



Ministerio de Salud
Promoviendo una vida saludable

Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención

RM N° 1077-2006/MINSA

-Documento técnico-

Perú 2007



Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención

Documento técnico
RM N° 1077-2006/MINSA



Dirección General de Salud de las Personas
Dirección de Atención Integral
Etapa de Vida Adolescente

Ministerio de Salud
Perú 2007

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención: documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral. Etapa de Vida Adolescente -- Lima: Ministerio de Salud; 2007.

86 p.

ATENCION INTEGRAL DE SALUD / SERVICIOS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES, org / PROMOCION DE LA SALUD / NIVELES DE ATENCION DE SALUD / PERU

Hecho el Depósito Legal en la
Biblioteca Nacional del Perú No. 2007- 01315

**Documento Técnico: Orientaciones para la
Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención**

Consultora Responsable GTZ:

Dorina Vereau Rodríguez

Revisado por:

Lourdes Palomino Gamarra
Hortensia Ramirez Leandro
Ana Borja Hernani

MINSA, 2006

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú

Telf.: (51-1)315-6600

<http://www.minsa.gob.pe>

webmaster@minsa.gob.pe

1ra Edición, 2006

Tiraje: 2,000 unidades

Imprenta: LuzAzul gráfica s.a.c.

Dirección: Calle Enrique Palacios 758-F Miraflores

Telf.: 446-7513 / e-mail: luzazulgrafica@yahoo.es

Versión digital disponible: [http://www.minsa.gob.pe/normaslegales2006/RM 1077-2006.pdf](http://www.minsa.gob.pe/normaslegales2006/RM_1077-2006.pdf)

<http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>



Resolución Ministerial

Lima, 01 de NOVIEMBRE del 2006

Visite el Expediente N° 06-011279-001, que contiene el Memorándum N° 3342-2006-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas.

CONSIDERANDO:

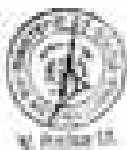
Que, mediante Resolución Ministerial N° 726-2003-SA/DM, de fecha 20 de junio de 2003, se aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", en el marco de los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012, aprobados por Resolución Suprema N° 014-2003-SA.

Que, por Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, de fecha 14 de febrero de 2005, se aprobó el documento técnico "Lineamientos de Política de Salud de Niños Adolescentes".

Que, mediante Resolución Ministerial N° 630-2005/MINSA, de fecha 22 de agosto de 2005/MINSA, se aprobó la NT N° 034-MINSA/DGSP-V-D1 "Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud de la Etapa de Vida Adolescente", la misma que establece los objetivos, responsabilidades y disposiciones específicas para el desarrollo de la atención integral de la salud de la población adolescente en los diferentes niveles de atención.

Que, por otro lado, de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, modificado por Decreto Supremo N° 007-2009-SA, la Dirección General de Salud de las Personas, tiene a su cargo establecer las normas, supervisión y evaluación de la atención de la salud de las personas en las diferentes etapas de vida, entre otros.

Que, en ese sentido, la Dirección General de Salud de las Personas ha proveyo la aprobación del documento técnico denominado "Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención", cuyo



objetivo general es orientar técnicamente al personal de salud del primer nivel para realizar la atención de salud integral de los/as adolescentes en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud y bajo los enfoques de desarrollo, derechos en salud, equidad, género e interculturalidad.

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y

De conformidad con lo establecido en el literal i) del artículo 8º de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud,

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, se encargará de la difusión e implementación del citado documento técnico.

Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud son responsables de la difusión y aplicación del presente documento técnico dentro del ámbito de su competencia.

Artículo 4º.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación del citado documento técnico en el portal de internet del Ministerio de Salud.



D. Fernández E.

Regístrese, comuníquese y publíquese



J.E. SANCHEZ



V. TORO M.



M. C. C.


CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud



Dr. CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN

Ministro de Salud

Dr. JOSÉ GILMER CALDERÓN YBERICO

Viceministro de Salud

Dr. ESTEBAN MARTÍN CHIOTTI KANESHIMA

Director General de Salud de las Personas

Dr. LUIS MIGUEL ANTONIO LEÓN GARCÍA

Director Ejecutivo de Atención Integral de Salud

Dra. LOURDES PALOMINO GAMARRA

Responsable de la Etapa de Vida Adolescente



Participaron en la elaboración

Rosa Vilca Bengoa	: DGSP DAIS/MINSA
Ana Borja Hernani	: DGSP DAIS/MINSA
Lourdes Palomino Gamarra	: DGSP DAIS/EVA/MINSA
Hortensia Ramírez Leandro	: DGSP DAIS/EVA/MINSA
Beatriz Seclén Santistevan	: DGSP DAIS/ESNSM/MINSA
Henry Palacios	: DGSP DAIS/ESPMyCITS-VIH/SIDA
María del Carmen Calle Dávila	: DGPS DAIS/MINSA
Rosario Nuñez Herrera	: DISA V LIMA CIUDAD
Bertha Lévano Morales	: DISA IV LIMA ESTE
Dora Tuesta Saboya	: DISA II LIMA SUR
Milagros Cáceres Escobar	: DISA II LIMA SUR
Rosario del Solar	: Instituto Nacional del Niño
Ana Cajas	: Hospital María Auxiliadora
Nevia Punis	: Hospital María Auxiliadora
María Elena Zúñiga	: Hospital María Auxiliadora
Nélida Pinto	: Instituto Materno Perinatal
Teresa Campos Landázuri	: Hospital Santa Rosa
María Isabel Cano	: Hospital Santa Rosa
Isabel Gómez	: Hospital Santa Rosa
Ana Romero	: Hospital Santa Rosa
Jorge Izaguirre	: Hospital Santa Rosa
Angela Sebastiani	: INPPARES
Edgardo Segil	: INPPARES
Trixi Vargas	: APROPO
Lucy López	: USAID
Patricia Torres	: ANAR
Inés Carriquiry	: UNFPA
Mery Carrasco Tezén	: PLAN INTERNACIONAL
Miriam Rivera	: AMARES
Griselda Pérez Luna	: Redess Jóvenes
Verónica Espinoza	: ESSALUD
Liliana Chirinos	: ESSALUD
Janina Trujillo	: Pathfinder International
Guillermo Diller	: GTZ
Claudia Saravia	: GTZ

Participaron en la validación:

Rosa Marín	: DISA IV LIMA ESTE
Margarita Doza	: DISA IV LIMA ESTE
Mercedes Meza	: DISA IV LIMA ESTE
Ivón Carbajal	: DISA IV LIMA ESTE
Flor Domínguez	: DISA IV LIMA ESTE
Jenny Sánchez	: DISA IV LIMA ESTE
Lidia Esther Rojas	: DISA V LIMA CIUDAD
María Elena Huamán	: DISA V LIMA CIUDAD
María Elena Hinojosa	: DISA V LIMA CIUDAD
Elsa Peramás	: DISA IV LIMA CIUDAD
Carmen Guzmán	: DISA V LIMA CIUDAD
Vilma Coronado	: DISA V LIMA CIUDAD
Sonia Albornoz	: DISA II LIMA SUR
Gloria Fernández	: DISA II LIMA SUR
Elsa Victoria Huari	: DISA II LIMA SUR
Inés Anzualdo	: DISA I - CALLAO
Marisol Olivera	: DISA III LIMA NORTE
Carlos Alberto Hironaka	: Hospital Hipólito Unánue
Leticia Gloria Marín	: Hospital Hipólito Unánue
Waldo Sánchez	: Hospital San Bartolomé
Yuri Cutipé	: Intituto Especializado de Salud Mental Hydeyo Noguchi-Honorio Delgado

Si por algún acto totalmente involuntario en la presente lista se omitió a alguna persona que contribuyó en la elaboración del presente documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.



Índice

I. Introducción	11
II. Finalidad	12
III. Objetivo	12
IV. Base legal	12
V. Ámbito de aplicación	12
VI. Atención integral de salud del adolescente	13
6.1 El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	13
6.2 Estrategias y enfoques para la atención integral de salud del adolescente	17
6.3 Organización de la atención integral y diferenciada del adolescente.....	20
6.3.1 Organización de los servicios	20
6.3.2 Tipo de servicios	21
6.3.3 Pasos para la organización de un servicio	22
6.3.4 Referencia y contrarreferencia	23
6.4 Provisión de la atención integral y diferenciada al adolescente.....	24
6.4.1 Población objetivo	24
6.4.2 Atención integral del adolescente	24
A. Atención del motivo de consulta.....	24
B. Evaluación integral	25
Control de crecimiento y desarrollo	
a. Evaluación del crecimiento físico y estado nutricional.	26
b. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner	28
c. Evaluación de la agudeza visual.....	31
d. Evaluación de la agudeza auditiva	33
e. Evaluación físico postural	34
f. Evaluación del desarrollo psicosocial.	35
g. Tamizaje de violencia.	37
h. Identificación de factores de riesgo y de protección	38
C. Elaboración del plan de atención integral individualizado.....	41
D. Ejecución y seguimiento del plan de atención integral.....	42
Intervenciones preventivo promocionales	
a. Atención odontológica.	42

b. Inmunizaciones	45
c. Consejería integral	45
d. Visita domiciliaria - visita familiar integral	50
e. Sesión educativa	51
f. Talleres integrales	53
g. Formación de educadores de pares	53
h. Actividades de animación socio cultural	56
VII. Anexos	57
VIII. Bibliografía	85

I. Introducción

Las y los adolescentes han sido considerados por mucho tiempo un grupo poblacional que se enferma poco y que acuden muy esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades de atención en salud. Sin embargo el perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado durante los últimos años y hoy en día somos testigos de excepción de la problemática que el grupo adolescente enfrenta: la posibilidad de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, el someterse a un aborto en condiciones inseguras, la violencia callejera y la violencia doméstica, así como problemas de adicción a drogas, alcohol y tabaco, entre otros problemas, muchos de los cuales tienen raíces comunes multifactoriales y requieren atención de diversa índole en particular de salud.

La salud de las y los adolescentes se caracteriza por su alta vulnerabilidad a las situaciones de riesgo y por la presencia de un mayor número de adolescentes que están involucrados en una o varias conductas de riesgo que amenazan su salud desde que inicia su adolescencia; sin importar el nivel socioeconómico al que pertenece.

Pero si bien la adolescencia es un periodo de riesgos, también lo es de múltiples posibilidades para la creatividad, la productividad, la capacidad de propuesta y de participación ciudadana, cuando a las y los adolescentes se les brinda oportunidades de desarrollo personal y colectivo y se atienden sus necesidades básicas de educación, salud, recreación y participación.

La adolescencia es además, la etapa en la que se adoptan valores y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud para toda la vida. En tal sentido, la información y formación que las y los adolescentes reciban para el autocuidado y cuidado compartido de su salud a través de los servicios que ofrece el Ministerio de Salud y otras instituciones, así como las oportunidades de desarrollo que se les brinden desde los diferentes sectores, son de primordial importancia para su desarrollo integral.

“Invertir en la salud de las y los adolescentes, no es solo detectar daños y curar las enfermedades que esta población tiene. Es desarrollar capacidades, promover el capital humano y social que hemos cuidado y protegido en la infancia y construir agentes de cambio cultural en salud”.¹

Esto nos lleva a la necesidad de atender la salud de los y las adolescentes bajo un nuevo enfoque para lograr el bienestar individual y colectivo, siendo necesario actuar sobre los determinantes que afectan su salud, abriendo espacios de intervención promocional, preventiva, de atención clínica y recuperativa de calidad, que atiendan sus necesidades individuales y las del entorno en el que vive, incluyendo su familia y comunidad, desde una perspectiva de derecho, género, interculturalidad y desarrollo.

En el marco de los Lineamientos de Política de Salud de los y las Adolescentes y de la actual Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente, ponemos a disposición del personal de salud el presente documento técnico que pretende ser un instrumento de orientación para la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes.

Este documento debe ser considerado con criterios de flexibilidad, debiendo adaptarse a la complejidad de los servicios de salud en los niveles locales, acorde a la capacidad resolutoria de cada establecimiento.

¹ MINSa, *Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes*, Pág. 13, Lima, Perú, 2005.

II. Finalidad

Contribuir a que los servicios de salud brinden a los y las adolescentes una atención integral de salud que responda a sus necesidades de desarrollo, manteniéndoles saludables y elevando su calidad de vida.

III. Objetivo

Objetivo general

Brindar orientaciones técnicas a los prestadores de salud para realizar la atención integral de salud del adolescente varón y mujer, en el primer nivel, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud y bajo los enfoques de desarrollo, derechos en salud, equidad, género e interculturalidad.

Objetivos específicos

- Brindar un marco teórico referencial para la atención integral de salud del adolescente.
- Establecer procedimientos estándar para la evaluación integral del adolescente.
- Brindar orientaciones técnicas para el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud del adolescente.

IV. Base legal

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 107-2005/MINSA, que aprobó el documento técnico: “Lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes”.
- Resolución Ministerial N° 633-2005/MINSA, NT N° 034-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente”.

V. Ambito de aplicación

El presente documento técnico es de referencia para su aplicación en los establecimientos de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

VI. Atención integral del adolescente

6.1. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

El Ministerio de Salud ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012, la implementación de un Modelo de Atención Integral de Salud. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”²

El MAIS constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de desarrollo y mantenimiento de la salud, así como las derivadas de daños, disfunciones y discapacidades, orientados a lograr personas, familia y comunidades saludables.

En relación a la atención de salud de las/los adolescentes, el MAIS considera la provisión de un paquete de cuidados esenciales en salud para atender sus principales necesidades de salud en el contexto de su familia y comunidad.

Necesidades de salud de las y los adolescentes.

Las necesidades de salud de las/los adolescentes definidas en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud son las siguientes:³

1 Necesidades de desarrollo de la salud	Necesidad de:
Para el desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none">■ Desarrollo de habilidades sociales y proyecto de vida.■ Fortalecimiento de potencialidades intelectuales, laborales, artísticas y deportivas.■ Desarrollo y fortalecimiento de sentimientos de espiritualidad.■ Desarrollo y consolidación de hábitos de vida saludables: higiene, alimentación, recreación, uso adecuado del tiempo libre, etc.■ Mantenimiento de un buen rendimiento escolar.■ Fortalecimiento del respeto de derechos y deberes.
Para el desarrollo familiar	<ul style="list-style-type: none">■ Fortalecimiento de relaciones afectivas positivas en la familia como unidad básica de la sociedad. (Afectividad hacia los padres, comunicación horizontal y de corresponsabilidad, equidad e igualdad de oportunidades entre los miembros, respeto a los derechos y deberes).■ Desarrollo de habilidades y conocimientos para el ejercicio futuro de una paternidad y maternidad responsable.

2 MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 - 2012. Lima, 2001. Pág. 35

3 Ver una descripción más detallada de estas necesidades en MINSA. Modelo de Atención Integral, Lima, Junio, 2003

1 Necesidades de desarrollo de la salud	Necesidad de:
<p>Para el funcionamiento social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acceder a oportunidades de participar y ser útiles a la comunidad. ■ Fortalecer el compromiso y corresponsabilidad con el trabajo, respeto de derechos y deberes en salud. ■ Establecer vínculos e identificación con el colegio/escuela, organizaciones juveniles, centros laborales, etc. ■ Acceso a un trato justo sin discriminación por parte de los compañeros y profesores. ■ Desarrollo y fortalecimiento de factores protectores comunitarios: redes de soporte, organizaciones juveniles vecinales, religiosas, deportivas, desarrollar una cultura de paz. ■ Desarrollo y consolidación de factores protectores del Sistema de Salud: equidad en el acceso y participación activa, necesidades de espacios propios para el fortalecimiento de su personalidad.
2 Necesidades de mantenimiento de la salud	Necesidad de:
<p>Para enfrentar factores de riesgo de carácter físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo de mecanismos de prevención contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes de tránsito y otros. ■ Desarrollo y consolidación de hábitos y estilos de vida saludable: higiene general y bucal, manipulación adecuada de alimentos, disposición de desperdicios, consumo de agua limpia, uso de elementos protectores, medicación preventiva, vacunación, alimentación y nutrición adecuada, actividad física y prevención del sedentarismo.
<p>Para enfrentar factores de riesgo de carácter psicosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos para el manejo adecuado del estrés, la tensión, ansiedad, depresión, problemas adaptativos, alteraciones afectivas, sociopatías, aislamiento social, baja autoestima, etc. ■ Desarrollo de factores protectores contra el riesgo de consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y drogas ilegales. ■ Desarrollo de factores protectores familiares que favorezcan la resolución de conflictos. ■ Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos protectores para evitar: embarazo inesperado, aborto, embarazo repetido, ITS y el SIDA.
<p>Para enfrentar factores de riesgo ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de protección para evitar el riesgo de contraer enfermedades ocupacionales y las derivadas de la exposición a agentes tóxicos: por plomo, insecticidas, carbón, etc. ■ Participar en el cuidado del medio ambiente. ■ Adoptar el hábito de observar y ejercer las normas de seguridad vial, seguridad personal y adecuada convivencia ciudadana.

3 Necesidades derivadas de daños a la salud	Necesidad de:
Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención de emergencias médicas y quirúrgicas.
Problemas agudos que no son emergencias	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención a los daños prevalentes.
Problemas crónicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención a los problemas crónicos (enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, trastornos psicopatológicos: anorexia nerviosa, bulimia).
4 Necesidades derivadas de disfunciones y discapacidades	Necesidad de:
Disfunciones personales físicas y psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención de alteraciones e incapacidades físicas Ej. alteraciones visuales, auditivas, de lenguaje, amputación de miembros, etc. ■ Atención de alteraciones e incapacidades mentales, genéticas o congénitas. Ej. Síndrome de Down, psicosis etc. ■ Atención de alteraciones del desarrollo psicomotriz. Ej. dificultades para el aprendizaje, retraso escolar etc. ■ Atención de necesidades derivadas de eventos sociales traumáticos y estresantes. Ej. vandalismo, pandillaje, asalto, violación sexual, etc.
Disfunciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención de disfunciones familiares: Ej. relaciones familiares conflictivas, crisis familiares, eventos familiares estresantes.
Discapacidades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rehabilitación (médica, psicológica, familiar, social) de secuelas de enfermedades y daños.

Debemos recordar sin embargo, que si bien las necesidades descritas son comunes para la etapa de vida adolescente, algunas de ellas se tornan más específicas y prioritarias según se trate de adolescentes varones o mujeres y según los grupos de edad. Así por ejemplo, la alta mortalidad por "causas externas" en los adolescentes varones, estaría revelando una mayor necesidad de este grupo por educación en habilidades psicosociales para el autocontrol de las emociones y la resolución pacífica de los problemas, con lo cual puedan contrarrestar los imperativos sociales de reafirmación de su masculinidad mediante conductas violentas o temerarias.

Cuidados esenciales propuestos por el MAIS para las/los adolescentes

Para la atención de las necesidades de las y los adolescentes se ha establecido el siguiente paquete:

I. Atención de salud		Cuidados esenciales
Atenciones a la demanda		<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención a problemas agudos que no son emergencias ■ Atención a problemas crónicos ■ Atención a emergencias ■ Atención de discapacidades ■ Atención ambulatoria especializada ■ Atención complementaria en caso de hospitalización ■ Atención a personas con enfermedad en estado avanzado o terminal ■ Atención inmediata a la gestación, parto y puerperio
Atenciones programáticas	Atenciones individuales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Atención preventiva ■ Control periódico ■ Atención domiciliaria a personas en riesgo ■ Control odontológico ■ Consejería individual ■ Control de crecimiento y desarrollo ■ Atención en planificación familiar
	Atenciones grupales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejería familiar ■ Grupos temáticos vivenciales ■ Orientación familiar ■ Atención familiar domiciliaria ■ Grupos de ayuda mutua ■ Talleres integrales
II. Cuidados ofrecidos por la familia y otros actores sociales		Cuidados esenciales
Cuidados ofrecidos por la familia		<ul style="list-style-type: none"> ■ Acciones de prevención y promoción de la salud ■ Cuidados de la familia a miembros con problemas de salud crónicos, con discapacidad y/o disfuncionalidad o con enfermedades de mal pronóstico, en estado avanzado o terminal
Cuidados ofrecidos por otros actores sociales		<ul style="list-style-type: none"> ■ Información, educación y comunicación para el fomento del autocuidado de la salud de personas y familia ofrecida por personas con similares características y otros agentes de salud de la comunidad ■ Detección, referencia y seguimiento/ acompañamiento de personas y familia en riesgo y/o con daños a su salud, ofrecido por personas con similares características y otros agentes de salud de la comunidad ■ Información, educación y comunicación para el cuidado de salud bucal ofrecido por agentes sociales (promotor y profesores)
III. Autocuidado de la salud		Cuidados esenciales
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevención de riesgos y daños ■ Promoción de conductas saludables ■ Auto-exámenes de despistaje

IV. Atención de salud comunitaria	Cuidados esenciales
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acciones de control ambiental ■ Acciones educativo-comunicacionales en salud ■ Campañas de salud ■ Información y consejería utilizando tecnología de información y comunicación (TIC)

Al brindar el paquete de cuidados esenciales se debe considerar los sub grupos de edad y las necesidades específicas relativas al género. Así por ejemplo se debe enfatizar la oferta de consejería individual en métodos anticonceptivos (PF) a adolescentes sexualmente activas y activos entre 15 a 19 años, el control de crecimiento y desarrollo a adolescentes entre 10 a 14 años, el seguimiento de la gestación a la adolescente embarazada, la consejería para la prevención de accidentes a los adolescentes varones, entre otros cuidados.

6.2. Estrategias y Enfoques para la Atención Integral de Salud del Adolescente.

Estrategias.

La Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente señala como estrategias globales las siguientes:

- Servicios diferenciados y de calidad

Implica la creación y/o adecuación local de los servicios de salud a las necesidades específicas de las y los adolescentes, en horarios convenientes, bajo los principios de calidad, calidez, privacidad y confidencialidad, donde sean atendidos por personal capacitado para ofrecer una atención holística, que aborde la salud física, psicosocial, sexual, y reproductiva del adolescente, y que tome en cuenta el contexto familiar y comunitario.

Son servicios diferenciados los servicios que se ofrecen en ambientes exclusivos así como aquellos servicios que se ofrecen en espacios multifuncionales en horarios diferenciados.

- Integración multisectorial

Es la participación consensuada de los diferentes sectores para lograr el desarrollo integral de las y los adolescentes. Comprende además la abogacía con los decisores en el nivel local, regional y nacional, a fin de incorporar la temática de salud del adolescente como prioridad en los planes de desarrollo.

- Redes de soporte social

El trabajo en red es sumamente importante para los programas y servicios dirigidos a las y los adolescentes. Tanto la formación de redes proveedoras de servicios, así como redes generadas por los mismos adolescentes, sobre todo las de carácter local, son indispensables para garantizar el suficiente apoyo y la creación de un entorno favorable al empoderamiento y desarrollo integral de esta población.

- Participación ciudadana o comunitaria

Busca fortalecer la corresponsabilidad de las y los adolescentes y la comunidad en el desarrollo de acciones de salud relacionadas con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en todas sus fases (planificación, ejecución y evaluación). Implica promover nuevas prácticas de participación y de debate, de diálogo interpersonal y escucha, estableciendo acuerdos e intereses comunes, en el marco del actual proceso de descentralización.

- Formación de adolescentes como educadores de pares

Las y los adolescentes por su misma etapa de desarrollo tienen grandes posibilidades para actuar e influir positivamente sobre su entorno. Bajo esta premisa la estrategia de educadores implica la captación, selección, capacitación y formación de adolescentes mujeres y varones como educadores de sus pares generacionales en temas de salud integral.

- Familias Fuertes - Amor y Límites

Familias Fuertes es una estrategia educativa y de prevención dirigida a padres y madres, orientada a la prevención de conductas de riesgo en sus hijos o hijas adolescentes. Enseña a los padres y madres a establecer una comunicación efectiva, estimulándolos a proveer afecto y al mismo tiempo guía y límites. La estrategia también busca que los hijos e hijas adolescentes desarrollen empatía y aceptación hacia las recomendaciones y sentimientos de sus padres y madres, siendo capaces de tomar decisiones y proyectar su vida, tomando en consideración los valores y las oportunidades que su familia y la comunidad les ofrecen.

Enfoques

- Desarrollo

Implica ver a la población adolescente no desde sus carencias si no desde sus potencialidades y capacidades para convertirse en agentes de cambio cultural en salud. Las y los adolescentes son creativos, capaces de aprender y ejercer liderazgo. Sin embargo hay que recordar que su capacidad para aportar se verá facilitada o no si cuenta con oportunidades para satisfacer sus necesidades de desarrollo.

*"El destino de los jóvenes depende de ellos mismos, de su entorno y del apoyo y las oportunidades que les proporcionen los adultos"*⁴

- Integralidad

Supone reconocer al adolescente en su carácter multidimensional (bio psicosocial) y en el contexto de su familia y la comunidad en la que vive. Implica ofrecer intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de manera integrada y continua, orientando la atención a los aspectos físicos, nutricionales, psicosociales, de sexual y reproductiva y otros riesgos priorizados en esta población. Por ello, la atención integral requiere el trabajo de equipos multidisciplinares y polifuncionales, organizados en redes de servicios de salud y articulados por un sistema efectivo de referencia y contrarreferencia. También implica el abordaje intersectorial, vinculando las intervenciones del sector salud principalmente con los sectores de educación, trabajo, MIMDES⁵ y los gobiernos locales.

- Equidad

Implica reconocer que existen grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida de las personas, por tanto la atención del adolescente debe ser equitativa y debe priorizar la provisión de servicios a aquellas adolescentes de menores recursos, menores posibilidades, grupos minoritarios, atendiendo a sus necesidades específicas de salud según sub grupo de edad y género.

- Derechos

Promueve el reconocimiento de las y los adolescentes como sujetos con derecho a la salud y con responsabilidades para asumir su cuidado. El respeto a los derechos del adolescente se reflejará en una actuación responsable del trabajador de salud para aceptar su autonomía en cuanto a las decisiones relativas a su salud.

Los derechos en salud de las y los adolescentes incluyen entre otros los siguientes:

- Derecho a la atención integral de su salud.
- Derecho a recibir información sencilla, veraz y de acuerdo a sus necesidades, para prevenir conductas y evitar situaciones de riesgo.
- Derecho a vivir una sexualidad sana y segura, libre de violencia, presión y/o exclusión.
- Derecho a tener acceso a servicios (de salud, educativos y otros) de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
- Derecho a tomar las decisiones relacionadas a su salud y desarrollo integral, de manera libre e informada.

- Género

El género identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y quehacer femenino y masculino dentro de contextos específicos, también vincula a mujeres y varones dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

Este enfoque, conlleva a organizar la prestación de la atención integral en función de las necesidades específicas de adolescentes varones y mujeres. Implica que el personal de salud comprenda los procesos de construcción de las masculinidades y feminidades y que esté atento a identificar estereotipos de género que pueden reforzarlas negativamente.

- Interculturalidad

Implica reconocer, valorar y reivindicar las concepciones que tiene la población peruana sobre los procesos de salud y enfermedad. Busca identificar los aspectos culturales de los estilos de vida individuales y colectivos, que contribuyen a que se adopten determinadas prácticas de salud en las regiones y poblaciones particulares.

Supone respeto a las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas y adecuación de las acciones de salud según características y expectativas culturales de las y los adolescentes en cada región y localidad.

6.3. Organización de la Atención Integral y Diferenciada del Adolescente

La organización de la atención integral y diferenciada del adolescente comprende el conjunto de sistemas, procesos y acciones que permitirán el reordenamiento de la oferta sanitaria para producir prestaciones de salud orientadas a satisfacer las necesidades de los/las adolescentes.

6.3.1 Organización de los servicios⁶.

Los servicios para adolescentes deben adaptarse a las necesidades y requerimientos de los/las adolescentes y a las prioridades de cada región, así mismo deben responder a un conjunto de características que los hace "servicios amigables". Un servicio de salud es amigable para las y los adolescentes si cuenta con las siguientes características:

- **Accesibles geográficamente:** Instalados en todos los niveles de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles o religiosas.
- **Accesibles en horarios:** Atienden en horarios flexibles, los que no deben interferir con las actividades educativas o laborales de los/as adolescentes; estos horarios deben estar publicados en lugares estratégicos.
- **Accesibles económicamente:** Servicios gratuitos o de bajo precio.
- **Accesibles culturalmente:** Adaptados a la cultura local en lenguaje y costumbres, acordes a la edad, desarrollo y gustos de las y los adolescentes, ambientados con la participación de las y los adolescentes.
- **Confidenciales:** Cuentan con normas claras de confidencialidad para las/los adolescentes y sus padres/madres, las que deben estar disponibles y publicadas en lugares estratégicos. Considerar que la concurrencia de adolescentes a servicios de planificación familiar para adultos, de atención de las ITS, planificación familiar, etc. donde puedan ser identificados, limita su asistencia a estos servicios.
- **Integrales:** Brindan atención considerando al adolescente en sus diferentes esferas de desarrollo y sus múltiples necesidades, en el contexto de su familia y comunidad, estos servicios son articulados a una red de servicios e instituciones contribuyendo de este modo al desarrollo integral del adolescente su familia y comunidad.
- **Con enfoque de género:** Servicios que tengan en cuenta necesidades específicas de varones y mujeres. Ofrecen consejerías individuales y grupales que permitan analizar y eliminar la inequidad de género en la capacidad de decisión sobre su salud, su sexualidad y su desarrollo. Con permanente reflexión del personal de salud sobre sus propias prácticas que puedan sostener la inequidad de género.
- **Con intervenciones sustentables:** Es decir intervenciones sostenibles en el tiempo y en lo posible basadas en evidencias y articuladas con propuestas autogestionadas por la comunidad.
- **Con personal capacitado:** El personal que atiende a adolescentes debe estar capacitado y actualizado permanentemente, considerando necesidades específicas y poniendo énfasis en el mejoramiento continuo de la calidad. Es recomendable conformar

equipos multidisciplinarios en los establecimientos, sin embargo, cuando no es posible contar con equipos, el proveedor de salud en lo posible deberá estar en capacidad de trabajar con enfoque integral.

- **Con monitoreo y evaluación permanente:** El monitoreo de los procesos y la evaluación de los resultados deben hacerse permanentemente y con participación de los usuarios, miembros de la red, otras instituciones y organizaciones de la comunidad.

6.3.2 Tipo de servicios.

De acuerdo a la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente, los servicios se pueden organizar dentro del establecimiento de salud (intra mural) o fuera de él (extra mural).

- **Intramurales:** Se refiere a la organización de servicios dentro de los establecimientos de salud que pertenecen a la red de salud del MINSA. Estos pueden ser:

1. **Servicios en Ambientes Exclusivos:** Cuando se cuenta con ambientes usados solamente para la atención al adolescente. Éstos pueden contar con una gama de servicios, como: atención clínica, talleres formativos, actividades socioculturales y consejería en el marco de principios de confidencialidad y privacidad, ofrecidos de acuerdo a las necesidades de las y los adolescentes. Generalmente, tienen puerta de entrada directa o puerta a la calle, haciéndolos más accesibles a las y los adolescentes que los visitan.
2. **Servicios en Horarios Diferenciados:** Cuando no se cuenta con espacios exclusivos y éstos son multi funcionales, se establecen horarios de funcionamiento diferenciado para la atención del adolescente, considerando que éstos no interfieran con las actividades académicas y/o laborales de los potenciales usuarios.

Es imprescindible que los horarios de atención se encuentren publicados en lugares estratégicos.

El no contar con espacio exclusivo no es impedimento para la provisión de una atención integral de salud cuando las otras condiciones (personal capacitado, materiales, etc.) están dadas.

- **Extra murales:** La Norma técnica establece que la organización de los servicios abarca también a aquellos que pueden desarrollarse en otros espacios donde se encuentran las y los adolescentes. En este caso tenemos:

1. **Servicios Móviles para la Atención Integral:** Cuando los servicios de atención se trasladan a los espacios donde se encuentran las y los adolescentes, es decir “los servicios van donde las y los adolescentes están”.⁷
2. **Servicios en Instituciones Educativas:** Los servicios se organizan en coordinación salud-educación, en los centros educativos, institutos o universidades. Los llamados “espacios de escucha”, son una muestra de este tipo de servicios.

⁷ Un ejemplo de este tipo de servicio es el que desarrolló la ONG Kallpa Tadepa en Ayacucho, entre 1999 y 2002.

6.3.3 Pasos para la organización de un servicio.

1. Elaborar un diagnóstico de la situación de salud de las y los adolescentes y del contexto donde viven, con la finalidad de determinar cuáles son sus necesidades y prioridades locales de salud y desarrollo. Por otro lado se puede explorar sobre los gustos y preferencias referidas a las características de un futuro servicio, con una metodología participativa.
2. Analizar la disponibilidad de los recursos físicos y humanos en el establecimiento y/o red de salud, en los centros educativos, otras instituciones y organizaciones presentes en la comunidad.
3. Presentar el diagnóstico a los distintos actores y sectores de la comunidad, potenciales aliados estratégicos, con la finalidad de:
 - a. Involucrarlos en el diseño de servicios para adolescentes.
 - b. Suscribir compromisos de tipo técnico y financiero para la organización de los servicios para adolescentes.
4. Con los pasos previos, proceder a diseñar la modalidad intra mural y/o extra mural del servicio a desarrollar:
 - a. Servicio con ambiente exclusivo intra mural
 - b. Servicios en horario diferenciado Intra mural
 - c. Servicio móvil
 - d. Servicios en instituciones educativas
 - e. Otra modalidad, que resulte de las reuniones con aliados estratégicos.
5. En caso que se opte por la variante de ambiente exclusivo para la atención, se gestionará ante la autoridad competente del sector salud, la adecuación del espacio físico, considerando los recursos disponibles.
6. Organizar el servicio conjuntamente con las y los adolescentes, identificando los componentes o áreas de atención y servicios que se podrán brindar (en base al diagnóstico situacional de las y los adolescentes y el análisis de recursos disponibles).
7. Conformar el equipo de trabajo multidisciplinario que estará a cargo de la atención de las y los adolescentes.
8. Capacitar al equipo de trabajo multidisciplinario en temas de adolescencia y atención integral, consejería, estrategias de comunicación y habilidades para la vida, etc.
9. Una vez que el equipo de trabajo ha sido conformado, capacitado y reconocido oficialmente, por la autoridad del nivel que corresponda, elaborar un plan de trabajo del servicio que contemple un plan adicional de difusión.
10. Desarrollar el plan de difusión del servicio, tanto dentro de la institución como fuera de ella (instituciones educativas, organizaciones culturales y deportivas, etc.).
11. Brindar los servicios.
12. Monitorear y evaluar los servicios.

6.3.4 Referencia y contrarreferencia

Para asegurar la continuidad de la atención de las/los adolescentes, los servicios de salud deben estar organizados en redes de servicios, articulados por un sistema de referencia y contrarreferencia. Las referencias e inter consultas de las y los adolescentes a otros servicios deben ser personalizadas (con nombre del proveedor y horarios de atención). Para ello, se recomienda la organización de una base de datos con información sobre los servicios de salud que forman parte de la red y microred, los proveedores sensibilizados y/o los capacitados en atención del adolescente, las instituciones y organizaciones de la comunidad, las personas de contacto en ellas, los servicios que ofrece y horarios de atención.

Al hacer la referencia es necesario que el proveedor de salud:

- Explique y motive al adolescente acerca de la necesidad de recibir atención especializada, para lo cual se hará la derivación o referencia. Asegurarse que ella/él no piense que se le deriva porque no se desea atenderlo, sino más bien porque se quiere brindarle una atención especializada.
- De ser necesario, explique que debido a las características del caso, el orientador hará algunas acciones de seguimiento tales como visitas domiciliarias o a su centro educativo.
- Coordine permanentemente con los servicios de atención de segundo y tercer nivel próximos y con los otros servicios de la red de servicios de su jurisdicción, para garantizar la efectiva referencia y contrarreferencia.
- Realice las referencias y contrarreferencias de adolescentes de manera personalizada; es decir, con nombre del proveedor de salud al cual contactar, dirección y horarios de atención.
- Cree una base de datos compartida y actualizada permanentemente de servicios de salud, instituciones y otros servicios de la comunidad que atienden adolescentes; la atención que ofrecen, la dirección, teléfono, horarios, costos y persona de contacto.
- Coordine de manera periódica con los servicios intersectoriales que brinden algún tipo de atención a adolescentes para compartir información sobre algún caso en particular, para hacer vigilancia de factores de riesgo y factores de protección y para optimizar el funcionamiento de la red local de servicios intersectoriales.
- Verifique que la/el adolescente haya sido atendido en el servicio referido. Si no ha llegado, realizar el seguimiento respectivo según la gravedad del caso.
- Los espacios de coordinación deben ser institucionalizados de tal manera que la red de servicios sea sostenible en el tiempo y trascienda la buena voluntad de las personas.
- Considerar que la referencia incluye derivaciones a servicios y/o actividades de animación sociocultural o programas de formación de pares, etc, que brinde el establecimiento, la institución u otras organizaciones de la comunidad.

6.4. Provisión de la Atención Integral y Diferenciada del Adolescente.

Se ha definido la atención integral como la provisión continua y con calidad de una atención orientada a la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, para las personas, familias y comunidades. Dicha atención parte de un enfoque biopsicosocial y está a cargo de personal de salud competente, quienes trabajan con un equipo de salud coordinado, contando con la participación de la sociedad.⁸

6.4.1 Población objetivo.

La población a ser atendida es la comprendida entre los 10 y 19 años, considerando dos subgrupos:

- Adolescentes de primera fase: entre los 10 y 14 años.
- Adolescentes de segunda fase: entre los 15 y 19 años.

6.4.2 Atención integral del adolescente

La atención integral de salud del adolescente se inicia, en el primer contacto con el adolescente; ésta puede ser dentro del establecimiento de salud cuando acude por algún motivo de consulta (demanda espontánea o referencia), o cuando es captado, ya sea dentro del establecimiento de salud o fuera de él; en el primer caso, el adolescente puede ser acompañante de otro usuario o haber concurrido al establecimiento por otro motivo; en el segundo caso el adolescente puede ser captado en espacios donde ellos y ellas permanecen habitualmente (centro educativo, club, barrio, comunidad, etc.).

La atención integral comprende:

- A. Atención del motivo de consulta (cuando exista).
- B. Evaluación integral.
- C. Elaboración del plan de atención integral individualizado.
- D. Ejecución y seguimiento del plan de atención integral.
 - Intervenciones preventivo promocionales.

A. Atención del motivo de consulta

El motivo de consulta es la razón por la cual, la/el adolescente viene al servicio y solicita atención. El pedido de atención, puede ser por iniciativa propia, por iniciativa de su padre o madre, o puede ser que haya sido referido por sus maestros u otros especialistas. En cualquier caso, lo primero es atender el motivo de consulta con enfoque integral, que permita identificar y comprender sus necesidades y tipo de atención que requiere.

Recordar que, generalmente además del motivo de consulta manifiesto o explícito, podría existir otro motivo latente o no manifiesto. Por ejemplo, una adolescente que consulta por algún problema respiratorio, podría estar siendo víctima de violencia física; un adolescente que consulta por acné podría estar atravesando un cuadro depresivo; una infección vaginal podría esconder violencia sexual, etc. Por esta razón, además de una adecuada atención del motivo de consulta explícito, el enfoque integral supone explorar otros aspectos que podrían estar afectando la salud del adolescente y/o la de su entorno inmediato, lo que implica

además del recojo de datos referidos al motivo de consulta, la obtención y análisis de los antecedentes personales y familiares, riesgos de carácter físico, psicosocial y ambiental. Esta información puede ser obtenida a través de la anamnesis de tres fuentes principales: relato del adolescente, relato de su padre/madre o adulto acompañante y la interacción entre el adolescente y sus padres o adulto que lo acompaña. Esta información debe ser recogida y registrada utilizando el formato de atención integral (hojas 2,3 y 4 - ver anexos).

Algunas recomendaciones a tener en cuenta al hacer la anamnesis aparecen en el siguiente cuadro:

LA ANAMNESIS	
La entrevista con la/el adolescente	<p>Cuando la/el adolescente viene sola(o) a la consulta es necesario respetar su derecho a ser escuchada(o). Si se requiere de la presencia del padre, madre o persona adulta, será necesario hacérselo saber.</p> <p>Si viene acompañado de su padre, madre o persona adulta, es recomendable en algún momento hacer la entrevista a solas. Esto permite que la/el adolescente aprecie el interés del personal de salud hacia ella/el, demostrando que es merecedor de credibilidad en su relato y consideración como un ser diferente de sus padres.</p> <p>Se debe explicar al adolescente, que es norma del establecimiento, que alguno de sus padres o tutor esté presente en el examen físico.</p>
La entrevista con sus padres	<p>El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial del adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos.</p> <p>Si el padre y/o la madre concurren a la consulta, es importante incluirlos en la segunda parte de la consulta, ya con la autorización de la/el adolescente.</p>
La entrevista conjunta	<p>La interacción adolescente-padre/madre o adulto acompañante, es un importante aporte diagnóstico y pronóstico.</p> <p>La devolución de la información y resultados de los exámenes practicados, debe estimular los aspectos positivos que se han percibido en la consulta. Involucrar al adolescente en la sospecha o certeza diagnóstica y entregar las recomendaciones y medidas necesarias para resolver los aspectos que interfieren con el desarrollo y que han sido identificados.</p>

B. Evaluación integral

La evaluación integral del adolescente comprende el Control de Crecimiento y Desarrollo, a través del cual se obtiene información referida a la salud del adolescente, el mismo que será complementado con la información recogida durante la atención del motivo de consulta; esta información servirá para la elaboración del plan de atención individualizado. El proceso requerirá de más de una sesión, para ser completada ya que incluye:

- a. Evaluación del crecimiento físico y estado nutricional.
- b. Evaluación del desarrollo sexual.
- c. Evaluación de la agudeza visual.
- d. Evaluación de la agudeza auditiva.
- e. Evaluación físico postural.
- f. Evaluación del desarrollo psicosocial.
- g. Tamizaje de violencia.
- h. Identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial.

a. Evaluación del crecimiento físico y estado nutricional

Para la evaluación del estado nutricional la técnica más utilizada es la antropometría, utilizando las medidas de peso y talla, los indicadores recomendados para la población adolescente son el cálculo del índice de masa corporal (IMC) y el índice de talla para la edad (T/E). Los patrones de referencia utilizados son los recomendados por la NCHS (National Center for Health Statistics).

Procedimiento para la evaluación del estado nutricional:

1. Se obtendrá el peso y la talla del/la adolescente observando rigurosamente la técnica antropométrica establecida.
2. Calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg.}}{(\text{Talla en mt.})^2}$$

3. Registrar en las tablas de IMC de acuerdo al sexo del/la adolescente.
4. Clasificar el estado nutricional de acuerdo al percentil obtenido.

Tabla de clasificación del estado nutricional de acuerdo a IMC

Estado nutricional	Punto de corte (percentiles)
Adelgazado (desnutrido)	< 5 PC
Riesgo de delgadez	5 - <10 PC
Normal	≥10 - 85 PC
Sobrepeso	≥85 - 95 PC
Obesidad	≥95 PC

Fuente: IDEM al diálogo OMS 1997 / Tabla CDC 2000.

Procedimiento para la evaluación del crecimiento:

1. Se obtendrá la talla del/la adolescente observando rigurosamente la técnica adecuada.
2. Registrar en las tablas de Talla para la Edad (T/E) de acuerdo a la edad y sexo del/la adolescente.
3. Clasificar el estado del crecimiento de acuerdo al percentil obtenido.

Tabla de clasificación del estado de crecimiento de acuerdo a Talla/Edad

Crecimiento	Punto de Cohorte (percentiles)
Talla baja	< 5 percentil
Riesgo de talla baja	5 a < 10 percentil
Normal	10 a 90 percentil
Ligeramente alto	>90 a 95 percentil
Normal alto	> 95 percentil

Fuente: Center Disease Control CDC 2000.

4. La velocidad de crecimiento se evalúa observando la curva graficada a partir de dos mediciones de la talla, las mismas que estarán separadas por un intervalo de tiempo mínimo de 3 meses. Se considera una velocidad de crecimiento normal cuando la curva de crecimiento es paralela a los percentiles establecidos como normales, considerar que:
 - La velocidad de crecimiento prepuberal es de 5 a 6 cm. cada año
 - La velocidad de crecimiento puberal es de 10 a 12 cm. cada año
5. Una vez determinada la clasificación, se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los hallazgos:
 - Si el crecimiento y estado nutricional del adolescente son normales, se debe citar al control anual establecido.
 - Si el crecimiento y el estado nutricional muestra alguna alteración (peso menor al esperado, sobrepeso o talla ligeramente alta o ligeramente baja), incluir el seguimiento dentro del plan de atención.
 - En caso de encontrar alteraciones en el crecimiento y estado nutricional, investigar las causas probables (enfermedades, malos hábitos, alteraciones del apetito, actividad física, entorno familiar, etc.) e indicar tratamiento, referencia y/o medidas complementarias en el Plan de Atención Integral.
 - Si el o la adolescente se encuentran con desnutrición, obesidad, talla baja o alta, se le refiere a un servicio de atención especializado. Una vez resuelto el problema, se continua con el resto de actividades del Plan de Atención Integral, en el primer nivel.
 - Si a la observación clínica o como producto de la evaluación integral se identificaran en el/ la adolescente signos o síntomas de algún problema de salud física o nutricional, se le indicará una evaluación bioquímica nutricional. Conocido el resultado se le dará el tratamiento debido o se referirá al establecimiento con capacidad resolutive, continuando en el primer nivel con el Plan de Atención Integral.

Evaluación bioquímica nutricional

Indicador	Problemas asociados
Hematocrito y hemoglobina	Anemia: Mujeres: Hb < 12 gr y Hto < 36% Varones: Hb < 13 gr y Hto. < 39%
Glucosa	Diabetes juvenil o tipo II > 160 mg/dl
Perfil lipídico	Hiperlipidemias Colesterol ≥ 200 mg/dl Triglicéridos > 110 mg

b. Evaluación del desarrollo sexual según Tanner

En general y a nivel mundial, se observa un inicio cada vez más temprano de la pubertad, es decir la aparición de los caracteres sexuales secundarios. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios se evalúa con los estadios de maduración sexual modelo según Tanner⁹.

Pubertad normal mujeres	Pubertad normal varones
<p>Inicio entre los 8 y 13 años</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tanner I: No hay cambios ■ Tanner II: Aparece el botón mamario (estadio M II), luego o al mismo tiempo el vello pubiano (VP II) ■ Tanner III: Mama en forma de cono, aceleración del crecimiento, menarquia ■ Tanner IV: Mama con doble contorno, (areola y pezón) ■ Tanner V: Mama adulta 	<p>Inicio entre los 9 y los 14 años</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tanner I: No hay cambios ■ Tanner II: Aumento del volumen testicular (>3cc), puede aparecer el vello pubiano (VP II) ■ Tanner III: Crece el pene, aparece vello axilar y facial, cambios de voz, primera polución ■ Tanner IV: Engrosamiento del pene y desarrollo de testículos y escroto ■ Tanner V: Genitales adultos

La evaluación del desarrollo sexual del adolescente según Tanner, se puede realizar de dos maneras:

- Tamizaje mediante gráficas.
- Examen del desarrollo sexual propiamente dicho.

1. Tamizaje mediante gráficas

Esta modalidad de evaluación se aplicará en el primer nivel de atención y estará a cargo del personal de salud capacitado en el tema.

Para realizarlo, se requiere disponer de las gráficas o cartillas de desarrollo sexual para mujeres y para varones según modelo Tanner.

El procedimiento es el siguiente:

- a. Explique al adolescente la importancia de conocer cómo está creciendo y madurando. Para ello, dígame, que le mostrará unas gráficas donde se puede observar el desarrollo de las personas desde que son niños hasta adultos.
- b. Muestre la gráfica de varón o mujer, según se trate de un o una adolescente.
- c. Solicite que mire las gráficas y que señale aquella, que se asemeje más a su desarrollo físico sexual.
- d. Proceda a comparar el desarrollo físico sexual señalado por la/el adolescente, con la edad que previamente ha consignado.
- e. Una vez clasificado el estadio de desarrollo sexual que le corresponde, proceda a registrarlo en la HC.

⁹ Ver gráficos en anexos.

2. Examen del desarrollo sexual propiamente dicho

Este examen debe ser hecho por profesional de salud capacitado y especializado. Cuando no se cuente con el personal médico se deberá hacer la referencia al establecimiento con capacidad resolutive.

Este examen solo deberá realizarse cuando sea estrictamente necesario para establecer un diagnóstico.

Requiere de la presencia y autorización del padre/ madre o tutor (a).

Cuando existan obstáculos por parte del adolescente para realizar el examen, o sus padres no han autorizado el examen o no están presentes, se debe posponer a una consulta posterior hasta lograr la condiciones ideales.

Es necesario encontrar un delicado equilibrio entre la "no-agresión" al adolescente y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para su salud. Algunas/os adolescentes quieren reafirmar su normalidad y esperan ansiosas/os este examen, otras/os manifiestan pudor o temor a lo desconocido.

El procedimiento que deberá ser realizado por profesional de salud capacitado es como sigue:

- a. Explique al adolescente el objetivo del examen y cómo se realizará el procedimiento, mostrándole los elementos a utilizar en el mismo (espéculo, orquidómetro).
- b. Antes de comenzar el examen cerciórese de tener a mano todos los elementos necesarios para un buen y adecuado examen, ejemplo espéculos adecuados (en el caso de las mujeres).
- c. Realice el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.
- d. Si la/el adolescente no ha iniciado relaciones sexuales, es muy joven y presenta riesgos que justifiquen el examen, por lo menos uno de sus padres o tutor debe autorizar el procedimiento.
- e. Cubra al adolescente. No es preciso que esté totalmente desvestida/o.
- f. Promueva que la/el adolescente participe activamente y colabore con la exploración.
- g. Si el padre o la madre prefiere esperar afuera o el adolescente acude solo, otro profesional de la salud (médico, enfermera, obstetriz, etc.) deberá estar presente durante el examen. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales, en particular cuando el profesional de salud que realiza el examen es del sexo contrario al del adolescente.
- h. Mientras se realiza el examen de las mamas y genitales a la adolescente se le debe enseñar a reconocer su anatomía, como forma de distinguir futuras alteraciones. Puede emplearse un espejo para familiarizar a la adolescente con la anatomía de sus genitales externos.

Clasificación de la madurez sexual.

Según los hallazgos obtenidos de la evaluación, la madurez sexual se clasifica, de la siguiente manera:

- **Adecuada:** Cuando los caracteres sexuales secundarios y crecimiento de los órganos genitales presentan un desarrollo correspondiente a su edad y sexo, teniendo en cuenta los rangos normales (ver anexo).
- **Precoz:** Cuando los caracteres sexuales secundarios y crecimiento de los órganos genitales presentan un desarrollo mayor que los correspondientes a la edad y sexo (habitualmente antes de los 9 años de edad).
- **Retardada:** Cuando no hay presencia de caracteres sexuales secundarios a los 14 años.

Si la maduración sexual es adecuada, se debe citar al control anual establecido. Si la maduración sexual es precoz o retardada, se deberá referir a un servicio de atención especializada y una vez solucionada ésta, continuar con el plan de atención integral en el primer nivel.

¿Para qué y cómo realizar el examen genital en las/los adolescentes?

Este examen busca detectar la presencia de signos de alguna posible anomalía y debe ser realizado por un profesional de salud capacitado o especializado, en presencia del familiar y con la aceptación del examinado. NUNCA A SOLAS.

<p>En adolescentes sin inicio de relaciones sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examinar mamas en el varón y la mujer. ■ Inspeccionar genitales externos en varones y mujeres. ■ Valorar el vello pubiano en varones y mujeres. ■ Valorar el tamaño del clítoris. ■ Evaluar secreciones vaginales normales o anormales. ■ Inspeccionar el himen: características, permeabilidad. ■ Inspeccionar la vagina: permeabilidad, malformaciones. ■ Examinar el pene: longitud, lesiones, corrimiento del prepucio, hipo o epispadias. ■ Examinar los testículos: ausencia, tamaño, tumoraciones, varicocele, hidrocele. ■ Evaluar lesiones perineales/genitales en varones y mujeres.
<p>En adolescentes con inicio de relaciones sexuales</p>	<p>Además de lo anterior, si corresponde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inspeccionar el cuello uterino y la vagina con espéculo. ■ Realizar tacto vaginal. <p>Si corresponde hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tomar muestras para citología oncológica cervical. ■ Tomar muestra de flujo vaginal para diagnóstico de ITS. previo examen y valoración de las características del flujo. ■ Toma de muestra de secreción uretral para diagnóstico de ITS. El despistaje de ITS incluye el seguimiento. ■ Se debe realizar un VDRL (Serología para Sífilis) en todas las y los adolescentes que tengan factores de riesgo y se debe continuar con estricto seguimiento y tratamiento. ■ Penescopía para valoración de infección por HPV (Papiloma Virus Humano) y otras lesiones, en los grupos de riesgo. ■ Colposcopía, ante PAP anormal. ■ Tacto rectal, si por algún motivo estuviera indicado.

c. Evaluación de la Agudeza Visual

La valoración de la agudeza visual se considera un indicador trazador del estado de salud ocular de un individuo, el instrumento a usar para tal efecto es la Cartilla de Snellen, que permite determinar la magnitud de la agudeza visual de una persona; dicho de otra forma, valora la capacidad para ver en detalle las cosas que nos rodean.

1. Equipo y ambiente necesarios:

- Elegir un ambiente amplio, con luz natural o iluminación adecuada.
- Cartilla de Snellen.
- Puntero.
- Oclusores.
- Hojas de registro e historia clínica.

La Cartilla de Snellen, consta de un conjunto de letras de diferentes tamaños y que se encuentran distribuidas en filas equidistantes unas de otras; en el lado izquierdo de cada fila se aprecia una valoración en forma de quebrado, donde el numerador permanece con igual valor en cada fila y es indicativo de la distancia a la que se realiza la prueba (20 = veinte pies o 6 metros lineales), por otro lado, el denominador varía en cada fila y refleja la magnitud del compromiso visual de la persona. Así tenemos que a una persona que solo alcanza a ver la letra superior de la cartilla a 6 metros (20 pies), le corresponde una agudeza visual de 20/200.

Esta cartilla consta de 2 caras, una de las cuales consta de filas de letras "E" en diferentes posiciones, y que se utiliza en la valoración de los niños, personas iletradas o poco colaboradoras. La otra cara consta de un conjunto de letras que permite la valoración de las personas alfabetas. Así mismo, se encontrará una línea horizontal de color verde y otra roja, que limitan un conjunto de filas de letras, cuya visualización denota el rango esperado de agudeza visual dentro de la normalidad para la población en general. Para el registro se utilizan un conjunto de siglas que son de uso común:

AV = Agudeza visual.

OD = Ojo derecho

OI = Ojo izquierdo

SC = Sin corrección (sin gafas correctoras)

CC = Con corrección (con gafas correctoras)

2. Procedimiento

1. La toma de la agudeza visual se deberá ejecutar en ambientes con buena iluminación, de preferencia con luz de día y evitando que la fuente de luz, refleje sobre la cartilla de Snellen.
2. La cartilla deberá colocarse a una distancia de 6 metros en línea recta con el/la adolescente a examinar, procurando que sus ojos se encuentren a la altura de la línea verde de la misma.

3. Se preguntará al adolescente si sabe leer o reconoce las letras de la cartilla, a fin de escoger la cara de la cartilla a utilizar.
4. Si el adolescente es usuario de gafas correctoras para visión de lejos, deberá colocárselo antes de iniciar la prueba.
5. La agudeza visual se toma ojo por ojo, iniciándose la valoración en el ojo derecho por convención, para luego alternar con el ojo izquierdo. Mientras se examina uno de los ojos, el otro deberá cubrirse con la palma de la mano del adolescente u ocluidor de madera; sin hacer presión contra el ojo. Evitar tapar el ojo con los dedos.
6. Para una mejor valoración se debe indicar a los familiares que no intervengan o induzcan las respuestas al examinado mientras dure la prueba.
7. El examinador deberá colocarse a un lado de la cartilla y con una vara o lapicero señalar debajo de cada letra, iniciando en la letra superior y finalizando en aquella letra que no ve o se equivoca. En el caso de los iletrados, se le pedirá al paciente que señale con su mano hacia donde se dirigen las "patitas" de la letra "E"; en este último caso, se puede confeccionar en papel o cartón una letra "E" que se entrega al paciente para que responda con ella.
8. El examinador anotará el quebrado de la última línea que leyó el paciente de manera correcta por cada ojo y ello corresponderá a la valoración de la agudeza visual monocular. Por ejemplo, si el adolescente leyó correctamente con sus gafas puestas la fila de letras encima de la línea roja con el ojo derecho y con el ojo izquierdo, la fila encima de la línea verde; entonces deberá anotar:

AV (CC) = OD: 20/20 - OI: 20/30.

9. Todo adolescente que en la valoración de la agudeza visual no se encontrara en el rango de lo normal (20/20 - 20/25), deberá derivarse a un profesional oftalmólogo, a fin de que determine la causa de la misma.
10. Es bueno recordar lo siguiente:
 - En los niños y adolescentes predominan los problemas de vicios de refracción no corregidos (falta de anteojos), ambliopía (ojo perezoso), estrabismos (ojos desviados) y cataratas (pupila blanca).
 - En personas adultas y adultas mayores, existe una mayor prevalencia de problemas oftalmológicos como catarata, glaucoma, retinopatía diabética, degeneración macular relacionada con la edad y vicios de refracción no corregidos.
 - Todos estos problemas repercuten sobre la agudeza visual del individuo y por ello deben detectarse tempranamente, evitando de esta manera las secuelas de baja visión o ceguera.

d. Evaluación de la agudeza auditiva.

La agudeza auditiva es la capacidad que tiene el hombre de escuchar a través de las ondas sonoras que llegan al oído y son transmitidas por cada una de sus partes para convertirlos en impulsos nerviosos que nos dan como resultado la percepción de sonidos, música y lenguaje hablado. El oído es uno de los sentidos más importantes para el aprendizaje y representa una de las funciones primordiales para la vida, pues cuando una persona no escucha bien, tiene problemas para modular su voz y para hablar. Los problemas de agudeza auditiva se presentan en dos de cada 10 niños y sus orígenes son diversos, por lo tanto su detección y tratamiento oportuno permitirá disminuir los efectos negativos en el desarrollo integral del adolescente.

1. Equipo y ambiente necesarios:

- Elegir un ambiente privado y exento de ruidos molestos.
- Un reloj de cuerda (tic-tac).
- Hojas de registro o fichas clínicas.

2. Procedimiento

1. Explique a los adolescentes la importancia que tiene el oír para su salud y para el aprendizaje.
2. Antes de iniciar la prueba, retire aretes, pasadores y lentes a quienes los posean.
3. Examine primero el oído derecho y luego el izquierdo.
4. Pregunte al padre, madre o adulto tutor que acompaña al adolescente por cualquier signo o síntoma de sordera. Si el/la adolescente viene solo/a a la consulta, pregúntele si tiene o ha tenido algún problema para escuchar:
 - ¿Le han dolido los oídos?
 - ¿Le pican constantemente?
 - ¿Vive en un ambiente ruidoso?
 - ¿Le ha salido algún tipo de líquido por los oídos?
 - ¿Utiliza señas como comunicación?
5. Puede utilizarse cualquiera de las dos pruebas que se describen a continuación.
 - Prueba N° 1: Sostenga un reloj de cuerda (tic-tac) a 15 o 20 cm. por detrás la cabeza del adolescente. La mayoría de personas pueden escucharlo.
 - Prueba N° 2: Utilizando voz baja, haga que adolescente realice las siguientes órdenes y al mismo tiempo ensordezca el oído contrario frotándolo con un papel.
 - Muéstreme los ojos
 - Muéstreme las manos

- ¿Dónde están sus pies?
- Alcánceme el lápiz.
- Siéntese.

3. Registro e interpretación:

Cuando se aplica la prueba N° 1. El sonido producido por un reloj (tic-tac) a la distancia y condiciones recomendadas en la prueba, puede ser oído por cualquier persona con una agudeza auditiva normal, de no ser así, solicitar inter consulta y/o referir al adolescente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para su evaluación por un especialista.

Cuando se aplica la prueba N° 2. Si de las cinco órdenes presentadas no respondió a 3 por cada uno de los oídos, repita la prueba y si nuevamente no responde, solicitar inter consulta y/o referir al adolescente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para su evaluación por un especialista.

e. Evaluación Físico Postural.

Se entiende por postura, la correcta alineación que guardan las distintas partes del cuerpo humano, tomándose como base la posición del pie, una correcta postura es importante por estar íntimamente relacionada con la salud integral de la persona.

Las alteraciones de la postura suelen pasar inadvertidas dado que al inicio no causan mayores molestias, siendo la mayoría de las veces demasiado tarde para corregir totalmente la alteración. Por esa razón, la evaluación físico postural realizada como parte de una evaluación integral y rutinaria es el más efectivo método de detección precoz, por cuanto se evalúa al individuo durante la infancia y la adolescencia, período en que el tratamiento de cualquier alteración resulta más efectivo.

1. Equipo y ambiente necesarios:

- Ningún equipo en especial.
- Elegir un ambiente privado, totalmente protegido de miradas de personas extrañas.
- Hojas de registro o fichas clínicas.

2. Procedimiento

El examen de postura se realiza de la siguiente manera:

- a. Explique al adolescente que el procedimiento consiste en observar su espalda y que usted evaluará las curvas que la columna vertebral presenta normalmente.
- b. Indique que el examen requiere que se descubra la espalda y se ponga en posición doblada en 45°. Es mejor que usted dé el ejemplo.
- c. Observe alguna exageración o desviación de la columna.
- d. Evalúe vicios posturales y en ese caso brinde educación.

- e. Evalúe presencia de escoliosis, hiperxifosis dorsal (dorso curvo) y/o hiperlordosis lumbar. En caso de escoliosis determinar si se trata de un trastorno funcional o verdadero. Los/las adolescentes con alteraciones de la postura deben ser referidos a un establecimiento con capacidad resolutoria, para evaluación por un especialista, quién determinará el tratamiento a seguir.

f. Evaluación del Desarrollo Psicosocial

El desarrollo psicosocial es el proceso de maduración psicológica y social de la persona, que es influenciado por una serie de factores internos (herencia) y externos (medio ambiente, educación, cultura, amigos, etc).

Cuadro 1: Desarrollo Psicosocial Esperado del Adolescente de 10 a 19 años.

Etapa	Independencia	Identidad	Imagen	Pensamiento
Adolescencia temprana: 10 - 13 años	Menor interés en los padres, intensa amistad con pares del mismo sexo, interés por el sexo opuesto, desafíos a la autoridad, necesidad de privacidad y pertenencia.	Aumento de las habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía, estado de turbulencia, falta de control de los impulsos, metas vocacionales irreales. Búsqueda de modelo a seguir.	Preocupación por los cambios en el esquema corporal, incertidumbre acerca de su apariencia. Búsqueda de aprobación.	Su forma de pensar le permite establecer relaciones simples (el pensamiento tiende a ser aún concreto) con fines muy inmediatos. Ej. Es capaz de establecer relaciones entre dos conceptos diferentes, rescataando su función.
Adolescencia media: 14 - 16 años	Periodo de máxima interrelación con los pares y de gran conflicto con los padres, sobredimensión de la capacidad de autonomía, preocupación por el área sexual.	Conformidad con los valores de los pares, sentimiento de invulnerabilidad, conductas omnipotentes generadoras de riesgos, búsqueda de modelos de identificación.	Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo.	Comienza la capacidad de pensar en forma abstracta, y de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Ej. Es capaz de cuestionar normas, reglas y de proponer cambios.
Adolescencia avanzada: 17 - 19 años	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones se vuelven más íntimas y con mayor compromiso afectivo que antes. El grupo de pares se torna menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de establecer relaciones íntimas y con compromiso afectivo.	Aceptación de la imagen corporal.	La capacidad de abstraer se modifica hacia la de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida en común de pareja, etc. Ej. Se proyecta hacia el futuro, estableciendo proyectos de vida.

La evaluación del desarrollo psicosocial, tiene por objeto valorar el nivel de desarrollo alcanzado por la/el adolescente, nos permite conocer en qué medida su comportamiento está dentro de los parámetros que se espera para su edad y en qué medida goza de bienestar emocional.

Considerando que la adolescencia es una etapa donde las relaciones interpersonales se intensifican como característica importante del desarrollo psicosocial del adolescente en sus diferentes etapas, se hace indispensable que éstos desarrollen las habilidades necesarias a fin de que estas relaciones con otros tengan resultados favorables contribuyendo de este modo con su desarrollo integral. En ese marco, como parte de la evaluación integral del adolescente, se realizará la Evaluación del desarrollo de las Habilidades Sociales y Habilidades para el control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad.

1. Procedimiento e instrumentos

1. El instrumento a utilizarse para realizar la evaluación es el **Test de Habilidades Sociales** (ver anexos). Seguir los siguientes pasos para la calificación e interpretación:
2. Calificar las respuestas del adolescente comparando con la clave de respuestas (ver anexos).
3. Sumar las puntuaciones del número 1 al 12 correspondiente al área de Asertividad. Luego las preguntas del 13 al 21, que corresponden al área de Comunicación; las preguntas 22 hasta la 33 que corresponden al área de Autoestima y del 34 al 42 que corresponden al área de Toma de Decisiones.
4. Los puntajes obtenidos en cada área son llevados al cuadro de categorías de las habilidades Sociales (HHSS).
5. Elaborar el perfil de diagnóstico de las Habilidades Sociales (HHSS).
6. La interpretación es la siguiente:
 - Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría de Promedio** en la suma total de las áreas corresponden a personas que **requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales**.
 - Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría Promedio Alto** en la suma total serán consideradas como **personas con adecuadas habilidades sociales**.
 - Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría Alto y Muy Alto** serán consideradas como **personas competentes en las habilidades sociales**.
 - Por el contrario las personas que puntúen en la **Categoría Promedio Bajo**, serán calificadas como **personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento** para una mayor competencia.
 - Los que se ubiquen en la **Categoría Bajo y Muy Bajo**, serán consideradas como **personas con déficit de habilidades sociales** (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones), **lo cual los puede situar como adolescentes en riesgo**.

7. Evaluar el desarrollo de Habilidades para el control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad, utilizando el Cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión (ver anexos) y seguir los siguientes pasos para la calificación e interpretación:
8. Comparar las respuestas del adolescente con la clave de respuestas.
9. Sumar las puntuaciones del número 1 al 11 correspondiente al área de Irritabilidad, del 12 al 18, referente al área de Cólera, del 19 hasta la 42 correspondiente al área de Agresividad.
10. Los puntajes obtenidos son llevados al cuadro de categorías de cada área.
11. Interpretar de la siguiente manera:
 - Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría de Promedio** en cualquiera de las áreas serán interpretados como respuestas de **personas que tienden a responder con ciertos descontroles de Irritabilidad, Cólera o Agresividad**.
 - Los puntajes en las **Categorías Alto y Muy Alto** en cualquiera de las áreas serán consideradas como **respuestas de personas con bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Cólera y Agresividad**.
 - Los puntajes que se ubiquen en las **Categorías Bajo y Muy Bajo**, serán consideradas como de personas que presentan **mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad**.

g. Tamizaje de violencia

La violencia en sus diferentes formas es un problema de salud pública, que afecta principalmente a los/las adolescentes y que requiere ser abordado a fin de disminuir su incidencia e impacto negativo en el desarrollo integral del adolescente.

Su detección y atención oportuna permitirá disminuir los daños y secuelas que esto trae consigo, por lo tanto como parte de la evaluación integral y de manera rutinaria se realizará el tamizaje de violencia.

1. Procedimiento e instrumento.

1. El instrumento a utilizarse para realizar el tamizaje de violencia es la **“Ficha de Tamizaje de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil”** (ver anexos).
2. El proceso de tamizaje además de la aplicación de la ficha implica observar en el adolescente indicadores de maltrato o violencia física, psicológica, abuso sexual y signos de maltrato por negligencia; observar también algunos signos en los acompañantes (familia, profesores, empleadores etc.); así mismo se debe formular algunas preguntas de sospecha.¹⁰
3. La orientación, referencia y tratamiento de los adolescentes en situación de violencia, detectados, se realizará de acuerdo al protocolo establecido en las normas para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil.¹²

h. Identificación de factores de riesgo y de protección

Las y los adolescentes presentan una alta vulnerabilidad y exposición a situaciones de riesgo. En tal sentido, el diagnóstico de vulnerabilidad y exposición al riesgo así como a los factores protectores o de resiliencia, no es permanente ni estable, sino que se limita al momento en que se realiza. Por lo tanto:

- la identificación de estos factores debe hacerse como parte de la evaluación integral anual, lo cual permitirá determinar tempranamente la vulnerabilidad, riesgo y resiliencia de las y los adolescentes.
- la detección de conductas de riesgo y de protección debe hacerse periódicamente mientras se cumple con el plan de atención integral previsto para la/el adolescente, a fin de aprovechar oportunidades en salud.

Los factores de riesgo y protección pueden ser explorados a través del interrogatorio para realizar la anamnesis; también se obtienen como resultado de la aplicación de los diferentes instrumentos durante la evaluación del crecimiento y desarrollo. Deben consignarse en la Historia Clínica.

A continuación se presenta un listado de los factores de riesgo y factores protectores a ser tomados en cuenta:

Tipo	Factores de riesgo
Personales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poco desarrollo de asertividad, autonomía, capacidad para la toma de decisiones ■ Baja autoestima ■ Inestabilidad emocional ■ Sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia frente a riesgos ■ Dificultades para planear y desarrollar proyectos de vida a largo plazo ■ Baja capacidad para tolerar las frustraciones ■ Dificultades para controlar impulsos
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presencia de violencia familiar ■ Miembros de la familia con conductas delictivas ■ Miembros de la familia con trastornos mentales ■ Miembros de la familia alcohólicos o consumidores de drogas ■ Muerte, separación o divorcio de lo(s) padre(s) ■ Ausencia física y/o psicológica del padre y/o la madre ■ Miembro de la familia víctima de abuso sexual ■ Madre y/o hermana embarazada en la adolescencia ■ Enfermedad crónica de uno de los padres ■ Bajo nivel educativo de los padres ■ Mudanza, migración familiar
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exclusión escolar ■ Entornos no saludables (delincuencia, violencia, comercialización/ consumo de drogas, etc) ■ Condiciones laborales riesgosas ■ Pobreza con exclusión social ■ Exposición a mensajes de los medios que promueven conductas de riesgo ■ Exposición a violencia social

Tipo	Factores protectores
Personales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Buena salud física, estado nutricional e imagen corporal propia adecuados ■ Apropriados hábitos de salud ■ Capacidad de simpatía: carácter positivo, amistoso ■ Capacidad de empatía: Respetar derechos y necesidades del otro ■ Buena relación con sus pares ■ Habilidades sociales para la comunicación y solución de problemas ■ Sentido del humor, experimentar esperanza, alegría, éxito, amor ■ Autoestima alta ■ Manejo adecuado del stress y tolerancia a la frustración ■ Auto eficiencia y autonomía de acuerdo a la edad, combinada con capacidad para pedir ayuda ■ Proyecto de vida: metas educacionales y vocacionales ■ Cuenta con un sistema de valores ■ Enfrenta la competencia escolar
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provee necesidades básicas: comida, techo, ropa, seguridad, atención de salud ■ Reconoce y valora al adolescente, entiende sus cambios y necesidades biopsicosociales ■ Dedicar tiempo al adolescente ■ Premia logros del adolescente ■ Establece comunicación asertiva y relaciones democráticas entre sus miembros ■ Estimula la independencia y responsabilidad de los/ las adolescentes ■ Desarrolla un equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados ■ Apoya las metas educacionales y/o vocacionales del adolescente ■ Provee de sistema de valores y modelos ■ Pertenece a un grupo religioso que promueve la unión familiar y la búsqueda de valores y significado en tiempos difíciles ■ Provee modelos y normas familiares claras que estimulen conductas, actitudes y relaciones saludables ■ Al menos una persona emocionalmente estable en la familia provee apoyo incondicional al adolescente ■ Otorga educación sexual
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Provee de oportunidades educacionales y vocacionales de calidad que permiten la realización de sus proyectos de vida ■ Provee espacios sociales que promuevan habilidades personales y sociales (actividades educacionales, recreativas, deportivas, etc.) ■ Otorga apoyo a familias de adolescentes con necesidades especiales ■ Dispone de legislación que proteja a adolescentes ■ Otorga servicios integrales y diferenciados de salud y educación para adolescentes ■ Otorga un medio ambiente libre de riesgos (tóxicos, violencia, contaminación) ■ Asegura transporte público y derecho a vivienda

Indicadores de riesgo específico para daños prevalentes en la adolescencia

Crecimiento y nutrición

- Malnutrición: Desnutrición o sobre peso (Alto Riesgo)
- Contacto TBC, Malaria, Bartonelosis (Alto Riesgo)
- Hipertensión arterial (Alto Riesgo)
- Diabetes tipo II (Alto Riesgo)
- Hiperlipidemia (Alto Riesgo)
- Preocupación excesiva por el peso
- Dietas frecuentes sin presentar sobrepeso (Alto Riesgo)
- Vómitos auto provocados (Alto Riesgo)
- Consumo de diuréticos o laxantes
- Amenorrea
- Historia familiar de obesidad, diabetes, cardiovascular
- Actividad física (ausencia o excesiva) y malos hábitos alimenticios

Salud Sexual y Reproductiva

- Inicio de relaciones sexuales sin protección, embarazo o aborto anterior (Alto Riesgo)
- Ausencia de otras expectativas fuera de la maternidad/paternidad
- VIH/SIDA (+) o alguna de sus parejas sexuales es VIH(+) o tiene SIDA (Alto Riesgo)
- Historial de ITS o pareja con ITS
- Múltiples compañeros sexuales (Alto Riesgo)
- Transfusiones de sangre
- Antecedentes de prostitución (Alto Riesgo)
- Adolescentes que viven en la calle y/o institucionalizados (Alto Riesgo)
- Consumo de drogas intravenosas (Alto Riesgo)
- Abuso sexual (Alto Riesgo) (por relato del/la paciente o signos / señales: lesiones o sangrado en zona genital o anal)

Desarrollo Psicosocial

- Bajo rendimiento escolar en relación a sus compañeros
- Abandono escolar o faltas injustificadas
- Conflictos o problemas de las relaciones interpersonales en la escuela con sus maestros y/o compañeros
- Problemas económicos o laborales de los padres o de la/el adolescente que entorpecen su escolaridad
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas (Alto Riesgo)
- Consumo de estimulantes
- Actitud tolerante hacia consumo de drogas
- Enojo, irritabilidad, hostilidad, sobrevaloración
- Ausencias del hogar reiteradas y sin previo aviso
- Plan suicida. Intentos previos (Alto Riesgo)
- Depresión (Alto Riesgo)
- Ansiedad (Alto Riesgo)
- Aislamiento familiar, social
- Ausencia de referentes
- Problemas con el sueño y el apetito
- Síndrome de estrés post-traumático
- Enuresis/encopresis secundaria
- Dolores abdominales y dolores de cabeza sin causa orgánica aparente
- Trabajo riesgoso (precocidad en la edad del adolescente, horario que interfiere con las actividades educativas y sociales, falta de seguridad legal, falta de condiciones de bioseguridad, dificultades en las relaciones interpersonales en el trabajo, etc.)
- Pertenencia a pandillas (Alto Riesgo)

La identificación de los factores de riesgo, conductas de riesgo y factores protectores nos señala el tipo de intervención apropiado para cada caso:

Nivel	Diagnóstico de riesgo	Intervención
Sin Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ■ No factores de riesgo ■ No conductas de riesgo ■ Sí factores protectores 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción de la Salud
Mediano riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si factores de riesgo ■ No conductas de riesgo ■ Sí factores protectores 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejería ■ Sesiones educativas ■ Talleres integrales
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sí factores de riesgo ■ Sí conductas de riesgo ■ No factores protectores 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se deriva a unidad con capacidad resolutoria para: <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento ● Rehabilitación ● Psicoterapia ● Grupos de ayuda mutua

C. Elaboración del Plan de Atención Integral Individualizado

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación integral y habiendo identificado la presencia o no de factores de riesgo y/o de daños, se elaborará en acuerdo con la/el adolescente, su padre y/o madre o adulto acompañante, un **Plan de Atención Integral Individualizado**, en el cual se consignarán los cuidados esenciales, servicios y atenciones requeridas para la promoción de su salud, prevención de daños y riesgos, recuperación y rehabilitación de los daños hallados; las referencias a servicios de la red y de otros sectores (Comisaría, DEMUNA, Defensorías escolares, organizaciones juveniles, etc.), así como los cuidados requeridos para la prevención y/o promoción de la salud de su familia.

La elaboración del Plan de Atención se inicia en el primer contacto con el adolescente, en algunos casos en el establecimiento de salud cuando ellos acuden por un motivo de consulta o como acompañantes; y otros, cuando son captados en espacios donde habitualmente se encuentran los adolescentes (centro educativo, club, barrio, comunidad, etc.). La elaboración del Plan se concluirá en la medida que se culmine con la evaluación integral, sin embargo esto no impide que pueda sufrir modificaciones en el período que dure el proceso de atención.

Las primeras actividades a programar en el plan de atención, generalmente, serán las sesiones para concluir con la evaluación integral, posteriormente y de acuerdo al resultado de la evaluación integral se programará el conjunto de atenciones necesarias para promocionar la salud, prevenir riesgos y daños y recuperar o rehabilitar la salud del adolescente y su familia.

El plan de atención se elaborará para un período determinado (01 año), finalizado este período deberá evaluarse teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades previstas y el impacto en la salud del adolescente y su familia. De acuerdo a este resultado se procederá a formular el Plan de Atención para un nuevo período.

El Plan de Atención así como el registro de las acciones ejecutadas en cumplimiento de este Plan deberán ser registradas en la historia clínica.

D. Ejecución y seguimiento del Plan de Atención Integral

La ejecución del Plan de Atención Integral Individualizado implica la provisión continua y con calidad de un conjunto de servicios en un período determinado (01 año), los mismos que han sido definidos inicialmente, en consenso con el prestador, adolescente, sus padres o adultos acompañantes.

Se considerará adolescente atendido integralmente, cuando éste haya recibido el 100% de servicios previstos en su Plan de Atención, cuya composición se ajustará al paquete de atención integral según el MAIS y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento y la red de servicios a la que pertenece.

En aquellos adolescentes que presenten daños, trastornos o enfermedades en cualquiera de los aspectos de su salud, el Plan de Atención Integral priorizará su atención recuperativa en el servicio y/o establecimiento que cuente con la capacidad resolutive; la atención de los daños se ajustará a guías clínicas y protocolos vigentes. Mientras eso ocurre, el establecimiento y/o servicio que refiere hará el seguimiento correspondiente mediante visita domiciliaria, comunicación con el servicio al cual se ha hecho la referencia y/o con una cita de control a su servicio. Una vez recuperada/o del daño o enfermedad, la atención continuará en el primer nivel y de acuerdo con lo consignado en el plan de atención integral, priorizando ahora las intervenciones preventivo - promocionales:

- **Intervenciones preventivo promocionales.** Definidas como el conjunto de acciones que permiten desarrollar y mantener la salud de los/las adolescentes su familia, comunidad y entorno, son las que en su mayoría constituirán el Plan de Atención Integral Individualizado.

a. Atención odontológica.

La atención odontológica en los/las adolescentes busca intervenir precozmente con medidas promocionales y de autocuidado (técnica de higiene bucal, dieta); de prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, fluorización), de pesquisa precoz de patologías bucales, de tratamiento (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias, etc), y seguimiento.

Todas estas intervenciones serán otorgadas en el primer nivel de atención como parte del paquete de atención integral y deberán estar dirigidas a todos los adolescentes que llegan al servicio por referencia o demanda espontánea. La atención odontológica incluye:

- **Anamnesis:** El odontólogo debe recabar antecedentes de salud del adolescente y familiares directos, hábitos alimentarios, hábitos disfuncionales y todo antecedente de salud general relevante para realizar el diagnóstico y tratamiento integral de su salud bucal.
- **Examen de Salud:** Es el examen clínico realizado por el odontólogo al adolescente, con el objeto de evaluar y controlar el normal crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático, sus condiciones actuales de salud-enfermedad;

prevenir enfermedades y diseñar un plan de tratamiento de recuperación e indicar su derivación oportuna, si es necesario. El examen de salud implica:

- **Examen Físico:** Comienza desde que el o la adolescente ingresa al consultorio, observándose su marcha, alteraciones posturales, asimetrías, etc. En el sillón dental se efectúa un examen de cuello, tiroides, ganglios, ATM, músculos periorales, piel y fanéreos, y simetría facial.
- **Examen Intraoral:**
 - Evaluar funciones básicas: deglución, respiración, masticación, lenguaje
 - Evaluar cronología de la erupción.
 - Revisión acuciosa de las diferentes estructuras intraorales: mucosas, faringe, paladar, lengua, piso de boca, frenillos.
 - Encía: Color, forma, tamaño y sangrado.
 - Dientes: Registrar diagnóstico de cada diente, según la Norma Técnica del Uso del Odontograma (Aprobado con RM N° 593-2006/MINSA).
 - Evaluar crecimiento y desarrollo máxilo dentario y máxilo mandibular.
 - Análisis y registro de oclusión: Línea media, over-bite (resalte o sobremordida), over-jet (entrecruzamiento), relación molar y relación canina.
- **Exámenes Auxiliares:** Cuando sea necesario se solicitará exámenes auxiliares, tomando en cuenta el nivel de resolución del establecimiento.
- **Diagnóstico:** Según resultado de la anamnesis y examen clínico.
 - **Diagnóstico de los factores de riesgo de la caries:** Dado el patrón de desarrollo de la caries dental y su alta prevalencia, la mayoría de adolescentes se encuentran en riesgo. Sin embargo, para evitar las consecuencias cada vez más severas y costosas de esta enfermedad, es necesario identificar los individuos que se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar caries, para de ese modo realizar actividades preventivas específicas y mantenerlos sanos el mayor tiempo posible. Existe un amplio rango de factores a considerar cuando asignamos un grado de riesgo en una enfermedad multifactorial como lo es la carie. Los más frecuentes son: placa dental, hábitos dietéticos, experiencia de caries, saliva e historia médica. La disponibilidad de recursos y tiempo no permitirá medir todos los factores de riesgo, por esta razón se priorizarán aquellos que son más relevantes y medibles por la anamnesis y la clínica.
 - **Diagnóstico de la enfermedad del sistema estomatognático:**
 - El diagnóstico precoz nos permitirá elaborar un plan de tratamiento oportuno, para limitar el daño.

- **Componente Educativo:** El adolescente recibirá información educativa, durante el examen de salud realizado por el odontólogo, respecto a hábitos saludables referidos a la salud bucal como, instrucción en técnicas de cepillado y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas y al consumo de sal fluorada. Se debe recomendar el consumo de sal fluorada en todos los adolescentes, independientemente de su edad y de su riesgo estomatológico. También recibirá educación grupal para reforzamiento periódico, ésta puede ser realizada en las escuelas o en el establecimiento.

El adolescente no solo debe ser instruido para que limpie correctamente su boca, sino también implica que sea lo suficientemente motivado para que adopte esta práctica como un hábito.

El componente educativo debe ser fortalecido y retroalimentado por el odontólogo o por el personal técnico capacitado, cada vez que el adolescente acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.

- **Prevención Específica:**
 - **Destartraje y Profilaxis:** Se deberá remover la placa bacteriana, cálculos y tinciones de la superficie expuesta y no expuesta del diente por medio del destartraje supragingival y pulido coronario, como una medida preventiva para el control de los factores irritativos locales.
 - **Sellantes:** Se aplicarán sobre el esmalte dentario sano de puntos y fisuras y en lesiones activas antes de su cavitación, para reforzar el diente y proteger las superficies vulnerables de la invasión bacteriana.
 - **Aplicación de fluoruros tópicos:** La utilización de fluoruros tópicos serán aplicados según riesgo individual. Los fluoruros se aplicarán con el objetivo de prevenir caries dentales o remineralizar caries incipiente.
 - **Tratamiento de la dentición temporal:** Es necesario porque la caries dental es un enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto su control es un factor protector de los dientes definitivos. Así mismo, los dientes temporales están entre los factores más importantes en la prevención de las maloclusiones, ya que sirven de guía de erupción de las piezas definitivas y contribuyen al desarrollo de los maxilares. La prevención de las maloclusiones se puede realizar con la conservación de los dientes temporales hasta el momento de su exfoliación normal, ya que si se extraen precozmente, se pueden producir problemas en el desarrollo del sistema estomatognático.

Al iniciar el tratamiento de recuperación es necesario realizar inactivación de caries de los dientes temporales.

- **Tratamiento de Enfermedades Bucales:** El tratamiento de las enfermedades bucales que son posibles de ser atendidas en los establecimientos del primer nivel de atención, se realizará de acuerdo a las Guías de Prácticas Clínicas Estomatológicas (Aprobado con RM N° 453-2005/MINSA).

- **Referencia y contrarreferencia:** Se realizará cuando haya necesidad de confirmar el diagnóstico, con exámenes auxiliares o para un tratamiento que requiera mayor complejidad; en estos casos referir al establecimiento con la capacidad resolutive correspondiente.

Los adolescentes de poblaciones excluidas y dispersas serán atendidos de acuerdo a la Norma Técnica de Atenciones Odontológicas Básicas para Poblaciones Excluidas y Dispersas (Aprobado con RM N° 453-2005/MINSA).

b. Inmunizaciones.

Verificar si el/la adolescente recibió todas las vacunas recomendadas para su edad, indicar vacunación de acuerdo al esquema vigente en el MINSA.

Vacuna	Edad/Población	Condiciones
DT (Toxoide Antidiftérico y Antitetánico)	Desde los 10 a 14 años: gestantes y adolescentes con inicio de menarquia. 15 a 19 años al 100% de la población femenina.	DT-1 Primer contacto con el servicio. DT-2 Al mes de la primera dosis DT-3 A los 6 meses de la segunda dosis DT-4 Al año de la tercera dosis DT-5 Al año de la cuarta dosis
Vacuna antihepatitis B	Desde los 10 años: En zonas endémicas. Población en riesgo: Trabajadores sexuales (TS) y HSH.	3 dosis: 1. A cualquier edad a partir de los 10 años 2. Al mes de la primera dosis 3. A los 4 meses de la primera dosis Contraindicaciones: de acuerdo a norma.
Fiebre amarilla	Desde los 10 años y en zonas endémicas.	1 dosis Contraindicaciones: de acuerdo a norma.
Sarampión Rubéola		Administración de una dosis al 100% de adolescentes. Contraindicaciones: de acuerdo a norma.

c. Consejería integral.

La consejería es un proceso de diálogo e interacción entre el consejero y el consultante, orientado a facilitar la comprensión y solución de problemas psico emocionales y físicos, generando un espacio educativo, de orientación y apoyo que busca promover cambios de conducta y el desarrollo de potencialidades para la toma de decisiones. Así mismo busca proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del adolescente que consulta y se centra en el tratamiento de un tema específico con enfoque integral. Puede ser individual o grupal.

Objetivos de la consejería:

1. Desarrollar y fortalecer habilidades para comprenderse mejor, valorar y cuidar su salud y buscar mejorar o modificar su comportamiento.

2. Ayudar al adolescente a reconocer sus necesidades y sentimientos como elementos valiosos para su desarrollo personal.
3. Favorecer la toma de decisiones informada y adecuada, evaluando los beneficios y riesgos de las diferentes alternativas, confrontándolos con sus intereses, necesidades, valores y proyecto de vida.
4. Favorecer la confianza en sí mismo y en su capacidad de autocontrol para la superación de sus dificultades.

Principios de la consejería:

- **Confidencialidad**

Implica mantener en reserva la información que la/el adolescente nos confía. Al inicio de la sesión, el orientador¹¹ debe asegurar el carácter confidencial de la consulta. Si debido al motivo de la consulta, es indispensable revelar la información a otros, se deberá comunicar al adolescente por qué es importante informar a otros, explicándole a quién, cuándo y cómo se procederá. Las situaciones en las que podría romperse el principio de la confidencialidad son:

- Situación de violencia, abuso sexual
- Víctima de explotación sexual y/o laboral
- Presencia de ideas autodestructivas y/o intento frustrado de suicidio
- Anorexia y bulimia
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de realidad
- Cualquier situación que ponga en riesgo la vida y seguridad del adolescente

Cuando exista la necesidad de romper la confidencialidad, hay que informar a los padres o adultos responsables con mucho tacto y criterio, proporcionando a la persona adulta sólo la información directamente vinculada y pertinente con el riesgo que se desea evitar en el /la adolescente.

- **Privacidad**

Los servicios para adolescentes deben garantizar el cumplimiento de este principio a lo largo de la ruta que siga la/el adolescente para su atención. El orientador debe garantizar que la consulta se desarrolle:

- En un espacio adecuado, separado, protegido de las miradas y escucha de otras personas.
- Sin interrupciones durante la sesión.
- Sin necesidad de explicar a terceras personas el motivo de su consulta.
- Con atención personalizada: Aún cuando los procesos que se viven en la adolescencia tienen elementos comunes, se debe tener en cuenta que cada adolescente tiene una vivencia diferente de los demás. Cada adolescente es diferente y único. Por lo tanto, el orientador debe tomar en cuenta estas diferencias y sobre ellas basarse para brindar orientación personalizada.

- Respeto a la dignidad humana: Las y los adolescentes merecen respeto; se debe eliminar cualquier elemento que signifique discriminación sea ésta racial, étnica, generacional o sexual. El orientador debe considerar y respetar los valores de las personas con las que trata.
- Libre determinación: Cada persona necesita y tiene derecho a elegir, optar por diferentes alternativas y tomar sus propias decisiones; que éstas sean positivas y responsables depende de los recursos personales y sociales con los que cuente. El orientador debe respetar y promover este derecho y proporcionar las herramientas necesarias para su ejercicio.

Metodología para la Consejería

1. Encuadre para el proceso de Consejería: El encuadre significa mantener constante ciertas variables como las siguientes:
 - Rol del orientador y rol del adolescente en la sesión.
 - Tiempo promedio de consejería: no menor de 20 minutos ni mayor a 45 minutos y en los horarios de atención.
 - Espacio: ambiente destinado a la consejería.
 - Costos: de acuerdo a las políticas del establecimiento.

Pasos a seguir en el proceso de consejería:

La consejería en este grupo poblacional, está centrada en las necesidades del adolescente, quien señala el rumbo a seguir en la dinámica de la consejería. Sin embargo, a manera de estandarizar el procedimiento hemos adoptado la metodología de los 5 pasos:

Primer Paso

Establecer una relación de confianza

El objetivo de este momento es crear un clima de confianza que facilite al adolescente expresar sus preocupaciones, intereses y/o problemas, saber con claridad quién lo está atendiendo y qué es lo que le puede brindar el proceso de consejería. Es muy importante el trato cálido y amable reforzado por nuestro interés en aquello que viene a consultarnos.

Acciones a seguir:

- Saludar amablemente, si es posible por su nombre.
- Identificarse por nombre y ocupación.
- Garantizar la confidencialidad, diciéndole que lo que conversemos quedará entre nosotros, salvo que se decida lo contrario.
- Garantizar un ambiente privado, donde se permita la libre expresión de sentimientos, temores, preocupaciones o confusiones.

Segundo Paso

Identificar el motivo de consulta

Es el momento en el cual la/el adolescente expresa sus preocupaciones, sus necesidades, sus dudas; es decir, aquello en lo que desea ser orientado.

Es especialmente importante, en este momento la capacidad de empatía del orientador, para situarse en el lugar del adolescente y tratar de comprender cómo se siente y ayudarlo a comunicar sus problemas o necesidades.

Es necesario mostrar paciencia, interés y mantener una actitud de escucha activa, así como, el empleo de un lenguaje sencillo.

Acciones a seguir:

- Establecer empatía para que la/el adolescente se anime a plantearnos su preocupación.
- Preguntar en qué la/lo podemos ayudar.
- Prestar atención, escuchar sin interrumpir mirar a los ojos, demostrar interés.
- Tener en cuenta la comunicación no verbal tanto para identificar qué comunica la/el adolescente y complementar información; así como para evitar gestos de censura, aburrimiento, desinterés, que afecten la consejería.
- Iniciar el recojo de información asociado al motivo de consulta, comenzando por datos generales para ir progresivamente con preguntas más específicas.
- Prestar especial atención a los silencios, pues puede tener diferentes significados (el/la adolescente puede estar pensando sobre lo que se acaba de hablar, no atreverse a hablar por timidez o vergüenza debido al tipo de problema que quiere contar o simplemente no saber cómo contar lo que le sucede).
- Utilizar preguntas abiertas, que permitan explorar la mayor cantidad de información e inviten a brindar más información respecto a lo que motivó la consulta (¿sería de gran ayuda que me contaras qué ocurrió la última vez?), o puedan ayudar a explicar mejor las situaciones (¿qué haces cuando te sientes triste?).
- Se usará un lenguaje comprensible para el/la adolescente, evitando el uso de “jergas técnicas”. Por el contrario

se deberá tener muy en cuenta las “jergas” que se utilizan en esta etapa de vida.

- Respetar los estilos de vida, valores, preferencias e idiosincrasia del consultante, siempre y cuando no ponga en riesgo o peligro su desarrollo biopsicosocial.

Tercer Paso

Analizar la situación, complementar la información y acompañar en la toma de decisiones.

Después de haber identificado el motivo de consulta conjuntamente con la/el adolescente, debemos ayudarlo a analizar por qué está en la situación en la que se encuentra y apoyarle en la toma de decisiones basado en un modelo racional de toma de decisiones. Es imperativo mostrar objetividad e imparcialidad.

Acciones a desarrollar:

- Analizar y explorar los sentimientos y pensamientos que surgen en torno al motivo de consulta.
- Analizar alternativas de solución que se identifican y sopesar las ventajas y desventajas de cada una de ellas y las posibles consecuencias de actuar de una u otra forma.
- Complementar la información que la/el adolescente tiene sobre el problema motivo de consulta, para que pueda hacer un análisis completo de la situación.
- Facilitar la toma de decisiones por parte del consultante, analizando por supuesto los posibles temores u obstáculos.

Cuarto Paso

Verificar la comprensión de lo tratado.

Este es el momento para preguntar si se entendió todo lo conversado.

Acciones a desarrollar:

- Preguntar al adolescente qué es lo que ha entendido y qué conclusiones se lleva de la sesión.
- Si es necesario, solicitar una breve síntesis de lo tratado.
- Aclarar dudas si las hubiera.

Quinto Paso

Mantener contacto y seguimiento.

Al finalizar la sesión, el proveedor debe plantear su disponibilidad para seguir conversando con la/el adolescente. Se debe aprovechar para invitarle a otras actividades que ofrezca el servicio.

Acciones a desarrollar:

- Mostrar apertura para conversar con la/el adolescente en una próxima visita.
- Dar una cita si es necesario.
- Involucrarlo en otras actividades educativas o grupos de ayuda mutua si fuera necesario.
- Hacer una referencia personalizada para continuar la atención en otro servicio u otro establecimiento de la red.

Otros tipos de consejería que se pueden ofrecer son:

Consejería grupal: la atención se dirige a un grupo, generalmente de dos o tres adolescentes del mismo sexo, que desean consultar por algún tema de interés común. Suele ser un pedido de atención frecuente en adolescentes más jóvenes (10 a 14 años), lo cual debe promoverse.

Consejería de pareja: la atención se dirige al adolescente y su pareja. Puede darse a pedido del adolescente o a sugerencia del mismo proveedor de salud. Es más frecuente en adolescentes mayores (15 a 19 años).

Consejería familiar: tiene a la familia como objeto de intervención pero en función de las necesidades de atención del adolescente. La consejería familiar puede ser sugerida por el proveedor y llevada a cabo con aceptación del adolescente. Requiere se mantenga la alianza proveedor- adolescente. Es decir el proveedor debe hacer que la/el adolescente se sienta segura (o) que continuará contando con su apoyo incondicional acordado en la sesión inicial.

La metodología para los diversos tipos de consejería es la misma que para la consejería integral individual.

d. La visita domiciliaria - visita familiar integral.

La visita domiciliaria es una actividad extra-mural que en primera instancia tiene como finalidad el seguimiento de los adolescentes en riesgo o con daño, que no acuden a control periódico o citas, a recibir tratamiento, etc. Así mismo, permite conocer la relación del adolescente con su entorno directo (familia y comunidad); sus prácticas, costumbres y creencias en relación a su salud, para detectar posibles factores de riesgo. Esta oportunidad debe ser utilizada para recopilar información a través de la ficha familiar y definir el riesgo familiar y elaborar y ejecutar el plan familiar.

La visita domiciliar se debe realizar, entre otras, en las siguientes situaciones:

- Adolescentes embarazadas que han abandonado el control prenatal.
- Adolescentes con patologías físicas o enfermedades transmisibles que han abandonado el tratamiento.
- Adolescentes con problemas psicosociales que han dejado su terapia.
- Adolescentes en consejería para evaluar el progreso de las y los adolescentes luego de la consejería.

Pasos de la Visita

Antes de la visita:

1. Programar con anticipación la visita a realizar como parte de las actividades de salud. Es importante hacer la visita en el momento del día en que la/el adolescente se encuentra en su domicilio (o en sus cercanías); la hora de visita no debe cruzarse con sus horarios de escuela u otras labores.
2. Elaborar un pequeño plan de visita indicando el motivo y objetivo de la misma.
3. Preparar el material que se va a necesitar (maletín médico básico, material educativo, papel/cuaderno y lápiz/lapicero para tomar apuntes).

Durante la visita:

1. Saludar y presentarse.
2. Observar la vivienda (qué hay dentro y fuera de ella, buscando aspectos que puedan afectar la salud física y psicológica del adolescente).
3. Explicar el motivo de la visita.
4. Escuchar al adolescente y mostrar empatía (genuino interés, confianza y respeto).
5. Identificar los factores de riesgo o problemas.
6. Evaluar la situación del adolescente.
7. En caso de abandono de las consultas, averiguar los motivos y tratar de captarla(o) nuevamente.
8. Orientar y explicar según necesidad.
9. De ser necesario, y según el caso, derivar al Puesto, Centro de Salud u Hospital.
10. Coordinar la siguiente visita.
11. Agradecer y despedirse.

Después de la visita

Registrar la visita en la historia clínica del adolescente y elaborar el informe correspondiente.

e. Sesión educativa.

Es una actividad dinámica, interactiva y reflexiva que desarrolla un tema específico; generalmente es para grupos pequeños de no más de 10 personas.

Las sesiones educativas deben programarse según grupo de edad; 10 a 14 años y 15 a 19 años, y cuando sea necesario desagregado por sexo. La sesión educativa debe tener una duración mínima de 40 minutos.

Puede hacer uso de tecnología de información y comunicación para la proyección de videos, spots de radio, etc. Al término de la sesión educativa es recomendable hacer entrega de material impreso (cartillas, mosquitos, etc.) que refuerce el tema tratado.

Los temas generales que se sugieren son:

Temas educativos para adolescentes de 10-14 años	Temas educativos para adolescentes de 15-19 años
Deberes y derechos en salud	Deberes y derechos en salud
Autocuidado y cuidado mutuo de la salud	Autocuidado y cuidado mutuo de la salud
Estilos de vida saludables: actividad física, alimentación e higiene	Estilos de vida saludables: actividad física, alimentación e higiene. Prevención de accidentes y lesiones
Salud bucal	Salud bucal
Promoción de hábitos saludables: beneficios de no fumar, no tomar y no usar drogas	Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas
Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y control de las emociones: Con énfasis en autoconocimiento, establecimiento de relaciones empáticas, comunicación asertiva, valores, comunicación de emociones y sentimientos y otras	Habilidades para la vida: sociales, cognitivas y control de las emociones; autoestima, comunicación asertiva; relaciones interpersonales, toma de decisiones, proyecto de vida, manejo de emociones ; pensamiento crítico y reflexivo y otras
Resiliencia	Resiliencia
Viviendo en familia, roles en el hogar, valores, auto cuidado y manejo de conflictos	Viviendo en familia, roles en el hogar, valores, auto cuidado y resolución de conflictos
Viviendo en comunidad. Roles en la comunidad. Salud de la comunidad	Viviendo en comunidad. Roles en la comunidad. Salud de la comunidad
Medio ambiente saludable	Participación en la comunidad
Sexualidad humana y afectividad: los amigos, el enamoramiento, la masturbación, etc	Sexualidad humana y afectividad, el enamoramiento, las relaciones sexuales, etc
Conocimiento y valoración del cuerpo y sus funciones	Métodos anticonceptivos
Desarrollo psicosexual en la adolescencia	Autonomía y negociación en el uso de métodos anticonceptivos (MACs)
Prevención del embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA	Salud Sexual y Reproductiva, Paternidad responsable, prevención del embarazo no deseado, control pre-natal, parto y puerperio; ITS, VIH/SIDA
Roles de género	Salud psicosocial: Prevención de violencia intrafamiliar, violencia de género, violencia social, pandillaje, etc
Uso adecuado del internet	Construcción de masculinidades y femineidades
	Equidad de género
	Uso adecuado del internet

f. Talleres integrales.

Son talleres formativos y educativos creados intencionalmente para facilitar procesos de enseñanza aprendizaje en temas de salud en general. El propósito es fortalecer conocimientos en temas de salud y desarrollar habilidades para la vida, que contribuyan al auto cuidado y cuidado mutuo de la salud en la población adolescente.

Los talleres deben ser programados periódicamente según las necesidades de los grupos poblacionales mencionados, y según los recursos disponibles, en coordinación con el área de promoción de la salud y con la red local que apoya actividades para adolescentes.

Los talleres se desarrollan con un número no mayor de 20 adolescentes, agrupados por edad: Grupo de 10 a 14 años y Grupo de 15 a 19 años.

La metodología del taller para producir aprendizajes significativos debe ser participativa y lúdica, debe rescatar los conocimientos que tienen las y los adolescentes, propiciar la reflexión sobre sus actitudes y promover la incorporación del nuevo conocimiento a su práctica diaria.

Pasos para elaborar el diseño metodológico de un taller

1. Identificar los objetivos que se desean alcanzar
2. Seleccionar los temas ejes que permitan lograr los objetivos
3. Seleccionar las actividades y técnicas que permitirán el desarrollo de los temas
4. Identificar los recursos humanos y materiales necesarios
5. Programar los tiempos
6. Señalar los responsables

g. Formación de Educadoras (es) de Pares (EP)¹²

El objetivo es formar adolescentes como educadoras(es) de pares con actitudes y habilidades personales y sociales, que les permitan ejercer su rol de líderes en la promoción de la salud integral entre sus coetáneos.

Uno de los atractivos de esta estrategia es que desafía el papel tradicional de "experto" que es asignado al profesional adulto, devolviendo a las y los adolescentes la capacidad de hacerse cargo de su salud y de la de los demás.

Partiendo de este enfoque, las y los educadores de pares se constituyen en potenciales agentes de cambio y en promotores de corrientes de apoyo favorables hacia la etapa de vida adolescente.

La estrategia de EP, en particular, abre una oportunidad y un espacio para que las y los adolescentes participen activa y constructivamente, no solo en el contexto escolar sino también en su barrio y comunidad en su conjunto.

¹² El desarrollo completo de la estrategia de EP es descrito en "Sistema de Educadores de Pares", Guía de Implementación, GTZ, 2006.

Esta estrategia implica un trabajo coordinado con “adultos acompañantes” que son las y los profesionales del Ministerio de Salud y/o las y los docentes tutores del Ministerio de Educación, quienes como actores involucrados son convocados y capacitados para colaborar y acompañar a las y los EP.

Para formar EP se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Establecer las bases para implementar la estrategia.
2. Presentar la estrategia y asegurar el compromiso de las autoridades de cada sector.
3. Conformar y capacitar un equipo de adultos acompañantes.
4. Identificar y captar adolescentes interesados en trabajar como EP. Esto podrá realizarse en el mismo establecimiento de salud, en los colegios u en otros espacios, teniendo en cuenta el siguiente perfil:
 - Interés en el trabajo voluntario en temas de salud integral
 - Gozar de aceptabilidad y reconocimiento por sus pares
 - Tener habilidades de comunicación
 - Capacidad para trabajar en equipo
5. Realizar reuniones de sensibilización dirigidas a las y los adolescentes interesados. En estas reuniones se deberá tratar sobre: La situación de salud de las y los adolescentes, la importancia del trabajo de EP, roles y funciones,
6. Seleccionar a los candidatos a EP, en base a criterios consensuados
7. Comunicar y solicitar autorización a sus padres, madres o apoderados
8. Proceder a la capacitación de los mismos por los adultos acompañantes en los siguientes temas:
 - Estrategias de comunicación
 - Contenidos de salud, de acuerdo a las prioridades locales de salud
 - Salud sexual y reproductiva
 - Salud psicosocial: Habilidades para la Vida, violencia en todas sus formas, prevención de drogas, alcohol, etc.
 - Derechos y ciudadanía, etc.
9. Acompañar la planificación de acciones a ser realizadas por los EP
10. Apoyar a los EP en el desarrollo de sus actividades
11. Es sumamente importante el acompañamiento de los adultos de manera transversal tanto durante el proceso inicial de formación de los EP como a través de las fases de ejecución y evaluación de acciones

Niveles de formación de los EP

Para asegurar la sostenibilidad de la estrategia de EP, considerando el constante recambio de los mismos por razones propias de la edad, se recomienda organizarlos en 3 niveles, cada uno de los cuales contará con un programa de capacitación, tanto en conocimientos como en el desarrollo de habilidades.¹³

En el primer nivel se capacitará a los EP sobre los temas de salud integral y salud sexual y reproductiva, técnicas educativas para trabajar en grupo y elementos básicos de orientación. Se espera que el EP cumpla las funciones de identificación y referencia de casos, educación cara a cara con sus pares, apoyo en la organización de actividades de capacitación grupal y de ASC.

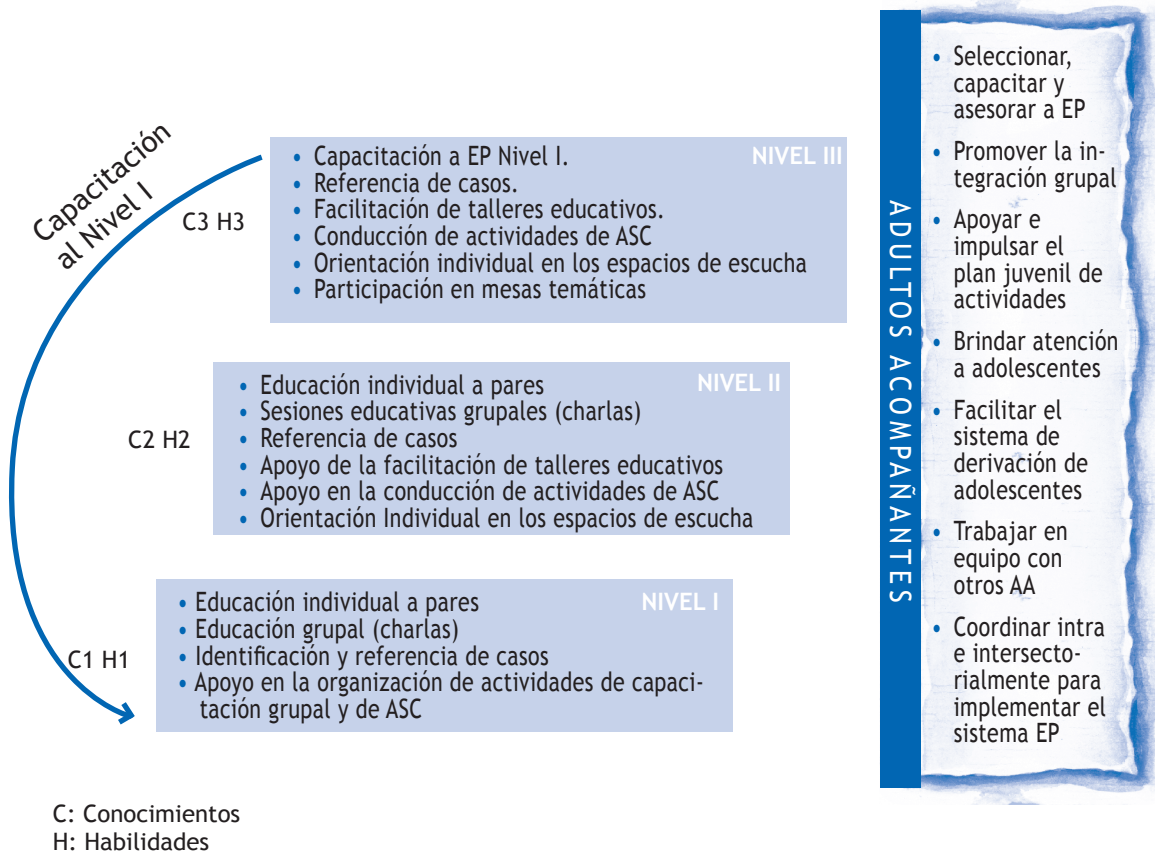
En el segundo nivel se capacitará en los mismos contenidos del primer nivel pero con mayor profundidad. Además, se capacitará en habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación individual y en metodología de facilitación de talleres.

Las funciones de un EP de segundo nivel son principalmente la educación individual, derivación de casos, apoyo a facilitación de talleres educativos, a la conducción de actividades de ASC y orientación individual en los espacios de escucha.

En el tercer nivel, la capacitación general gira en torno a los contenidos señalados en los niveles anteriores, sin embargo se profundizan las habilidades comunicacionales y se agregan otras relacionadas a la participación juvenil y la abogacía.

Las funciones de un EP del tercer nivel comprenden las mencionadas en el primer y segundo nivel, además de la participación en mesas temáticas, en reuniones de planificación estratégica local, presupuestos participativos, etc. Y abogacía en distintos escenarios especialmente en medios de comunicación y la capacitación a los candidatos a EP de primer nivel.

Niveles de Educadores de Pares y sus Funciones



h. Actividades de animación socio cultural (ASC).

La Oficina de Tutoría y Prevención Integral del Ministerio de Educación, promueve el desarrollo de la ASC, con el objetivo de contribuir al adecuado uso del tiempo libre en la población escolar. Las actividades de ASC pueden ser actividades culturales, sociales, deportivas, recreativas y de proyección a la comunidad. El eje central es la participación protagónica de las y los adolescentes.

Las actividades deben planificarse con las organizaciones involucradas y con los mismos adolescentes y programarse según disponibilidad de tiempos y recursos.

Pasos para la realización de actividades de animación socio cultural:

1. Coordinar con el sector educación y otros sectores interesados en apoyar las actividades de ASC.
2. Explorar a través de grupos focales o a través de una encuesta, los intereses y preferencias de las y los adolescentes según sub grupos de edad para programar actividades.
3. Programar las actividades que realísticamente se pueden cumplir. Las y los adolescentes suelen ser muy entusiastas al momento de planificarlas.
4. Identificar adultos acompañantes y educadores de pares, quienes tendrán la responsabilidad de monitorear y supervisar las actividades.
5. Ejecutar las actividades y evaluarlas.

Anexo 1


Ministerio de Salud

1

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL							
LISTA DE PROBLEMAS							
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS			OBSERVACION		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
N°	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACION
PLAN DE ATENCION INTEGRAL							
N°	DESCRIPCION	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR		
1	DETECTAR PROBLEMAS, ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO						
2	ESTABLECER						
3	ESTABLECER UN PLAN						
4	IMPLEMENTAR EL PLAN						
5	MONITOREAR EL PROCESO						
6	VALORAR LOS RESULTADOS						
7	REVISAR EL PLAN						
8	REVISAR EL PLAN						
9	REVISAR EL PROCESO						

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ N° _____

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL ADOLESCENTE

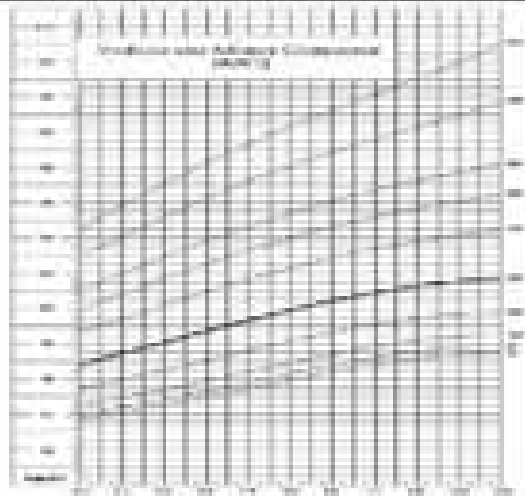
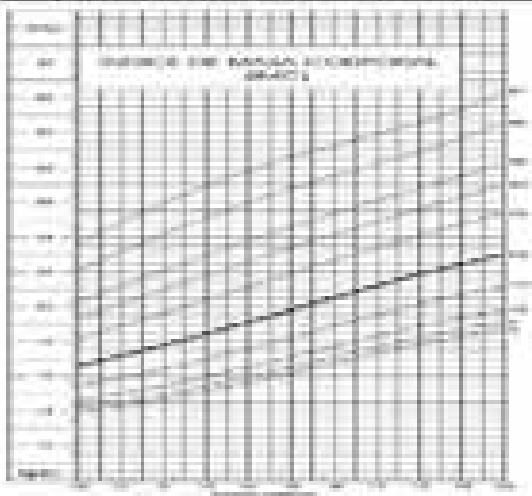
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADOLESCENTES

CADA CONSULTA	FECHA							COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días								
Tos más de 15 días								
Doloración o lesión en genitales								
Fecha de última regla								

PERIODICAMENTE	FECHA							COMENTARIO
ASPECTOS FISICOS Y NUTRICIONALES Índice de masa corporal Desarrollo Sexual Mamas Vello púbico Genitales Venereas: antihistérmica antiparasitaria contra la hepatitis B contra rubéola								

ASPECTOS PSICOLOGIALES	FECHA							COMENTARIO
Habilidades para la vida Autoestima Comunicación Asertividad Toma de decisiones Ansiedad -depresión Violencia familiar Violencia política Violencia sexual Pandillas Hábitos: Sedentarismo Uso de alcohol Uso de tabaco Uso de drogas								

ASPECTOS DE RIESGO	FECHA							COMENTARIO
Uso de métodos anticonceptivos Conducta sexual de riesgo Día o más sangra Sexo sin protección No ser pareja de larga data No ser pareja de su edad								



APellidos y nombre: _____ N° _____

FICHA DE CONTROL ESTOMATOLÓGICO DE LA GESTANTE

EDAD:

Servicio de atención (primer control): _____

EVALUACIÓN GENERAL

Paciente		
Nombre	Apellido	Edad
Sexo	Profesión	Estado
Edad	Gravidez	Paros
Fecha	Control	Estado
Diagnóstico	Tratamiento	Observaciones

ÍNDICE DE CARIES (CPOD)

Caries	
Restauración	
Extracción	
C + P + E	

EXAMEN Nº 1

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☺☺☺☺☺☺☺☺								☺☺☺☺☺☺☺☺							
☺☺☺☺				☺☺☺☺				☺☺☺☺				☺☺☺☺			
☺☺☺☺☺☺☺☺								☺☺☺☺☺☺☺☺							

EXAMEN Nº 2

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☺☺☺☺☺☺☺☺								☺☺☺☺☺☺☺☺							
☺☺☺☺				☺☺☺☺				☺☺☺☺				☺☺☺☺			
☺☺☺☺☺☺☺☺								☺☺☺☺☺☺☺☺							

0 = Sin caries
 1 = Caries activa
 2 = Caries restaurada
 3 = Caries extraída

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL (IMPOD) (DIO-B)

Paciente	CONTROL Nº 1		CONTROL Nº 2		CONTROL Nº 3	
	Fluor. Buena	Fluor. Mala	Fluor. Buena	Fluor. Mala	Fluor. Buena	Fluor. Mala
18-17						
17-16						
16-15						
15-14						
14-13						
13-12						
12-11						
11-10						
10-9						
Total (DIO-B)						
IMPOD						

ÍNDICE DE HEMORRAGIA GINGIVAL (IHG)

Paciente	CONTROL Nº 1				CONTROL Nº 2				CONTROL Nº 3				
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	
18-17													
17-16													
16-15													
15-14													
14-13													
13-12													
12-11													
11-10													
10-9													
Total (IHG)													
IMPOD													

IMPOD:
 IHG:
 IMPOD:

Paciente	Control Nº 1			Control Nº 2			Control Nº 3		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
18-17									
17-16									
16-15									
15-14									
14-13									
13-12									
12-11									
11-10									
10-9									
Total (IMPOD)									
IMPOD									

DIAGNÓSTICO (S): _____

RECOMENDACIONES: _____

TRATAMIENTOS EFECTUADOS

Nº	NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROCEDIMIENTO	RECOMENDACIONES/ OBSERVACIONES

ALTA SERVICIO ODONTOLÓGICO (MES) _____

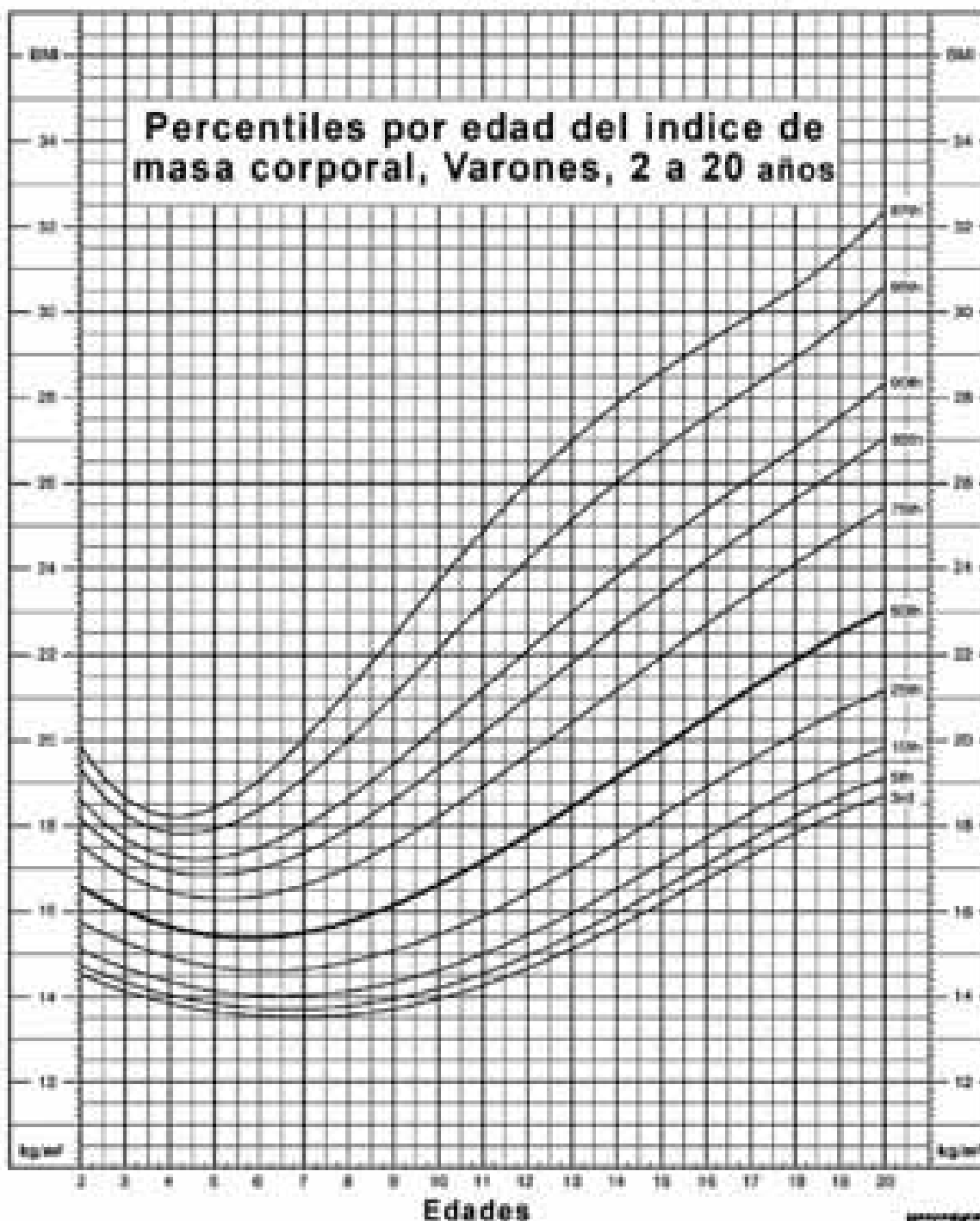
Fecha: Hora:

APPELLIDO Y NOMBRE: _____ Nº: _____

Anexo 2

Varon

CDC Tablas de Crecimiento



Published May 20, 2000

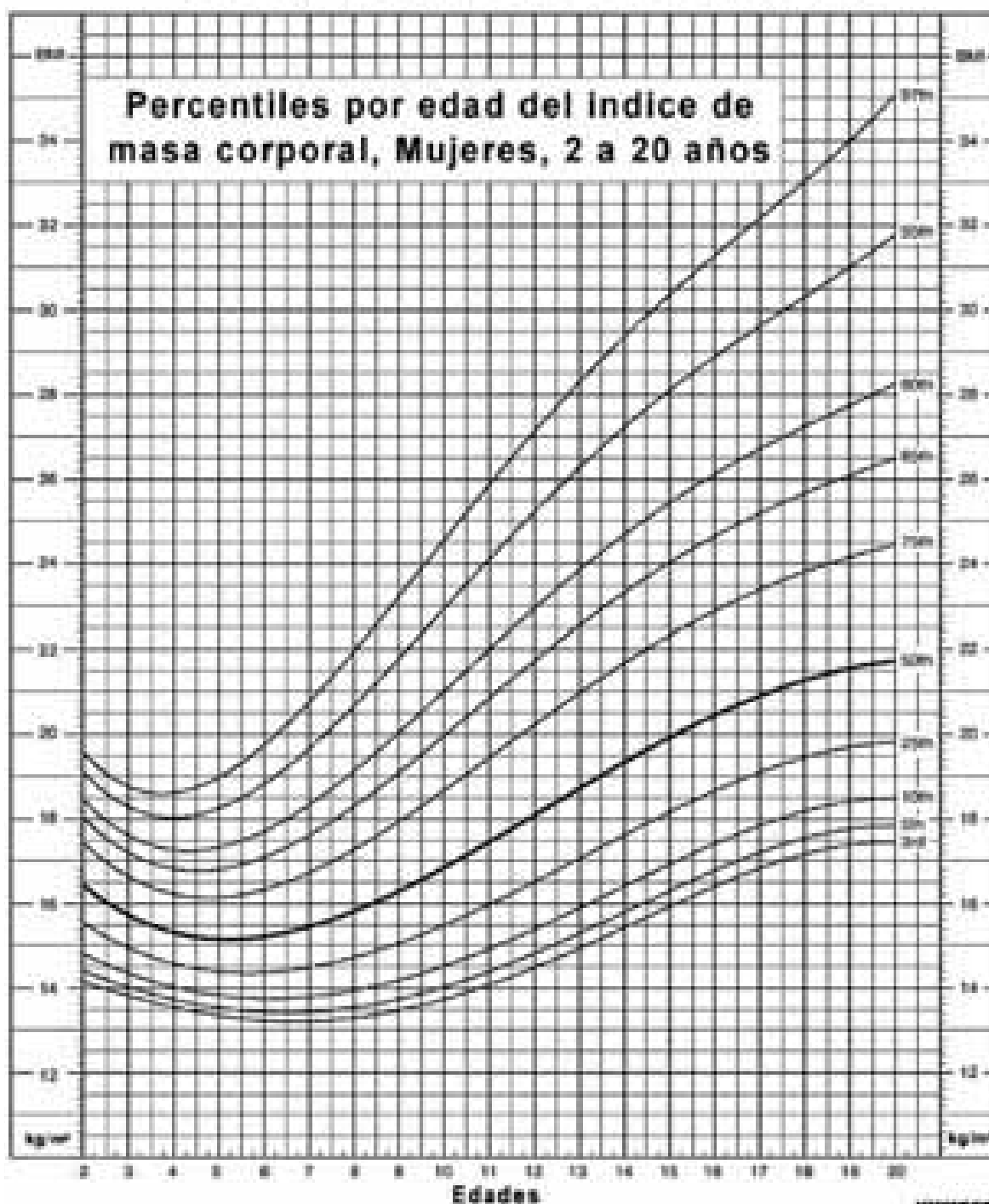
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Mujer

CDC, Tablas de Crecimiento



Published May 20, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC).

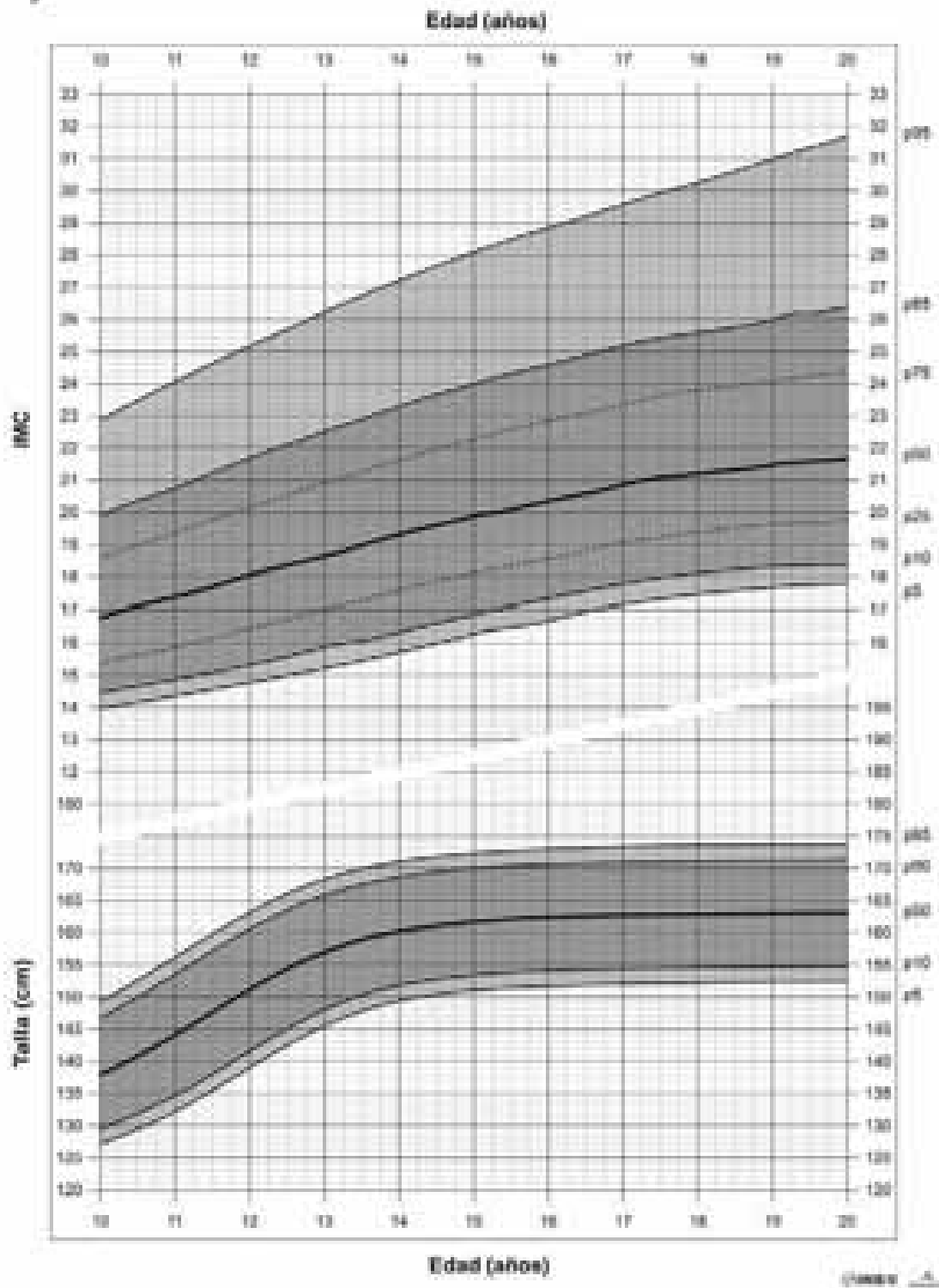


SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Anexo 3

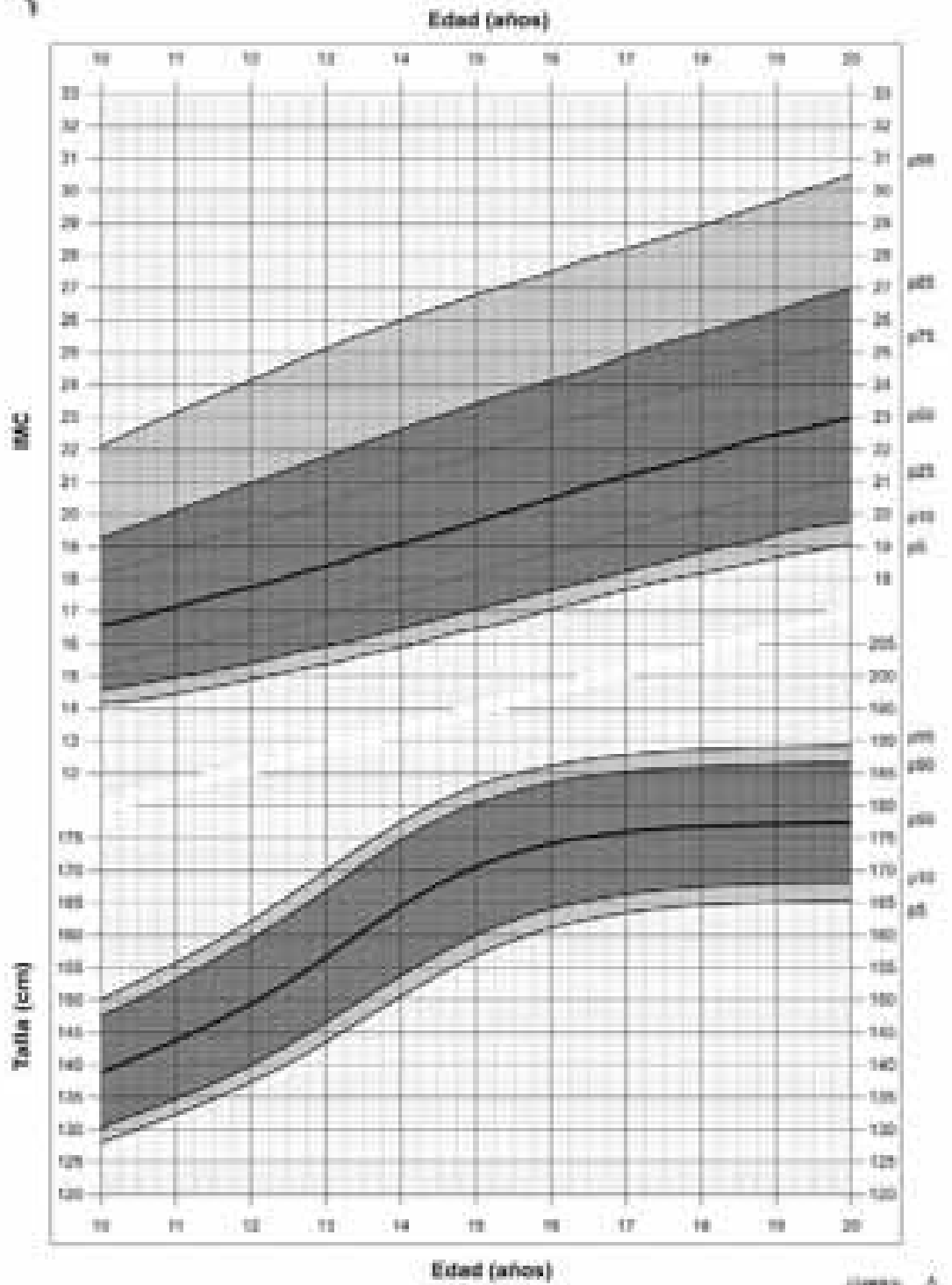


GRÁFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL CDC 2000
INDICER: ÍNDICE DE MASA CORPORAL / EDAD (10 a <20 años) | TALLA / EDAD (10 a <20 años)
 Por percentiles





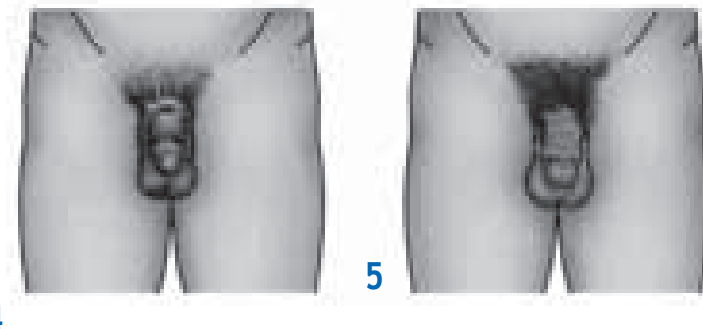
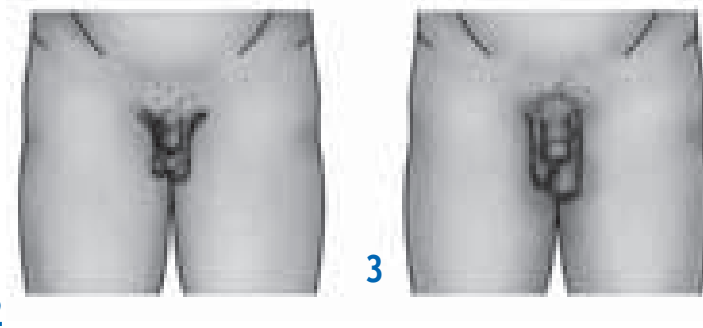
GRAFICA DEL CRECIMIENTO CORPORAL CDC 2000
VARIABLES: INDICE DE MASA CORPORAL / EDAD (10 a + 20 años) | TALLA / EDAD (10 a +20 años)
 Por percentiles



Anexo 4

Desarrollo de caracteres sexuales secundarios masculinos

Según tanner



Grado I: Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

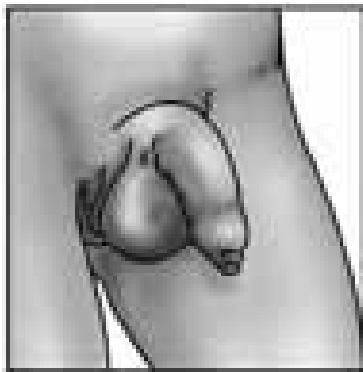
Grado II: El pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el testículo alcanza un tamaño superior a 2,5 cm en su eje mayor.

Grado III: Se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.

Grado IV: Hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.

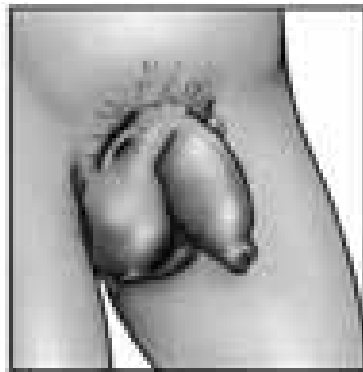
Grado V: Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm.

Grados de desarrollo del vello pubiano en varones



Grado 1 Prepuberal

El vello sobre el pubis es igual al de la pared abdominal, es decir, no hay vello pubiano.



Grado 2

Crecimiento de vellos largos, suaves y ligeramente pigmentados lacios o levemente rizados, principalmente en la base del pene. Este estado es muy difícil de reconocer en las fotografías.



Grado 3

El vello es considerablemente más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.



Grado 4

Las características del vello son del tipo adulto pero la superficie cubierta es todavía menor que en el adulto. No hay extensión a la superficie medial de los muslos.



Grado 5

Vello adulto en calidad y cantidad. Extensión hasta la superficie medial de los muslos.

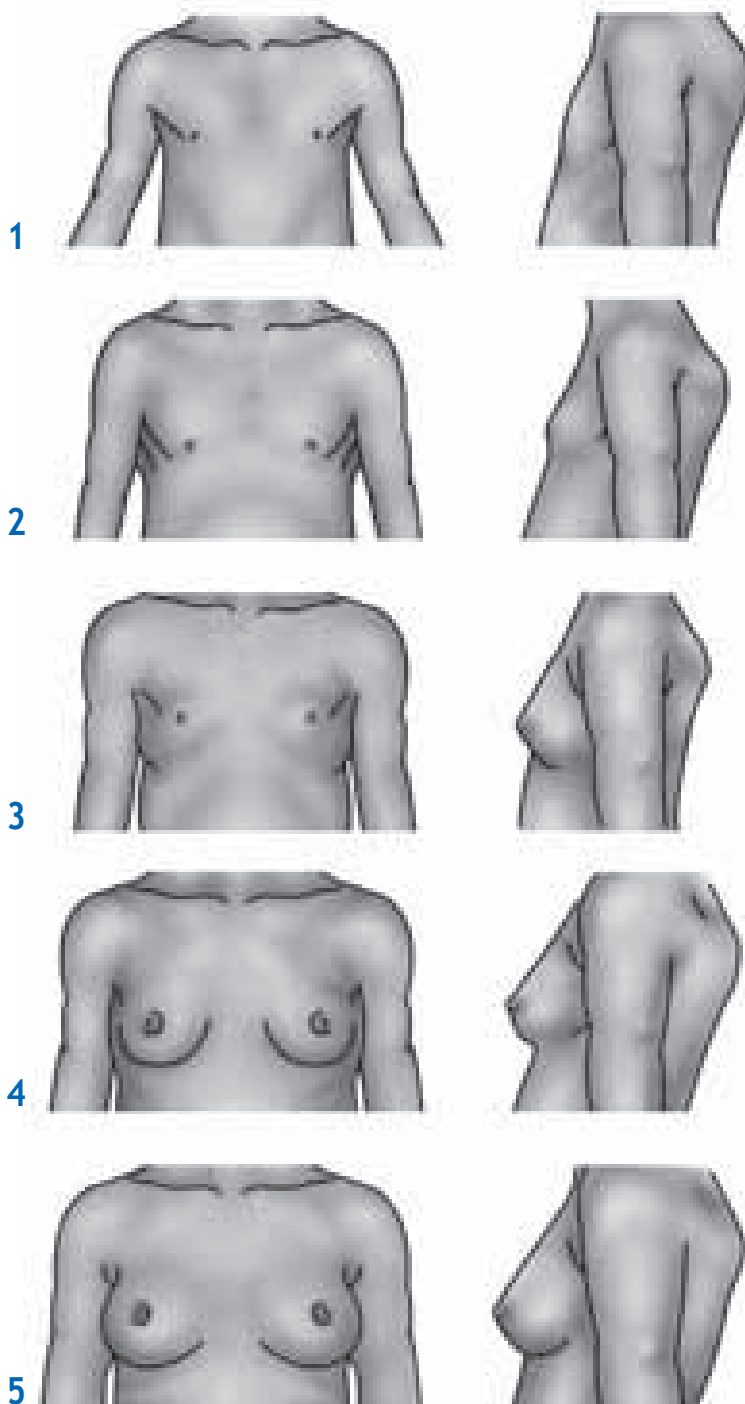


Grado 6

Extensión hasta la línea alba.

Desarrollo de caracteres sexuales secundarios femeninos

Según tanner



Grado I: Prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

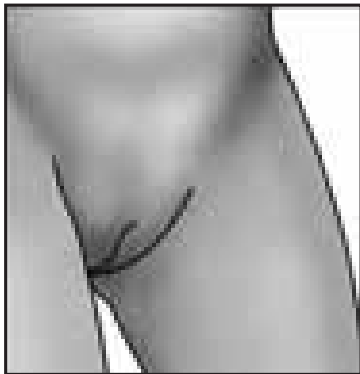
Grado II: Se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.

Grado III: Se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.

Grado IV: Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).

Grado V: La mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.

Grados de desarrollo del vello pubiano en mujeres



Grado 1 Prepuberal

El vello sobre el pubis es igual al de la pared abdominal, es decir, no hay vello pubiano.



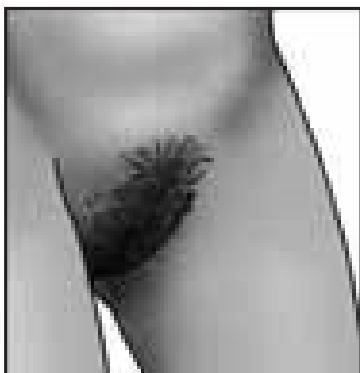
Grado 2

Crecimiento de vellos largos, suaves y ligeramente pigmentados, lacios o levemente rizados, principalmente a lo largo de los labios mayores. Este estadio es muy difícil de reconocer en las fotografías.



Grado 3

El vello es considerablemente más oscuro, áspero y rizado. Se extiende en forma rala sobre el pubis.



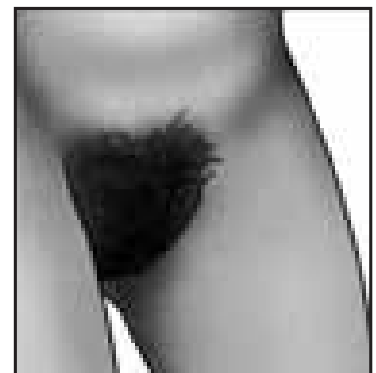
Grado 4

Las características del vello son de tipo adulto pero la superficie cubierta es todavía menor que en el adulto



Grado 5

Vello adulto en calidad y cantidad, con límite superior horizontal.



Grado 6

Extensión hasta la línea alba.

Anexo 5

Lista de evaluación de habilidades sociales

Versión 1.1

Nombre y apellidos:

Edad:..... Ocupación:.....

Grado de instrucción:

Fecha:

Instrucciones

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una x uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

- N = nunca
- RV = rara vez
- AV = a veces
- AM = a menudo
- S = siempre

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.					
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada.					

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico.					
24. Me gusta verme arreglado (a).					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
28. Puedo hablar sobre mis temores.					
29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.					
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.					

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.					
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					
38. Hago planes para mis vacaciones.					
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.					
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).					
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

Pasos para la calificación e interpretación del listado de habilidades sociales (HHSS)

1. Calificar las respuestas del adolescente comparando con la clave de respuestas.
2. Sumar las puntuaciones del número 1 al 12 correspondiente al área de Asertividad. Luego las preguntas del 13 al 21, que corresponden al área de Comunicación; las preguntas 22 hasta la 33 que corresponden al área de Autoestima y del 34 al 42 que corresponden al área de Toma de Decisiones.
3. Los puntajes obtenidos en cada área son llevados al cuadro de categorías de las HHSS.
4. Elaborar el perfil de diagnóstico de las HHSS
5. La interpretación es la siguiente:

Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría de Promedio** en la suma total de las áreas corresponden a personas que **requieren consolidar e incrementar sus habilidades sociales**.

Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría Promedio Alto** en la suma total serán consideradas como **personas con adecuadas habilidades sociales**

Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría Alto y Muy Alto** serán considerados como **personas competentes en las habilidades sociales**

Por el contrario las personas que se ubiquen en la **Categoría Promedio Bajo**, serán calificadas como **personas con habilidades sociales muy básicas y que requieren de un mayor incremento y reforzamiento** para una mayor competencia.

Y por último los que se ubiquen en la **Categoría Bajo y Muy Bajo**, serán consideradas como personas con déficit de habilidades sociales (autoestima, comunicación, asertividad y toma de decisiones), **lo cual lo puede situar como un/una adolescente en riesgo**.

Clave de respuestas de la lista de evaluación de las habilidades sociales

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.*	5	4	3	2	1
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.*	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Si un(a) amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.*	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.*	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.*	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.*	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.*	5	4	3	2	1
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.*	5	4	3	2	1
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5

HABILIDADES	N	RV	AV	AM	S
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23. No me siento contento con mi aspecto físico.*	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado (a).	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.*	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.*	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).	1	2	3	4	5
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.*	5	4	3	2	1
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	1	2	3	4	5
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.*	5	4	3	2	1
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.*	5	4	3	2	1
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	1	2	3	4	5
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.*	5	4	3	2	1
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).	1	2	3	4	5
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	1	2	3	4	5

NOTA : LOS ASTERISCOS (*) SON RESPUESTAS DE VALOR INVERSO

Áreas de las habilidades sociales

ÁREAS DE LA LISTA DE HABILIDADES SOCIALES	ITEMS
Asertividad	01 al 12
Comunicación	13 al 21
Autoestima	22 al 33
Toma de decisiones	34 al 42

Categorías de las habilidades sociales

CATEGORÍAS	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
Muy bajo	0 a 20	Menor a 19	Menor a 21	Menor a 16	Menor a 88
Bajo	20 a 32	19 a 24	21 a 34	16 a 24	88 a 126
Promedio bajo	33 a 38	25 a 29	35 a 41	25 a 29	127 a 141
Promedio	39 a 41	30 a 32	42 a 46	30 a 33	142 a 151
Promedio alto	42 a 44	33 a 35	47 a 50	34 a 36	152 a 161
Alto	45 a 49	36 a 39	51 a 54	37 a 40	162 a 173
Muy alto	50 a mas	40 a mas	55 a mas	41 a mas	174 a más

Perfil diagnóstico de las habilidades sociales

Nombre:

Edad:..... **Sexo** M () F ()

Colegio: **Año de estudio:**

Nombre de Evaluador:

Fecha:

Categorías		Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Áreas	Puntaje							
Asertividad								
Comunicación								
Autoestima								
Toma de Decisiones								
Puntaje Total								

Anexo 6

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión (cia)

Nombre y apellidos:

Año y Sección: Edad:..... Fecha:.....

Intrucciones:

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo . Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "x" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios :

- N = nunca
- RV = rara vez
- AV = a veces
- AM = a menudo
- S = siempre

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas.

	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a).					
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.					
3. Siento como que me hierva la sangre cuando alguien se burla de mí.					
4. Paso mucho tiempo molesto(a), más de lo que la gente cree.					
5. Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.					
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor.					
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido.					
8. Con frecuencia estoy muy molesto(a) y a punto de explotar.					
9. No me molesto si alguien no me trata bien.					
10. Yo soy muy comprensivo(a) con todas las personas.					

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

	N	RV	AV	AM	S
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten.					
12. Es muy común estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo.					
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarla.					
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar; mientras que otras veces no grito.					
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta.					
16. Hay momentos en la que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado(a).					
17. Normalmente me siento tranquilo(a) y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.					
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me he puesto tranquilo(a).					
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada.					
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.					
21. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.					
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.					
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien.					
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.					
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.					
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.					
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.					
28. Yo golpeo a otro (a) cuando él (ella) me insulta primero.					
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema.					

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

	N	RV	AV	AM	S
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo					
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella)					
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito					
33. Cuando me enoja digo cosas feas					
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo					
35. Cuando discuto rápidamente alzo la voz					
36. Aún cuando esté enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo					
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir					
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta					
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo					
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa					
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos					
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas					

Pasos para la calificación e interpretación del listado de habilidades sociales (HHSS)

1. Comparar las respuestas del adolescente y la clave de respuestas.
2. Sumar las puntuaciones del número 1 al 11 correspondiente al área de Irritabilidad, del 12 al 18, referente al área de Cólera, del 19 al 42 correspondiente al área de Agresividad.
3. Los puntajes obtenidos son llevados al cuadro de categorías de cada área.
4. Interpretar de la siguiente manera:
 - a. Los puntajes que se ubiquen en la **Categoría de Promedio** en cualquiera de las áreas serán interpretados como respuestas de **personas que tienden a responder con ciertos descontroles de Irritabilidad, Cólera o Agresividad.**
 - b. Los puntajes en las **Categorías Alto y Muy Alto** en cualquiera de las áreas serán consideradas como respuestas de **personas con bajos mecanismos emocionales para controlar su Irritabilidad, Cólera y Agresividad.**
 - c. Los puntajes que se ubiquen en las **Categorías Bajo y Muy Bajo**, serán consideradas como de personas que presentan mecanismos adecuados de control y manejo de la Irritabilidad, Cólera o Agresividad

Clave de respuestas de la lista de evaluación de las habilidades sociales

	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a).	1	2	3	4	5
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada.	1	2	3	4	5
3. Siento como que me hierve la sangre cuando alguien se burla de mí.	1	2	3	4	5
4. Paso mucho tiempo molesto (a), más de lo que la gente cree.	1	2	3	4	5
5. Cuando estoy molesto (a) siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros.	1	2	3	4	5
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor.	1	2	3	4	5
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido.	1	2	3	4	5
8. Con frecuencia estoy muy molesto (a) y a punto de explotar.	1	2	3	4	5
9. No me molesto si alguien no me trata bien.*	5	4	3	2	1
10. Yo soy muy comprensivo (a) con todas las personas.*	5	4	3	2	1
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten*	5	4	3	2	1
12. Es muy común estar muy amargo (a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo.	1	2	3	4	5
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura a no ser capaz de controlarla.	1	2	3	4	5
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar; mientras que otras veces no grito.	1	2	3	4	5
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta.	1	2	3	4	5
16. Hay momentos en que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado.	1	2	3	4	5
17. Normalmente me siento tranquilo y de pronto de un momento a otro, me enfurezco a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa.	1	2	3	4	5
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me he puesto más tranquilo.	1	2	3	4	5

	N	RV	AV	AM	S
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada.	1	2	3	4	5
20. Peleo con casi toda la gente que conozco.	1	2	3	4	5
21. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle.	1	2	3	4	5
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas.	1	2	3	4	5
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien.	1	2	3	4	5
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia está buscando pelea.	1	2	3	4	5
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien.	1	2	3	4	5
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.	1	2	3	4	5
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario.	1	2	3	4	5
28. Yo golpeo a otro (a) cuando él (ella) me insulta primero	1	2	3	4	5
29. Se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema.	1	2	3	4	5
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo.	1	2	3	4	5
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella).	1	2	3	4	5
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito.	1	2	3	4	5
33. Cuando me enojo digo cosas feas.	1	2	3	4	5
34. Generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo.	1	2	3	4	5
35. Cuando discuto rápidamente alzo la voz.	1	2	3	4	5
36. Aún cuando esté enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo.*	5	4	3	2	1

	N	RV	AV	AM	S
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir.*	5	4	3	2	1
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta.	1	2	3	4	5
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo.	1	2	3	4	5
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa.	1	2	3	4	5
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.	1	2	3	4	5
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas.	1	2	3	4	5

NOTA : LOS ASTERISCOS (*) SON RESPUESTAS DE VALOR INVERSO

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión

Clasificación de los items

GRUPO	ITEMS
Irritabilidad	1 11
Cólera	12..... 18
Agresión	19..... 42

Cuadros de categorías

Grupo irritabilidad

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	40 a +
Alto	33 a 39
Promedio	27 a 32
Bajo	22 a 26
Muy Bajo	0 a 21

Grupo cólera

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	28 a +
Alto	22 a 27
Promedio	15 a 21
Bajo	11 a 14
Muy Bajo	0 a 10

Grupo agresividad

CATEGORÍA	PUNTAJE DIRECTO
Muy Alto	91 a +
Alto	73 a 90
Promedio	53 a 72
Bajo	42 a 52
Muy Bajo	0 a 41

Perfil diagnóstico del cuestionario de Cólera, Irritabilidad y Agresión

Nombre:

Edad:..... **Sexo** M () F ()

Colegio: **Año de estudio:**

Nombre de Evaluador:.....

Fecha:

Categorías		Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Áreas	Puntaje							
Irritabilidad								
Cólera								
Agresión								

Bibliografía

- Asociación Médica Americana, Departamento de Salud del Adolescente (1994) Lineamientos para los Servicios Preventivos para Adolescentes: Recomendaciones y Razonamiento. 1ra edición, Washington, DC.
- Asociación Médica Americana, Departamento de Salud del Adolescente (1994) Evaluación Clínica y Manual de Control. Washington, DC.
- INPPARES (2003), Manual Fuerza Joven Comunidad, Lima.
- Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi-Honorio Delgado, Evaluación de Habilidades Sociales, Cólera, Irritabilidad y Agresión.
- Ministerio de Salud/ Cooperación Alemana al Desarrollo-GTZ (2005), Protocolos de Consejería en Salud Integral del Adolescente, 1ra edición. Lima.
- Ministerio de Salud/ Cooperación Alemana al Desarrollo-GTZ (2006), Documento Técnico, Centros de Desarrollo Juvenil. 1ra edición, Lima.
- Ministerio de Salud/ Cooperación Alemana al Desarrollo-GTZ (2006), Documento Técnico, Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil. 1ra edición,. Lima.
- Ministerio de Salud (2002), Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial para el Quinquenio Agosto 2001, Julio 2006. 2da edición, Lima.
- Ministerio de Salud/ DGSP (2005), Lineamientos de Política de Salud de los y las Adolescentes. 1ra edición, Lima.
- Ministerio de Salud (2005), Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. 1ra edición. Lima.
- Ministerio de Salud (2001) Modelo de Atención Integral de Salud, Lima.
- Ministerio de Salud, DGSP/DEAIS (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 1ra edición, Lima.
- Ministerio de Salud (2006). Guía Técnica : Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. RM 696-2006/MINSA, Lima.
- Ministerio de Salud, DGSP (2005) Estrategia para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Lima.
- Organización Panamericana de la Salud (1995) La Salud Integral del Adolescente y del Joven. 1ra edición, Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (2000), Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de las y los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, Serie OPS/ FNUAP N° 2. Washington. D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (2005), Familias Fuertes, Programa Familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes. Washington, D.C.

- Organización Panamericana de la Salud (1992), Manual de Medicina de la Adolescencia, Aproximación al Adolescente Sano. 1ra edición, Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud (1992), Manual de Medicina del Adolescente, Aproximación al Adolescente Enfermo. 1ra edición, Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). La Niñez, la Familia y la Comunidad. 1ra edición, Washington, D.C.
- Reddes Jóvenes (2000), Guías para estar más cerca, Orientaciones para Consejeros y Consejeras en Salud Integral Adolescente. 1ra edición, Lima.
- Vereau D. (1998), Mejorando Habilidades y Destrezas de Comunicación Interpersonal para la Orientación a Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. 1ra edición, Lima.





Ministerio de Salud
Personas que viven mejor

gtz