n, matrícula/s correspondiente/s. Si no fuera así resultará ágil que el servicio coloque un número de código

Herramienta #20

a cada profesional, para facilitar luego las auditorias en la atención.

Fecha de próxima visita: Consignar día y mes de la próxima citación. Consignar este dato facilitará el seguimiento de los/las adolescentes que faltan a las citas y su posterior recaptación.

EVOLUCION		Nº 2		EDAD		ACOMPAÑANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION					
FECHA		dia	mes	año	años	meses	solo ☐	madre ☒	padre ☐	ambos ☐	soltero ☒	☐ No conoce ☒ no corresponde. día mes año					
24		06	08	12	02		pareja ☐	amigo/a ☐	pariente ☐	otros ☐	unión estable ☐						
PESO (Kg)		Centil peso/edad		TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL mmHg		FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	vello pub.	genitales	VOLUMEN TESTICULAR			
									latidos/min								
Motivos de consulta según adolescente:							0800		Motivos de consulta según acompañante:							0800	
1 Trastornos de aprendizaje									1 Trastornos de aprendizaje								
2									2								
3									3								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																	
Abandonos a repetición. Privación afectiva. Conflictos emocionales que impiden aprender. No reconoce límites. Dificultad en integrac. Grupal.																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
Incontinencia familiar y violencia																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Tratamiento psicológico familiar																	
Responsable										Fecha próxima visita		dia mes año					

SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE³²

Manual de uso del programa para el análisis y aprovechamiento de la información

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica del Adolescente constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

El CLAP/SMR, como respuesta a esta necesidad, ha elaborado la propuesta de Sistema Informático del Adolescente que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente. Está constituido por el formulario de atención al adolescente, MSP 056/2009 de la HCU, el Carné Adolescente (CA) y el Sistema Computarizado con programas para el procesamiento de la información.

El formulario de atención al adolescente, MSP 056/2009 de la HCU, cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención del adolescente. Es de uso sencillo y de bajo costo.

La hoja está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos del adolescente en el período inmediato. Se listan preguntas que en su casi totalidad se contestan con respuestas cerradas. La diagramación del formulario de atención al adolescente facilita que los datos sean recabados sistemáticamente en el momento oportuno. El instructivo para el llenado que se encuentra en la Herramienta # 18 contiene los datos indispensables para el manejo de la mayoría de los casos de bajo riesgo.

El procesamiento tradicional de datos proporciona estadísticas anuales que raramente llegan al propio personal de salud, y cuando llegan, frecuentemente la oportunidad con que lo hacen no responde a las necesidades del proveedor, que no se beneficia de la retroalimentación, indispensable para evaluar y mejorar sus acciones de salud.

Ante estas dificultades, el Sistema Informático del Adolescente dispone de programas de procesamiento de datos, permitiendo que la información pueda ser usada en la propia institución en donde se realizó la atención.

El operador puede ingresar los datos del formulario de atención al adolescente, MSP 056/2009 de la HCU, llenando la hoja facsimilar que le presenta el computador; para ello, no se necesita ningún entrenamiento extenso ni especial. De este modo, el procesamiento y el análisis de los datos puede ser realizado en la propia Institución y el personal de salud puede contar con información en el momento en que se la requiere, facilitando la evaluación de la asistencia y la toma de decisiones.

El procesamiento de los datos tiene como resultado una serie de documentos que resumen la actividad de la institución en un período dado y pueden ser también elementos de investigación más específica. Las características principales del sistema pueden resumirse en los siguientes puntos:

- El procesamiento local de los datos con estos programas fortalece la capacidad de autoevaluación de la atención del adolescente mediante el análisis de datos en la propia Institución asistencial.
- Hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- Facilita la comunicación intra y extra institucional, favorece el cumplimiento de las normas, registra datos de interés legal y facilita la auditoría.
- Sirve de base para la planificación de la atención, al proveer la información necesaria para identificar la población, evaluar la asistencia, categorizar los problemas y realizar investigaciones operativas.

A nivel nacional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas, convirtiendo al SIA en un

32 Recalde A. Adaptación del Sistema Informático del Adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP. Publicación científica CLAP 1454, Uruguay, 2000.

instrumento muy útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales y para la evaluación de programas a nivel nacional.

SECCIÓN I

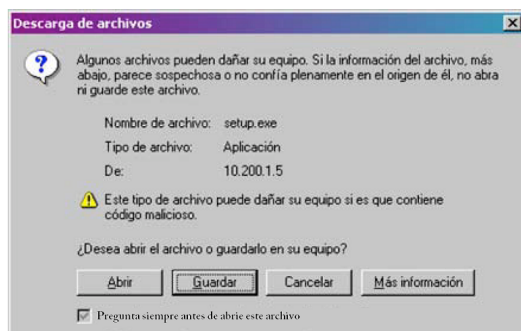
INSTALACIÓN DEL SISTEMA INFORMÁTICO DEL ADOLESCENTE

Introducción. El Sistema Informático del Adolescente comprende la Historia Clínica del Adolescente, y un componente informático que contiene los Programas para el procesamiento de la información.

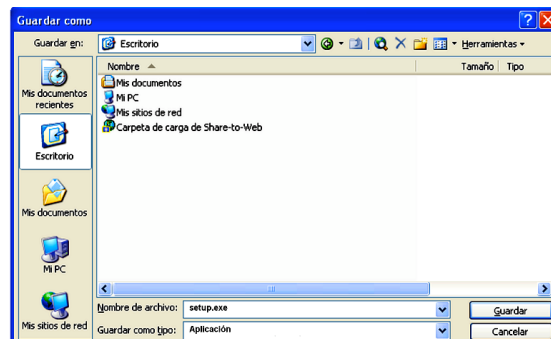
Componente Informático. Los programas del Sistema Informático del Adolescente permiten el ingreso de Historias Clínicas del adolescente y su almacenamiento en bases de datos para su posterior procesamiento. El análisis de las bases de datos se realiza a través de programas automatizados que incluyen indicadores preestablecidos o a través de programas de selección y descripción de variables que permiten realizar análisis más específicos y complejos.

Instrucciones para instalación. Los programas del Sistema Informático del Adolescente se instalan a través de un CD preparado y distribuido por CLAP/SMR o a través de Internet, desde el sitio Web de CLAP/SMR (www.clap.ops-oms.org). El Sistema Informático del Adolescente forma parte del vínculo del Sistema Informático Perinatal-SIP 2007. En ambos casos la instalación es sencilla y rápida.

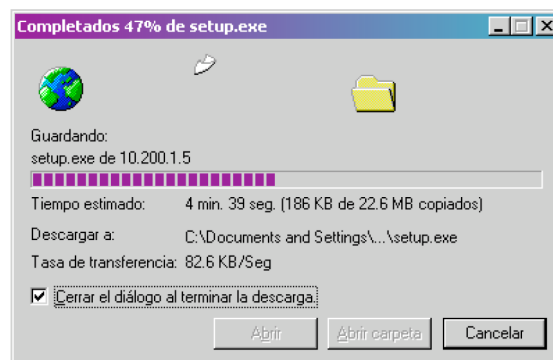
Instalación desde Internet. Se debe bajar el sistema de la página Web de CLAP/SMR en la sección de sistemas informáticos con el vínculo correspondiente. Una vez realizada esta operación, aparecerá un cuadro de diálogo solicitando una opción para la descarga de archivos. Se debe presionar el botón "Guardar".



A continuación aparecerá un cuadro mostrando el sector en donde será guardado el archivo, el nombre y la aplicación. Presione "Guardar".



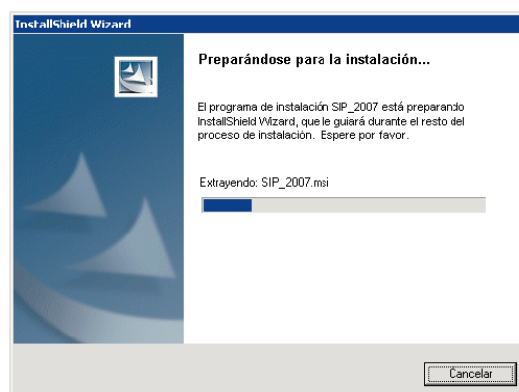
A partir de este momento se inicia el proceso de descarga del archivo, que demorará dependiendo de la velocidad de conexión a Internet.



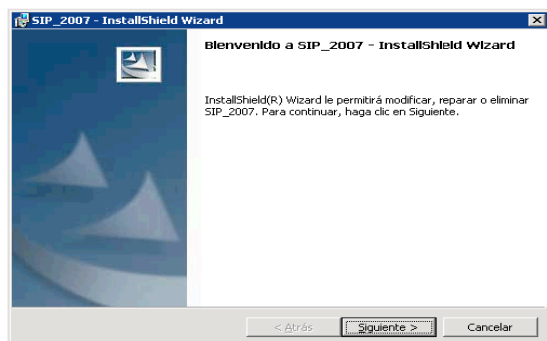
Una vez finalizado, el sistema quedará copiado en su PC. Presione con doble clic sobre el ícono que se muestra en el "Escritorio" de su computador en la siguiente imagen para comenzar la instalación.



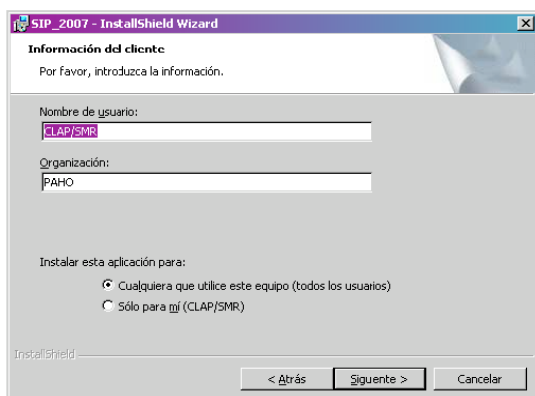
Una vez realizada esta acción, se iniciará el de Proceso de Preparación para instalación de "setup.exe":



El resto de los pasos son muy sencillos, y basta con ir presionando el botón “Siguiente”.



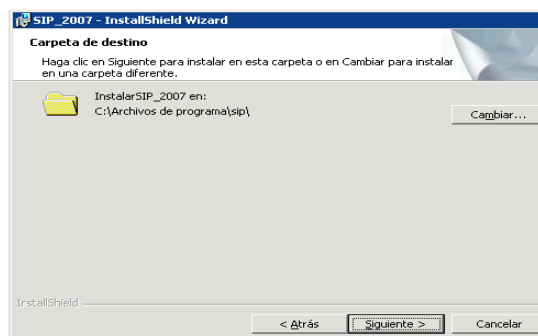
Se recomienda que el sistema se instale para todos los usuarios del PC como lo indica la figura de abajo. Si fuera necesario restringir el acceso al SIP se podrá instalar solamente para el usuario activo presionando en la opción “sólo para mí”.



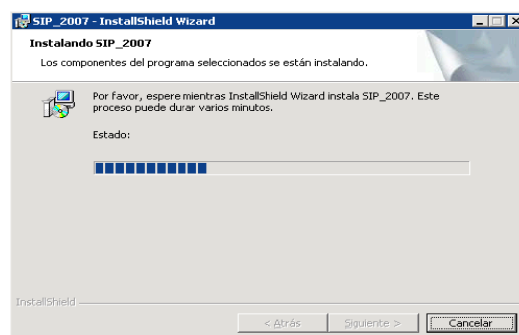
Es recomendable que el sistema se instale en la carpeta que indica el programa de instalación (C:\Archivos de programa\sip) ya que esto facilita enormemente el apoyo que CLAP/SMR ofrece a través de correo electrónico o por vía telefónica.

En algunos casos como por ejemplo para Windows Vista o redes hospitalarias, debido a restricciones de seguridad el programa necesita instalarse en una ubicación diferente. Esta se podrá cambiar presionando el botón “Cambiar” y digitando a continuación la siguiente ubicación: C:\SIP\

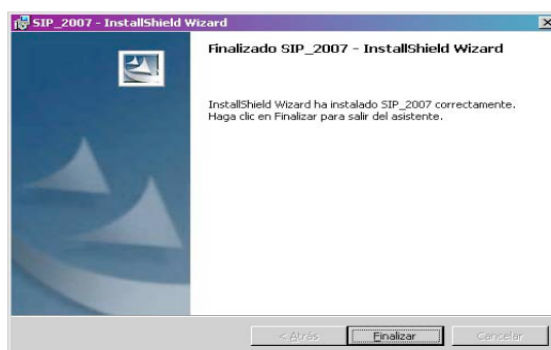
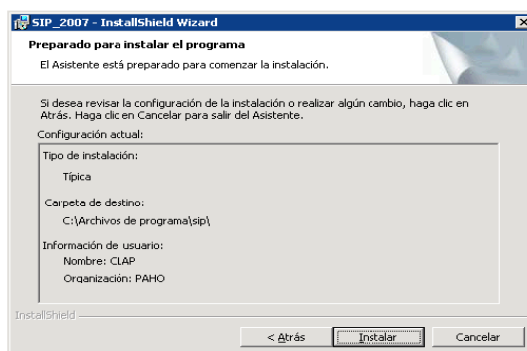
De no ser necesaria esta opción, presione “Siguiente”



A continuación el “Asistente” se preparará para instalar los componentes del programa.



Una vez iniciada la instalación de estos componentes una barra dinámica mostrará el progreso de la operación.



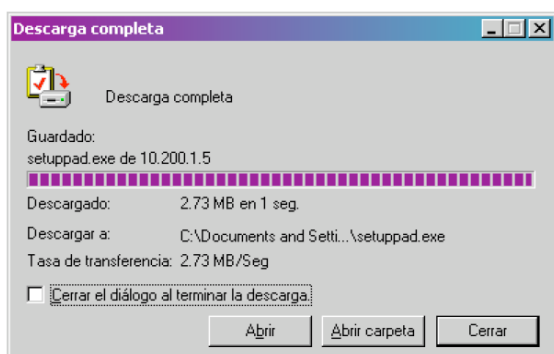
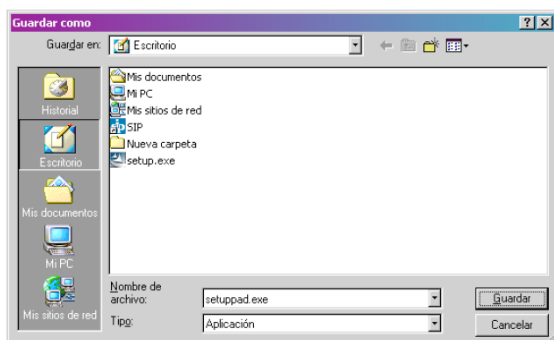
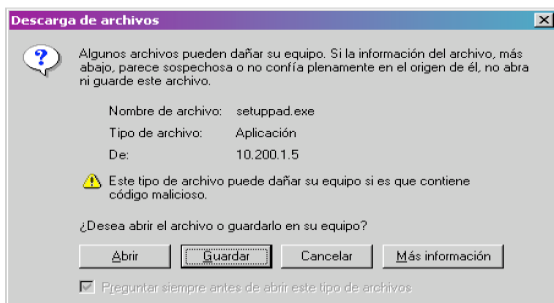
Una vez terminado el proceso de instalación se presiona el botón “Finalizar”.

Herramienta #21

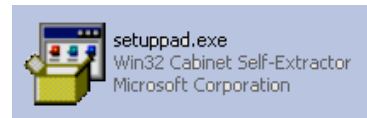
Un ícono de SIP aparecerá en el “Escritorio” de Windows al finalizar la instalación.



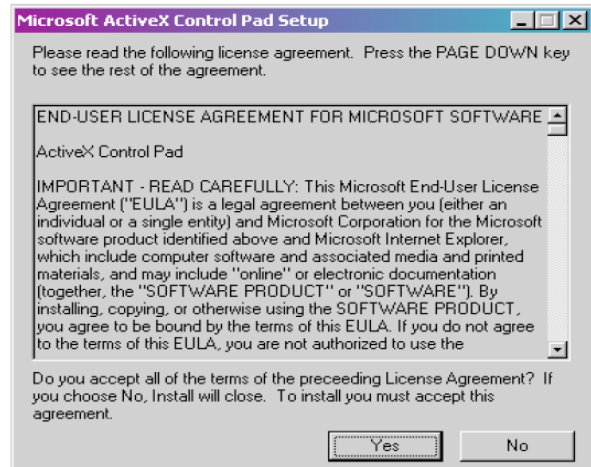
En algunas computadoras puede ser necesario instalar un programa adicional para que el SIP funcione correctamente. Este programa se llama setuppad.exe y también se puede bajar de la página Web con un procedimiento similar de instalación, que se resume a continuación.



Una vez finalizado, el sistema quedará copiado en su PC. Se hace doble clic sobre el ícono que aparecerá en el “Escritorio” para comenzar la instalación.

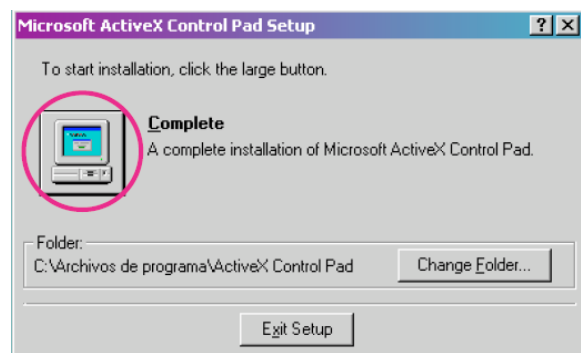
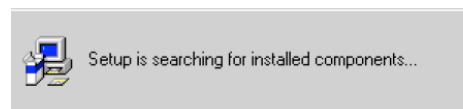


El proceso de instalación de “setuppad.exe” se mostrará como sigue:



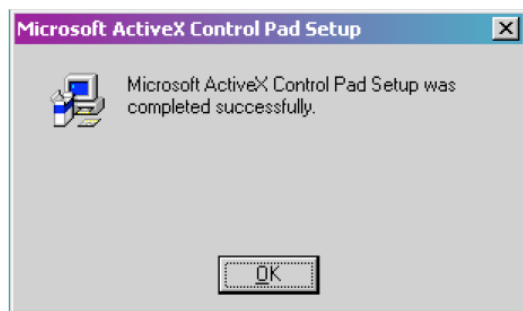
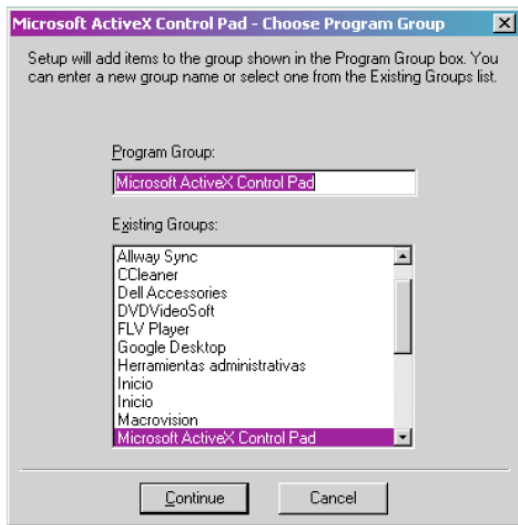
Presionar el botón “Yes”.

Presionar el botón “Continue”.



Presionar el botón “Complete”. Observe que este botón se encuentra ubicado en el computador que aparece en la figura.

Presionar el botón "Continue".



Presionando el botón "OK" el programa adicional quedará instalado.

El setup.exe (SIP) como el programa setuppad.exe cuentan en la página Web con las instrucciones correspondientes de instalación.

Si ya cuenta con el sistema informático perinatal instalado en su computadora deberá realizar el mismo procedimiento para actualizarlo. Deberá eliminar la versión anterior desde el Panel de Control de Windows en la opción "Agregar o Quitar Programas"

Si bien estos procedimientos no eliminarán los datos cargados en la base de datos activa es recomendable respaldar la información previamente.

Instalación desde CD. Insertar el CD y seguir los pasos sugeridos que lo guiarán durante el proceso de instalación.

Requerimientos de Equipo. Los requerimientos del SIP son directamente proporcionales a la cantidad de registros con que se trabaja habitualmente.

Los requisitos mínimos de instalación del sistema son:

- Windows 98 o superior.
- Equipo Pentium con 50 Mb de espacio libre en disco y 128 MB de memoria.
- Resolución de pantalla 800x600 dpi.

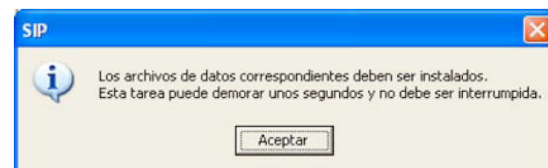
SECCIÓN II

INICIO

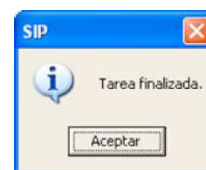
Introducción. Luego de instalado el programa, se creará automáticamente un acceso directo en el "Escritorio" de su equipo.



Al solicitar el acceso (haciendo doble clic sobre el ícono) aparecerá la pantalla siguiente.



Presionar "Aceptar".



Presionar "Aceptar".

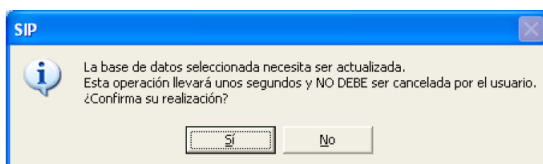
El SIP se encuentra ahora instalado completamente y se mostrará a continuación la pantalla de inicio.

Si bien la opción de "clave de ingreso" está prevista en las versiones que están siendo distribuidas, no es necesario escribir una clave de acceso. Sólo debe presionarse la tecla "Enter".

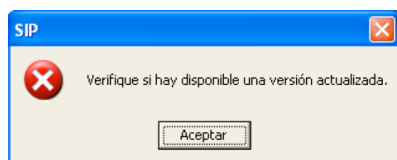
Herramienta #21



Al iniciar la sesión, normalmente podrán aparecer los siguientes mensajes.



Este mensaje informa que la “base de datos activa” debe ser actualizada. Este proceso el SIP lo realiza automáticamente y no debe ser interrumpido por el usuario.



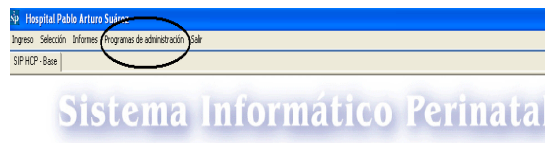
Este mensaje recuerda que puede existir una versión actualizada disponible. Si no se dispone del CD, se podrá hacer la actualización a través de Internet.

SECCIÓN III

OPCIONES DEL MENÚ

Introducción. La pantalla principal se compone de un menú principal y de un menú superior. El menú principal permite accionar directamente las funciones más frecuentes. El menú superior se ubica en el borde superior de la pantalla y contiene todas las funciones del sistema, incluso aquellas que aparecen en el menú principal.

Antes de este paso es necesario cambiar al Sistema informático del Adolescente de la siguiente manera:

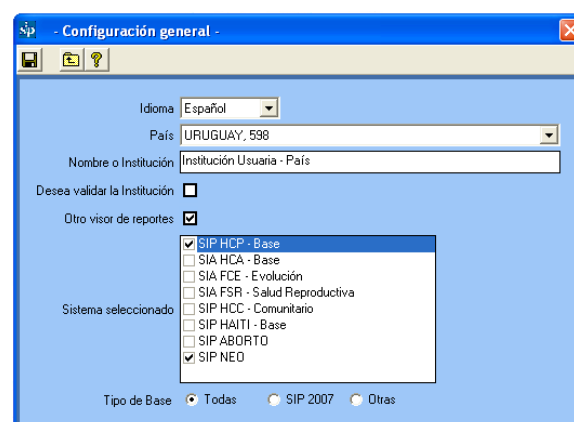


Ingresamos al menú superior



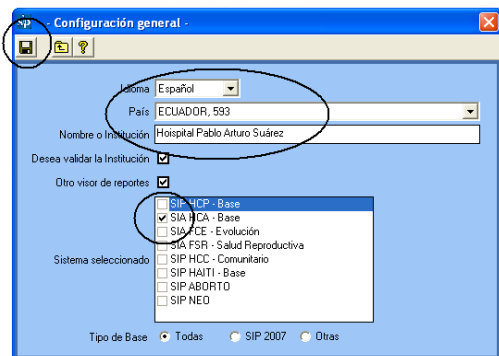
En este menú elegir la opción Programas de Administración del menú principal, y luego la opción Configuración general.

Aquí aparece la siguiente pantalla:



Se puede configurar la página con el nombre del país y la institución y el sistema a seleccionar. En los casilleros país y nombre o institución seleccionar Ecuador y el nombre de la institución y SIA HCA – Base. Grabar.

Herramienta #21



Salte la opción tarea finalizada y al poner aceptar, aparece la siguiente pantalla con el nombre de la institución y logo del SIA, con lo cual queda confirmado que el cambio del SIP al SIA ha quedado efectivo.



Menú principal. Está representado por botones rectangulares ubicados a la izquierda de la pantalla. En el interior de cada rectángulo figura el texto de la función a la cual se vincula.

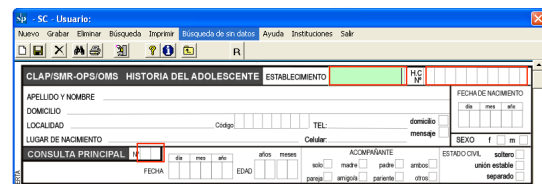


Ingreso de Historia Clínica. Esta función permite el ingreso de una nueva Historia Clínica o la localización de una historia ya ingresada. Al activar esta función (en el extremo inferior izquierdo de la pantalla), una barra dinámica mostrará el progreso del proceso solicitado. Una vez completado (en algunos segundos) se desplegará una imagen facsimilar de la

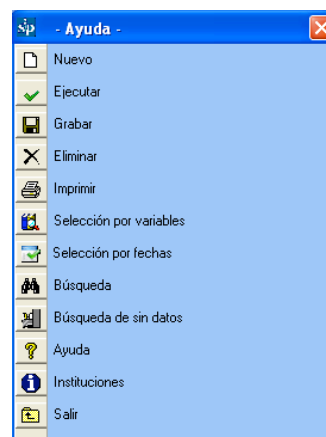
Historia Clínica del Adolescente.

En el margen inferior izquierdo del formulario de ingreso, se mostrará el número de casos ya ingresados en la base activa. Base activa se le llama a la base de datos en uso.

En el extremo superior izquierdo de la imagen de la historia clínica aparecerá una barra de herramientas. La misma se presenta como texto o en forma de íconos. Con fines prácticos sólo nos referiremos a estos últimos.



Para su ayuda, "clickeando" sobre el signo de interrogación, podrá conocer las funciones de cada ícono.



Ingreso de una nueva Historia Clínica. El ingreso consiste únicamente en transcribir los datos desde la historia clínica del adolescente en papel al sistema, utilizando el teclado.

Los datos de texto (representados por líneas abiertas) o numéricos (representados por rectángulos) se ingresarán directamente; mientras que los datos que se refieran a atributos (representados por círculos) se marcarán con la barra de espacio o presionando cualquier tecla del teclado principal.

El sentido del llenado será por módulo y por conjunto de variables (submódulo), de arriba abajo y de izquierda a derecha.

La tecla "Enter" (o las flechas) permitirá recorrer los

Herramienta #21

diferentes campos en el sentido del llenado, pero sin marcarlos (lo que adicionalmente permite prescindir del mouse). Esto es útil, por ejemplo, cuando alguna información no se encuentra consignada. En estos casos el programa tomará estos campos como “sin dato”.

Una vez que la historia se complete, se grabará en la base posicionándose y clickeando con el mouse el ícono representado por el “disquete” (en adelante “grabar”) en la barra de herramientas. Esta tarea también puede realizarse presionando F2. Para que una historia pueda ser grabada, las variables de ingreso obligatorias deberán estar correctamente llenadas. Para su fácil identificación, estas variables se encuentran dentro de un recuadro rojo en la imagen de la Historia Clínica del Adolescente o HCA.

Ellas son: Establecimiento, Número de Historia Clínica y Número de Consulta principal.

En la sección V, Ud. encontrará un caso simulado preparado para ejercitarse en el llenado e ingreso de una Historia Clínica del Adolescente. Para ello recomendamos también consultar la Publicación Científica CLAP 1454. Historia Clínica Adolescente. Definición de términos e instrucciones de llenado.

Control de ingreso. La Historia Clínica del Adolescente está compuesta por variables que admiten una única respuesta posible, así como categorías de interés que surgen de un dato numérico. El programa de ingreso dispone de mecanismos de control para detectar defectos en el llenado de estas variables. Las inconsistencias son detectadas por el programa y marcadas en rojo con el fin de llamar la atención a quien ingresa la historia, ya que estos valores no serán grabados. Esta situación permite que la historia sea igualmente grabada y facilita la identificación de problemas en el llenado para que sean corregidos.

Como se verá a continuación, el Sistema Informático del Adolescente dispone de la posibilidad de localizar historias clínicas ingresadas a la base y de la posibilidad de modificarlas y grabar los cambios realizados.

Localización de una historia ya ingresada. Esta función permite localizar una historia en la base de datos. Esta búsqueda se realiza marcando en la imagen del formulario de la HCA, uno o más datos conocidos de la historia que se quiere localizar. La búsqueda se realiza sobre una historia en blanco. Para blanquear la historia, presione el ícono representado por una hoja en blanco (en adelante “nuevo” o “blanqueado”). Al presionar el ícono, un cuadro de diálogo le preguntará si desea ingresar un registro nuevo, a lo que responderá “Sí”.

Luego, en la variable “Número de Identidad”, por ejemplo, se debe ingresar el número correspondiente al número de identidad del adolescente (Ej.: 0001). Luego que esto se ha realizado, presionar el ícono representado por los binoculares (en adelante “búsqueda”).

1 registros totales.					
ID	Establecimiento	Número de ident.	Nro. Consulta	Fecha de consulta	E dad años
0000000000000000	170103	0001	01	26/01/2009	18

En breves instantes aparecerá un formulario de búsqueda o grilla con las historias que cumplen con esa condición. Si el número de identidad es un número único, propio de cada adolescente, la grilla sólo mostrará el registro de una historia. Al seleccionar el registro en la grilla, quedará a la vista la imagen de la historia correspondiente.

Al cerrar la grilla, la historia quedará disponible para corregir, “eliminar” (representado por una “tachadura”) o “imprimir” (representado por el ícono de la “impresora”). Si lo que se desea es corregir o completar alguna información, luego de haber realizado las modificaciones deseadas, se deberá “grabar” los cambios efectuados presionando el ícono del disquete.

CONSULTA PRINCIPAL

FECHA 26 1 09 EDAD 18 7

Observaciones: NO SE LE ENTIENDE

Si el único dato conocido (o recordado) es la edad (19 años, como ejemplo), se procederá de igual forma; se “blanqueará” la historia, presionando en el ícono “nuevo” y se colocará el dato (19) en la variable “Edad”. Posteriormente se presionará el ícono de “búsqueda”. En breves instantes aparecerá una grilla con las historias que cumplen con esa condición. A medida que se selecciona cada registro de la grilla que fueron seleccionados según la condición, quedará detrás a la vista la historia correspondiente.

Búsqueda de Historia Clínica

ID	Establecimiento	Número de ident.	No. Consulta	Fecha de consulta	Edad años
0000000000012	12	012532	01	15/01/2008	13
0000000000016	12	016887	01	23/11/2007	18
0000000000016	12	016329	01	08/01/2008	16
0000000000016	12	016380	01	18/01/2008	16
0000000000016	12	016843	01	16/01/2008	10
0000000000016	12	016887	01	24/01/2008	16
0000000000016	12	016887	01	25/01/2008	19

27 registros totales.

Cerrando la grilla de registros, la historia marcada en ella es recuperada. La historia quedará disponible para corregir, “eliminar” o “imprimir” utilizando los íconos ya vistos. Si lo que se desea es corregir o completar alguna información, luego de haber realizado las modificaciones, recuerde “grabar” los cambios efectuados presionando el ícono para esa tarea.

Luego que una historia es recuperada, si se desea recuperar otra, aún con la misma condición solicitada anteriormente, se deberá repetir el procedimiento.

Cuanto más inespecífica sea la condición de búsqueda, mayor será el número de historias seleccionadas y mayor la probabilidad de error al recuperar una historia. Por ello, se recomienda, en esos casos, realizar la búsqueda por el mayor número posible de variables conocidas.

Mientras esté la grilla a la vista, la historia seleccionada no podrá ser recorrida en su totalidad ya que el cursor que desliza la imagen en sentido vertical se desactiva. Si se desea vincular la observación de una variable de selección (Fecha Nacimiento, por ejemplo) con un dato de antecedentes personales, antes de presionar el ícono de “búsqueda”, se debe deslizar la historia hacia abajo con el cursor vertical hasta dejar a la vista la variable de antecedentes personales que interesa. Cuando se presione el ícono de “búsqueda” aparecerá la grilla con las historias que cumplen con la condición. A medida que el cursor se posiciona sobre cada uno de los registros que corresponden a esa condición de selección, detrás de la grilla quedará a la vista el sector del adolescente de cada una de las historias seleccionadas. Cerrando la grilla de registros, la historia marcada es recuperada.

Búsqueda de Historia Clínica

ID	Establecimiento	Número de ident.	No. Consulta	Fecha de consulta	Edad años
0000000000012	12	012532	01	15/01/2008	13
0000000000016	12	016887	01	23/11/2007	18
0000000000016	12	016329	01	08/01/2008	16
0000000000016	12	016380	01	18/01/2008	16
0000000000016	12	016843	01	16/01/2008	10
0000000000016	12	016887	01	24/01/2008	16
0000000000016	12	016887	01	25/01/2008	19

27 registros totales.

Una función similar y complementaria a ésta es la búsqueda de historias que carecen de información en una variable determinada y que se desea completar. El proceso es similar al anterior. La búsqueda

Herramienta #21

se realiza sobre una historia en blanco. Blanquear la historia presionando el ícono “nuevo”, luego deberá posicionarse sobre la variable sin dato (por ejemplo “convive con” en el sector FAMILIA). Esta variable quedará “pintada” de color verde claro.

Luego que esto se ha realizado, presionar el ícono que representa una caja de software (“búsqueda sin datos”). En breves instantes aparecerá una grilla con las historias que cumplan con esa condición. La grilla mostrará el registro de las historias con: convive con hermanos. A medida que el cursor se posiciona sobre cada uno de los registros de la grilla que corresponden a esa condición de selección, detrás quedará a la vista la historia correspondiente en blanco.

Cerrada la grilla, la historia quedará disponible para ser corregida. Luego de haber ingresado el dato faltante, se deberán grabar los cambios efectuados presionando el ícono del disquete.

Al igual que en el caso anterior, luego que una historia es recuperada, si se desea recuperar otra, aún con la misma condición solicitada anteriormente, se deberá repetir el procedimiento.

Selección por variables. Esta función permite acceder a la base de datos y seleccionar subgrupos

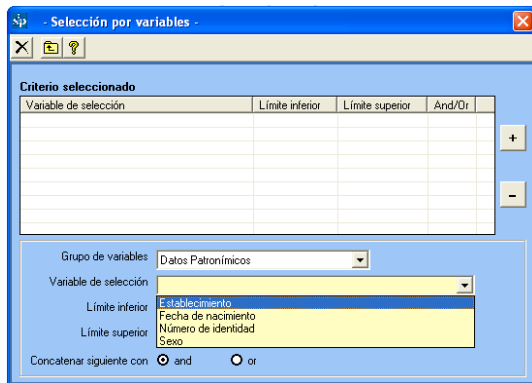
de interés. Esta selección puede realizarse por una o más variables. Para unir varias condiciones pueden utilizarse los operadores lógicos o conectores AND u OR.

Selección: Al activar esta función se desplegará una grilla que describe la o las variables de selección, los límites (superior e inferior) para esa o esas variables y los operadores utilizados para la sintaxis de la selección (“conector”).

Debajo de la grilla aparecen cuatro cajas de opciones que permiten seleccionar los módulos de búsqueda, las variables y sus rangos (superior e inferior) y los operadores lógicos.

La primera caja está referida a las partes o los módulos de la Historia Clínica del Adolescente. Si la selección se va a realizar sobre variables que pertenecen al módulo de consulta principal, al seleccionar “datos patronímicos” las variables de selección que aparecerán disponibles en la caja de selección que se encuentra debajo, estarán sólo referidas a datos patronímicos.

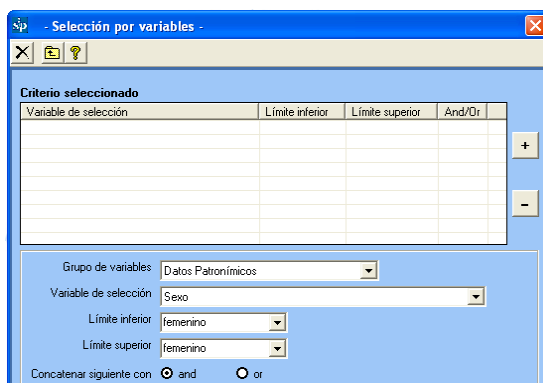
Herramienta #21



Si las variables a seleccionar se encuentran dispersas por los diversos sectores de la historia, se podrá seleccionar “Todos”. En ese caso en la caja inferior de selección se listarán todas las variables disponibles. La caja de selección de variables tiene un índice alfabético automático, lo que facilita la localización de las variables al escribir su primera o primeras letras.

Puede ocurrir que se desconozca el nombre asignado a una variable. En ese caso, en la función “Ingreso de Historia Clínica”, cada variable mostrará el nombre asignado posicionando el mouse sobre dicha variable en la imagen facsimilar de la Historia Clínica del Adolescente.

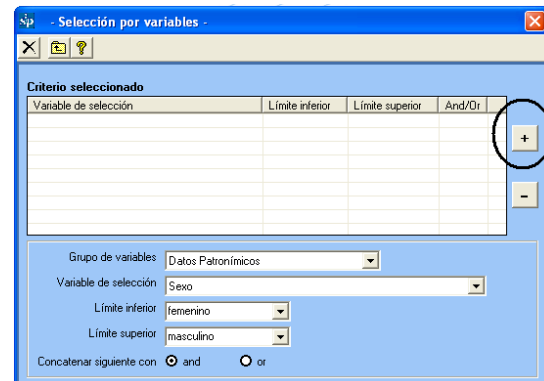
Debajo de la caja de selección de variables, aparecen dos cajas más pequeñas que despliegan los rangos o extremos de la variable elegida.



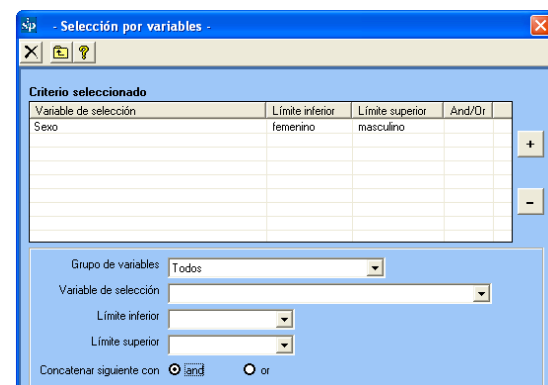
Debajo de ellas, dos botones activarán el operador lógico conveniente según los criterios de la selección. El operador AND se encuentra activo de forma predeterminada, de manera que al seleccionar dos variables y sus rangos (Límite inferior y superior), la selección condiciona a que el subgrupo de interés contenga ambos criterios.

Si se desea que el subgrupo de estudio esté definido

por una u otra condición, debe presionarse el botón OR antes de incorporar la primera de las variables seleccionadas ya que el operador vincula a esta variable con la siguiente.



Una vez establecida, la selección se incorporará presionando el botón con el signo de “más”. Por ejemplo, si se desea seleccionar un subgrupo que cumpla con una u otra condición, se deberá seleccionar la primera variable, sus rangos y el operador deseado. Luego se presionará el signo de “más”.



Posteriormente se incorporará la siguiente variable y sus rangos, seleccionándola y presionando el signo de más.

Herramienta #21

Variable de selección	Límite inferior	Límite superior	And/Or
Sexo	femenino	masculino	AND
Acompañante	madre	otros	

Grupo de variables: Todos

Variable de selección:

Límite inferior: madre

Límite superior: padre

Concatenar siguiente con: ☒ and ☐ or

En la grilla quedará escrita la sentencia de selección realizada.

Variable de selección	Límite inferior	Límite superior	And/Or
Sexo	femenino	masculino	AND
Acompañante	madre	padre	

Grupo de variables: Todos

Variable de selección: Acompañante

Límite inferior: madre

Límite superior: padre

Concatenar siguiente con: ☒ and ☐ or

Recuerde que el operador AND se encuentra activo de forma predeterminada, de manera que al seleccionar dos variables y sus rangos, la selección condiona a que el subgrupo de interés contenga ambos criterios. Si se desea que el subgrupo de estudio esté definido por una u otra condición, debe presionarse el botón OR al incorporar la primera variable de selección y sus rangos.

Luego que el proceso de selección se ha completado, se presionará el botón simbolizado por la flecha ascendente "salir". El programa regresará a la pantalla inicial con el fin de permitirle analizar en el subgrupo seleccionado los temas de su interés.

Al regresar a la página inicial del SIA se observará que queda marcado en rojo el botón de selección por variables. Ello le recordará para posteriores análisis que hay una selección activa al igual que la cantidad de registros totales.

Eliminar selecciones: Si se desea eliminar una de las variables escogidas, se posicionará el cursor en la grilla de la variable que se desea eliminar y se presionará el signo de "menos"

Variable de selección	Límite inferior	Límite superior	And/Or
Sexo	femenino	masculino	AND
Acompañante	madre	otros	

Grupo de variables: Todos

Variable de selección:

Límite inferior: madre

Límite superior: padre

Concatenar siguiente con: ☒ and ☐ or

El resultado será:

Variable de selección	Límite inferior	Límite superior	And/Or
Sexo	femenino	masculino	AND

Grupo de variables: Todos

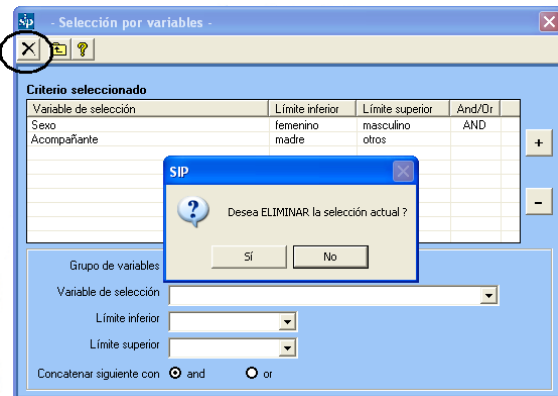
Variable de selección:

Límite inferior: madre

Límite superior: padre

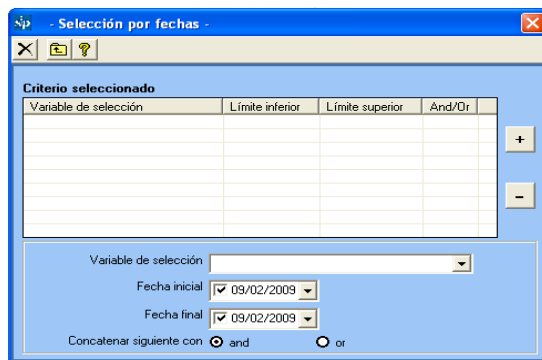
Concatenar siguiente con: ☒ and ☐ or

Si se desea eliminar toda la selección, ya sea para realizar una nueva o trabajar con la totalidad de la base de datos, se presionará el ícono de "eliminar" representado por una tachadura.

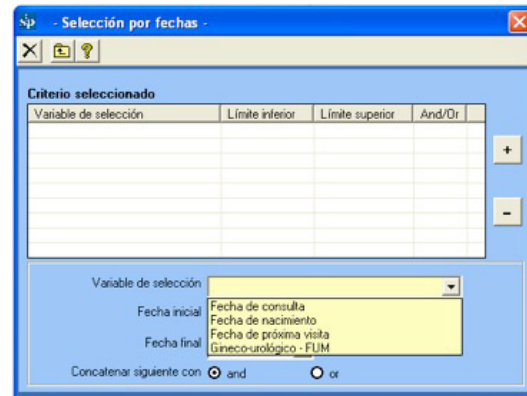


Realizada esta operación se abrirá un cuadro de diálogo, que deberá ser aceptado en caso que se desee eliminar la selección activa.

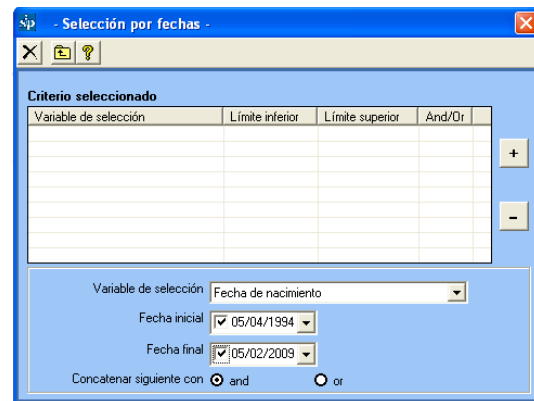
Selección por fechas. Esta función permite acceder a la base de datos y seleccionar búsquedas por fechas de interés. Esta función tiene una lógica de funcionamiento similar a la “Selección por variables”. Al activar esta función se desplegará una grilla que describe la o las variables de selección, en este caso exclusivamente referido a fechas, así como los límites (superior e inferior) para cada fecha. También dispone de operadores para la sintaxis de la selección. Debajo de la grilla aparecen tres cajas de opciones que permiten seleccionar las variables (fechas), sus rangos (períodos) y los operadores lógicos (AND y OR).



La caja de selección de variables muestra las fechas sobre las que es posible hacer una selección.



Debajo de la caja de selección de variables, aparecen dos cajas más pequeñas que despliegan los extremos que se fijarán para el período de estudio. Por defecto aparece el valor mínimo y máximo hallados para la variable “fecha de selección” en la base de datos activa.



Debajo de ellas, dos botones activarán el operador lógico conveniente según los criterios de la selección.

En la selección por fechas, en general, los operadores booleanos son poco utilizados ya que habitualmente se refiere sólo a una selección por una única variable.

Recordar que en caso de utilizarlo, el operador AND se encuentra activo de forma predeterminada, de manera que al seleccionar dos fechas y sus límites, la selección condiciona a que el subgrupo de interés contenga ambos criterios.

Si se desea que el subgrupo de estudio esté definido por una u otra condición, debe presionarse el botón OR antes de seleccionar la primera variable. Una vez establecida, la selección se incorporará presionando el botón con el signo de “más”. En el ejemplo, se ha seleccionado un subgrupo según la fecha de nacimiento del recién nacido.

Herramienta #21

Variable de selección	Límite inferior	Límite superior	And/Or
Fecha de nacimiento	05/04/1994	05/02/2009	

Si se desea seleccionar un subgrupo con dos condiciones, se deberá seleccionar la primera fecha, sus rangos y el operador. Luego se presionará el signo de “más”. Posteriormente se incorporará la siguiente fecha y sus rangos. En la grilla quedará escrita la sentencia de selección realizada.

Ejercicio: Según el procedimiento descrito en la base de datos de entrenamiento (Ver base de datos activa) seleccione la población de embarazadas que terminaron su embarazo el 2007.

Luego que el proceso de selección se ha completado, se presionará el botón simbolizado por la flecha ascendente “salir”. El programa regresará a la pantalla inicial con el fin de permitirle analizar en el subgrupo de acuerdo al período o períodos seleccionados.

Observará que el botón de “Selección por fechas” quedará marcado en rojo. Ello le recordará para posteriores análisis que hay una selección activa al igual que la línea con la cantidad de registros totales.

Si se desea eliminar una de las fechas escogidas, se posicionará el cursor en la grilla, en la variable (fecha) que se desea eliminar y se presionará el signo de “menos”.

Si se desea eliminar toda la selección, ya sea para proceder a una nueva o trabajar con la totalidad de la base de datos, se presionará el ícono de “eliminar” representado por una tachadura.

Descripción de una variable. Esta función permite presentar, en formato de tabla o de gráfico, la distribución de una variable incluida de la Historia Clínica del Adolescente según la definición de rangos a la que está sujeta.

La descripción de la variable está restringida al subgrupo que ha sido seleccionado por variables, por fechas o por ambos. En el caso de no estar activa una selección, la descripción tomará todos los casos ingresados a la base de datos.

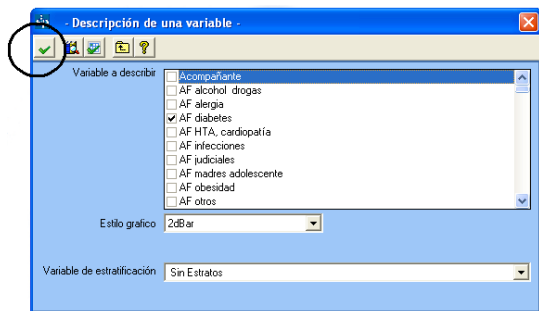
Al activar esta función se desplegará una caja de opciones conteniendo todas las variables presentes en la Historia Clínica del Adolescente. Llamaremos a esta opción “descripción simple”.

Debajo de la caja de opciones aparecen dos cajas adicionales: una permite seleccionar el formato de gráfico en el que se desea presentar la información. La otra caja permite mostrar la descripción de la variable seleccionada, pero asociada a otra variable y estratificada de acuerdo a sus categorías o rangos. Llamaremos a esta opción “descripción estratificada”.

Ambas cajas de selección de variables tiene un índice alfabético automático, lo que facilita la localización de las variables al escribir su primera o primeras letras. Puede ocurrir que se desconozca el nombre asignado a una variable.

Recordamos que en ese caso, en la función “Ingreso de Historia Clínica”, cada variable mostrará el nombre asignado posicionando el mouse sobre dicha variable en la imagen facsimilar de la Historia Clínica Perinatal.

Para la descripción simple, sólo es necesario marcar la o las variables que se desea describir. Se selecciona el formato de gráfico y se mantiene la caja inferior desactivada “Sin estratos”.



Para iniciar la ejecución de la descripción se debe presionar el ícono “ejecutar”, que es el primero desde la izquierda. Inmediatamente se desplegará una tabla con la información que proporciona la variable seleccionada.

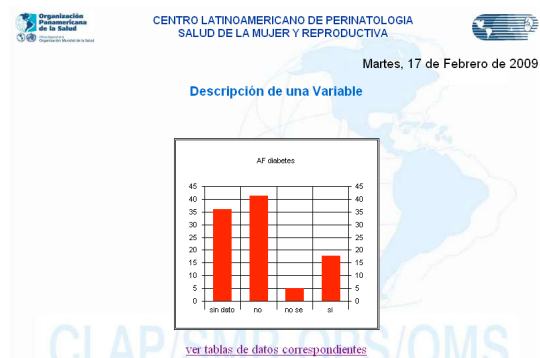
Organización Panamericana de la Salud
CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
Martes, 17 de Febrero de 2009

Descripción de una Variable

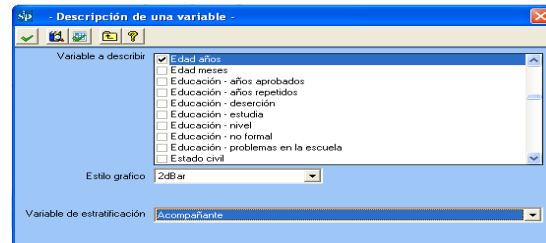
AF diabetes	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE CASOS VALIDOS
sin dato	85	35.9	-
no	98	41.4	64.5
no se	12	5.1	7.9
si	42	17.7	27.6
	N casos= 237		N casos validos=152

[ver gráficos correspondientes](#)

Debajo de la tabla aparece la frase “Mostrar gráficos correspondientes”. Al “clickear” sobre la misma se desplegará la información en forma gráfica.



Descripción Estratificada. Para la selección estratificada, es necesario marcar en la caja superior la o las variables que se desea describir; luego se selecciona el formato de gráfico. En la caja inferior se marca la variable de estratificación.



Para iniciar la ejecución de la descripción estratificada se debe presionar el ícono de ejecutar. Inmediatamente se desplegará una tabla con la información que proporciona la variable seleccionada, pero estratificada según los rangos o categorías de la variable de estratificación.

Descripción de una variable

Selección activa:
Acompañante entre solo y solo

Edad años	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE VAL
sin dato	1	1.9	
(10 - 10)	-	-	
(11 - 11)	-	-	
(12 - 12)	-	-	
(13 - 13)	-	-	
(14 - 14)	3	5.8	
(15 - 15)	3	5.8	
(16 - 16)	7	13.5	1
(17 - 17)	19	36.5	3
(18 - 18)	8	15.4	1
(19 - 19)	10	19.2	1
(20 - 24)	1	1.9	
	N casos= 52		N casos v

[ver gráficos correspondientes](#)

Selección activa:
Acompañante entre madre y madre

Edad años	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE VAL
sin dato	-	-	
(10 - 10)	4	4.3	4
(11 - 11)	4	4.3	4
(12 - 12)	1	1.1	1
(13 - 13)	8	8.7	8
(14 - 14)	14	15.2	14
(15 - 15)	17	18.5	18
(16 - 16)	18	19.6	19
(17 - 17)	13	14.1	13
(18 - 18)	9	9.8	9
(19 - 19)	4	4.3	4
(20 - 24)	-	-	
	N casos= 92		N casos v

[ver gráficos correspondientes](#)

Selección activa:
Acompañante entre padre y padre

Edad años	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASOS	% SOBRE VAL
sin dato	-	-	
(10 - 10)	-	-	
(11 - 11)	-	-	
(12 - 12)	-	-	
(13 - 13)	2	25	2
(14 - 14)	-	-	
(15 - 15)	2	25	2
(16 - 16)	-	-	

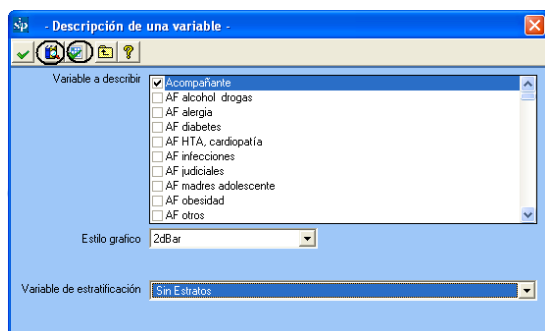
[ver gráficos correspondientes](#)

Debajo de la tabla aparece la frase “Mostrar gráficos correspondientes”. Al clickear sobre la misma se desplegará la información en forma gráfica.

La selección estratificada sólo admite estratificar por sólo una variable por vez.

Desde la ventana de “Descripción de una variable” es posible dirigirse a la función de “Selección por varia-

bles". Esto se logra presionando el ícono simbolizado por una caja de elementos (el 2do. y el 3er. ícono desde la izquierda). Luego de efectuada la selección, basta presionar el ícono de salida correspondiente (flecha ascendente) para retornar al programa "Descripción de una variable". Esto facilita estudiar el comportamiento de una variable en diferentes subgrupos de interés sin necesidad de regresar al menú principal. De igual modo se hace para seleccionar por fechas. En este caso debe presionarse el ícono de "Selección por fechas".



Informe de "sin datos" por variable. Esta función permite conocer la información no documentada en la Historia Clínica del Adolescente o que no ha sido ingresada a la base. La información se presenta desagregada por variable. Por cada una se incluye el número de registros sin el dato y la frecuencia relativa. En este caso, la frecuencia toma como numerador el número de registros con la variable no documentada y como denominador el número total de casos ingresados a la base. En la parte superior, el programa ofrece, como medida de resumen, la tendencia media de la información no documentada en la base. Sobre el lado izquierdo de la pantalla la falta de información se verá agrupada por secciones.

El proceso se inicia presionando el ícono de ejecutar. Una barra dinámica ilustra el progreso del informe.

Grupo de variables	% de casos sin dato	Nombre de la variable	Casos sin dato	% de casos sin dato	Orden en Historia
Datos Personales	63.15 %	Número de identidad	0	100.00 %	1
Consultas Principales	13.32 %	Apellido y Nombre	237	100.00 %	2
Antecedentes Personales	45.51 %	Domicilio	237	100.00 %	3
Antecedentes Familiares	45.52 %	Localidad	237	100.00 %	4
Familia	65.45 %	Código	236	99.58 %	5
Vivienda	47.57 %	Lugar de Nacimiento	236	99.58 %	6
Educación	74.33 %	Teléfono	237	100.00 %	7
Trabajo	50.25 %	Teléfono - domicilio	236	99.56 %	8
Vida Social	74.50 %	Celular	146	61.85 %	10
Hábitos	79.93 %	Fecha de nacimiento	1	42.86 %	11
Gineco - Urológico	87.50 %	Sexo	2	84.62 %	14
Embarazabilidad	76.67 %	Nro. Consulta	0	0.00 %	16
Situación Psicosomática	51.11 %	Fecha de consulta	0	0.00 %	17
Examen Físico	64.43 %	Edad años	2	84.62 %	20
Diagnóstico	51.40 %	Edad meses	74	31.22 %	21
		Acompañante	33	13.92 %	22
		Estado civil	54	22.78 %	30
		Observaciones	69	28.69 %	45
		AP penales normales	102	43.04 %	46
		AP crecimiento normal	102	43.04 %	49
		AP desarrollo normal	104	43.95 %	53

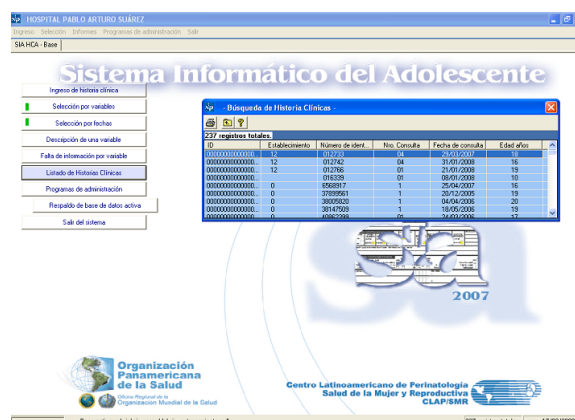
El "Informe de sin datos por variable" permite dirigirse a la función de "Selección por fechas". Esto se

logra presionando el ícono simbolizado por una caja de elementos. Luego de efectuada la selección, basta con presionar el ícono representado por la flecha ascendente para regresar al informe de información no documentada.

Esta función permite conocer la falta de información en diferentes períodos de interés sin necesidad de regresar al menú principal.

Presionando sobre los títulos de las columnas éstas se ordenarán automáticamente de menor a mayor y viceversa.

Listado de historias clínicas. Esta función permite conocer y acceder a las historias clínicas de toda la base o de una selección, sea ésta por variables, por fechas o por ambas. Al presionar el botón, aparecerá una grilla con las historias que cumplan con la condición de selección si es que la hubiera. Si no hay selección activa la grilla contendrá todos los registros.



Para recuperar una historia, deberá colocar el cursor sobre el registro correspondiente. Una vez marcado, se presiona el ícono representado por la flecha ascendente "salir". Así, la historia marcada en la grilla puede ser recuperada llamando a la función "Ingreso de una Historia Clínica".

La historia quedará disponible para corregir, eliminar o imprimir utilizando los íconos ya vistos. Si lo que se desea es corregir o completar alguna información, luego de haber realizado las modificaciones, recordar grabar los cambios efectuados presionando el ícono para esa tarea.

Adicionalmente desde el programa de "Ingreso de una Historia Clínica", al presionar el botón de impresión, aparecerá la historia seleccionada, que podrá ser impresa, guardada o enviada por correo, con los comandos convencionales del explorador.

Si se desea imprimir el listado de historias clínicas se presiona el ícono correspondiente.

Búsqueda de Historia Clínicas						
237 registros totales						
	Establecimiento	Número de ident.	Nro. Consulta	Fecha de consulta	Edad años	
00000000000000000000	12	012123	04	23/03/2007	16	
00000000000000000000	12	012742	04	31/01/2008	16	
00000000000000000000	12	012766	01	21/01/2008	19	
00000000000000000000	0	016339	01	08/01/2009	10	
00000000000000000000	0	62685917	1	25/04/2007	16	
00000000000000000000	0	37899561	1	20/12/2005	19	
00000000000000000000	0	38005820	1	04/04/2006	20	
00000000000000000000	0	38147509	1	18/05/2006	19	
00000000000000000000	0	40862209	1	24/04/2006	19	

[illegible]

Esta función proporciona información que puede ser muy útil en caso que se desee recuperar una historia del archivo, o bien, en el caso de una investigación operativa, recuperar del archivo todas las historias que serán incluidas en el estudio según el criterio de búsqueda seleccionado.

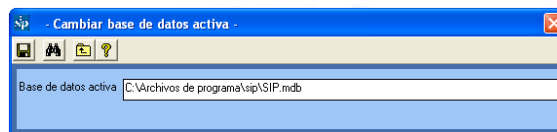
SECCIÓN IV

Programas de administración

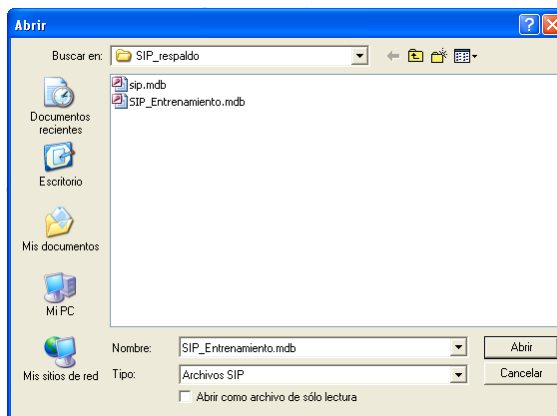
Dentro de los Programas de administración se encuentran diferentes opciones para el correcto uso y mantenimiento de las bases de datos y del SIA en su conjunto.

Base de datos activa. Esta opción se utiliza para cambiar y seleccionar una nueva base de trabajo. Por ejemplo, para seleccionar el archivo de base de datos SIP_Entrenamiento.MDB que es una base de datos con casos de prueba que se distribuye para el análisis junto con el SIP 2007, se debe realizar los siguientes pasos:

En primer lugar presionar en el menú superior “Programas de Administración” y dentro de él la opción “Cambiar base de datos activa”.



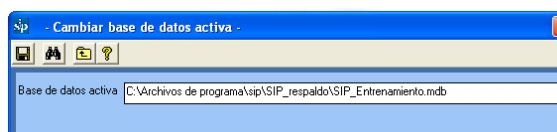
Luego buscar el archivo de datos; para ello se presiona el botón de búsqueda en la barra de botones superior.



Inmediatamente aparecerá el cuadro de manejo de unidades y archivos de Windows. Se busca la base de datos de entrenamiento que se encuentra en la carpeta SIP_Respaldo dentro de la carpeta donde el SIP fue instalado (ver instalación).

Ej.: C:\Archivo de Programas\SIP\SIP_Respaldo

Una vez seleccionado el archivo finalizamos esta operación presionando el botón Abrir o en su defecto haciendo doble clic sobre el archivo.



Por último se presiona el botón Guardar para hacer efectivo el cambio.

Si el proceso fue correcto la base activa será el archivo SIP_Entrenamiento.MDB y será visible en el extremo inferior izquierdo del la pantalla principal del SIA (ver base activa).

Algunas tareas pueden ejecutarse automáticamente durante el proceso de selección de la base activa, como por ejemplo el proceso de actualización de la base.

Verificar siempre que inicia el sistema que la base de datos activa es la deseada.

Respaldo de información. Esta opción fue diseñada para permitir realizar el respaldo de la base seleccionada actualmente o base activa.

Es importante señalar que debe haber una selección por fecha, por variables o por tipo de base, ya que el SIA respaldará solamente los casos seleccionados.

Para realizar un respaldo se deben seguir los siguientes pasos:

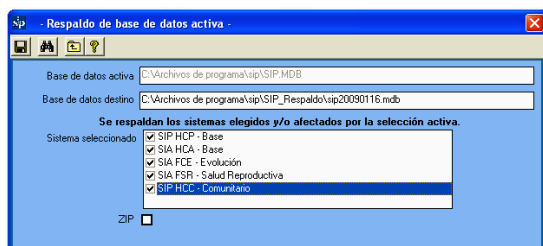
En primer lugar presionar en el menú superior “Programas de Administración” y dentro de él la opción “Respaldo de información”. Esta opción también está disponible desde los botones principales o presionando las teclas Ctrl R.

Inmediatamente aparece la ventana correspondiente. Como puede observarse en ella, no permite cambiar la base de datos activa. Por ello si deseamos respaldar una base de datos diferente será necesario seleccionarla con anterioridad, utilizando el procedimiento descrito en “Cambiar base de datos activa”.

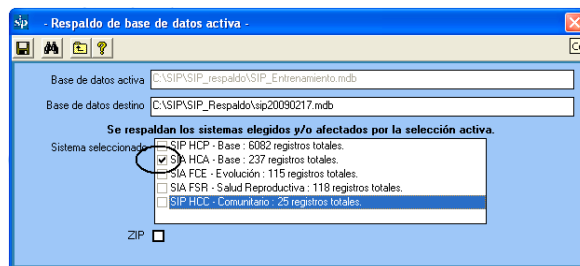
El SIA generará un archivo de datos que será guardado en la carpeta SIP_Respaldo dentro de la carpeta donde el SIP fue instalado. Para asegurarse que el respaldo no sobrescriba un respaldo anterior, el nombre del archivo se generará automáticamente con la palabra SIP seguido por la fecha del día de la siguiente forma:

Ej.: un respaldo realizado el día 17 de febrero de 2009 se llamará por defecto: SIP20090217. MDB. Presionando el botón Guardar el respaldo será realizado informando el éxito del proceso posteriormente.

Si fuera necesario otro destino (por ejemplo, un dispositivo extraíble) para la base de datos a respaldar, utilice el botón de búsqueda de la barra superior y aparecerá el cuadro de manejo de unidades y archivos de Windows.



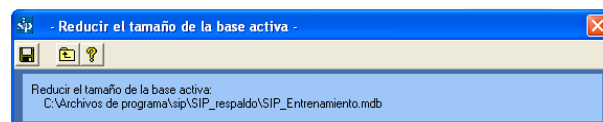
En la imagen anterior vemos que el sistema de respaldo detectó automáticamente otros casos además de los datos SIA. Hay también datos en los otros sistemas de CLAP/SMR: SIP Comunitario, SIP HCP Base, etc. En caso de respaldar solamente los datos SIA se deberá proceder de la siguiente forma.



El ítem “ZIP” esta disponible para reducir considerablemente el tamaño del archivo a respaldar. Esta opción es muy útil para enviar la información por correo electrónico, etc.

Recuerde que si desea cambiar el nombre del archivo de respaldo éste deberá ser precedido siempre de la palabra SIP. De lo contrario el sistema no lo reconocerá como propio.

Reducir el tamaño de base activa. Con el continuo uso del SIA puede suceder que el tamaño de la base de datos activa crezca innecesariamente. Por ello se creó este programa que intenta optimizar su tamaño.



Preparar base para envío. Esta opción prepara la base de datos activa para ser enviada a un centro concentrador de datos, ya sea del nivel central o regional.

Antes de explicar el procedimiento de preparación es conveniente hacer algunas aclaraciones:

Durante este proceso se genera una base de datos diferente a la activa, por lo que la anterior no corre riesgo de ser modificada. Es importante señalar que el nuevo archivo no es precisamente un respaldo de la base activa ya que los datos patronímicos se eliminan de la base destino durante este proceso. Si se desea respaldar la información se debe utilizar el programa “Respaldo de información”.

Hecha esta aclaración se debe seguir los siguientes pasos para preparar la base para envío:

En primer lugar se presiona en el menú superior “Programas de Administración” y dentro de él, la opción “Preparar base para envío”. Observar que al igual que en el programa de respaldo, no se podrá cambiar la base activa. De ser necesario debe elegirse con anterioridad como ya fuera mencionado.

Para elegir el destino de la base para envío debe utilizarse el botón de búsqueda correspondiente (binoculares).

Al igual que en otros programas, el SIA propondrá un nombre alternativo que se genera con la palabra “SIP_Envío_” seguido de la fecha del día con el mismo criterio que en el programa de respaldo.

Una vez definido el archivo de destino deberemos completar el resto de los requisitos.

El ítem “preguntas y comentarios” fue pensado para ingresar un texto opcional que se enviará junto con el archivo de datos al centro correspondiente.

Ej.: Favor enviar historias clínicas.

El resto de las opciones son de suma importancia ya que harán identificable la base de datos dentro de un archivo consolidado de mayor tamaño.

Elegiremos dependiendo del lugar en el que nos encontremos, el país y la provincia.

La base de datos para enviar no contendrá los datos patronímicos de los pacientes.

Base de datos activa: C:\Archivos de programa\sip\respaldo\SIP_Entrenamiento.mdb

Base de datos destino: C:\Archivos de programa\sip\Envío\envio_2009116.mdb

Preguntas y comentarios:

País: ECUADOR, 593

Provincia: OTROS, 0000

Departamento: PICHINCHA, 18

Para finalizar se presiona el botón Guardar. A continuación, al igual que en otros procesos, el SIA advierte que la tarea no debe ser cancelada por el usuario. Finalmente se informa del éxito del proceso realizado.

Es importante señalar que el sistema no realiza el envío de la información sino que la prepara para ser enviada de la forma que el usuario crea conveniente.

Crear base de datos vacía. Durante el trabajo con el sistema puede ser necesario crear una base de datos vacía con la finalidad de incluir posteriormente en ella más de una base, determinado período de tiempo, etc.

En primer lugar se presiona en el menú superior “Programas de Administración” y dentro de él la opción “Crear base de datos vacía”.

El resto del proceso es muy sencillo; basta con elegir dónde alojar el archivo de datos (con el botón de búsqueda) o dejar que el sistema elija por nosotros la opción automática que se muestra en el cuadro de texto.

Base de datos destino: C:\Archivos de programa\sip\SIP_Vacia.mdb

La base creada es exactamente igual a la que se distribuye con el SIA cuando se instala por primera vez.

Configuración general. En este programa se tiene la oportunidad de señalarle al SIA algunas opciones de configuración.

Se presiona en el menú superior “Programas de Administración” y dentro de él la opción “Configuración general”.

Dentro de este programa la primera opción es la de seleccionar el idioma de trabajo de SIA; en caso que la palabra a mostrar no se encuentre traducida aún, se mostrará en español.

Luego está la selección del país en lo que se desea trabajar, de suma utilidad debido a que para algunos países se encuentra disponible la codificación de las Unidades operativas. Esta lista se puede consultar desde la opción correspondiente en el programa de ingreso de historia clínica.

Luego hay la posibilidad de ingresar un texto con la finalidad de personalizar aún más los informes estadísticos. El texto aparecerá en la ventana principal del SIA (en la barra de títulos) y en cada uno de los reportes.

La cuarta opción permite validar durante el ingreso de la historia clínica la codificación de las instituciones. Para ello debe estar previamente cargada la lista correspondiente de unidades.

La quinta opción debe estar activada en el supuesto que los reportes no se muestren correctamente.

La sexta opción está disponible para activar los formularios complementarios que se distribuyen junto con el SIA. Aunque el uso de estos formularios es similar al del HCA las referencias a ellos no están incluidas en este manual.

Acerca de. La dirección de la página Web de CLAP/SMR y el correo electrónico para enviar las consultas correspondientes son:

Página Web: www.clap.ops-oms.org

Correo Electrónico: sip@clap.ops-oms.org

EJERCICIO

Jorge Sánchez, domiciliado en Quito, calle Buenos Aires 340, en la localidad Lucha de los Pobres, concurre por primera vez el 12/09/08. Teléfono: 2973-951. Nació en Quito Ecuador, el 10/04/95. Jorge concurre a la consulta en compañía de su madre, la cual refiere trastornos de conducta. Cursa 8vo. año de educación básica. Repitió 6to., en coincidencia con la mudanza desde Guayaquil. En la escuela pelea con sus compañeros, se enoja con sus docentes, miente y no estudia. En su casa es también agresivo con su madre, con quien convive. Es el mayor de tres hermanos. Su madre tiene 43 años; su padre tiene 45 años; ambos son guayaquileños. Jorge vivió con sus padres, hermanos y abuela hasta los cinco años. A esa edad la familia perdió su vivienda; los chicos quedaron con la abuela y los padres se instalaron en una casa cerca del lugar de trabajo. Hace dos años los padres se separaron, la madre buscó a Jorge y vino para Quito, donde viven solos. Ella limpia oficinas, por hora. Su vivienda es precaria, tiene dos cuartos, energía eléctrica y agua dentro del hogar; el baño está afuera. El padre vive en Cuenca con su madre y sus otros dos hijos.

El embarazo de Jorge fue normal. El parto, en pelviana. El peso al nacer fue de 2.900 g y la talla 48 cm. Su crecimiento fue siempre lento, así como también su desarrollo madurativo. Tuvo varicela.

Jorge refiere preocupación por cefalea de una semana de evolución. Coincidió su comienzo con

la notificación por parte del colegio que probablemente repetirá el curso. La cefalea es frontal, tipo opresiva y cede con reposo. Además pregunta si puede crecer; se ve físicamente pequeño. La madre mide 1,49 m y el padre 1,62 m. Al examen físico se constata peso de 24,1 kg, talla de 126,3 cm., FC 75 por minuto, TA 90/60 mm. de mercurio, Tanner I. Tiene abundantes caries y aspecto físico pequeño, pero armónico. El resto del examen es normal. Al reinterrar a solas, surge que el padre y la abuela paterna son obesos y violentos. El padre solía beber y a veces se emborrachaba. Jorge pasa mucho tiempo del día solo, mira TV seis horas por día; juega al fútbol con sus amigos del barrio por lo menos dos horas por día, pero en múltiples ocasiones termina peleándose; se siente rechazado. Comparte desayuno y cena con su mamá, almuerza donde puede y el aporte calórico es bajo. Nunca tuvo novia, no fuma ni bebe, ni usa drogas. No le gusta estar con los adultos, no confía en nadie, no sabe qué va a hacer en el futuro y dice no importarle.

Se solicitan estudios complementarios para talla baja: hemograma, eritrosedimentación, urea, glicemia, colesterol, creatininemia, orina completa, urocultivo, prueba de Van de Kamer para detección de grasas en materias fecales, radiografías de cráneo de perfil y centrada en silla turca y de mano y muñeca de frente para conocer edad ósea; examen ocular completo. Además, se pide informe de la maestra para conocer su opinión con respecto al aprendizaje y conducta de Jorge. Se indica consulta con un odontólogo. Se dan pautas de alimentación normal.

Al mes de la primera consulta, el día 12/10/08, el paciente vuelve con algunos de los estudios solicitados. Presenta peso de 25,3 kg, talla de 126,7 cm., TA de 90/70 mm. de mercurio y frecuencia cardíaca de 70 por minuto, Tanner I. Hemograma, eritrosedimentación, urea, glicemia, colesterol, creatininemia, orina completa, urocultivo sin anormalidades. Radiografía de silla turca normal. Radiografía de mano y muñeca izquierda muestra edad ósea (EO) de 10 años para edad cronológica (EC) de 13 años 5 meses. Fondo de ojo normal. Prueba para la detección de grasas en materias fecales de Van de Kamer en marcha. Está en tratamiento odontológico.

El informe de su maestra refiere dificultad de Jorge para integrarse al grupo de pares, agresividad física y verbal hacia los compañeros y docentes y desconocimiento de límites adecuados. Sus dificultades en el aprendizaje las relaciona con su problema de conducta; se distrae ante temas que no son de su

interés. En ciencias naturales, que le interesan, puede concentrarse y responder adecuadamente.

Se solicita entrevista con la sicopedagoga del equipo. El 16/10/08 concurre a la entrevista con la sicopedagoga. Informe sicopedagógico: Jorge, 13 años vive en Quito desde hace 2 años. El padre vive alternativamente en Cuenca. La madre, 42 años, vive en Quito. Dos hermanos, un varón de 10 años y una mujer de 8 años, viven ambos en Cuenca. Motivo de consulta: su trabajo en el aula es "malo", es agresivo, lesiona la posibilidad de vínculos con sus pares. La madre es internada cuando Jorge tiene 5 años y pierden la vivienda. La abuela se hace cargo de los tres hijos de Teresa. Después de dos años cede a Jorge a una señora que lo ocupa en la crianza de sus nietos. Cuando Teresa sale del hospital no puede recuperar a todos los hijos. Viene a Quito con Jorge. Impresión diagnóstica: Jorge impresiona menor que su edad cronológica, es simpático, por momentos tiene un discurso que parece adulto, utilizando términos que no corresponden a su edad. Dice tener "temores a ciertas cosas, miedo al castigo". Está atento a ruidos y movimientos que provienen del exterior. Presenta inmadurez en los gráficos, inseguridad y desorganización. Tiene indicadores que orientan a presumir la intervención de factores emocionales y baja tolerancia a la frustración. Su nivel de desempeño, inferior a lo esperado, está influenciado por abandonos a repetición, privaciones afectivas, ambiente poco estimulante y poco contenedor. Existe pues una conflictiva emocional importante que le impide desarrollar sus posibilidades cognitivas. Se indica tratamiento psicológico familiar que se iniciará con la madre.

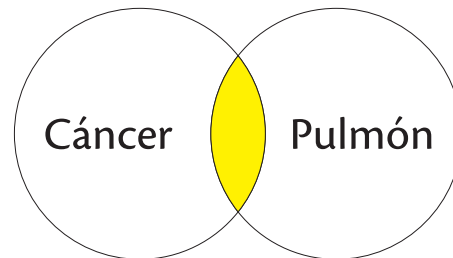
OPERADORES LÓGICOS O CONECTORES BOOLEANOS

La mayoría de los motores de búsqueda, y también los directorios que permiten buscar en su propia base de datos, permiten la utilización de operadores lógicos booleanos que establecen la relación entre los términos de búsqueda. Estos operadores, tomados del álgebra del matemático inglés George Boole, permiten combinar los términos de búsqueda de acuerdo con las necesidades. Los operadores utilizados son: AND y OR.

AND

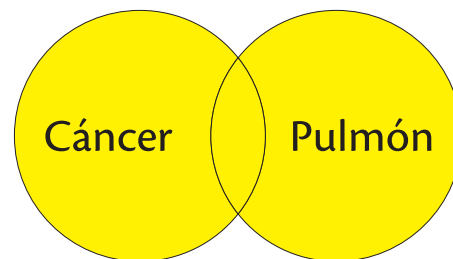
Cuando se utiliza este operador entre dos términos de búsqueda se piden documentos que contengan ambos términos. Si utilizamos en este caso como perfil de búsqueda cáncer AND pulmón estamos pidiendo documentos que contengan tanto el término

cáncer como el término pulmón, tal y como muestra el diagrama.



OR

Cuando se utiliza este operador entre dos términos de búsqueda se pide documentos que contengan cualquiera de los dos términos. Así si utilizamos como perfil de búsqueda cáncer OR pulmón estamos pidiendo documentos que contengan bien el término cáncer, bien el término pulmón, o los dos, tal y como muestra el diagrama de Venn.



VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN

Estratificación

Concepto:

La estratificación es la separación de datos en categorías o clases. Su utilización más frecuente se da durante la etapa de Diagnóstico, para identificar qué clases o tipos contribuyen al problema que hay que resolver. Podemos clasificar o separar una masa de datos en diferentes grupos o categorías. Los datos observados en un grupo dado comparten unas características comunes que definen la categoría. Este proceso de clasificación recibe el nombre de estratificación. La estratificación es la base para otras herramientas, como el Análisis de Pareto, y se utiliza conjuntamente con otras herramientas, como los Diagramas de dispersión.

Muestreo estratificado:

En este tipo de muestreo, la población se divide en cierto número de subgrupos o estratos, cada uno

Herramienta #21

de los cuales se muestrea independientemente. El proceso a través del cual se divide la población en subgrupos o estratos recibe el nombre de estratificación. El objeto de la estratificación es llevar a cabo selecciones separadas en cada uno de los subgrupos o estratos.

Estratificación

Es un método que permite hallar el origen de un problema estudiando por separado cada uno de los componentes de un conjunto.

En la Estratificación se clasifican los datos tales como defectivos, causas, fenómenos, tipos de defectos (críticos, mayores, menores), en una serie de grupos con características similares, con el propósito de comprender mejor la situación y encontrar la causa mayor más fácilmente, y así analizarla y confirmar su efecto sobre las características de calidad a mejorar o problema a resolver.

IMÁGENES Y FOTOGRAFÍAS : PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE ADOLESCENTES.



IMAGEN 1: USO DEL ORQUIDÓMETRO DE PRADER



IMAGEN 7: MAMAS TUBEROSAS



IMAGEN 2: ACANTOSIS NIGRICANS



IMAGEN 8: DERMATITIS POR CONTACTO



IMAGEN 3: TELARCA PREMATURA



IMAGEN 9: ECZEMA DEL PEZÓN Y LA ARÉOLA



IMAGEN 4: ASIMETRÍA MAMARIA

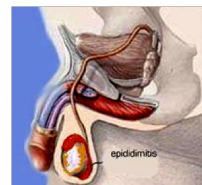


IMAGEN 10: EPIDIDIMITIS



IMAGEN 5: AMASTIA

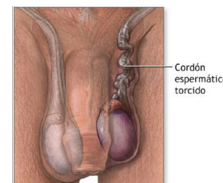


IMAGEN 11: TORSIÓN TESTICULAR



IMAGEN 6: PEZÓN UMBILICADO



IMAGEN 12: TORSIÓN DE LOS APÉNDICES TESTICULARES



IMAGEN 13: TORSIÓN DE HIDÁTIDE DE MOR-GAGNI

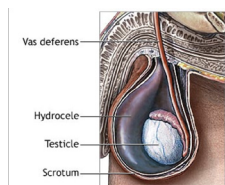


IMAGEN 14: HIDROCELE

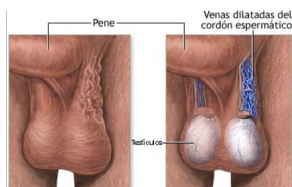


IMAGEN 15: VARICOCELE

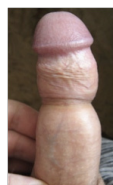


IMAGEN 16: FIMOSIS

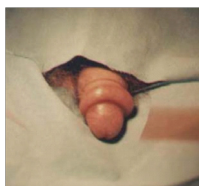


IMAGEN 17: PARAFIMOSIS



IMAGEN 18: TRICOTILOMANÍA O TRICOLOGÍA



IMAGEN 19: ALOPECIA AREATA



IMAGEN 20: ESCOLIOSIS

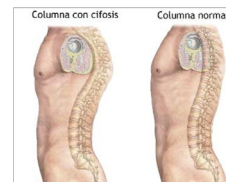


IMAGEN 21: CIFOSIS POSTURAL



IMAGEN 22: CIFOSIS PATOLÓGICA DEL ADOLES-CENTE O HIPERCIFOSIS



IMAGEN 23: SUBLUXACIÓN RECIDIVANTE DE RÓTULA



IMAGEN 24: OSTEOCONDritis DE LA TUBEROSI-DAD ANTERIOR DE LA TIBIA

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA ADOLESCENCIA: ESCALA H. A. D.

NOMBRE EDAD FECHA
 PROFESIÓN OCUPACIÓN

Instrucciones:

Lea cada pregunta y encierre en un círculo la respuesta que usted considera que coincida con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre: D

Ciertamente igual que antes	0
No tanto como antes	1
Solamente un poco	2
Ya no disfruto de nada	3

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: A

Sí y muy intenso	3
Sí, pero no muy intenso	2
Sí, pero no me preocupa	1
No siento nada de eso	0

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: D

Igual que siempre	0
Actualmente algo menos	1
Actualmente mucho menos	2
Actualmente nunca	3

Tengo la cabeza llena de preocupaciones: A

Casi todo el día	3
Gran parte del día	2
De vez en cuando	1
Nunca	0

Me siento alegre: D

Nunca	3
Muy pocas veces	2
En algunas ocasiones	1
Gran parte del día	0

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente: A

Siempre	0
A menudo	1
Raras veces	2
Nunca	3

Herramienta #23

Me siento torpe: D	
Gran parte del día	3
A menudo	2
A veces	1
Nunca	0

Experimento una desagradable sensación de “nervios” y hormigueos en el estómago: A

Nunca	0
Sólo en algunas ocasiones	1
A menudo	2
Muy a menudo	3

He perdido el interés por mi aspecto personal: D

Completamente	3
No me cuido como debería hacerlo	2
Es posible que no me cuide como debiera	1
Me cuido como siempre lo he hecho	0

Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: A

Realmente mucho	3
Bastante	2
No mucho	1
En absoluto	0

Espero las cosas con ilusión: D

Como siempre	0
Algo menos que antes	1
Mucho menos que antes	2
Nunca	3

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: A

Muy a menudo	3
Con cierta frecuencia	2
Raramente	1
Nunca	0

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: D

A menudo	0
Algunas veces	1
Pocas veces	2
Casi nunca	3

PUNTAJE:

D: (8- 10).....

A:(8-10).....

DIAGNÓSTICO.....

CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO DE HAD

Es un examen formulado por Hamilton, que mide Ansiedad (A) y Depresión (D), que en una escala resumida permite tener una visión general y rápida del estado de ánimo de un paciente.

Aplicación:

- Puede ser individual o grupal
- Se explica en qué consiste el cuestionario
- Se entrega a cada paciente el cuestionario para que comience a leer cada pregunta y luego las variables respectivas y encierre en un círculo el puntaje que más se parece a lo que ha sentido sobre su estado de ánimo.
- Las escalas están divididas en Ansiedad y Depresión.
- Una vez que ha/n terminado de contestar el cuestionario, se suman por separado las escalas de Ansiedad y las de Depresión y al final se anotan los puntajes obtenidos por el paciente.
- Si el paciente ha obtenido puntajes superiores a 7 (siete) en A o en D, presenta Ansiedad o Depresión, o ambas.

Tiempo:

No existe un tiempo máximo para contestar el cuestionario; sin embargo por lo regular se termina en un período de 10 a 20 minutos. El paciente tiene que contestar todo el cuestionario.







Ministerio de Salud Pública

Sistema Nacional de Salud

