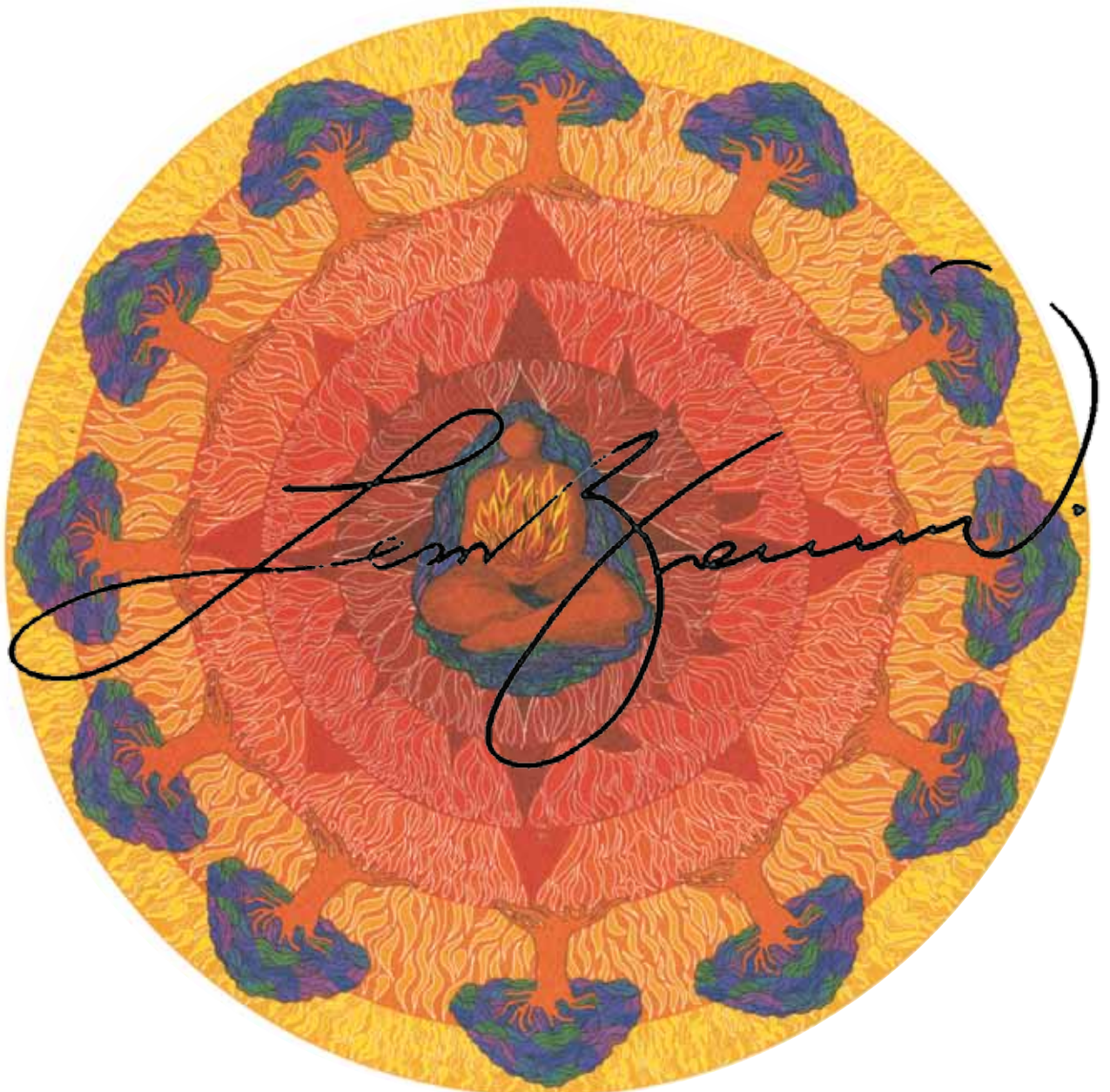


Protocolo de diagnóstico e intervención psicopedagógica

Guía N°3 de diagnóstico rápido

11-18 años



Protocolo de diagnóstico e intervención psicopedagógica

**Guía N° 3 de diagnóstico rápido
12-18 años**

Título: *Protocolo de diagnóstico e intervención psicopedagógica. Guía Nº3 de diagnóstico rápido. 12 - 18 años*

Autores: María Elena Gamucio, Fernanda Solíz y Soledad Valverde

Revisión de textos: Adolfo Maldonado

Edición: Clínica Ambiental. Septiembre 2012

Diseño y diagramación:

Manthra Editores

Ilustración de portada:

Leonor Bravo, 2004

ISBN: 978-9942-11-393-1

Este documento fue financiado por Save the Children y la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) en el marco del Convenio 10-CO1-61 con el objetivo de crear herramientas para el aula que fueran de utilidad a los docentes en la identificación de problemas de niños, niñas y jóvenes, y para ayudar en su resolución.

Las ideas y opiniones expresadas en el documento son netamente de los autores.

Se permite la reproducción total o parcial del documento citando a los autores.

Índice

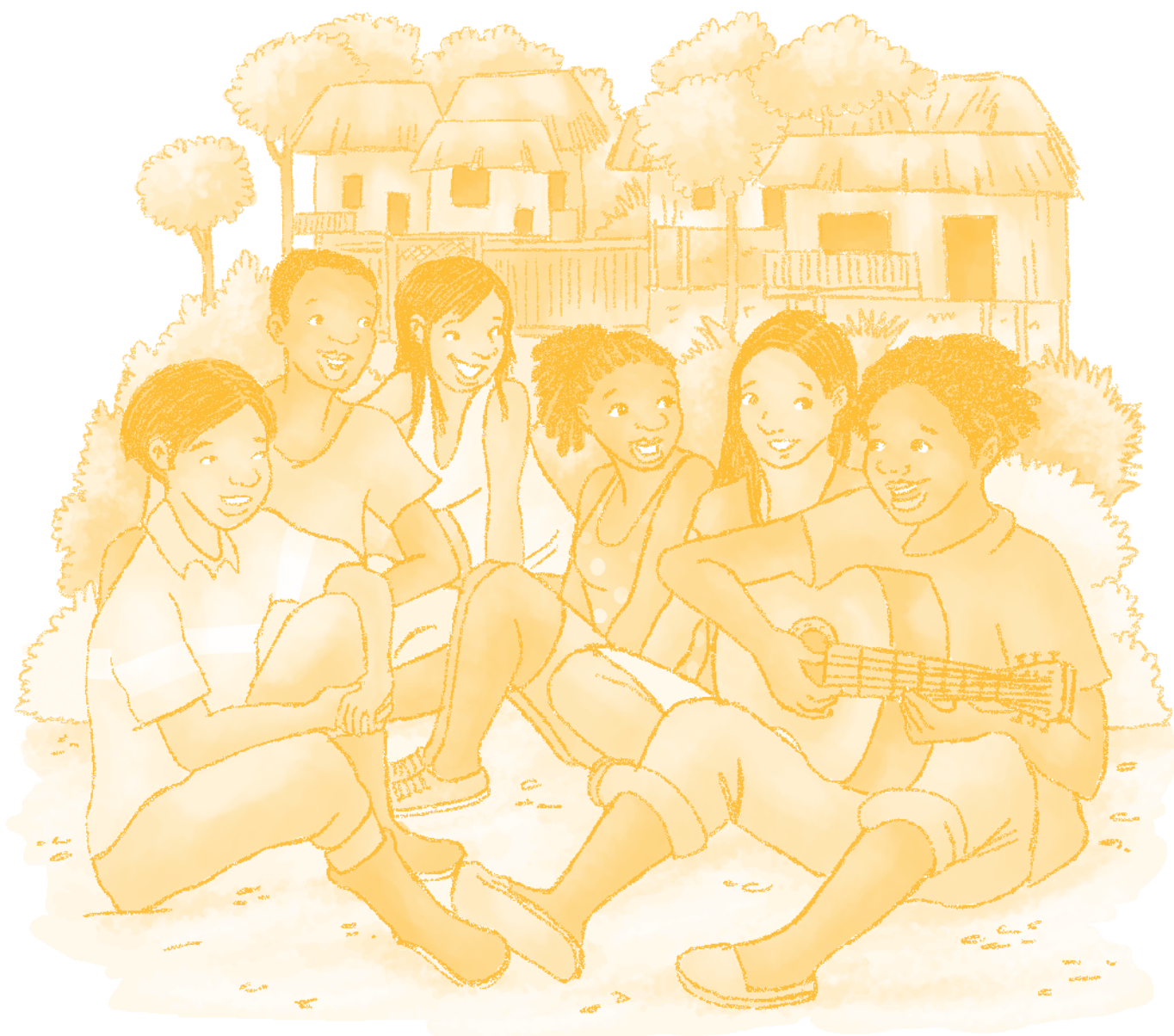
Presentación	5
1. Adolescencia (12 a18 años):	7
1.1 Conceptos principales	7
2. Desarrollo en la adolescencia	9
2.1 Desarrollo Físico	10
2.2 Desarrollo Cognoscitivo	11
2.3 Desarrollo Emocional	13
2.4 Desarrollo Social	15
2.5 Desarrollo psicosexual	18
a. Concepto de sexualidad	18
b. Madurez sexual	20
c. Educación para la sexualidad	21
d. El objetivo en la educación de la sexualidad.	23
3. Crecimiento del adolescente	24
4. Historia clínica	27
4.1. Descripción del Instrumento y llenado:	30
5. Test de frases incompletas de Sacks (adaptado)	44

Los problemas de la sociedad no los causa la juventud, por el contrario, puede decirse que los problemas de la sociedad los padecen, sobre todo, los jóvenes.

En este sentido, es verdad que para resolver radicalmente los problemas de los jóvenes habría que resolver los problemas generales de la sociedad.

Pero vale también decir, invirtiendo los términos, que si empezamos a resolver los problemas de los jóvenes estaremos empezando a resolver los problemas de la sociedad.

Javier Solana



Presentación

La adolescencia es una construcción social, por ello, la forma como se la comprende ha cambiado considerablemente con el transcurso de los años y varía también de una región a otra.

Hoy en día las políticas de trabajo con la juventud siguen siendo reducidas, mantienen enfoques verticales y adultocentristas que postulan a la adolescencia bajo ópticas discriminatorias:

- La adolescencia como una etapa de preparación, de transición a la adultez. Desde esta perspectiva los adolescentes son tratados como sujetos pasivos, con escasa o nula participación en la toma de decisiones y las estrategias de políticas recaen en programas aislados de protección externa¹.
- Por otro lado está la adolescencia como una etapa problema para la sociedad, ésta es la óptica de la criminalización de la juventud. Los jóvenes se visibilizan únicamente cuando transgreden el orden social. La respuesta es el bombardeo aislado, disperso y asistencial de control, de populismo punitivo².

En muchas comunidades inclusive, la adolescencia no existe como etapa vital, en medio de la urgencia de incorporar a los adolescentes a trabajar, existe una transición directa de la niñez a la adultez, anulando así un período muy importante en el desarrollo del ser humano.

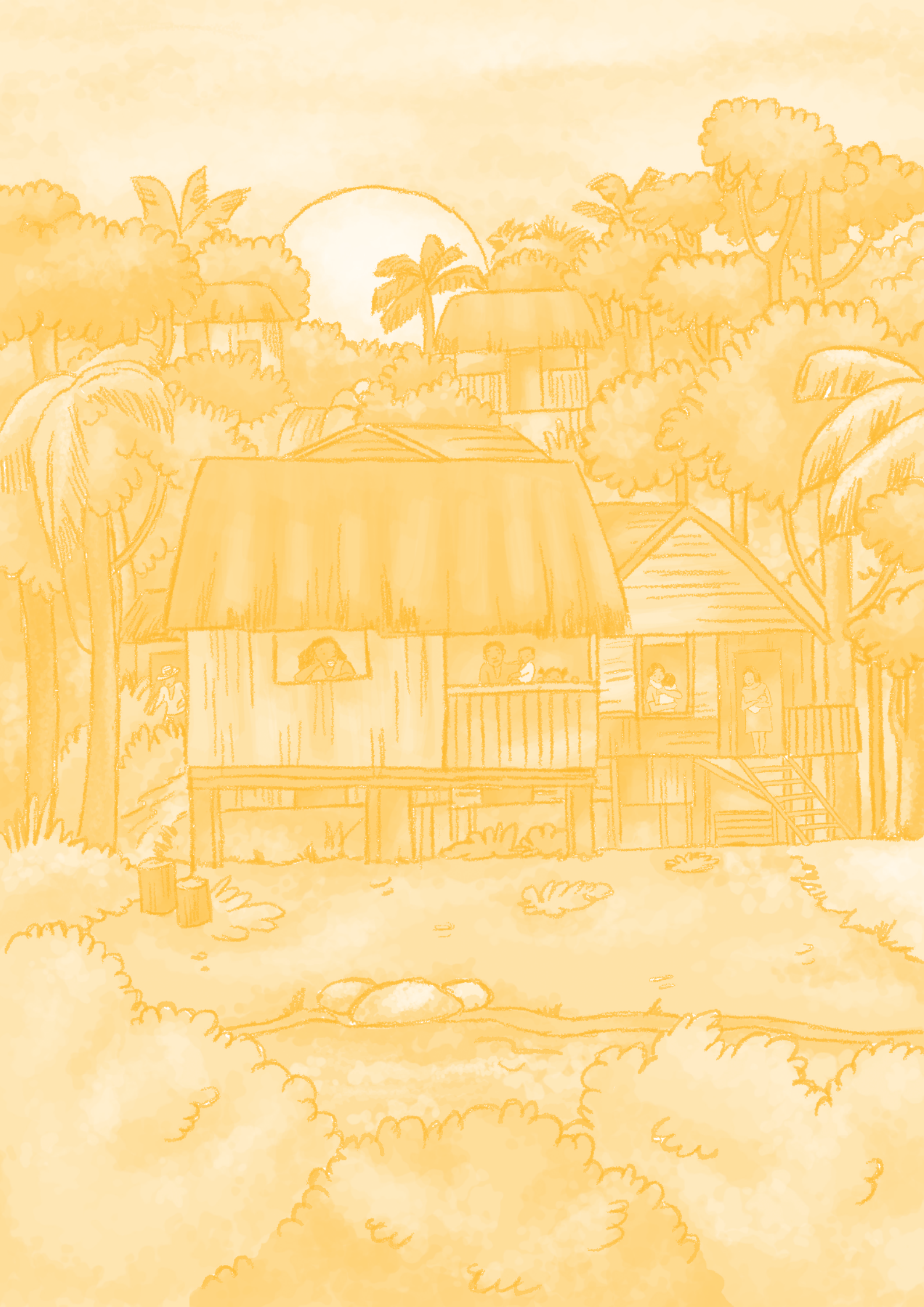
En un esfuerzo por mirar la adolescencia en un marco libre de prejuicios, esta guía parte del análisis de las características generales de la adolescencia, luego brinda información valiosa para evaluar el normal crecimiento y desarrollo psicosexual.

Termina poniendo a disposición algunos instrumentos para la evaluación de el/la adolescente: la historia clínica del adolescente (instrumento de valoración integral bio-psico-social) y un test proyectivo de frases incompletas para evaluar el estado emocional.

1 Solíz F: Culturas Juveniles Urbanas en la ciudad de Cuenca. Estudio Cualitativo Etnográfico. Universidad de Cuenca. 2008-2009.

2 Íbidem.





1. Adolescencia (12 a18 años)³:

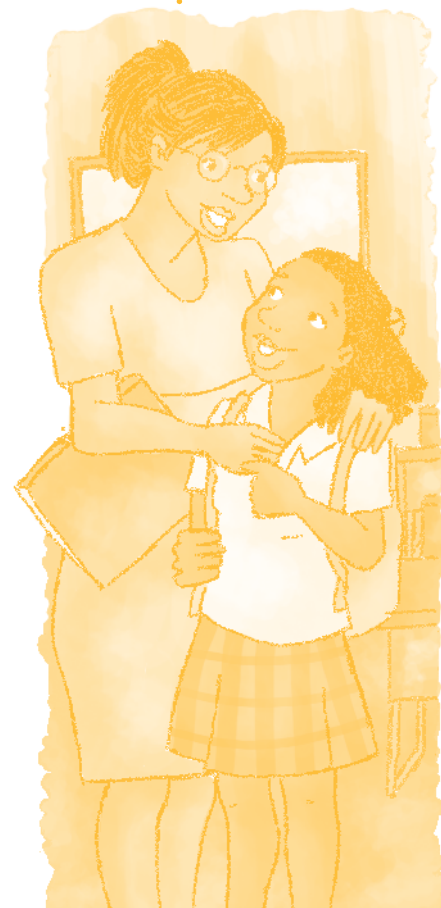
1.1 Conceptos principales

La palabra adolescencia deriva del latín “adolescens” que significa hombre joven, siendo el participio activo de “adolescere” que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. También tiene relación con la palabra latina “dolescere” que significa padecer alguna enfermedad o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades (Diccionario de la Real Academia Española, 1970). La adolescencia se define como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles, con gran intensidad de los afectos y vivencias; de transformaciones importantes y de presión social para lograr metas específicas. Al respecto hay que decir que estos procesos se dan siempre en una determinada cultura, lo que define en cierta medida sus características específicas y su duración.

La Organización Mundial de la Salud define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica, comprende desde los 10 a los 19 años y es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta.

La adolescencia es sin duda una construcción social (ideas, nociones y representaciones mentales de cómo se deben asumir roles, conductas o formas de ser que han sido aceptadas e impuestas por la sociedad,

La adolescencia es una construcción social, por ello dependerá de cada cultura y comunidad la forma como se la viva. Sin embargo, es importante reconocer a los adolescentes como actores creativos y propositivos que requieren apoyo y acompañamiento durante su crecimiento y desarrollo.



3 Artículo de Gamucio, María Elena. Módulo 1: Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la adolescencia. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. El artículo ha sido adaptado, con autorización de la autora, de Chile a la realidad ecuatoriana con los aportes de Fernanda Solíz, de la Clínica Ambiental. El artículo original es accesible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>





Existen distintos enfoques para definir la adolescencia.

- Cronológicamente: período compartido entre los 10 y 19 años.
- Sociológicamente: transición entre niñez y adultez.
- Psicológicamente: período de construcción de independencia e identidad.

“deber ser”). Muchas veces las visiones de la adolescencia como una etapa de transición reducen y obstaculizan sus derechos como actores sociales, incrementan la dependencia y postergan su integración a la vida social y productiva del adulto. Los convierte en un grupo de personas que se encuentran en un estado de latencia, de espera, no son... van a ser, no tienen... tendrán. Con ello los eximimos de responsabilidad sobre su proyecto de vida: “ya le ha de pasar”, “es sólo una etapa”. Existen culturas en las que simplemente con un rito de iniciación, el niño/a se convierte en adulto y simplemente continúa viviendo, por ejemplo en la nacionalidad Tsáchila de nuestro Ecuador. Tomar consciencia sobre las construcciones sociales que hemos generado sobre la adolescencia, nos invita a reflexionar sobre la importancia de implementar intervenciones a nivel escolar y familiar que generen conductas saludables basadas en el conocimiento de sí mismos y que favorezcan la elaboración de un proyecto con sentido existencial que posea ideas propias.

Por otro lado, debemos enfatizar que cada individuo es un ser único, por lo que los profesionales que trabajamos con adolescentes, debemos promover un enfoque de respeto por las diferencias culturales, éticas, religiosas, de orientación sexual, etc.

La valoración positiva de las diferencias nos permite construir un proyecto de igualdad en el que cada adolescente sea considerado y respetado con sus características propias. Con ello, promovemos la construcción de una autoestima positiva, basada en el reconocimiento de las características positivas y negativas, sabiéndose único en un mundo diverso.

Reconocer a la diversidad como riqueza es uno de los retos más importantes.

Revicemos ahora los diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este período:

Cronológicamente: De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se la define como el lapso de tiempo que comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y adolescencia tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 17 años y la tercera desde los 17 a los 19 años, respectivamente.

Sociológicamente: Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente: "La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia." (Krauskopf, 1982, en Montenegro & Guajardo, 1994).

El principal criterio para señalar el final de la adolescencia y el comienzo de la vida adulta es romper con los lazos de dependencia infantil para poder lograr una identidad propia. Esta identidad supone la independencia de los padres en cuanto a la adopción de un sistema de valores propios, elección vocacional, autonomía económica y un buen ajuste psicosexual. Es decir, que la persona llegue a ser autónoma, independiente, autodirigida, capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí misma, saber quién es, cómo pedir y aceptar ayuda de otros y posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar.

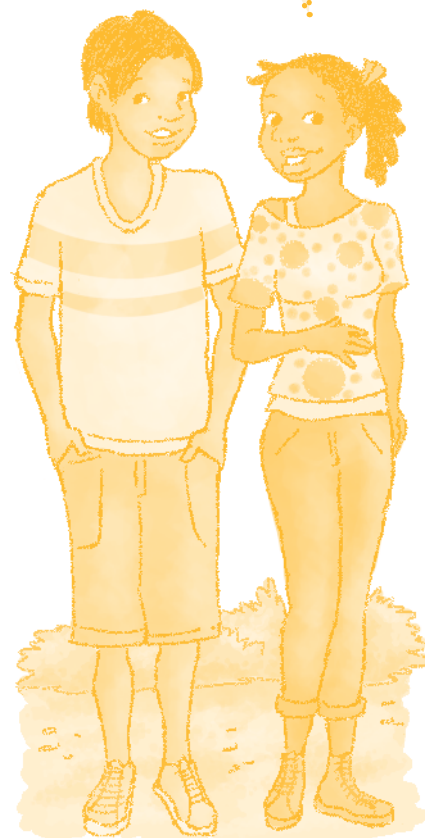
2. Desarrollo en la adolescencia⁴

En general el paso desde la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo y uniforme. El crecimiento biológico, cognitivo, emocional, social y psicosexual puede ser bastante diferente en cada individuo. En el logro de cada uno de estos aspectos suelen haber variaciones hasta que se consolida el cambio. El conocimiento del rango de estas variaciones permite al profesional establecer distinciones entre lo que se puede considerar dentro de la normalidad y lo que indica que existe un problema en el desarrollo.

Tal como proponíamos en la Introducción, el desarrollo en la adolescencia no solo que varía de un individuo a otro, sino de una cultura a otra. En Ecuador por ejemplo, la adolescencia de un/a joven mestizo es distinta a la de un/a joven de nacionalidad indígena. Incluso tenemos variaciones de acuerdo a la región geográfica: Costa, Sierra, Amazonía o en los ámbitos rural o urbano. Incluso hechos biológicos como la menarquia (aparición de la primera menstruación) pueden variar en cada región, se ha descrito que en la costa las niñas suelen tener la menarquia antes que en la sierra, por ejemplo.

A continuación proponemos algunas características del desarrollo en la adolescencia, organizado por áreas (física, cognitiva, emocional, social,

Mujeres y varones experimentamos cambios en el cuerpo durante la adolescencia. Estos cambios inician en las mujeres uno o dos años antes que en los hombres.



4 Gamucio, María Elena, Op. Cit.





psicosexual) que aun cuando no son referentes absolutos, permiten orientarnos frente a las características de esta etapa vital.

2.1 Desarrollo Físico

Los cambios más importantes que experimenta el adolescente en su cuerpo son:

- Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquía (primera menstruación).
- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso, fuerza, coordinación motora.

En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres.

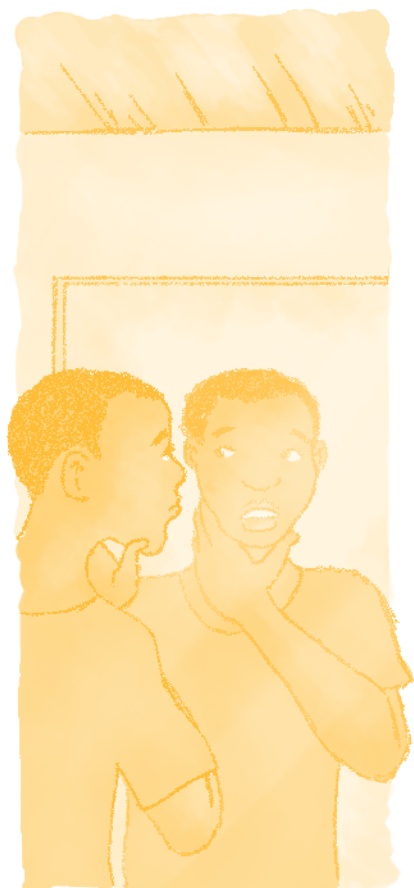
Estos cambios aparecen en la adolescencia temprana (10 a los 13 años) y tienen una gran repercusión psicológica tanto para el adolescente como para quienes lo rodean (padres, maestros, etc.), ocasionando también cambios en el esquema corporal.

El esquema corporal es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo, la manera en la que nos percibimos; en el período de la adolescencia una de las tareas importantes es la de lograr adaptarse a esta nueva imagen que se adquiere, pues esto es necesario para la autoaceptación física y emocional. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que esta imagen está llena de subjetividad y se desarrolla en relación con el medio ambiente que le rodea, en esta interrelación se fortalece y forma lo que se conoce como autoestima, que no es otra cosa que la autovaloración, el "quererse a sí mismo".

Frente a estos cambios, el/la adolescente tiende a centrarse en sí mismo/a y experimenta sensaciones contradictorias, se pregunta qué tanto es normal o no su desarrollo y qué tan atractivo/a puede resultar para los demás. Es esperable también, que se compare y que manifieste un interés cada vez más fuerte sobre la anatomía sexual y su funcionamiento, incluyendo preguntas acerca de la menstruación, masturbación, orgasmo, etc.

Una de las tareas más importantes en la adolescencia es lograr adaptarse a la nueva imagen que se adquiere. Para esto es necesario auto-aceptación física y emocional.

La autoestima es la valoración que hacemos de nosotros; el quererse a sí mismo.



Junto a esto, uno de los rasgos típicos del desarrollo físico del joven es la falta de armonía en lo físico, en sus gestos y en el movimiento, razón por la cual el adolescente puede volverse torpe con un cuerpo que desconoce, esta situación crea una sensación de estar "desubicado" e influye en su ya cambiante imagen, provocando a veces ansiedad y sentimientos de inferioridad (sentir que es menor). Por esto, es fundamental la aprobación o desaprobación de su cuerpo por parte de las personas más cercanas, padres, amigos, amigas, etc., ya que esto contribuirá de manera importante.

Es en la adolescencia media (14 a los 17 años) y tardía (17 a los 19 años) donde se podrá ir integrando esta nueva imagen corporal. Al momento en que la mayoría de cambios físicos se han presentado, empieza a preocuparse en hacer atractivo su cuerpo, pasando largas horas preocupado por su belleza, buscando diversas formas de vestirse, de peinarse, e interesándose por la moda. No todos se preocupan por la estética y la moda, otros canalizan su energía hacia intereses diversos como los deportes, los juegos, el voluntariado, la escuela, etc.

2.2 Desarrollo Cognoscitivo

La adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos se desarrolla con gran notoriedad, la evolución de esta capacidad es progresiva e inicia a 11 -12 años. Según la teoría cognitiva de Piaget (1969) el joven pasa desde la etapa de las operaciones concretas a las operaciones formales lo que permite el desarrollo del pensamiento abstracto, con esta forma de pensar el o la joven es capaz de formular hipótesis, planificar experiencias e identificar los factores causales. El adolescente ya posee una lógica concreta, es decir ahora es capaz no solo de pensar en lo concreto sino en lo posible. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes entre los 17 -18 años.

Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.





- El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.
- Puede tratar de manejar la información a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación. Puede "pensar pensamientos".

Este tipo de pensamiento recientemente adquirido le permite entenderse a sí mismo y al mundo que lo rodea. El adolescente es capaz no sólo de captar la situación actual, sino de entender los posibles escenarios que se podrían asumir. La conciencia de la diferencia entre lo real y lo posible, convierte al adolescente en un posible "rebelde", constantemente compara lo posible con lo real y descubre que en lo real existen múltiples fallas, todo esto lo hace ser crítico y puede ser mirado como conflictivo ante los adultos.

La aparición del pensamiento operativo formal, que hemos explicado anteriormente, afecta también al adolescente en la idea que se forma de sí mismo. Comienza a dirigir sus pensamientos hacia adentro y se vuelve reflexivo, analítico y autocrítico, busca entonces explicaciones hacia todo lo que le rodea.

Estas nuevas capacidades están marcadas por una especie de egoísmo, especialmente en la etapa inicial de la adolescencia, cuando es incapaz de diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como está preocupado de sí mismo, cree que todos los que lo rodean están pendientes de su conducta y apariencia; se cree único y especial y cree que las situaciones cotidianas de la vida sólo afectan a los demás.

El/la joven tiende también a la ensoñación, a fantasear, pasando largas horas dedicado/a a esto. El fantasear constituye un espacio que lo lleva de la simpleza de la niñez (de la que se está desprendiendo) hacia la complejidad de sus pensamientos con los que se encuentra familiarizándose, para el adolescente el "soñar despierto" ocupa un lugar distinto en su campo de conciencia que el pensar racional. El joven diferencia con claridad la realidad de la fantasía, pero como el soñar, el fantasear le produce sensaciones altamente placenteras, ya que en ella se cumplen sus deseos, se convierte en una actividad cotidiana. Es una mezcla entre sueño y vigilia, acción y simbolización, juego y pensamiento. Esta "acción dentro de la mente" puede realizarse en un espacio privado y ser parte de la intimidad, por ejemplo, encerrado en su pieza recostado en su cama, o en una actitud "distraída" en medio de sus tareas cotidianas.

El adquirir la capacidad de razonar sobre sí mismo y el mundo, lo lleva a uno de los principales problemas de esta etapa: el de construir su propia identidad. Comienza a preguntarse ¿Quién soy? ¿Qué quiero? ¿Para dónde voy?.

Se espera que a medida en que se va avanzando en la adolescencia se vaya adquiriendo mayor objetividad para evaluar lo que se percibe, habrá una mayor complejidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad.

2.3 Desarrollo Emocional

En esta etapa se producen grandes transformaciones psicológicas. La estabilidad emocional del escolar sufre una separación, que posteriormente se reconstruye durante la adolescencia. El desarrollo emocional estará íntimamente ligado a las experiencias infantiles y al contexto social y familiar en el que está inserto.

Es esperable en el adolescente una marcada fragilidad emocional que se expresa en comportamientos imprevisibles, o explosiones afectivas intensas, podemos entonces observar en él reacciones exageradas o desproporcionadas frente a una situación y comportamientos impulsivos.

Es por esto que una de las tareas importantes de esta etapa es el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. El desarrollo de su personalidad depende en gran medida de esta capacidad de autocontrol, el poder postergar la satisfacción inmediata de sus deseos y necesidades. Es en la adolescencia temprana donde este tipo de comportamientos son más frecuentes, en la adolescencia media en cambio los sentimientos alcanzan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse «víctima» de las circunstancias a sentir y manifestar un mayor autocontrol.

La adolescencia es una etapa en la que se desarrolla y construye una identidad propia, un concepto de sí mismo y se dejan atrás los lazos de dependencia infantil.

La identidad es la experiencia interna de "mismidad", de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestras vidas. El "sí mismo" es todo aquello que sabemos, sentimos, vivenciamos y experimentamos como parte de nosotros. Es todo aquello que nos conforma y compone. En esta etapa se produce lo que se ha denominado "Crisis de Identidad", que consiste en la necesidad del adolescente de ser él mismo, de tratar de definirse, planteándose sus propios objetos y de adquirir algo que lo diferencie del niño y del adulto, para lograr el autoabastecimiento, estabilidad. Es un



Durante la adolescencia se desarrolla el pensamiento abstracto y hay una capacidad creciente de adquirir y utilizar conocimientos.

Estas nuevas capacidades hacen que los adolescentes muchas veces aparezcan como excesivamente críticos.





proceso que comienza desde el nacimiento. En esta etapa se reevalúan y se sintetizan todas las identificaciones logradas a lo largo de su vida. Se reestructuran escalas de valores, ideales, metas y se decide una vocación.

El concepto de sí mismo es cambiante, varía entre una enorme sobreestimación, con deseos y fantasías de ser una persona extraordinaria y por otra parte, un intenso menosprecio donde duda de sus aptitudes y habilidades al compararse con otras personas a los que toma como modelos que pretende imitar.

En la adolescencia también se producen grandes transformaciones psicológicas, por ello, es normal que el/ la adolescente tenga explosiones afectivas intensas o reacciones exageradas.



El adolescente intenta de manera progresiva y titubeante separarse de sus padres, esto puede manifestarse a través de conductas cuestionadoras hacia ellos, de oposicionismo y negativismo. Las figuras de autoridad adultas ya no son perfectas, el adolescente pareciera que se fija «especialmente» en los defectos, lo que suele ser un proceso difícil de aceptar para los padres. Esta aparente rebeldía y conducta oposicionista hacia los padres se contrapone a comportamientos de verdadero sometimiento a las normas de su grupo de compañeros/as, amigos/as a las que el adolescente no se atreve a cuestionar.

Es importante recalcar sin embargo, que cada individuo es un ser único y que no todos los y las adolescentes manifiestan este tipo de conductas, así como también es importante diferenciar cuándo estas conductas forman parte de su proceso de desarrollo y cuando corresponden a dificultades emocionales que responden a otros factores tales como: conflictos al interior de la familia, en la escuela, con uno o ambos padres, etc.

En el/la adolescente predomina un fuerte sentimiento de superioridad e inmortalidad, que junto a presencia de comportamientos impulsivos, los pueden llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias.

La etapa de la adolescencia propiamente como tal, se caracteriza por una gran riqueza y profundidad de la vida emocional. La fantasía y la creatividad están en la cúspide en este período y es frecuente la aparición de aptitudes poéticas, como una forma de compensar los intensos afectos que se vivencian. Estas aptitudes artísticas tienden a desaparecer al final de la adolescencia. Finalmente, el logro de una identidad personal representa una exitosa consolidación de la imagen personal y su adaptación a la sociedad.

2.4 Desarrollo Social

En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.

Se espera del adolescente una incorporación autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir independencia así como roles y metas que se sostengan en sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades que les ofrece el medio en el que se desenvuelve. El joven intenta que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que compara frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.





En la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, que los conduce al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras.

En la adolescencia media el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc. Estas pertenencias desempeñan variadas funciones, siendo las principales:

- Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- Aprender a controlar su conducta social.
- Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- Compartir problemas y sentimientos comunes.

En este período poco a poco se asumen los valores y códigos del grupo de pares, lo que aumenta la distancia con los padres, existiendo una tendencia "anti-adulto".

En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación.

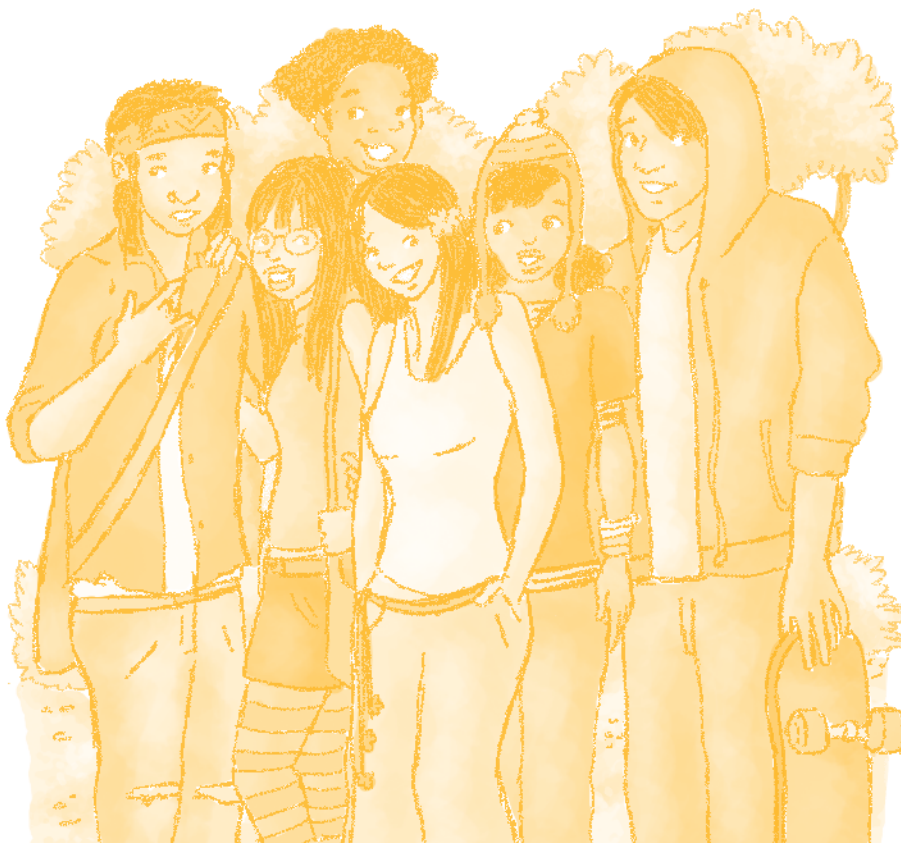
El desarrollo de estos vínculos le permite compartir con los amigos/as de un modo más íntimo y diferenciado. Lo óptimo es que se desarrolle una independencia flexible, es decir que el joven consolide un rol definido, pero al mismo tiempo autónomo, que le permita contrastar sus valores; se trata de una especie de interdependencia, es decir, tiene voz propia y se vincula con su grupo. Esto va a depender de si logró anteriormente integrarse y consolidar el proceso de socialización. Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá.

En general, las relaciones con sus iguales, sean de su mismo sexo o del sexo opuesto, sirven de referencia en las relaciones adultas. El adolescente que todavía no ha aprendido a entenderse bien con sus pares en esta etapa, cuando llegue a la edad adulta se enfrentará con serias dificultades al momento de la interacción e inserción social.

El logro de una mayor independencia y una mayor conciencia de la realidad, le hacen mirar el mundo de manera cruda, incluso cruel y lo llevan a expresar y desarrollar criterios y pensamientos propios. Esto es difícil de entender para quienes en general suelen enjuiciarlos, atribuyendo los cambios a la influencia o "mala influencia" de "sus amigos/as". Así, es frecuente por ejemplo, la frase "a mi hijo me lo cambiaron los amigos", lo que demuestra la falta de comprensión en dichos padres respecto a que muchos de los cambios experimentados por su hijo son parte del desarrollo.

Es frecuente escuchar a algunas madres que dicen tener un hijo modelo, porque es tranquilo, no sale a ninguna parte y no tiene amigos, ni "malas juntas". Es importante señalar que esta situación no es necesariamente la ideal y que puede ser síntoma de un desarrollo social bloqueado que no está permitiendo el camino hacia la autonomía.

Si bien la forma y la intensidad con la que se viven las relaciones de pares cambia en cada etapa de la adolescencia (inicial, media y tardía), los amigos/as son un referente fundamental en todas ellas. En algunas ocasiones, las relaciones entre compañeros/as ciertamente pueden no ser del todo respetuosas e igualitarias. Así, es en la adolescencia cuando más encontramos situaciones de acoso escolar, abuso, trato hostil, etc.



En la adolescencia los grupos de amigos/as son un referente fundamental.

- En la adolescencia temprana generalmente se establece una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo.
- En la adolescencia media el grupo de pares comienza a tener mucha más importancia, se convierten en referentes.
- En la adolescencia tardía los valores de grupo dejan de tener tanta importancia siendo los valores propios los que se privilegian.



En este sentido, los profesionales que trabajamos con adolescentes, debemos estar atentos y detener este tipo de acciones. Por un lado debemos promover, a nivel de grupo, el desarrollo de valores como el respeto, la tolerancia, la aceptación de las diferencias, el trato adecuado, llegando a la discusión de los impactos que acciones pequeñas (bromas, apodos, juegos bruscos, etc), pueden tener en la autoestima y salud emocional de los amigos/as. Y por otro lado, el/la docente deberá intervenir en cada caso específico que se presente.

Así el/la docente debe ser un buen observador/a para identificar los términos en los que se establecen las relaciones entre los distintos estudiantes. Un ejercicio gráfico que puede ser de utilidad, es el Genograma, que es una representación de cómo se viven las relaciones entre los distintos miembros de un grupo. En la guía número 5 detallamos el procedimiento que se debe seguir para hacer un genograma. En caso de que el/la docente identifique relaciones inadecuadas, lo óptimo es intervenir de forma personal y directa con el/la adolescente acosado, con su o sus acosador/es, con las familias de ambos y con los demás estudiantes del curso.

La sexualidad en el adolescente se desarrolla en tres áreas: física, psicológica y social.

2.5 Desarrollo Psicosexual

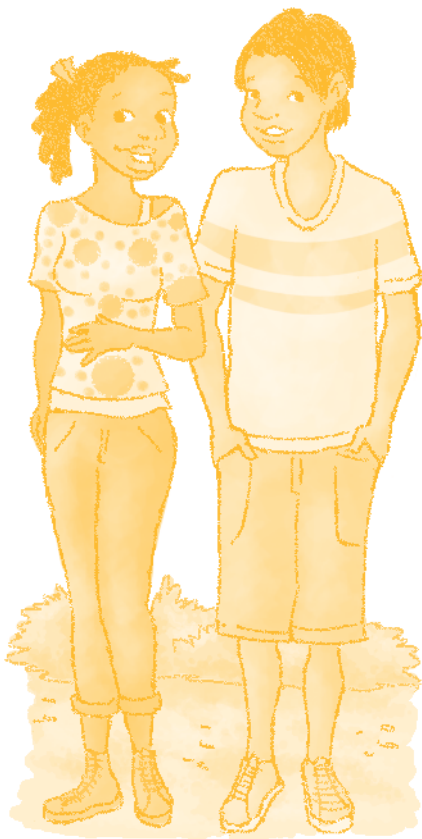
a. Concepto de sexualidad

Son las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres.

Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es el elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen de la conciencia personal, de nuestro desarrollo. Estimula las necesidades del establecer relaciones interpersonales significativas o importantes.

A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en femenino y masculino, para propiciar la reproducción, ser mujer u hombre físicamente.

Cuando la familia o sociedad le dan forma al rol sexual en el/la bebé, se establece el sexo social que responde a la crianza, nombre, tipo de ropa,



registro, etc. Y cuando los estímulos ambientales que lo rodean, es decir las experiencias vividas que se ocasionan fundamentalmente al interior de la familia que van moldeando su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, se desarrolla lo que se conoce como el sexo psicológico.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

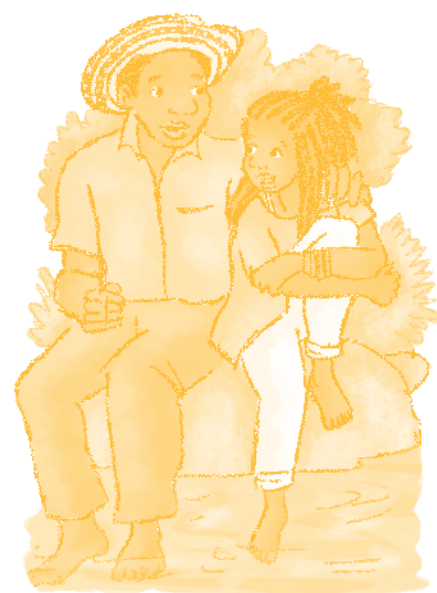
- **Física:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- **Psicológica:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento intencionado que le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- **Social:** Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones sexuales, aquí los comportamientos están marcados por la experiencia vivida en el medio en el que se rodea, siendo la familia su referente principal.

Como ya se ha mencionado, una de las tareas más importantes del adolescente es consolidar su identidad. Esta supone identificarse permanentemente con sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad, con el tipo de relaciones que establece con los otros, etc.

La identidad sexual es parte fundamental de su personalidad y normalmente es más conocida como *identidad de género* (da cuenta del sexo psicológico). Durante la adolescencia, el/la joven se identifica con su propio sexo (masculino-femenino), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. Este sexo se reafirma en la relación con los otros por ejemplo, relaciones con amigas/os de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc., y en la relación consigo mismo, de esta manera se construye su aceptación y logra la adaptación social. El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual, esto es, hacia mujeres u hombres.

La identidad de género y el rol sexual, se desarrollan desde el nacimiento, se construyen en las actitudes y los valores de la familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. De la misma manera el significado que se le da a la sexualidad en la adolescencia variará dependiendo de los mitos familiares y culturales respecto a este tema.

El significado que se le da a la sexualidad en la adolescencia variará dependiendo de los mitos familiares y culturales respecto a este tema.





La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, etc. pueden afectar una sana identidad sexual. Incluso las experiencias traumáticas (abuso, maltrato, violación, etc.) en esta etapa pueden complicar la identidad sexual y originar alteraciones en su desarrollo.

Es esperable que en la adolescencia temprana el impulso sexual no se encuentre establecido del todo, por lo que las fantasías o conductas homosexuales aisladas son normales y responde a una necesidad de exploración y/o conocimiento de la sexualidad, por sí mismas no constituyen una identidad homosexual. Es en la adolescencia tardía donde se espera que ya se haya consolidado una clara orientación homo, hetero o bisexual.

Decimos que una persona es heterosexual cuando ha definido como objeto sexual a una persona del sexo opuesto. La homosexualidad, por otro lado, se manifiesta cuando se establecen como objeto sexual, una persona del mismo sexo, finalmente, la bisexualidad hace referencia a una orientación hacia los dos sexos.

Cada individuo es libre de definir su orientación sexual y para quienes trabajamos con adolescentes, es importante que mantengamos un enfoque que promueva el respeto y la protección, especialmente cuando sabemos que muchos jóvenes homosexuales son más vulnerables al abuso, al acoso sexual, etc.

Debemos además recordar, que la Constitución del Ecuador reconoce igualdad y prohíbe la discriminación por orientación sexual.

b. Madurez sexual

El desarrollo de una identidad sexual madura está relacionada directamente con los cambios biológicos por los que el adolescente debe de pasar. Esto requiere la expresión de los sentimientos y necesidades sexuales, así como la aceptación o rechazo de los roles sexuales. El deber ser como sujeto sexual y los estereotipos se establecen mucho antes de la adolescencia, particularmente en la etapa preescolar.

Durante los años intermedios y finales de la niñez, el niño/a se relaciona en sus diferentes ambientes con personas del mismo sexo en una forma sexualmente neutral, no es sino cuando llega a la pubertad y la adolescencia, donde todos los cambios biológicos de la maduración física

generan un nuevo interés por la sexualidad y provocan una necesidad de integrar estas necesidades o impulsos con otros aspectos de la personalidad (afectivos por ejemplo). A este proceso algunas veces se le da el nombre de socialización sexual:

Socialización sexual

Interiorización de sentimientos positivos respecto a la propia sexualidad y a la capacidad de:

- Traducirlos en una conducta correcta y eficaz.
- Escoger una preferencia por el objeto sexual, es decir, asumir una identidad sexual.
- Aprender los papeles propios del sexo y entender la conducta sexual.
- Adquirir las destrezas y el conocimiento sexuales.

Relaciones sociales

En sus primeros años el adolescente:

- No suele enfrentar situaciones de intimidad sexual de manera efectiva o socialmente esperable.
- Necesita ser simpático a la gente, tener un sentido de auto estima.
- El deseo de "ser popular", genera gran ansiedad en el adolescente.
- Y aunque las experiencias sexuales sean frecuentes o limitadas, una plena intimidad sexual no se logra sino hacia los últimos años de la adolescencia.

c. Educación para la sexualidad

Los canales de mayor influencia en el proceso de la educación para la sexualidad están:

1. **En la familia:** Se adquieren los valores básicos acerca del sexo y la sexualidad, es el núcleo familiar en donde se aprende lo que se considera dentro de la familia como bueno, malo, socialmente aceptable, permitido, así como los roles sexuales, los patrones culturales, etc.
2. **En la escuela,** ya que el niño/a recibe múltiples influjos a través de la enseñanza de diversas materias y de la forma de comportamiento de los maestros y compañeros/as: si la escuela es mixta o no, la forma de abordar la sexualidad o no, los temas sexuales en clase, etc. que van

Existen muchos actores que influyen en la forma como el/la adolescente vive su sexualidad, las ideas que tiene acerca de ello, los temores, valores y expectativas.

Algunos de los más importantes son: la familia, la escuela, los amigos/as, los medios de comunicación masiva, la legislación y la comunidad.





forjando en los/as estudiantes modelos y normas de conducta sexual. Cuando la escuela y la familia no van de común acuerdo en sus metas y conceptos existe incongruencia en los mensajes creándose una situación conflictiva en los niños/as, motivada por la contradicción.

3. **Grupo de amigos/as:** El concepto de lo que significa ser hombre o mujer, ideal de trato como pareja, y el significado de madurez, es aprendido a través de los amigos/as, que tienen una influencia predominante en esta etapa vital, en la forma como entendemos y vivimos la sexualidad.
4. **Los medios de comunicación masiva:** Estos han hecho que la información sea difundida rápidamente y a grandes núcleos humanos y que ésta sea recibida de modo indiscriminado por hombres y mujeres de todas las edades, creando así modelos que no corresponden a veces a nuestra realidad sociocultural.
5. **La legislación:** Las leyes definen y sancionan ciertas conductas relacionadas con la sexualidad, al grado de imponer castigos a quienes no actúen de tal o cual modo. En nuestra legislación está sancionado el aborto y la violación.
6. **La comunidad:** Los programas de educación sexual deben estar determinados conforme la localidad a la que pertenecen los adolescentes, es decir, a las circunstancias particulares, costumbres, tradiciones, etc. de una población, debiendo ésta aprobarla y respaldarla.
7. **La religión:** La orientación religiosa que el/la adolescente tenga, también influye en la forma como se vive la sexualidad. Cada religión establece una serie de definiciones sobre la sexualidad en base a las cuáles el/la adolescente va construyendo sus propias concepciones y tomando decisiones.



d. El objetivo en la educación de la sexualidad.

Hoy en día la educación de la sexualidad en los niños, niñas, y jóvenes, tiene el objetivo de construir bases firmes para que la persona pueda funcionar eficazmente a lo largo de su vida, para esto hay varios aspectos básicos que hay que tomar en cuenta:

La formación. Ésta básicamente es la que corresponde al hogar; se incluyen todas aquellas actitudes, normas y valores acerca del sexo que contribuyen al propio bien y al de la sociedad en que se vive.

La información. Al estudiante le llega una gran cantidad de información acerca de la sexualidad, tanto de modo formal como informal. Es importante tratar de garantizar que la información que recibe sea de calidad, científica y orientadora que le permita tomar decisiones.

La Educación integral del individuo. En este rubro se incluye una formación anatómica y fisiológica, pues debe enfatizarse el desarrollo de las actitudes positivas que sirva de guía entre las relaciones de los sexos. Pero incluye también el trabajo en el fortalecimiento de la identidad y autoestima del/la adolescente.

La Educación para la sexualidad. Esta debe ser científica y racionalmente planeada, formativa e informativa, y estar basada en el desarrollo psicosexual del individuo. Como proceso de la asimilación de significados y valores socioculturales, debe ser progresiva, llevada a cabo en acciones conjuntas por padres y maestros. La educación sexual inicia desde la infancia y va cambiando de acuerdo al crecimiento y desarrollo de niños/as y adolescentes, deberá así mismo, adaptarse a sus curiosidades e intereses.

Un componente muy importante que debe considerar la Educación para la Sexualidad es la orientación frente a conductas de riesgo. Entre las más importantes se encuentra el abuso (físico, psicológico o sexual) desde o hacia la pareja, familiares y/o amigos, las relaciones sexuales sin protección, la promiscuidad, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo no planificado.

Es importante que no asumamos una actitud sancionadora sino más bien orientadora, proveyendo al adolescente de estrategias de seguridad, brindando información sobre personas o instituciones a las que se puede acudir y medidas o procedimientos que se deben seguir en esas circunstancias. Finalmente debemos saber que son los/las adolescentes con baja autoestima aquellos con familias disfuncionales quienes se encuentran más vulnerables frente a dichas problemáticas.





3. Crecimiento del adolescente

El crecimiento del adolescente se valora a través de:

- Aumento de talla.
- Aumento de peso.
- Cambio en las proporciones corporales.

Talla

Durante la adolescencia se logra la ganancia de la cuarta a quinta parte de la talla del adulto, este período se descompone en las siguientes etapas:

Etapas de aceleración de crecimiento, durante la cual el promedio de crecimiento en los varones es de 6 a 8 cm por año y en la mujer es de 8 a 10 cm por año.

Etapas de máxima ganancia de crecimiento, en la que los varones ganan de 9,5 a 11,8 cm y las mujeres de 6,5 a 8 cm.

Etapas de desaceleración y finalización del mismo, en la que los varones crecen de 5; 2,5 y 1 cm por año, y las mujeres de 5; 2 y 0,7 cm x año.

Etapas de máxima ganancia de talla: varón 14 años y mujer 12 años.

Predicción de estatura final

A los/las adolescentes siempre les interesa saber cuánto van a medir cuando sean adultos. Existen algunas fórmulas para calcular la estatura final, una de ellas es la Talla Diana, que se calcula de la siguiente manera:

Para mujeres

$$\text{Estatura final} = \left[\frac{\text{talla de la madre} + \text{talla del padre} - 0,12}{2} \right]$$

Por ejemplo, si la madre de la adolescente mide 1,61m y el padre 1,78m, el cálculo sería:

$$\text{Estatura final} = \left[\frac{1,61 + (1,78 - 0,12)}{2} = 1,63 \right]$$

Estatura final = 1,63 +/- 9 cm. Es decir con una posibilidad de variación de +/- 9 cm.

Como sabemos en la estatura influyen factores genéticos y ambientales, por tanto; estas variaciones de +/- 9 cm estará en relación a los factores ambientales: buena alimentación, ejercicio, no exposición a tóxicos.

De ahí la importancia de que los y las adolescentes tengan una dieta balanceada, hagan deporte y duerman suficiente.

Para varones

$$\text{Estatura final} = \left[\frac{\text{talla del padre} + \text{talla de la madre} + 0,12}{2} \right]$$

Con el mismo ejemplo anterior. Si la madre mide 1,61 y el padre 1,78 la estatura final del adolescente se calcula así:

$$\text{Estatura final} = \left[\frac{1,78 + 1,61 + 0,12}{2} = 1,75 \text{ +/- } 10 \right]$$

En este caso la variación puede ser hasta de 10cm.

Adicionalmente, en el caso de las mujeres se puede predecir la estatura final en función de la edad de la menarquia (primera menstruación). Y es que luego de la menarquia, las adolescentes crecen un promedio de 5-6 cm distribuidos de la siguiente manera:

- Primer año después de la menstruación: 2-3 cm
- Segundo año después de la menstruación: 1-2 cm
- Tercera año después de la menstruación: 1 cm.





Peso

Durante la adolescencia se gana un 50% del peso ideal del adulto, esto sucede en tres etapas:

Etapa de aceleración, en el varón se caracteriza por el aumento de la masa corporal y en la mujer por la distribución y aumento de tejido graso.

Etapa de máxima ganancia, en el hombre se desarrolla la masa muscular, el sistema óseo, visceral y disminuye la grasa, en la mujer se incrementa la masa corporal y se inician los ciclos menstruales.

Etapa de menor ganancia en la que las modificaciones son mínimas en ambos sexos.



4. Historia clínica⁵

En el caso de los adolescentes, se propone la Historia Clínica del Adolescente (HCA), del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Su principal objetivo es contribuir a mejorar la calidad de la atención de los/as adolescentes en los servicios de salud, desde una visión integral. Se considera a ésta, como una herramienta útil en la consecución de este objetivo. Aunque propuesta para los profesionales de la salud, se cree que puede ser utilizada por el o los docentes en su desempeño profesional, contribuyendo a reunir información valiosa. Junto a los instrumentos adicionales que en el presente trabajo se plantean, orientarán positivamente las intervenciones con este grupo de edad.

“Una adecuada valoración del adolescente, sus relaciones con el entorno y su condición bio-psico-social no es tarea sencilla. Requiere tiempo, formación especializada, y una visión integral del adolescente. La atención de salud del adolescente debe promover su integración como persona, y por eso no sólo deberá ser integral sino también integradora. Para esto es necesario empatía hacia el adolescente y una preparación profesional que incluya el conocimiento de las etapas evolutivas normales del ser humano y de los recursos que brinda la sociedad” (SIA, 2010).

La historia clínica del adolescente es un instrumento que nos permite realizar una evaluación biológica, psicológica y social del estado de salud del/la adolescente. Además de ser una herramienta de diagnóstico, nos orienta en la intervención y asesoría.



⁵ El formato de historia clínica del adolescente que incluimos, utiliza la propuesta del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que a su vez ha realizado adaptaciones de la Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios, del Sistema Informático del Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud.





Apellidos Paterno Materno Nombres			Número de Historia Clínica																																			
			ESTABLECIMIENTO																																			
DIRECCIÓN _____											FECHA DE NACIMIENTO																											
PROVINCIA, CANTÓN, PARROQUIA _____ Código <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											TEL.: _____ domicilio <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año																									
LUGAR DE NACIMIENTO _____ Celular: _____											mensaje <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> día mes año																									
CONSULTA PRINCIPAL Nº <input type="text"/> <input type="text"/>			FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD años meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		ACOMPAÑANTE					ESTADO CIVIL																										
							solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/>					soltero <input type="checkbox"/>																										
							pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>					unión estable <input type="checkbox"/>																										
												separados <input type="checkbox"/>																										
1. MOTIVO DE CONSULTA (según adolescente):													MOTIVO DE CONSULTA (según acompañante):																									
1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											1 <input type="text"/> <input type="text"/>																											
2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											2 <input type="text"/> <input type="text"/>																											
3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											3 <input type="text"/> <input type="text"/>																											
2. ENFERMEDAD ACTUAL																																						
3. ANTECEDENTES PERSONALES																																						
PERINATALES normales			CRECIMIENTO normal			DESARROLLO normal			VACUNAS COMPLETAS			ENFERMEDADES CRÓNICAS			ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS			ACCIDENTES INTOXICACIÓN			CIRUGIA HOSPITALIZACIÓN			USO DE MEDICINAS O SUSTANCIAS			TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS			MALTRATO			JUDICIALES			OTROS		
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>					
Observaciones																																						
4. ANTECEDENTES FAMILIARES																																						
DIABETES		OBESIDAD		CARDIOVASC. (HTA, cardiopatía, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES		TRASTORNOS PSICOLÓGICOS		ALCOHOL DROGAS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		MADRE ADOLESC.		JUDICIALES		OTROS																		
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> se <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																		
Observaciones																																						
5. FAMILIA																																						
CONVIVE CON			En la casa			En el cuarto			NIVEL DE INSTRUCCIÓN				DIAGRAMA FAMILIAR				6. VIVIENDA																					
madre <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			Padre o sustituto				si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																						
padre <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			analfabeto <input type="checkbox"/>				ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/>																									
madrstra <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			prim. incomp. <input type="checkbox"/>				en el hogar <input type="checkbox"/>																									
padrastra <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			primario <input type="checkbox"/>				AGUA <input type="checkbox"/>																									
hermanos <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			secund./ técnico <input type="checkbox"/>				EXCRETAS <input type="checkbox"/>																									
pareja <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			univ/ terciario <input type="checkbox"/>				NÚMERO DE CUARTOS <input type="text"/> <input type="text"/>																									
hijo <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			TRABAJO				Observaciones																									
otros <input type="checkbox"/>			En la casa <input type="checkbox"/>			En el cuarto <input type="checkbox"/>			Padre o sustituto				ninguno <input type="checkbox"/>																									
VIVE			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			Madre o sustituto				no estable <input type="checkbox"/>																									
en instituc. <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			ninguno <input type="checkbox"/>				estable <input type="checkbox"/>																									
en la calle <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no estable <input type="checkbox"/>				Observaciones																									
solo <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			estable <input type="checkbox"/>				Apgar Familiar																									
COMPARTE LA CAMA <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE				0 - 3 Familias Severamente Disfuncionales <input type="checkbox"/>																									
									Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>				4 - 6 Familias Mediamente Disfuncionales <input type="checkbox"/>																									
													7 - 10 Familias Funcionales <input type="checkbox"/>																									

* Tanto el formato de Historia Clínica del Adolescente como las instrucciones para su llenado se han tomado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Este color significa ALERTA

7. EDUCACIÓN	NIVEL No escolariz <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO <input type="text"/>	AÑOS APROBADOS <input type="text"/>	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS causas _____	DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> causas _____	EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____
---------------------	---	--	---	---	---------------------------------------	--	---

Observaciones

8. TRABAJO	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Busca 1ª vez <input type="checkbox"/> No y no busca <input type="checkbox"/> Desocupado	EDAD INICIO TRABAJO años <input type="text"/>	TRABAJO horas por semana <input type="text"/>	HORAS DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO LEGALIZADO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO INSALUBRE no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO _____
-------------------	--	---	---	---	--	---	--	---------------------------------

Observaciones

9. VIDA SOCIAL	ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	NOVIO/A si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> AMIGOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DEPORTE <input type="text"/> horas por semana TV <input type="text"/> horas por día	OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____
-----------------------	---	---	--	--	--

Observaciones

10. HÁBITOS	SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> horas <input type="text"/>	ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="text"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="text"/>	TABACO <input type="text"/> cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO años <input type="text"/>	ALCOHOL <input type="text"/> equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años <input type="text"/>	OTRO TÓXICO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo _____	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____
--------------------	--	--	---	---	--	---	--	--	--	---

Observaciones

11. GINECO-UROLÓGICO	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN MENARCA/ESPERMARCA años <input type="text"/> meses <input type="text"/> No conoce <input type="checkbox"/> No corresp. <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DISMENORREA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLÓGICO SECRECIÓN PENEANA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	EMBARAZOS <input type="checkbox"/> HIJOS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---	--	---	---	---	---

Observaciones

12. SEXUALIDAD	RELACIONES SEXUALES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NECESITA INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	PAREJA <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	EDAD INICIO REL SEX. años <input type="text"/> voluntarias si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	PROBLEMAS EN REL SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	CONDON siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ABUSO SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	--	---	--	--	---

Observaciones

13. SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	AUTO PERCEPCIÓN <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno	PROYECTO DE VIDA <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente
-------------------------------------	--	--	--	--

Observaciones

14. EXAMEN FÍSICO	PESO (Kg) <input type="text"/>	Centil peso/edad <input type="text"/>	DE / IMC <input type="text"/>	PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO Y TIRODES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TALLA (mm) <input type="text"/>	DE talla/edad <input type="text"/>						
TORAX Y MAMAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO-PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL <input type="text"/>	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER mamas <input type="text"/> vello pub. <input type="text"/> genitales <input type="text"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
		FRECUENCIA CARDIACA <input type="text"/> latidos/min.						

Observaciones

15. DIAGNÓSTICOS - CIE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

16. INDICACIONES E INTERCONSULTAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

Responsable	Fecha próxima visita	día <input type="text"/>	mes <input type="text"/>	año <input type="text"/>
-------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



4.1. Descripción del Instrumento y llenado

El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas cuyas respuestas, en su mayoría son cerradas, contribuyen al registro uniforme de los datos en diversas realidades locales. Contiene además espacios abiertos para registrar las observaciones, cambios relevantes, impresión diagnóstica, indicaciones e interconsultas.

La Historia Clínica del Adolescente (HCA) es un instrumento que facilita la participación del adolescente. Pone el acento en los logros que el adolescente ha realizado y en su estilo de vida, de acuerdo a su propia percepción. Es un instrumento confidencial. Requiere para su correcta aplicación entre 30 y 45 minutos.

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

Ojo: los casilleros coloreados de gris y consignados con una cruz permiten alertar sobre factores o situaciones de peligro.

La consulta principal se divide en 16 sectores: identificación del adolescente, motivos de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad, situación psicoemocional, examen físico, impresión diagnóstica integral, indicaciones e interconsultas.

El sector *Identificación* está destinado al registro de datos para reconocer al adolescente, localizar a su familia y para recuperar la historia clínica del archivo. Luego se incluye un sector dedicado a la *Consulta Principal* que habitualmente es la primera consulta. En ella se consignan los motivos de consulta, según referencia del adolescente como de su acompañante, registrando los datos que surgen en el interrogatorio inicial.

En el sector *Antecedentes Personales* se investigan datos perinatales, de la infancia, niñez, y la etapa adolescente transcurrida, que se presume pueden tener alguna repercusión en su vida actual, tanto desde el punto de vista físico, como emocional social.

En *Antecedentes Familiares* se solicitan antecedentes de enfermedades en la familia y otros problemas psicosociales que pueden incidir en las condiciones de salud y bienestar del adolescente.



El sector *Familia* registra datos concernientes a la constitución y funcionalidad de la misma. Incluye además datos sobre el trabajo y nivel de instrucción de los padres o de los que cumplen funciones parentales. Este sector es fundamental para la detección de factores de riesgo familiar.

La valoración de las características de la *Vivienda* permite identificar condiciones de higiene, e indirectamente socio-económicas, que puedan incidir en el medio familiar que envuelve la vida del adolescente.

Los sectores educación, trabajo, vida social, hábitos y consumos, antecedentes gineco-urológicos, sexualidad y situación psicoemocional se orientan a valorar aspectos de la vida del adolescente que ayudan a diagnosticar patologías o problemas que pueden o no ser motivo de consulta reconocidos inicialmente. Facilitan además, la identificación de factores de protección, que junto a los de riesgo contribuirán a planificar estrategias de abordaje.

El sector *Examen Físico* permite la inclusión de hallazgos semiológicos que pueden o no tener relación con el motivo de consulta.

Sistema de advertencia: Con el fin de llamar la atención sobre factores o situaciones de alerta, algunos casilleros se presentan coloreados en gris. Si en ellos se consignara una cruz (x) se recomienda ampliar la información en *Observaciones*. La presencia de situaciones de alerta hará necesario evaluar estrategias específicas de abordaje, tratamiento o referencia, acorde a las necesidades de salud del adolescente.

Consideraciones significativas: Se describen a continuación los ítems de llenado que se creen importantes para los propósitos del presente trabajo:

Etnia: Se ha incluido este dato en la HCA debido a que los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes representan más del 40% de la población de la región. Este importante grupo de población presenta condiciones de vida y acceso a los servicios de salud y de educación, desfavorables.

Las etnias las constituyen grupos humanos que comparten mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana. Una de las estrategias para mejorar la situación de estas poblaciones es haciendo visible sus necesidades a través de la presentación de indicadores de salud desagregados por grupo étnico. La HCA incluye la variable Etnia con cinco opciones de respuesta: blanca, mestiza, indígena, negra, otra.





Motivos de consulta según adolescente: Consignar los problemas verbalizados por el adolescente en el primer momento de la consulta, en el orden correlativo según la trascendencia que él mismo refiera.

Motivos de consulta según acompañante: Anotar los problemas verbalizados por el acompañante en el primer momento de la consulta, en orden correlativo según la trascendencia que él mismo refiera. En ocasiones coincidirán con los motivos de consulta del adolescente, pero en muchos otros casos no será así. Este dato es importante para el diagnóstico.

Antecedentes personales: Estos datos surgen de la entrevista al adolescente y deben registrar sólo los datos aportados por el adolescente. En Observaciones, es importante especificar los problemas referidos y la repercusión psicoemocional o social que los antecedentes relatados tuvieron para el joven y la percepción que el profesional logre sobre el problema que relata el adolescente, particularmente si existen contradicciones.

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 asociados con factores de riesgo. Al identificar factores de riesgo se hace necesario, al mismo tiempo, identificar factores o situaciones de protección para elaborar estrategias de tratamiento. Estos factores de riesgo podrán consignarse en el espacio de Observaciones.

Nota: En el formulario existe una opción “no sé” para cuando el adolescente desconozca el dato y ningún familiar pueda aportar elementos precisos, en tal caso, si fuera indispensable para la HCA, es conveniente solicitar al adolescente que los investigue en su familia para una próxima consulta.

Condiciones perinatales: Se refiere a condiciones vinculadas al embarazo y parto del adolescente, no sólo físicas sino también psicosociales. Es conveniente requerirlo a los padres si están presentes en la consulta. Si fueran anormales, especificar en Observaciones.

Crecimiento: Se refiere a alteraciones en la masa corporal o en la talla. Si fuera anormal, especificar en Observaciones.

Desarrollo: Se refiere a la diferenciación de funciones, que se presentan generalmente como logros del comportamiento en cuatro áreas: motora, de coordinación, social y del lenguaje. Si fuera anormal, especificar en Observaciones.

Enfermedades crónicas: Enfermedades orgánicas incluidas las neurológicas, de curso prolongado, permanente o residual, muchas veces no reversible, que hayan requerido o requieran un largo período de vigilancia médica. Se excluyen las alteraciones mentales que deberán marcarse en Problemas Psicológicos.

Accidentes: Sucesos o acciones involuntarias, que produjeron lesiones no intencionales. Si la respuesta es positiva, calificar aquellos eventos que a juicio del profesional son "llamativamente frecuentes", y especificar en Observaciones.

Intoxicaciones: Sucesos o acciones voluntarias o involuntarias, que involucraron el contacto con sustancias tóxicas. Si la respuesta es positiva, especificar en Observaciones.

Uso de medicamentos: Se refiere al uso no accidental, habitual o prolongado de cualquier medicamento, con o sin indicación médica, incluyendo hierbas, fibras y/u otras. Si la respuesta es positiva, especificar en Observaciones.

Problemas psicológicos: Síndromes psicológicos o conductuales, que se encuentran asociados al deterioro de áreas de la actividad social y del pensamiento. Se incluye en este ítem intentos de suicidio, es decir, conductas autoagresivas con intención de quitarse la vida durante la infancia o la adolescencia transcurrida. Este dato surge a veces espontáneamente en la consulta cuando se pregunta por problemas psicológicos o de conducta; de no ser así deberá investigarse en el momento oportuno, preguntando directamente "¿Has deseado o planeado alguna vez quitarte la vida?". Las ideas de muerte tales como "desearía morirme" o "me gustaría tener una gran enfermedad" no serán consideradas como intentos de suicidio, debiendo registrarse, si fueran reiteradas, en Observaciones. Los demás trastornos psicológicos relatados también deberán especificarse en Observaciones.

Violencia: Se registrará el antecedente de cualquier acción perjudicial o agresión, auto o heteroinfligida, intencional, física o emocional. Se deberá incluir en este ítem situaciones de violencia doméstica, entre pares, o sexual, sea en calidad de víctima, victimario o testigo. Se consignará entre otras, situaciones de abandono, entendiendo por tal, aquellas en las que alguno o ambos progenitores lo dejaron voluntariamente sin protección, alimentos o abrigo, incluyendo el abandono afectivo. Si la respuesta fuera positiva especificar en Observaciones. En algunas ocasiones los datos de Antecedentes de Maltrato serán un hallazgo del interrogatorio general





o sospechado ante un examen físico compatible. Otras veces será una deducción diagnóstica que puede surgir en las primeras consultas.

En este último caso deberá registrarse en Observaciones e incluirse en la Impresión Diagnóstica Integral.

Judiciales: Se refiere a antecedentes de intervenciones judiciales relacionadas con infracciones a leyes o normas instituidas, o comparecencia por terceros durante la infancia o la adolescencia transcurrida. En caso positivo, especificar en Observaciones. Es conveniente que el dato de Antecedentes Judiciales no sea requerido en la primera consulta a no ser que la anamnesis haga sospechar su existencia.

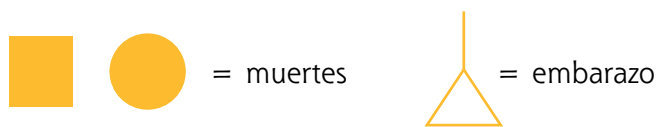
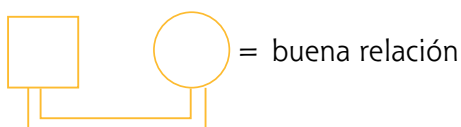
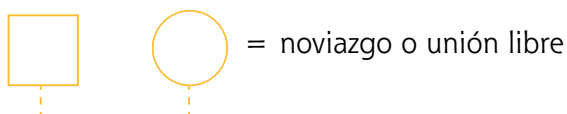
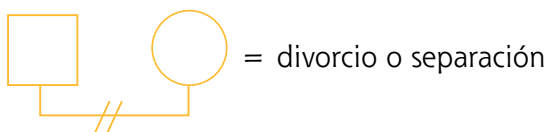
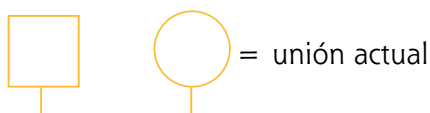
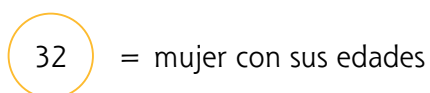
Otros: Si a juicio de quien rellena la HCA, hay otro/s antecedente/s personal/es que merezca mención, marcar "sí" y especificar en Observaciones.

Familia

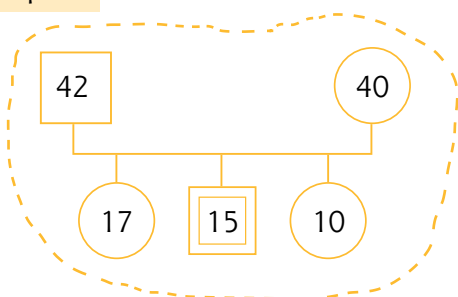
Percepción del adolescente sobre su familia: Corresponde a la caracterización que realiza el adolescente de los vínculos y el funcionamiento familiar. Se preguntará al adolescente cómo siente que son, la mayor parte del tiempo, las relaciones dentro de su familia, considerando como tal a cualquier grupo conviviente que sea interpretado por el adolescente como familia. El profesional deberá transcribir en los casilleros sólo la opinión del adolescente, al considerar las relaciones familiares en forma global y no por un suceso aislado. Marcar sólo una alternativa, la preferencial, con una cruz (x) según la percepción del adolescente acerca de las relaciones de su familia sea mayormente "buena", "regular" o "mala". La opción "no hay relación" se señalará cuando se trate de una familia que no mantienen vínculos entre sí, por distancia física o emocional, o cuando no exista ningún núcleo que el adolescente reconozca como su familia. Puede ampliarse la información en Observaciones e incluirse en la Impresión Diagnóstica Integral en caso de ser pertinente. Para evaluar el funcionamiento familiar es importante analizar el grado de cohesión, esto es el vínculo emocional entre los miembros de la familia; la adaptabilidad o capacidad de la familia de cambiar sus reglas de funcionamiento, roles y estructuras de poder en respuesta a situaciones de stress; la capacidad de solucionar problemas; la comunicación tanto afectiva como instrumental.

Diagrama familiar: Permite visualizar fácilmente la estructura de la familia, ya sea una familia nuclear, o cualquier otro grupo conviviente que fuera reconocido por el adolescente como su familia. Deberá ser graficado por el entrevistador en el espacio en blanco. Se recomienda investigar tres

o cuatro generaciones, incluyendo los abuelos e hijos de los adolescentes. En forma convencional se han elegido los siguientes signos: un cuadrado para representar a los varones y un círculo para las mujeres, remarcando con línea doble el signo que corresponda al adolescente que consulta. Si es una relación presente, los integrantes de la familia estarán unidos entre sí por una línea continua, utilizando una línea cortada si es una relación que ha terminado, como en el caso de divorcio o separación y línea de puntos para indicar noviazgo o unión consensual. Se utilizará doble línea en el caso que la relación sea una buena relación, a juicio del adolescente. Dentro de cada signo se podrá anotar en dígitos la edad en años de cada integrante familiar.

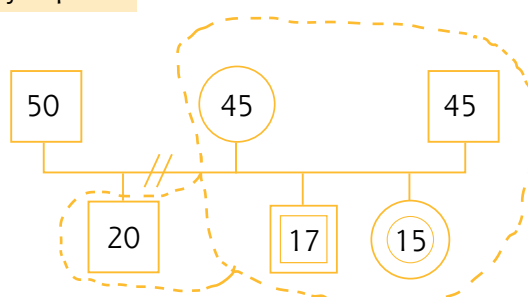


Ejemplo 1



Familia de padres casados con 3 hijos/as de 17, 15, y 10 años respectivamente. El paciente tiene 15 años y es el 2do. hijo. Con líneas punteadas se encierra a quienes viven en la misma casa.

Ejemplo 2



Familia en la que la madre se divorció. Tiene 1 hijo de 20 años del primer matrimonio y dos hijos del segundo matrimonio. El paciente es una adolescente mujer de 15 años.





Si la persona estuviera muerta se sombreadá el signo correspondiente. No se anotarán los abortos, que podrán figurar en Observaciones.

Educación

Problemas en la escuela: Se señalarán aquí las dificultades de adaptación al sistema escolar que empobrezcan el rendimiento, o le impidan mantener un nivel de instrucción similar al promedio de sus compañeros. Se incluirán las dificultades que refieran a problemas psicológicos o de conducta, trastornos de la atención, problemas económicos o laborales, problemas de comunicación o de relación con sus compañeros o docentes. Marcar con una cruz (x) el casillero correspondiente y especificar en Observaciones, aclarando si al momento de la consulta se está en la etapa del problema. Si fuera una indicación que surge de la consulta, se registrará en el sector Indicaciones e Interconsultas.

Trabajo

Actividad: Este sector se refiere al trabajo del adolescente, entendiendo por tal cualquier actividad remunerada o no, que mantenga el adolescente al momento de la consulta y que implique relación laboral. Consignar "trabaja si está trabajando en el momento de la entrevista. En caso contrario marque con una cruz (x) la opción que se adecue más, entre las siguientes:

- "busca 1º vez": que no trabaje y esté buscando trabajo por primera vez
- "no y no busca": que el adolescente no esté buscando trabajo y nunca haya trabajado
- "pasantía": que se encuentre realizando una pasantía, vinculada a su área de estudio, en el marco de un programa formal
- "desocupado": que deseando trabajar, se encuentre desocupado al momento de la consulta. Esta opción es sólo para aquellos que trabajaron previamente
- "no trabaja y no estudia" que el adolescente no estudie, ni trabaje ni se encuentre buscando trabajo

Consignar sólo una de estas alternativas en el casillero correspondiente.

Edad inicio trabajo: Anotar la edad en años del comienzo de cualquier actividad laboral, que haya tenido el adolescente en su infancia o adolescencia transcurrida, aunque no exista al momento de la consulta. Si no ha trabajado nunca registrar 0 (cero).

Trabajo horas por semana: Registrar el número de horas semanales de trabajo. Si el adolescente no trabaja al momento de la consulta marcar 0 (cero).

Trabajo infantil: consignar la presencia de trabajo infantil, teniendo en cuenta legislación de cada país y normas internacionales.

Trabajo juvenil: Indagar acerca de la presencia de trabajo juvenil. En caso afirmativo consignar en el casillero correspondiente si la actividad, condiciones y ámbitos donde se realiza el trabajo es "decente", "precario" o correspondiente con "peores formas de trabajo".

Razón del trabajo: Consignar los motivos por los cuales el adolescente expresa su necesidad de trabajar. Se transcribirá en los casilleros sólo la opinión del adolescente. Las divergencias con el criterio profesional se consignarán en Observaciones, integrándose a la Impresión Diagnóstica. Deberá registrarse sólo una opción, la de mayor peso, pudiendo especificar en Observaciones. Pueden ser razones "económicas", de "autonomía", porque encuentra placer en el trabajo, "me gusta" o existir otro motivo. Si el adolescente no trabaja, se marcará el casillero "no corresponde" (n/c).

Trabajo legalizado: Registrar si existe contrato de trabajo de acuerdo a las normas legales vigentes. Si el adolescente no trabaja en el momento de la consulta, señalar "no corresponde" (n/c).

Trabajo insalubre: Señalar si de acuerdo a las normas legales vigentes, la salud física y/o psicosocial el adolescente está en riesgo debido a su trabajo. Precisar el tipo de riesgo en Observaciones.

Tipo de trabajo: Describir el tipo de trabajo que realiza el adolescente, siempre que exista en el momento de la consulta. Referir profesión u oficio.

Vida social

Aceptación: El objetivo de esta variable es investigar globalmente la integración al medio. Se preguntará al adolescente si en el medio social en el cual vive (escuela, trabajo, amigos/as) se siente "aceptado", "ignorado", "rechazado". Solicitar una evaluación integral evitando considerar un suceso aislado. Si el adolescente no cree poder contestarlo, se marcará la opción "no sabe". En Observaciones se precisará si fuera necesario. Los datos sobre su relación en la familia serán incluidos en el sector Familia.

Violencia en la pareja: Consignar si el adolescente refiere episodios de violencia en la pareja, independientemente del tipo (física, verbal, etc.) sea el adolescente el que se presenta como generador o víctima de las situaciones de violencia.





Amigos/as: Se trata de amigos/as íntimos y no meramente compañeros/as de escuela o trabajo. Señalar si el adolescente tiene, al momento de la consulta, personas principalmente de su edad, con las que puede hablar de sus problemas y aspectos íntimos y con las que siente que mantiene una relación de aceptación y afecto mutuo. Si fuera necesario, especificar en Observaciones.

Actividad física (horas por semana): Consignar el número de horas semanales dedicadas a la actividad física, incluyendo las practicadas en la escuela. En observaciones consignar el tipo de actividad.

Alimentación adecuada: La alimentación será adecuada si come entre cuatro y seis veces por día, en intervalos horarios según costumbre del lugar donde vive o de su familia; si además es variada e incluye las cantidades recomendables de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Es importante no sólo tener en cuenta la calidad y cantidad de las comidas, sino también el lugar, la modalidad, en qué compañía se desarrollan, así como el grado de satisfacción que expresa el adolescente. Marcar con una cruz (x) el casillero correspondiente y especificar en Observaciones.

Alcohol

Frecuente: Se entiende por "frecuente" el consumo en al menos 1 vez por semana en los últimos 30 días.

Edad de inicio (de consumo de alcohol): Anotar la edad en años de la primera vez que consumió alguna bebida alcohólica. Interrogar al adolescente a solas, en el momento oportuno en ésta o ulteriores consultas. Si nunca consumió alcohol, se consignará 0 (cero) en el casillero correspondiente.

Episodios de abuso: entendido como haber tenido algún episodio de "borrachera" en los últimos 30 días o haber consumido en una misma salida 2 lts. o más de cerveza, o $\frac{3}{4}$ lts. de vino o 4 medidas o más de bebidas destiladas.

Otras sustancias: Preguntar si el adolescente utiliza otra droga, medicamento o sustancia no indicado por un profesional, capaz de provocar dependencia.

Salud sexual y reproductiva

En la HCA se encuentran dos sectores "GINECO-UROLOGICO" y "SEXUALIDAD" cuyo contenido puede ser tratado en forma conjunta

como aspectos de salud sexual y reproductiva. El llenado de estas variables puede seguir un orden diferente a criterio del profesional que atiende a los adolescentes de ambos sexos. Es importante recordar que el interrogatorio sobre aspectos de salud sexual y reproductiva debe realizarse con prudencia, en privado y en el momento oportuno de la consulta. En ocasiones estos datos no pueden ser completados en la primera consulta, si no se dan las condiciones para hacerlo. En ese caso se llenará este sector de la Consulta Principal en ulteriores consultas, siempre que no se trate del motivo de consulta.

Ciclos regulares: Se consideran como ciclos regulares, aquellos en los que el intervalo entre las menstruaciones es más o menos similar, no menor a 21 días ni mayor a 35. Si ya tuvo la menarquia, marcar una cruz (x) en el casillero correspondiente. Si es varón o una mujer que aún no tuvo la menarca, marcar una cruz (x) en el casillero "no corresponde" (n/c).

Dismenorrea: Se considera dismenorrea el dolor menstrual que limita en cierta forma las actividades diarias de la adolescente. Marcar una cruz (x) si existe dolor en una adolescente con menarquia. En adolescentes varones o en mujeres que aún no tuvieron la menarquia, marcar una cruz (x) en "no corresponde (n/c).

Flujo patológico/secreción peneana: En la mujer indicar la presencia de secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a picazón, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con el fluido blanco normal. En el varón registrar cualquier secreción peneana no fisiológica.

ITS-VIH (Infección de Transmisión Sexual - Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Para ambos sexos. Se refiere a enfermedades infecciosas adquiridas, habitualmente, por contacto sexual. Se incluirá la infección por VIH, aunque no haya sido adquirido por transmisión sexual. Marcar con una cruz (x) el casillero que corresponda y consignar en el espacio en blanco el tipo/os de ITS y ocasión/es del/los contagio/s. Identificar el tipo de infección y consignar si recibió tratamiento específico a continuación de "Cuál?".

Sexualidad

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). Tenga en cuenta la posibilidad de antecedentes de abuso sexual,





condición que implica cualquier contacto sexual entre una persona que no ha completado su desarrollo madurativo, emocional y cognitivo y otra, que la obliga o ejerce coerción, moral o afectivamente, a mantener una actividad sexual de cualquier tipo, con o sin penetración, incluyendo caricias. En forma similar se entiende por abuso sexual el caso de una persona que habiendo completado su desarrollo es obligada a participar en una actividad sexual no deseada. Preguntar al adolescente si alguna vez tuvo relaciones sexuales sin desearlas y bajo presión, u obligó a alguien a tenerlas. También puede ser un recurso preguntar cómo y con quién fueron sus primeros acercamientos sexuales, sus primeras relaciones sexuales. Marcar el casillero que corresponda y especificar en Observaciones.

Dificultades 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 requerirlo. Marcar el casillero que corresponda, de acuerdo a si el adolescente relata que tiene o ha tenido dificultades para obtener satisfacción en las relaciones sexuales. Se consignarán en Observaciones aquellos aspectos que se consideren relevantes. Si no tuvo relaciones sexuales marcar el casillero "no corresponde"(n/c).

Situación psicoemocional

Este sector utiliza cinco indicadores para evaluar de modo cualitativo el desarrollo de la identidad y el estado emocional del adolescente, según su propia percepción. Para completar esta parte de la Consulta Principal, se pedirá al adolescente su opinión sobre algunos aspectos de su vida e identidad. La discordancia entre lo expresado por el adolescente y el criterio profesional, deberá registrarse en Observaciones e incluirse en Impresión Diagnóstica Integral.

Imagen corporal: Corresponde a la percepción que el adolescente tiene de su apariencia física y sus cambios corporales. Deberá sólo registrarse lo expresado por el adolescente ante la pregunta ¿Qué opinas sobre tu apariencia física y tu cuerpo? ¿Estás conforme con los cambios en tu cuerpo? Se deberá marcar sólo una alternativa, la de mayor peso en la opinión del adolescente entre las opciones "conforme", "crea preocupación", o "impide relación con demás". Puede complementarse con comentarios o apreciaciones del profesional en Observaciones e incluirlo en Impresión Diagnóstica Integral.

Estado de ánimo: consigne la impresión del adolescente acerca de su estado de ánimo (normal, muy triste y/o muy alegre, retraído, ideas suicidas, ansioso/angustiado, hostil/agresivo). Puede ampliar o especificar

la información en observaciones. Teniendo en cuenta las características del adolescente puede ser conveniente no valerse exclusivamente de la valoración realizada en la primera consulta.

Referente adulto: Permite evaluar el grado de integración social con figuras adultas significativas. Esto ha sido descrito como un importante factor de protección. Se interrogará al adolescente ¿Hay algún adulto con quien converses sobre tus problemas, con el que tengas más confianza?. Se transcribirá sólo su opinión, señalando una sola alternativa. Puede ser "el padre", "la madre", "otro familiar", "alguien de fuera del hogar", como docente o religioso, o bien "ninguno".

Vida con Proyecto: Se refiere a la imagen que el adolescente construye sobre sus objetivos de futuro y que sintetiza su autopercepción y relación con el medio, a partir de una cosmovisión integradora. Se interrogará respecto a la existencia de planes y proyectos, su claridad y su factibilidad, y se registrará sólo la opinión del adolescente. Una pregunta orientadora podría ser "¿Cómo te imaginas a ti mismo/a dentro de unos años? ¿Qué planes y proyectos tienes? ¿Qué tan claros y posibles son?". Se registrará sólo una opción entre "claro", "confuso", o "ausente", integrando los proyectos respecto a estudios, trabajo, matrimonio y paternidad. En Observaciones podrá especificarse cuáles son.

Redes sociales de apoyo: Consignar si el adolescente refiere contar con redes sociales de apoyo tales como club, grupo religioso, etc., del cual participa regularmente y reconoce ser para él un espacio de apoyo.

Referente adulto: Consignar teléfonos del adulto reconocido como referente por parte del adolescente.

Impresión diagnóstica integral

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 psíquica, social, sin olvidar los trastornos de aprendizaje. **Aquí debemos anotar además detalles que nos llamen la atención y el resumen de los ítems coloreados de gris que significan alerta.**

Evaluación del desarrollo puberal

Al final de la historia clínica se debe realizar la evaluación del desarrollo físico (peso, talla e índice de masa corporal) y el desarrollo sexual de el/la adolescente.






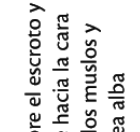

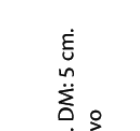
EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADIOS DE TANNER

	Vello de tipo adulto en forma de triángulo de base superior, extendiéndose a la región superior interna de muslos		Glándula mamaria adulta con retorno de areola a la superficie glandular, quedando formado el pezón	V
	Vello adulto en calidad y cantidad pero de topografía menos extendida		Elevación de la areola y el mamelón formando una prominencia en relación al resto de la glándula	
	El vello más oscuro y espeso se extiende sobre el monte de Venus y ligeramente sobre el pubis		Crecimiento del seno visible, con tejido glandular palpable. Pigmentación del mamelón y la areola	III
	Crecimiento de vello largo y pigmentado o levemente rizado en labios o monte de Venus		Aparición del botón mamario primario y alargamiento de areola	
	Aspecto infantil		I	I

Modificado de E. Sileo

*Tomado de formatos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADIOS DE TANNER

V = Volumen DM = Diámetro mayor		Testículo: V: 20-25 ml. DM: 5 cm. Pene: tamaño definitivo	
			
Vello recubre el escroto y se extiende hacia la cara interna de los muslos y hacia la línea alba		Escroto: Crecimiento y pigmentación más marcada hasta el estado adulto Testículo: V: 12-15 ml. DM: 4,1- 4,5 cm. Pene: Crecimiento en longitud y diámetro. Desarrollo del glande	
El vello más grueso y rizado invade el área del pubis, sin llegar al estado adulto		Escroto: Crecimiento y pigmentación oscura Testículo: V: 8-10 ml. DM: 3.3 - 4 cm. Pene: Crecimiento en longitud	
El vello es más oscuro, grueso y rizado y se extiende sobre el pubis		Escroto: Crecimiento con piel delgada, laxa, elástica, rosada, transparente. Testículo: V: 4 - 6 ml. DM: 2,5 a 3,2 cm. Pene sin cambios.	
Algunos vellos ubicados en la base del pene, largos, ligeramente pigmentados, lacios o levemente rizados		Testículos V: < 3 ml. DM: <2.5 cm.	
Vello púbico ausente			

Modificado de E. Sileo

*Tomado de formatos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



Para la valoración del desarrollo físico, hemos incluido en ANEXO-1 las tablas que permiten mirar las relaciones peso-edad y talla-edad, indicadores que reflejan el estado nutricional del/la adolescente.

Debemos recordar que en las mujeres la presencia de la menarquia (primera menstruación) es indicativo de que el crecimiento ha llegado a su punto máximo y que a partir de entonces la adolescente crecerá únicamente 5 a 6 centímetros en total: 3 cm en el año que tuvo su menarquia, 2 a 3 cm en el año siguiente y 1 a 2 cm en el tercer año después de la menarca.

Para la valoración del desarrollo puberal se utilizan los estadíos de Tanner. Se trata de una serie de gráficos específicos para varón y para mujer en los que se describe el nivel de desarrollo que ha alcanzado el/la adolescente.

Los estadíos 1-2 generalmente corresponden a la etapa de adolescencia inicial 10-13 años. Los estadíos 3-4 corresponden a la adolescencia media 14-16 años y el estadío 5 a la adolescencia tardía 17-19 años.

En el caso de la mujer se evalúa crecimiento y desarrollo de los senos y vello púbico. En el caso del varón, crecimiento y desarrollo de genitales y vello púbico.

5. Test de frases incompletas de Sacks (adaptado)

El autor de esta prueba es Joseph M. Sacks y Sidney Levy. Es utilizada en el campo de la psicología clínica, educativa y el área laboral. Tiene como objetivo la medición de las emociones del individuo en cuanto a su familia, sexo, relaciones interpersonales y auto concepto. Relación con compañeros, con figuras de autoridad, figuras del sexo opuesto y aspiraciones.

Es una prueba proyectiva en la medida que cada una de las frases está sólo iniciada y el sujeto debe completarla, de acuerdo a lo que a él le sugieran los enunciados. Puesto que se responde por escrito, es evidente que el sujeto es consciente de su respuesta y puede, por lo mismo, manipularla. En otras palabras, es un instrumento muy sensible a los mecanismos de defensa. Por este motivo, se alienta a los sujetos a responder con lo primero que se le ocurra, sin pensar mucho su respuesta. Incluso se le da la indicación de que si alguna frase le resulta difícil, la marque con una cruz al margen y continúe con la siguiente. Después que haya completado las demás, puede

volver y responder las que había dejado marcadas. (Es obvio que el sujeto no necesita revisar cuáles están marcadas para reconocer las que dejó sin responder, pero para el evaluador es interesante tener las marcas y saber cuáles fueron las frases que le presentaron dificultades y no lo podría saber de otro modo, si el sujeto finalmente las responde todas).

En el cuadernillo que se le entrega al sujeto para que responda, se presentan las frases correspondientes a los diferentes temas y áreas, mezcladas. Debido a ello es necesario agrupar las que corresponden a cada uno de los temas y áreas, para poder hacer luego el análisis e interpretación. La mejor forma de hacerlo, es transcribir literalmente las respuestas del sujeto al protocolo de evaluación. Luego se puede hacer una apreciación con criterio clínico de las respuestas, que se puede anotar en el mismo protocolo de evaluación. También se puede asignar un puntaje a cada una de las respuestas, según se considere su "gravedad", asignando, por ejemplo, 0 puntos a las respuestas que no indican conflicto, 1 punto a aquellas que reflejan un conflicto menor o leve, y 2 puntos a aquellas que se considere indicadoras de conflictos más severos. Puesto que cada uno de los temas está representado por cuatro frases (excepto el de actitudes hacia los amigos o iguales, que tiene ocho), la simple suma de los puntajes permite reconocer el aspecto y área más problemática.

Es evidente que con estas características, el instrumento es útil más bien en la exploración de áreas de conflicto que para un análisis profundo, la versión que presentamos, se encuentra adaptada a poblaciones en riesgo socio-ambiental, esto es, situaciones vividas por una comunidad o población que la coloca en circunstancias de vulnerabilidad (militarización en frontera, exposición a sustancias agrotóxicas, poblaciones que viven en medio de basurales, entre otros). Por otra parte, para ser "productivo", requiere de la buena disposición y colaboración de la persona evaluada, en el sentido de que responda en forma sincera. En síntesis, podemos decir que el Test de Sacks (como la gran mayoría de las pruebas psicológicas) es un instrumento útil y particularmente provechoso si se lo utiliza en combinación con otros procedimientos de exploración, en este caso se propone para ser combinada con la historia clínica, el Bender, las escalas madurativas de observación, curvas de crecimiento, y poder de esta manera obtener un diagnóstico psicopedagógico que nos lleve a una intervención efectiva de las necesidades encontradas.





Administración

Puede ser aplicado de forma individual, auto aplicable y de manera colectiva. El tiempo es variable pero se estima una duración de 30 minutos. Es utilizada en niños/as, adolescentes y adultos (pero varía la forma).

Para su aplicación se necesita la Hoja de respuestas, lápiz y borrador.

Consigna

"A continuación encontrará frases incompletas, lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se lo ocurra. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es que sea lo más sincero posible. Trabaje lo más rápido que pueda. Si no puede completar una frase, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde".

Áreas y temas tratados

1. **Área de la familia:** Relación con la madre, relación con el padre, relación con el núcleo familiar.

Preguntas: 9-10-22-23-24-36-37-41-47-48-49-58-59-60.

2. **Área Personal:** Actitud hacia las mujeres, actitud hacia los hombres, actitudes hacia las relaciones sexuales, actitudes hacia las relaciones sentimentales. Temores. Sentimientos de culpa. Habilidades. Pasado personal. Futuro.

Preguntas: 1-2-3-4-8-11-14-15-16-25-26-27-28-31-38-40-42-44-45-50-51-52-53-54-57.

3. **Área Social:** Actitudes hacia los amigos y pares. Actitudes hacia los superiores. Actitudes hacia los subordinados.

Preguntas: 6-7-17-18-19-20-21-32-33-35-43-46-55-56.

4. **Área de la comunidad:** Actitudes hacia la comunidad en la que viven.

Preguntas: 5-12-13-29-30-34.

Interpretación del Test:

- a. Reunir las respuestas de las 4 áreas, referentes a cada una de las 15 actitudes, separándolas por áreas.

- b.** Calificar la perturbación emocional existente o no del examinado, con base a los siguientes criterios cuantitativos:

Puntaje categoría

2 Puntos: Inestabilidad emocional (posible depresión); es muy probable que necesite ayuda terapéutica para manejar los conflictos emocionales en esta área.

1 Punto: Desajuste emocional Leve: tiene conflictos emocionales en esta área, pero parece capaz de manifestarlo sin ayuda terapéutica.

0 Puntos: Ningún trastorno significativo observado en esta área.

X: Se ignora – pruebas Insuficientes

Al final debe realizarse un breve resumen interpretativo de cada una de las áreas exploradas y uno general que incluya todas las áreas.

Ejemplo de INTERPRETACIÓN:

Pienso que mi padre es UN HOMBRE EJEMPLAR	0
Pienso que la mayoría de las mujeres SON UNAS CABRONAS	2
Lo que menos me gusta de las mujeres SUS CELOS	1
Me gustaría trabajar con personas que ME DESAFÍEN	0
Sé que es una tontería, pero tengo miedo DE VIAJAR EN AVIÓN	1
Darí cualquier cosa por olvidar TODA MI NIÑEZ	2

Escala de valoración

Normalidad (0-16pts): Esto equivale a estabilidad emocional.

Grado leve (17-44pts): Hace referencia a conflictos específicos (en un área o campo determinado) de fácil tratamiento que no necesariamente implican intervención terapéutica.

Para ello es suficiente la asesoría a padres, enfocando la reversibilidad de la condición: mayor comunicación, estímulos y refuerzo afectivo y social.

Afección moderada (45-72pts): Aquí hablamos de un trastorno del ánimo.

Afección severa (73-100): Corresponde a un trastorno depresivo, que requiere tratamiento psicológico y en ocasiones será necesario tratamiento farmacológico paralelo.





Anexo 1. Patrones de Crecimiento de Organización Mundial de la Salud

Apellidos	Paterno	Materno	Nombres	No. Historia Clínica
-----------	---------	---------	---------	----------------------

ADOLESCENTE MUJER

Peso / Edad, 10 a 19 años. Percentiles

NCHS/2000

Talla / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar

OMS/2007

INSTRUCTIVO

1. De acuerdo a la fecha de nacimiento establezca la edad en años y meses cumplidos.
2. Mida al adolescente y anote el resultado en centímetros.
3. Ubique la edad del adolescente al momento de la consulta, en la línea horizontal inferior de la gráfica.
4. Señale con un punto el lugar en el cual se intersectan la edad actual, con el peso en Kg. y cientos de gramos con la talla en cm.
5. Analice la situación individual, observando la progresión del adolescente en las curvas y las diferentes interrelaciones de los parámetros evaluados.

Pese al adolescente y anote el resultado en Kg. y cientos de gramos. Durante el examen físico, determine el estadio del desarrollo puberal de acuerdo a las gráficas al reverso de esta página.

*Tomado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Al

Apellidos	Materno	Nombres	No. Historia Clínica
-----------	---------	---------	----------------------

ADOLESCENTE HOMBRE

Peso / Edad, 10 a 19 años. Percentiles

Talla / Edad, 10 a 19 años. Desviaciones Estándar

INSTRUCTIVO

1. De acuerdo a la fecha de nacimiento establezca la edad en años y meses cumplidos.
2. Mida al adolescente y anote el resultado en centímetros.
Pese al adolescente y anote el resultado en Kg. y cientos de gramos. Durante el examen físico, determine el estado del desarrollo puberal de acuerdo a las gráficas al reverso de esta página.
3. Ubique la edad del adolescente al momento de la consulta, en la línea horizontal inferior de la gráfica.
4. Señale con un punto el lugar en el cual se intersectan la edad actual, con el peso en Kg. y cientos de gramos con la talla en cm.
5. Analice la situación individual, observando la progresión del adolescente en las curvas y las diferentes interrelaciones de los parámetros evaluados.

SNS-M.S.P / H.C.U. Form. 056B hombres / 2009

Atención adolescentes

*Tomado del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Anexo 2. Test de frases incompletas de Sacks (adaptado) para adolescentes

Nombres: _____ Escolaridad: _____

Nombre del plantel: _____ Fecha del examen: _____

INSTRUCCIONES: Complete las siguientes oraciones en forma ordenada y con una letra bien clara.

1. El ideal más grande de mi vida _____
2. Me gusta compararme con los demás _____
3. El recuerdo más vivo de mi vida es _____
4. Nunca tengo tanta angustia como cuando _____
5. Yo pienso que la extracción de* _____ es _____
6. Considero a mis superiores _____
7. Los compañeros con los cuales trato _____
8. Yo creo que la vida de matrimonio _____
9. En comparación con las demás familias la mía _____
10. Me gustaría que mi padre _____
11. Siempre he ambicionado _____
12. Creo que los militares son _____
13. El trabajo en * _____ produce _____
14. Aquello que más necesito es _____
15. Cuando era pequeño/a me volvía muy inquieto/a _____
16. El miedo a veces me hace _____
17. Cuando veo al profesor _____
18. Cuando no estoy presente, mis amigos/as _____
19. Pienso que consumir alcohol es _____
20. Cuando veo a alguien tomar alcohol yo _____
21. Para mi el amor humano es _____
22. Creo que mi padre rara vez _____
23. Mi madre y yo _____
24. Cuando mi padre o padrastro discute con mi madre _____
25. Sería feliz si _____
26. Mi mayor debilidad _____
27. Me pone nervioso/a _____
28. Lo que pienso del consumo de drogas es _____
29. En mi comunidad el consumo de drogas y alcohol _____
30. Creo que en mi comunidad* _____

* las preguntas 5,13, y 30 deberán adaptarse al proceso social o ambiental que amenaza a la comunidad en la que vive el/la adolescente. Se puede añadir en ese espacio el petróleo, la minería, el banano, las floricultoras,...

31. Quisiera perder el miedo _____
32. En clase mis profesores _____
33. La gente piensa que yo _____
34. En mi comunidad yo cambiaría _____
35. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos _____
36. Quisiera que mis padres _____
37. El modo de ser de mi madre _____
38. Un día espero _____
39. En relación con otras comunidades (o ciudades) mi comunidad es _____
40. Cuando las cosas no andan bien _____
41. Quisiera que mis padres aprendieran que en una relación de pareja _____
42. El error más grande de mi vida _____
43. La mayor parte de mis compañeros/as no saben que yo _____
44. Si yo fuera superior _____
45. El tipo de persona que prefiero _____
46. La mayor parte de los jóvenes modernos/as _____
47. Cuando yo era niño/a mi familia _____
48. El trabajo de mis padres es _____
49. Creo que mi padre _____
50. Cuando miro al porvenir _____
51. Sé que tengo derecho a _____
52. Me considero capaz _____
53. Daría algo por olvidar _____
54. Sé que es una tontería pero tengo miedo de _____
55. La mayor parte de mis superiores _____
56. Un amigo sincero (una amiga de verdad) _____
57. Para mí la mujer ideal /el hombre ideal _____
58. Mi familia me trata _____
59. Siento que a mí y a mi familia nos hace falta _____
60. La mayoría de las madres _____

Dificultades psico-físicas

Enumere algunas enfermedades o dificultades que hayan ocasionado problemas

Las cosas que me disgustan son

Apreciación Psicológica



La educación fue entendida por el maestro Paulo Freire y Monseñor Leonidas Proaño como un proceso que apuesta por unos seres humanos constructores de libertad e identidad, que les permita llevar a sus pueblos a desarrollar su conciencia crítica y buscar la superación de sus problemas.

En esa línea va este esfuerzo colectivo, se trata de las cuatro primeras guías que pretenden constituirse como herramientas para el diagnóstico oportuno, intervención y recuperación en niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años con ritmos diferentes de aprendizajes, problemas específicos, desfases madurativos o trastornos emocionales.

La propuesta metodológica presentada se ha construido a partir de la experiencia de la Clínica Ambiental en Investigación y Acción Participativa (IAP) con comunidades afectadas por problemáticas sociales y ambientales. Adicionalmente, la Clínica Ambiental ha realizado un esfuerzo por compilar técnicas de evaluación, adaptarlas a las realidades locales y, en otros casos, diseñar nuevos protocolos.

Finalmente hemos considerado fundamental desarrollar estrategias para la intervención y recuperación. En algunos casos, hemos tomado propuestas de otras organizaciones públicas y privadas, realizando adaptaciones; y en otros casos proponemos metodologías específicas trabajadas con las comunidades.

