

Ministerio de Salud / Caja del Seguro Social
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Salud y Atención Integral a la Población
UNFPA/OPS/OMS
Panamá 2006

NORMAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.



Autoridades de Salud

Dr. Camilo Alleyne
Ministro de Salud

Dra. Dora Jara
Vice-Ministra de Salud

Dr. Cirilo Lawson
Director General de Salud
MINSa

Dra. Yadira Carrera
Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia
MINSa

INDICE

Agradecimientos	5
Acrónimos y abreviaturas más usadas	6
Resolución ministerial	7
Presentación	8
I. Introducción	9
II. Antecedentes	9
III. Justificación	10
IV. Marco legal	12
V. Objetivos.	13
VI. Ámbito de aplicación.	14
VII. Programación, monitoreo y evaluación.	16
VIII. Principios y enfoques de la atención de los y las adolescentes.	18
IX. Implementación de los Servicios Amigables para las y los adolescentes.	21
X. Promoción de la salud	28
A. Estrategia	28
B. Actividades de promoción de la salud para adolescentes.	
C. Actividades de información, educación y comunicación para adolescentes.	
D. Mercadeo de salud	
E. Participación social	
F. Adolescente trabajador.	
XI. Prevención.	34
A. Estrategia	
B. Atención integral del adolescente	
1. Formularios de ingreso al programa:	
2. Historia clínica del adolescente.	
3. Evaluación de factores protectores y de riesgo.	
4. Examen físico completo.	
5. Control de enfermedades prevenibles por vacunación.	
6. Evaluación de la audición.	
7. Evaluación de la visión.	
8. Evaluación nutricional	
9 y 10. Evaluación del crecimiento y el desarrollo.	
11. Evaluación de la salud sexual y reproductiva	
12. Evaluación de columna vertebral para la detección de posturas anormales	
13. Papanicolaou	
14. Exámenes de laboratorio	
15. Complementos nutricionales.	
16. Entregas educativas	
17. Evaluación por odontología.	
XII. Atención de la morbilidad	62
A. Estrategia	62
B. Salud mental	63
Bajo rendimiento escolar.	
Riesgo de suicidio	
Depresión	
Consumo y/o abuso de sustancias.	
Violencia doméstica.	

C. Salud sexual y reproductiva	65
Disfunciones sexuales	
Orientación sexual	
Enfermedades de los testículos y del escroto	
Alteraciones del desarrollo y la maduración	
Aborto	
ITS/VIH/Sida	
D. Alteraciones en la piel	70
Escabiosis	
Acné	
Tinea pedis (pié de atleta)	
Pitiriasis versicolor	
Pediculosis de la cabeza y pubis.	
E. Enfermedades crónicas no transmisibles	72
Tuberculosis	
Anemia	
XIII. Componente de rehabilitación.	75
XIV. Glosario	78
XV. Bibliografía	87
XVI. Anexos	89
Anexo N° 1. Indicadores de monitoreo y evaluación.	
Anexo N° 2. Desarrollo normal del adolescente.	
Anexo N° 3. Formularios de la Historia Clínica del Adolescente, modelo del CLAP.	
Anexo N° 4. Factores de riesgo y factores protectores.	
Anexo N° 5. Gráficas para evaluación del crecimiento, índice de masa corporal y presión arterial.	
Anexo N° 6. Trastornos mentales y del comportamiento.	

Agradecimientos:

La Dirección General de Salud del Ministerio de Salud, a través de la Sección Niñez y Adolescencia, agradece el esfuerzo y la labor realizada por los trabajadores de las diferentes disciplinas y niveles de atención del sector salud, los representantes de diversas Instituciones Estatales, Universidades y de la sociedad civil, que contribuyeron en la actualización de estas normas, para el bienestar y la salud de las y los adolescentes panameños.

Muy especialmente, agradecemos al Fondo de Población de las Naciones Unidas por su apoyo técnico y financiero, por medio del "Proyecto Servicios Amigables para Adolescentes PAN-02-P01" y el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Acrónimos y abreviaturas más usadas

bid	Dos veces al día
CAP	Conocimientos aptitudes y prácticas
cdtas.	Cucharaditas
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología.
CSS	Caja de Seguro Social
DGS	Dirección General de Salud
FC	Frecuencia cardíaca
FR	Frecuencia respiratoria
HCA	Historia Clínica del Adolescente
IEC	Información, educación y comunicación
IMC	Índice de masa corporal
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
ITS	Infecciones de transmisión sexual
kcal.	Kilocalorías
kg.	Kilogramos
mcg.	Microgramos
mg.	Miligramos
MINSA	Ministerio de Salud
MMR	Vacuna sarampión, papera, rubéola
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organizaciones no gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAP	Prueba de Papanicolaou
REMES	Registros Médicos y Estadísticas de Salud
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSYR	Salud sexual y reproductiva
SURCO	Sistema único de referencia y contrarreferencia
TAES	Tratamiento ambulatorio estrictamente supervisado.
Td	Vacuna toxoide tetánico y toxoide diftérico
tid	Tres veces al día
TMP+SMX	Trimetropin con sulfametoxazol
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VO	Vía oral
VIH	Virus de inmunodeficiencia humano

MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCIÓN N° ____
(De __ de _____ de 2006)

EL MINISTRO DE SALUD
En uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que es función del Estado velar por la salud de la población; entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social; y el individuo, como parte de la comunidad, tiene el derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla.

Que de igual forma, le corresponde al estado proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.

Que la ley N° 15 del 6 de noviembre de 1990, “Por la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989” establece que los estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Que el Decreto Ejecutivo 75 de 27 de febrero de 1969, “Por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud” indica que entre las funciones generales del Ministerio de Salud, está el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud y las relaciones inter e intra institucionales, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico administrativos, y los manuales de operación que deben orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento y de eficiencia comprobada.

Que en atención a todo lo antes señalado y en función de poder priorizar la atención al grupo poblacional de los y las adolescentes, comprendido entre los 10 y 19 años de edad, deben tomarse las medidas administrativas que permitan cumplir con los compromisos tanto nacionales como los internacionales,

RESUELVE:

PRIMERO: Se aprueban las siguientes Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de las y los Adolescentes.

SEGUNDO: Instruir a todas las Instalaciones de Salud en la República de Panamá, que presten servicios de salud a los y las adolescentes, en los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, sobre la obligatoriedad de la aplicación de las Normas aprobadas mediante la presente Resolución.

TERCERO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Camilo A. Alleyne
Ministro de Salud

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud como ente rector de la salud y autoridad sanitaria nacional, tiene la responsabilidad de brindar lineamientos orientados al mejoramiento de la salud y el bienestar de la población adolescente de nuestro país, a los establecimientos y proveedores de salud del sector público y privado, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y comunidad en general.

Los y las adolescentes conforman un grupo poblacional en el cual no siempre sus derechos a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos han estado garantizados. Corresponde a la autoridad sanitaria, adecuar la atención que brinda el sistema de salud de tal forma que garantice el cumplimiento de estos derechos humanos, ya que la salud integral de este grupo contribuirá a hacer posible el desarrollo social, político, y económico de nuestro país.

Con la intención de incorporar nuevas disposiciones a la luz de la evidencia científica y sobre la base de los instrumentos legales a nivel nacional y los compromisos internacionales asumidos por nuestro país en materia de derechos humanos, interculturalidad, equidad e igualdad de género, se procedió a la revisión y actualización de la Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes.

Estas Normas se fundamentan en la consideración que los y las adolescentes son sujetos de derecho y como tales, ciudadanos con responsabilidad en la gestión, monitoreo y evaluación de acciones de conservación de su salud y la del ambiente.

El Ministerio de Salud presenta y pone a disposición estas Normas a los proveedores del Sector Salud, proveedores de otras Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales, sociedad civil y comunidad en general que de una manera integral, trabajan por el bienestar y desarrollo de los y las adolescentes. Esperamos que las mismas ayuden a optimizar la calidad y calidez de la atención ofertada a este grupo de edad.

Dr. Camilo Alleyne
Ministro de Salud

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, entre la niñez y la adultez y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales las cuales marcan dinámicas, necesidades y capacidades diferenciadas, frente a las que es imperativo que el Estado mantenga una oferta.

La Organización Mundial de la Salud sitúa la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad, agrupados, en términos de grupos de edad y para efectos de la planificación, en dos subetapas: 10 a 14 años, adolescencia temprana y 15 a 19 años, adolescencia propiamente dicha.

Durante la adolescencia se cumplen tareas específicas de desarrollo que culminan con la adquisición de una identidad personal, social, sexual y reproductiva; se establecen competencias para la vida que hacen posible la autonomía de la salud. A fin de apoyar este proceso de desarrollo, respetando la diversidad cultural de los y las adolescentes, es preciso identificar intervenciones efectivas y comprobadas científicamente, que favorezcan la toma de decisiones acertadas en salud, la adopción de estilos de vida saludables y en armonía con su ambiente entre la población adolescente.

El reconocimiento de que la salud de los adolescentes es un elemento básico para el desarrollo de los países en América, representa un cambio significativo que deberá tener un impacto importante en la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo; ya que los adolescentes constituyen un grupo vulnerable desde el punto de vista social, económico y de salud. La adolescencia demanda por parte de los establecimientos y proveedores de los servicios de salud, una serie de acciones tendientes a promover su desarrollo integral y garantizar sus derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos, atendiendo sus inequidades de acceso a la salud, especialmente a aquellas relacionadas con las inequidades socioeconómicas, de género, raza, etnia y generacionales, con énfasis en aspectos biopsicosociales y en la promoción de condiciones sociales que faciliten la adquisición de competencias para su salud, con énfasis en su salud sexual y reproductiva y su compromiso para la transformación de su ambiente físico y cultural.

De acuerdo a las necesidades de este grupo, el Ministerio de Salud ha reconocido la importancia de proteger y promover los derechos de las y los adolescentes a la educación, información comunicación y servicios; reconociéndolos como personas con autonomía para la toma de decisiones, a quienes debe respetarse su integridad corporal y diversidad, así como promover la disminución de las inequidades de acceso a sus derechos humanos.

El presente documento brinda los lineamientos, estrategias y procedimientos a cumplir en la atención de los y las adolescentes del país, por los equipos de salud, así como establece mecanismos de coordinación con otras instancias involucradas en la prestación de servicios a este grupo poblacional.

II. ANTECEDENTES

El Estado panameño, a través de la Constitución de la República del año 1972 y de otras normas jurídicas, ha establecido las bases legales que sustentan la atención integral del adolescente (Capítulo 6, punto 3, artículo 106).

Desde la década del 70, el Ministerio de Salud (MINSa) ha manifestado gran preocupación por la atención a los/las adolescentes y desde entonces realiza acciones, básicamente de educación y promoción dirigidas a dar respuesta a la problemática de Salud de este grupo de población.

En 1979 el MINSa elaboró el primer documento de trabajo que sirvió de marco de referencia para el subprograma de Salud y Juventud; desde su creación, se inicia la coordinación Inter-departamental (Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Gobierno y Justicia (Tribunal Tutelar de Menores), Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, Universidad de Panamá, antiguas Fuerzas de Defensa, DIGEDECOS; Instituto de la Cultura (INAC); Instituto de Deporte (INDE), Asociación de Jóvenes Cristianos (YMCA), Movimiento de Niñas Guías.

Durante el año de 1982 adquiere la denominación de Programa de Salud Integral del Adolescente bajo la

dirección del Departamento Materno Infantil con lo que se impulsan actividades dirigidas a la población adolescente. En 1986 se inició la revisión del Programa de Salud Integral del Adolescente. Al año siguiente se conformó la Comisión Interinstitucional de Salud del Adolescente, con la participación de la Caja de Seguro Social y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Desde entonces, en muchos de los establecimientos de salud del país, se desarrollan actividades dirigidas a ofrecer la mejor calidad de atención a los adolescentes. Por lo que se han realizado una serie de investigaciones entre las que mencionamos las siguientes:

- Análisis sociológico de la sexualidad en la Adolescencia, estudio realizado en tres colegios de la capital. 1980
- Aspectos psico-sociales del Embarazo en Adolescentes en Curundú.
- Encuesta sobre comportamiento sexual del Adolescente y Jóvenes panameños de 15 a 24 años en las áreas urbanas como rurales en la provincia de Panamá. 1984
- Investigación epidemiológica sobre “Consumo de sustancia psico activas en adolescentes de 12 a 18 años. Estudio realizado en los cuartos de urgencias de los hospitales de 11 regiones de salud. 1996.

La 42ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud en 1989 y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en 1990 establecieron en resoluciones y metas, la importancia de la salud de los adolescentes y de los jóvenes. En septiembre de 1992, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXXVI Reunión, aprobó una resolución donde se insta a los Gobiernos Miembros a desarrollar o fortalecer las iniciativas nacionales para promover la salud integral del adolescente y además se destaca la enorme contribución que los jóvenes pueden hacer al futuro de la América.

III. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes constituyen uno de los pilares básicos de la sociedad no solo por su número, sino por las potencialidades y capacidades para el desarrollo presente y futuro del país. Lo cual justifica la

imprescindible inversión necesaria en la edificación de este capital humano.

Según el Censo del 2000, Panamá cuenta con 2'839.177 habitantes, de los cuales el 19,6% corresponden a la población adolescente, siendo los de 10 a 14 años el 10,1% y los de 15 a 19 años el 9,5 %. El sexo masculino representa el 51% y el femenino el 49%. El 52,1% de los/las adolescentes está concentrado en áreas urbanas mientras que el 38,4% reside en áreas rurales. El 12,3% de los adolescentes del país son indígenas (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1
Datos de la población adolescente en Panamá, según censo 2000.

Población adolescente del país	555.094	19,6%
10 a 14 años	286.133	10,1%
15 a 19 años	268.961	9,5%
Sexo		
Masculino	282.475	51%
Femenino	272.619	49%
Área de residencia		
Urbanas	330.009	59,5%
Rurales	225.085	40,5%
Indígenas	68.106	12,3%

Fuente: Censo 2000, Contraloría General de la República de Panamá

De los nacimientos registrados por la Contraloría General de la República en el 2004, 19,6% (62.743) fue de madres menores de 20 años. Una de cada cuatro de estas adolescente era pobre y el 8,3% residía en caseríos indígenas.

Para el año 2004, la tasa de fecundidad de las adolescentes de 10 a 14 años fue de 3,3 por 1.000 mujeres de esa edad y de 81,0 por 1.000 mujeres entre las de 15 a 19 años de edad.

Un estudio realizado en 1998, sobre salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en las provincias de Panamá, Coclé, Colón, y Chiriquí, señaló que la mitad de las y los adolescentes que tenían experiencia sexual, habían tenido su primera relación sexual entre los 14 y los 16 años. Del total de adolescentes encuestados(as), el 25% asisten a la escuela. El 60% de los y las adolescentes no escolarizadas declararon haber

tenido relaciones sexuales. Los adolescentes encuestados que iniciaron sus relaciones sexuales a edades tardías, usaron algún método anticonceptivo con mayor frecuencia que aquellos que dijeron haber tenido a una edad más temprana su primera relación sexual.

No existen encuestas actualizadas en el uso de anticonceptivos en la población adolescente. A través de los registros diarios del departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, tenemos el conocimiento parcial del uso de métodos anticonceptivos de los/as adolescentes que acuden a las instalaciones. Los varones señalaron usar con mayor frecuencia el condón, el retiro y el ritmo. Las mujeres indicaron que los métodos más usados por ellas son las pastillas, la jalea, el DIU y el ritmo.

Las estadísticas del MINSA señalaron que el año 2004 la mortalidad en los adolescentes del país fue mayor entre los adolescentes de 15 a 19 años, con una tasa de mortalidad de 66,4 por 100 mil adolescentes en comparación con los del grupo de 10 a 14 años, que presenta una tasa de 35,2 por 100 mil. En ambos grupos los varones son los que más mueren.

Las principales causas de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años son los accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias con tasa de 36,7 por cien mil adolescentes, tumores malignos 7,1 por 100 mil adolescentes, enfermedades del sistema nervioso 5,0 por 100 mil adolescentes, anemias con una tasa de 2,0 por 100 mil; las malformaciones congénitas y las enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 1 por 100 mil cada una. En los adolescentes de 10 a 14 años, como primeras causas de muerte permanecen los accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias con una tasa de 11,4 por 100 mil, le siguen los tumores malignos con tasa de 6,2 por 100 mil, malformaciones congénitas, 6,0 por 100 mil; las enfermedades del Sistema Respiratorio, Anemias y enfermedades del sistema nervioso presentan una tasa de 3 por 100 mil, cada una.

Aunque en los y las adolescentes la morbilidad es poco frecuente, el grupo enfrenta problemas derivados de aspectos de salud mental, accidentes, de salud reproductiva de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Durante el año 2004 la vulvovaginitis presenta elevadas tasas en los/as adolescentes, reportando 219 por 100 mil en los adolescentes de 15 a 19 años; la enfermedad inflamatoria pélvica reporta una tasa de 211,0 en los adolescentes de 15 a 19 años. La

aparición de la gonorrea no presenta diferencias por sexo, en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años reportó una tasa de 11,6 por 100 mil, y en el grupo de 15 a 19 años reportó una tasa de 77,5 por cien mil.

Del total de Infecciones de Transmisión sexual reportadas durante el año 2004 (24.619 casos) 2% correspondió a los adolescentes de 10 a 14 años y el 8% a los del grupo de 15 a 19 años.

En relación al SIDA para el período de 1984 – 2005, se han reportado 15 casos para el grupo de 10 a 14 años y en el grupo de 15 a 19 años 79 casos, que representan el 1.3 por ciento del total.

A pesar de disponer del formulario de Sospecha por Violencia Intrafamiliar el sub registro de casos representan un serio problema de información. Sin embargo, en el año 2004 se registraron un total de 2.476 casos, de los cuales el 10% representan casos de adolescentes de 10 a 14 años y el 12% de adolescentes de 15 a 19 años.

En el año 2000, una encuesta aplicada a estudiantes de entre 13 y 15 años de edad, sobre la prevalencia de consumo de cigarrillo y de otros productos del tabaco, señaló la tendencia de esta conducta en el país (cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Patrones de consumo de tabaco entre adolescentes en Panamá.

Estudiantes que habían fumado cigarrillo alguna vez en su vida	31.6%
Masculino	35%
Femenino	26.5%
Estudiantes que fuman cigarrillos actualmente	12.5%
Masculino	19.4%
Femenino	15.5%
Estudiantes que usan algún otro producto de tabaco	10.2%
Masculino	11.3%
Femenino	7.9%
Estudiantes que nunca han fumado, pero probablemente inicien el consumo de productos del tabaco el próximo año	13.2%

Fuente: Encuesta Mundial Sobre el Consumo de Tabaco en Población Joven entre 13-15 años, 2000

En cuanto a conocimientos y actitudes de este grupo de población el 20,9 % de los adolescentes y 18,9 de las adolescentes piensan que quienes fuman tienen más amigos. El 9,0 % de los adolescentes y el 8,6 % de las adolescentes asumen que quienes fuman lucen más atractivos. La exposición ambiental del tabaco indica que aproximadamente 3 de cada 10 estudiantes viven en casas donde otros fuman en su presencia; que cerca de 5 a 10 se exponen al humo en lugares públicos y que alrededor de 2 de cada 10 tienen padres que fuman. Cerca de 8 de cada 10 estudiantes consideran que el humo de otros es peligroso para ellos. Igual número de estudiantes consideran que fumar en lugares públicos debe ser prohibido.

Según datos aportados por el Censo del año 2000 el 76,4% de los/las adolescentes asisten a la escuela. De este porcentaje, el 50,5% corresponde a hombres y el 49,5% a mujeres. La tasa de analfabetismo para la población de 10 años y más fue de 7,6% del cual un 4,4% corresponde al grupo de 10 a 14 años y un 3,7% al grupo de 15 a 19 años de edad. El mayor porcentaje de analfabetismo se encuentra en la mujer adolescente con un 8,4% comparado con los hombres adolescentes que alcanza un 7,9%. A lo interno del país, las regiones que registran los mayores porcentajes de analfabetas son: Darién (23%), Bocas del Toro (16%) y Veraguas (15%). Por otro lado, la situación de las Comarcas es más grave y afecta en mayor magnitud a las mujeres: La Comarca Emberá un 34,5% y la Comarca Ngobe Buglé un 45,9%.

Las cifras relativas al promedio de años aprobados muestran un incremento de número de años de 6,7 en 1990 a 7,5 en el 2000. La deserción escolar abarca al 30%, dentro del nivel de enseñanza secundarios, el 60% continua la secundaria y, de ellos, solo la mitad logra culminarla satisfactoriamente. Las áreas más afectadas por la deserción son el campo y las comunidades indígenas en donde 8 de cada 10 estudiantes quedan fuera del sistema (El Panamá América. 19-X-2003, Oscar A Martínez, Prof. Noemí Castillo Página 4).

Según datos del Censo del año 2000, la población económicamente activa entre 10 y 19 años de edad corresponde al 18,1% del total de la población económicamente activa. Según la misma fuente, más de la mitad de los y las trabajadores de 10 a 19 años no percibe ningún ingreso o percibe menos de B/. 100,00 mensuales. Ello es debido a que la gran mayoría de adolescentes varones, trabajan en tareas agrícolas no retribuidas, porque son trabajos pagados a quien ocupa

la cabeza de familia, que es quien suscribe el contrato familiar, mientras que las adolescentes suelen trabajar más en el servicio doméstico.

IV. MARCO LEGAL

Para la protección y cuidado de la salud integral de la niñez y adolescencia nuestro país cuenta con un marco jurídico amplio, que respalda legalmente la ejecución de las actividades de promoción, prevención, educación, información y rehabilitación dirigidas a este grupo poblacional. En este documento se enuncia la normativa legal.

1. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (C.I.D.N.) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de Noviembre de 1989. Ley N° 15 del 6 de noviembre de 1990, por la cual se aprueba la convención sobre los Derechos del Niño.
2. Constitución Política de la República de Panamá: 1972
3. Código Sanitario: Aprobado mediante Ley N° 66 del 10 de Noviembre de 1947.
4. Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 por el cual se crea el Ministerio de Salud.
5. Decreto de Gabinete N° 75 del 27 de febrero de 1969, en el que se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.
6. Código de la Familia y el Menor, aprobado mediante Ley N° 3 del 17 de mayo de 1994.
7. Ley 29 de 13 de Junio de 2002. Que garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada.
8. Ley N° 4 de enero de 1999. "Por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres"
9. Ley N° 40 del 26 de agosto de 1999. Del Régimen Especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia.
10. Ley N° 38 del 10 de julio de 2001. Que reforma y adiciona Artículos al Código Penal y Judicial, sobre Violencia Doméstica y Maltrato a Niño, Niña y Adolescente.
11. Consultoría realizada por el Ministro de Salud, Fernando Gracia, el 6 de mayo de 2004 dirigida a la

Procuraduría de la Administración sobre los derechos de los Adolescentes en la atención de Salud Sexual y Reproductiva, la cual fue contestada a través de Nota N° 111 del 10 de junio de 2004.

12. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. Normas Técnicas Administrativa y Manual de procedimientos, Ministerio de Salud 1991.

13. Convenio Intersectorial de Salud Escolar y Adolescente, 1999.

14. Decreto Ejecutivo N° 2 del 2 de febrero de 1999, por el cual se crea la Comisión Nacional de SSYR.

15. Ley 42. Equiparación de oportunidades (1999)

16. Ley 38. Igualdad de oportunidades (2002)

17. Ley 3, del 5 de enero del 2000, sobre ITS-VIH-SIDA

18. Ley 68, del 20 de noviembre del 2003

19. Decreto Ejecutivo 19, de 12 de junio de 2006 “Que aprueba la lista del trabajo infantil peligroso, en el marco de las peores formas del trabajo infantiles”.

20. Una completa revisión de las normas legales que protegen a los adolescentes, es presentada en el documento: “Compilación de Convenios Internacionales y Leyes Nacionales de Protección en Salud Integral a la Población Adolescente (10-19 años) con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva”. MINSA, 2006.

V. OBJETIVOS.

A. Objetivo General.

Ofrecer herramientas técnicas, al equipo de salud, que oriente y facilite la programación, ejecución y evaluación de las actividades dirigidas a los y las adolescentes, en las áreas de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, transversalizando la perspectiva de género, discapacidad y de derechos humanos.

B. Objetivos Específicos.

1. Cumplir con los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud, derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, con su aplicación en todas las instituciones que trabajan con este grupo de edad, organizaciones gubernamentales, ONGs, organizaciones de la sociedad civil, centros educativos, medios de comunicación, gremios de profesionales, organizaciones comunitarias, padres, madres, adolescentes.

2. Priorizar la atención en salud entre los y las adolescentes con riesgo biológico, psicológico, social, ambiental y laboral.

3. Promover un modelo de atención que garantice el seguimiento al crecimiento y desarrollo de adolescentes sanos, respetando su integridad corporal, previniendo sus riesgos y vulnerabilidades e identificando situaciones generadoras de resiliencia.

4. Brindar a los y las adolescentes una red de servicios de salud amigables con atención humanizada y de calidad, que garantice el acceso sin discriminación por condición socioeconómicas, raza, etnia, género ni edad, mediante actividades de promoción, prevención, atención o rehabilitación de su salud, con énfasis en su salud sexual y reproductiva.

5. Facilitar la participación igualitaria, de los y las adolescentes, sin ningún tipo de discriminación en el diseño de propuestas de planes, programas y proyectos que intervengan en áreas relacionadas con su salud integral en los diferentes escenarios donde interactúan.

6. Brindar oportunidades para que los y las adolescentes adquieran competencias en el empoderamiento para la toma de decisiones sobre su salud, especialmente salud sexual y reproductiva con autonomía.

7. Diagnosticar tempranamente los trastornos de salud biopsicosocial que afectan a los y las adolescentes, orientando su tratamiento de acuerdo a criterios de oportunidad y calidad, con enfoque multidisciplinario.

8. Desarrollar estrategias innovadoras que proporcionen conocimientos a los y las adolescentes, a través de

acciones de información, educación y comunicación (IEC) para que adopten estilos de vida saludables.

9. Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud biopsicosocial de los y las adolescentes, que orienten el diseño de planes de intervención.

10. Establecer alianzas estratégicas con padres, madres y otros familiares para el desarrollo de actividades que coadyuven al bienestar biopsicosocial y ambiental de los y las adolescentes.

11. Desarrollar los fundamentos para el establecimiento de alianzas estratégicas con instituciones, organizaciones comunitarias, grupos religiosos, ONGS, sociedad civil, escuelas formadoras del recurso humano, grupos cívicos, gremios de profesionales para que sea óptimo el uso de los recursos a favor de la atención integral de los y las adolescentes.

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Esta norma es de aplicación y uso general y obligatorio de los sectores públicos, entidades autónomas y semi-autónomas, sectores privados y sociales que brinden atención a los y las adolescentes en todo el territorio nacional, respetando la diversidad cultural, religiosa, de valores, ideológica, social, económica, de género y discapacidad.

A. Ubicación y dependencia jerárquica.

El Ministerio de Salud es la institución rectora de la Salud Pública en el país, la Dirección General de Salud Pública a través de la Sección de Salud del Adolescente, ubicada en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es la responsable de diseñar y hacer cumplir las normas de atención de la salud dirigidas al grupo poblacional de 10 a 19 años de edad.

B. Organización.

Nivel Nacional:

La responsabilidad de organizar la atención de salud de calidad para los y las adolescentes en el nivel nacional, está a cargo de un equipo multidisciplinario. Para tal fin se diseñan, actualizan, implementan, divulgan, monitorean, supervisan y evalúan el cumplimiento de políticas, planes, programas y las normas de atención.

Para fortalecer las actividades dirigidas a los/as adolescentes brindan asesoría a los niveles regionales y a otras instancias. También establecen coordinación con instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, sociedad civil y con organizaciones de adolescentes y de jóvenes.

De igual manera debe mantener actualizada el diagnóstico de la situación nacional de salud del grupo de adolescentes y la educación permanente del recurso humano de salud, así como promover la investigación científica y etnográfica.

Nivel Regional:

Representado por el Director Regional de Salud, con el apoyo de la Unidad Técnica y de Gestión, es el Nivel Operativo Ejecutor. Tiene un Coordinador Regional, responsable de asegurar el cumplimiento de las Normas de Atención Integral del Adolescente en el nivel local.

Le corresponde planificar, capacitar, ejecutar, monitorear, supervisar, evaluar y realizar junto con los equipos locales, con la participación de los y las adolescentes, y con la comunidad, el análisis de la situación de la adolescencia.

Es el nivel responsable de la promoción de la salud integral de los y las adolescente en la Región. Mantiene una estrecha coordinación interdepartamental, intersectorial, con organizaciones no gubernamentales, y la sociedad civil. Adecua las normas, organiza la entrega de servicios para satisfacer la demanda. Promociona la oferta de servicios. Provee asesoramiento técnico a los niveles locales. Participa en la identificación de necesidades y gestiona la asignación de recursos.

Nivel Local:

El nivel local está representado por los directores de los establecimientos de salud, Centros de Salud, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-centros y Puestos de Salud. Los Directores Médicos son los responsables de hacer funcionar los

procesos, estructuras e infraestructuras. Ejecutan, evalúan y reformulan acciones, planes y programas para satisfacer las necesidades de salud del adolescente, así como prevenir y corregir los daños en el nivel local de atención.

Según la disponibilidad de recursos, el Director Médico podrá designar a un ó una funcionaria como Coordinador local de la salud y atención de la población de 10 a 19 años, sin eximirlo de su responsabilidad directa del cumplimiento de los procesos.

El equipo de salud estará conformado básicamente por el médico, la enfermera y el o la auxiliar. Según la disponibilidad de recursos, el equipo debe incluir odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas y otros.

Son funciones del equipo de salud: Organizar, programar, supervisar, analizar, evaluar e informar las acciones de atención del adolescente según se establece en esta norma. Para ello contará con la participación representativa de los y las adolescentes en las diferentes etapas de los procesos.

Asegurarán también, la educación permanente del recurso humano su unidad ejecutora..

C. Regionalización y sectorización del Sistema Público de Servicios de Salud

El país está dividido en catorce Regiones de Salud, en base a los criterios de accesibilidad, la capacidad física instalada de los servicios de salud y su infraestructura.

La regionalización deberá permitir que la red de servicios públicos de cada región fortalezca su capacidad operativa y de gestión. A su vez deberán determinar la sectorización geográfica poblacional, la cual guarda relación con la definición de áreas de responsabilidad para la actuación de los servicios de salud y con el Modelo de Atención.

D. Niveles de atención y grados de complejidad.

La atención integral de los y las adolescentes se ejecuta siguiendo los niveles de atención y grado de complejidad establecidos las cuales tienen diferentes capacidades de resolución, utilizando el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Primer Nivel de Atención de Salud:

Hay diferentes grados de complejidad. Se caracteriza por enfatizar la promoción de la salud, la participación social, la prevención de enfermedades, aplicables a la intervención y control de ciertos riesgos que afectan la salud de la población y ambiente, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de problemas comunes de salud, algunas tareas básicas orientadas a la rehabilitación.

Los grados de complejidad de las instalaciones de salud para el Primer nivel de Atención son:

1. Puesto de Salud
2. Subcentro de Salud
3. Centros de Promoción de la Salud
4. Centros de Salud Básicos
5. Centros de Atención Promoción y Prevención de Salud(CAPPS)
6. Policlínicas Básicas/Centros de Salud con especialidades/Centros de Salud con camas.

El Segundo Nivel de Atención de Salud:

Este nivel se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria; es decir de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de problemas que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención de salud. Este se constituye en el primer nivel de referencia para las instalaciones de atención de su área de responsabilidad.

Para el Segundo Nivel de Atención, se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud:

7. Policlínicas Especializadas
8. Policentros de Salud
9. Hospitales de Área
10. Hospitales Sectoriales
11. Hospitales de Crónicos
12. Hospitales Regionales

Tercer Nivel de Atención de Salud: Ofrece atención exclusivamente hospitalaria, con consulta externa de pre

y post hospitalización. Forman parte articulada de la red de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia.

Para el Tercer Nivel de Atención, se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud:

13. Hospitales Nacionales de Referencia, Generales y Especializados
14. Hospitales Supra Regionales
15. Institutos Especializados
16. Centros Nacionales Especializados en Salud

VII. Programación, Monitoreo y Evaluación.

A. Programación.

Anualmente, cada instalación de salud realizará su programación de actividades, basados en un análisis conjunto de la situación de salud de las y los adolescentes. Este análisis debe contar con la participación activa de las y los adolescentes a través de grupos organizados, expresando sus problemas, necesidades y alternativas de soluciones. En el grupo de adolescentes que participe en los procesos de programación deberá participar un número representativo de ambos sexos.

La programación para la atención integral de los y las adolescentes debe responder a un enfoque de salud integral, orientados a los problemas del adolescente y centrado en la vigilancia del crecimiento y desarrollo incluyendo un diagnóstico de situación y la planeación estratégica con enfoque de riesgo, de derechos humanos y de género asegurando una activa participación social, haciendo énfasis en los adolescentes, la familia, la escuela y la comunidad.

Esta programación dará como resultado la elaboración de planes de acciones con establecimiento de metas, de actividades y logros indicadores de resultado, procesos y estructura; de los componentes de promoción, prevención, de atención y la coordinación de actividades junto con otras instituciones sectoriales o

extra-sectoriales, estimulando la participación plena de los y las adolescentes, las familias, las comunidades y sus instituciones.

B. Monitoreo y Evaluación.

Cada instalación de salud dará seguimiento al desarrollo de las actividades programadas en el plan operativo en los diferentes niveles de ejecución Regional y Local.

El propósito de las actividades de monitoreo es definir tempranamente deficiencias en el avance de los procesos y tomar correctivos oportunos. El monitoreo se realizará por medio de dos herramientas: los informes mensuales y las supervisiones. Los instrumentos para los informes mensuales son los estipulados en el sistema de información.

La evaluación de las actividades programadas en el plan operativo, se realizarán utilizando los indicadores previamente establecidos en la programación y se analizarán de la siguiente manera:

- trimestralmente en el nivel local,
- semestralmente en el nivel regional y
- anualmente en el nivel nacional

Un listado completo de los indicadores para el seguimiento de esta norma aparece en el Anexo N° 1.

C. Sistema de Información.

Con el propósito de dar seguimiento al desarrollo de las actividades de la Norma de Salud y Atención Integral a la Población de los y las adolescentes por parte de los tres niveles de atención del Sistema de Salud, es indispensable que la información correspondiente a las actividades se maneje con los siguientes grupos de edad: 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

El registro de la información se inicia desde el momento en que se abre el expediente del/la adolescente, en el Departamento de Registro Médicos y Estadísticas de salud de la institución a la cual acude.

El equipo de Salud del nivel Local en conjunto con el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, tendrá la responsabilidad de consignar en los documentos establecidos, la información pertinente, además de tabular y analizar la información para la toma

de decisiones de impacto sanitario y estrategias operativas.

El Coordinador local tendrá la responsabilidad de obtener toda la información relacionada a los adolescentes que no se encuentre consignada dentro de los formularios establecidos en el sistema de información y enviará mensualmente la información recogida al nivel regional (Departamento de Análisis y Tendencia y al Departamento de Salud de Atención Integral a la Población, Sección Niñez y Adolescencia). Una copia del registro y análisis final deberá archivarse en el departamento.

Los y las Coordinadoras (es) Regionales tienen la responsabilidad del envío trimestral de la información al nivel Nacional (Departamento de Análisis y Tendencia, y al Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, Sección Niñez y Adolescencia).

D. Sistema Único de Referencia y Contra Referencia (SURCO)

Para el funcionamiento articulado de la red de servicios, es necesario un sistema de referencia y contrarreferencia para el flujo de los usuarios/as dentro de la red de provisión de servicios. La referencia implica la transferencia formal, mediante un instrumento uniforme y oficializado para la atención de los y las adolescentes a un grado de complejidad igual o mayor dentro o fuera de las instalaciones, cuando el problema de salud supere la capacidad resolutoria de la instalación.

La contrarreferencia es el proceso en que el profesional consultor debe devolver el usuario/a al profesional de salud tratante, con el diagnóstico de su problema de salud definido, con las indicaciones terapéuticas necesarias, así como conductas o seguimiento por el profesional que lo refirió.

VII. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE LA ATENCIÓN DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

A. Principios

Integralidad

Implica un derecho de los y las adolescentes a ser respetados como personas y ser atendidos integralmente en su salud y desarrollo; es decir en sus múltiples dimensiones, biológica, psicológica, social, económica e íntimamente relacionada con el ambiente y su entorno.

Para ello es indispensable que se fortalezca la transdisciplinariedad en la labor cotidiana de aquellos funcionarios (as) que trabajan con ellas (os). El modelo de atención de adolescentes debe trascender el enfoque biomédico curativo e incorporar el concepto de salud integral con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, utilizando como eje integrador el crecimiento, desarrollo y la sexualidad como parte indivisible de su vida e identidad.

Autonomía

Es un derecho de los y las adolescente a tomar decisiones sobre su salud en relación a información clara y precisa. Durante este período de la vida, el/la adolescente alcanza competencias como sujeto moral para tomar sus propias decisiones sobre todo aquellas vinculadas a su salud y especialmente a su salud sexual y reproductiva, teniendo derecho a no recibir discriminaciones o sanciones morales de otras personas, las cuales serían contrarias a una ética autónoma.

Confidencialidad

La atención a los y las adolescentes debe respetar su derecho a la privacidad y confidencialidad, como garantía de calidad de atención. Se deben establecer reglas claras sobre la confidencialidad que deben ser comunicadas ampliamente y aplicadas por todo el personal técnico y logístico de la instalación de salud. Se informará al adolescente y/o a sus acompañantes, de este derecho que goza el adolescente. Se propiciará que la atención se brinde en un espacio privado, donde prime el respeto del equipo de salud hacia las

necesidades de las/los adolescentes mediante una atención más humanizada.

Protagonismo de los y las Adolescentes

Los adolescentes deberán ser el sujeto y objeto de las acciones de salud, por ser concebidos como seres que pueden incidir en su desarrollo personal y en el de su comunidad. Se les reconoce que tienen la capacidad de participar en la toma de decisiones y en las acciones derivadas de éstas, involucrándolos directamente en la planificación y evaluación del programa.

Intersectorialidad

Consecuente con los principios de integralidad, asumimos que el objetivo fundamental, de promover el desarrollo humano, no puede ser alcanzado con acciones realizadas exclusivamente por el sector Salud. Este principio debe acompañarse de un trabajo coordinado y coherente con otros sectores como Educación, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), ONG, Universidades, iglesias, u otros sectores de nuestra Sociedad civil. Las actividades deben ser multidisciplinarias con participación de los grupos claves que están relacionados con la temática de los (as) adolescentes.

Gradualidad

La atención dirigida a los y las adolescentes, debe ser un proceso donde se establezcan prioritariamente relaciones de empatía, que favorezcan la identificación de los y las adolescentes con el personal de salud responsable para esta actividad; es importante tener presente que las acciones dirigidas a este grupo poblacional, deberán realizarse en forma acorde con la propia evolución de los y las adolescentes, sobre todo en lo relativo a información y educación, haciendo diferencias según grupos de edad, género, como a nivel individual.

B. ENFOQUES.

De Adolescencia

Parte del hecho de que los y las adolescentes tienen necesidades, intereses e inquietudes particulares, que deben ser atendidas para promover su desarrollo y salud integral. Se concibe a la adolescencia, como una etapa con características de gran importancia, en el desarrollo de los individuos; que los convierte en capital humano y aliados para lograr el cambio y con capacidad para asumir el liderazgo de los procesos en que se involucren.

De Desarrollo Humano

Se considera a esta etapa como proceso de cambio y experimentación necesaria para el logro del desarrollo humano integralmente, es decir en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Considera también que los entornos en que los y las adolescentes transitan su vida y desarrollo, determinará sus elecciones en materia de salud, por lo que las mismas pueden ser consideradas prácticas saludables sostenidas por una cultura. Para que los y las adolescentes alcancen una vida saludable, se requiere que tenga competencias para transformar sus entornos, de modo de lograr mejores condiciones de vida en equidad.

De Derechos Humanos.

Concibe a los y las adolescentes como sujetos de derechos, que están protegidos jurídicamente por leyes nacionales y compromisos internacionales firmados por el país, entre los que se destacan el derecho a la salud, derecho a la educación, el derecho al desarrollo y los derechos sexuales y reproductivos.

Por ser los derechos humanos universales e indivisibles, estos derechos individuales deben ser considerados junto con los derechos sociales, económicos y culturales para garantizar la disminución de inequidades.

De Derechos Sexuales y Reproductivos

Reconocidos como parte de los derechos humanos en la Conferencia Internacional de Población Y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994 y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995. Definen dentro del

campo de los derechos humanos, la integridad corporal, la autonomía para la toma de decisiones, la diversidad y la equidad socioeconómica, de género, de raza/etnia y generación.

De riesgo/vulnerabilidad

Se fundamenta en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos esta probabilidad será mayor; lo que establece mayores necesidades de cuidados.

El enfoque de vulnerabilidad aplicado a este grupo poblacional, facilita la comprensión de la necesidad de seguimiento de salud y transformación de los entornos para mejorar las condiciones de vida, proporcionando educación, recursos técnicos y otras formas de apoyo social, a los grupos de más alto riesgo. Se debe prestar particular atención al acceso a la salud de adolescentes en condiciones de pobreza, pobreza extrema, adolescentes indígenas o negros, adolescentes migrantes, los que se encuentran privados de libertad, los que viven en la calle, los que trabajan, adolescentes con vida sexual activa, los hijos de alcohólicos, drogadictos, adolescentes abandonados, adolescentes con discapacidad.

Este enfoque facilita una perspectiva preventiva en el sentido de que la probabilidad de un resultado no deseado, aumenta cuando la persona, familia o grupo, están expuestos a uno ó más factores de riesgo o a la probabilidad de que la salud mejore cuando a los y las adolescentes se les fomente uno o más factores protectores o disponen de resiliencia.

Prevención primordial

Este enfoque se refiere a promover los factores positivos o protectores del desarrollo humano en las áreas biológicas, psico-sociales, ambientales y por tanto, a desarrollar acciones dirigidas a eliminar los factores de riesgos que son negativos para su adecuado desarrollo como un todo, buscando la máxima expresión de su potencial genético, afectivo y social, incluida su salud sexual y reproductiva.

De igualdad y equidad género

La equidad de género es un principio y fin prioritario, implicando la búsqueda de la igualdad de condiciones y oportunidades entre adolescentes hombres y mujeres,

incorporándose en todas las acciones. Esto contribuirá a la erradicación de estereotipos y mitos relacionados con la sexualidad y se estimulará el trato igualitario y equitativo para prevenir problemas como el embarazo no planeado en la adolescente, abuso sexual, violencia familiar, explotación laboral y sexual y cualquier otro tipo de violencia o discriminación por género.

Debemos recordar, que estas desigualdades en algunas ocasiones, son sostenidas por los proveedores de la salud, al ser parte de la misma cultura.

Es fundamental el potenciar a la mujer particularmente a las niñas, para lo cual es necesario que las niñas, niños, adolescentes y adultos, aprendan en la familia, escuela y la comunidad valores, actitudes y prácticas que favorezcan una sociedad justa donde hombres y mujeres tengan iguales oportunidades en todos los ámbitos donde interactúan, que permitan el compartir las responsabilidades del hogar, la crianza de los hijos e hijas y un comportamiento sexual responsable.

Educación, información y comunicación (IEC)

La prevención primordial y primaria tiene sus bases en la variable Educación. Según sea el nivel educativo de los y las adolescentes, así será su respuesta positiva o negativa, ante situaciones conflictivas o problemas. La educación debe extenderse a la comunidad, pues esta debe recibir información a través de acciones no formales de educación, en lo que se refiere a la salud integral de la adolescencia. Es por ello, que las intervenciones tendrán como eje principal la educación, información y comunicación, las cuales empoderan a las personas abriendo nuevas posibilidades para el ejercicio tanto de los derechos como de las responsabilidades. El IEC informa a las personas y las motiva para que adopten sus propias decisiones en forma libre y responsable.

Desde los establecimientos de salud se debe propender a fortalecer los niveles educativos de los adolescentes mediante educación no formal o formal, apoyando el accionar que realiza el sistema educativo.

VIII. IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS AMIGABLES PARA LAS Y LOS ADOLESCENTES.

La aplicación de la norma se orienta hacia el desarrollo de Servicios Amigables para adolescentes, en los diferentes escenarios como son los establecimientos de salud, el hogar, la comunidad, los sitios de trabajo y los centros educativos, bajo la responsabilidad del equipo de salud y con la participación de la comunidad, promotores, adolescentes, líderes comunitarios, padres y madres de familia.

A. Fundamentos para la implementación de los servicios amigables en el país.

Norma N° 1

Todas las instalaciones de salud ofrecerán servicios amigables para adolescentes según su capacidad de resolución y nivel de complejidad, considerando las necesidades de los y las adolescentes. El personal de salud promoverá en la comunidad la disponibilidad de estos servicios y se identificarán adecuadamente dentro de la instalación de salud.

Intervenciones:

1. Las y los adolescentes tienen derecho a ser atendidas/os por demanda espontánea, referidos por funcionarios (as) de salud de la misma u otra institución o por alguna situación especial de salud (embarazadas adolescentes, diabetes mellitus y otros).
2. La atención debe impartirse diferenciadamente a través de la implementación de Servicios Amigables, basados en las necesidades de los y las adolescentes (Cuadro N° 3). Los servicios de salud organizarán una serie de intervenciones que ofrecerán a la población adolescente de su área de responsabilidad, según las necesidades y la disponibilidad de recursos institucionales y de la comunidad (Cuadro N° 4).
3. El carácter de amigabilidad de los servicios deberán cumplirse desde que entran a la institución (Ventanilla de Registros Médicos) y en todo momento que requieran los servicios de salud. Los y las adolescentes con alguna discapacidad tendrán un trato preferencial con calidad y calidez, en los servicios de salud.
4. La atención se organizará en un equipo multidisciplinario compuesto por médico (a), enfermero (a), psicólogo (a), trabajador (a) social, odontólogos(as), nutricionista, técnico (a) de enfermería, promotor de salud. **Si en el servicio de salud no es posible conformar *un equipo multidisciplinario***, el personal disponible desarrollará la atención integral de los y las adolescentes que acudan al servicio, articulando sus acciones con los funcionarios de la instalación de salud de referencia.
5. Todo el personal que colabore en la atención de adolescentes participará en un proceso de capacitación continua, para el desarrollo de las competencias necesarias (cuadro N° 5 y 6). Efectuarán sesiones bibliográficas, sesiones de educación continua, discusión de casos, conferencias y se extenderán al resto del equipo de salud para lograr el enriquecimiento de los participantes y mejorar la calidad de la atención que ofrezcan a los/las adolescentes.
6. Todo adolescente que acuda a un establecimiento de salud para atención por morbilidad, se ingresará al programa y se le ofrecerá una atención integral, incluyendo, realización de historia clínica, valoración psicosocial, control de crecimiento y evaluación del estado nutricional, examen físico completo, evaluación de la salud oral, pruebas de tamizaje por patologías priorizadas, entregas educativas, asesoría, consejería y el tratamiento y referencias específicas necesarias.

7. Todos los adolescentes trabajadores y ex trabajadores recibirán atención integral de salud, asesoría en riesgos laborales y prevención de accidentes, enfocados a su retiro del mercado laboral, el desarrollo pleno de sus facultades.
8. En cada instalación de salud se organizarán los equipos de salud para alcanzar a los adolescentes trabajadores en sus áreas de trabajo.
9. La atención de los y las adolescentes estará basada en las normas y protocolos vigentes y las mejores prácticas científicas, éticas y socialmente aceptables, considerando sus necesidades especiales que ameritan una orientación individualizada y tomando en cuenta los daños que podrían ocasionarle tratamientos a largo plazo, por ser personas en pleno desarrollo.
10. Para la atención de el o la adolescente, el personal de salud utilizará los instrumentos y formularios establecidos en esta u otras normas a las que se haga referencia en este documento, entre ellos la historia clínica del adolescente, historia clínica perinatal, informe psicológico, informe social, formulario de referencia y contrarreferencia, informes radiológicos, laboratorio, reporte de sospecha por violencia doméstica y otros.
11. Se garantizará al adolescente la confidencialidad de la atención, lo cual debe ser explicado a sus padres, tutores o acompañantes.
12. Los funcionarios(as) responsables de brindar la atención, efectuar exámenes, procedimientos o pruebas complementarias a los y las adolescentes, deberán explicarles claramente en qué consistirán, las implicaciones de los mismos y contar con su consentimiento.
13. Se debe incluir al adolescente varón en todos los momentos de la atención integral a la salud, incluyendo a la salud sexual y reproductiva de la pareja; al convertirse en padre o iniciar relaciones sexuales, asignándole igual participación y responsabilidad.
14. Todos los y las funcionarias que intervengan en la atención del/ la adolescente, deberán anotar en el expediente clínico un resumen de cada una de sus intervenciones, de ser necesario se redactará un informe con todos los hallazgos encontrados, planes y recomendaciones.
15. En coordinación con las autoridades del Ministerio de Educación, los docentes referirán a los servicios de salud a los adolescentes y a las adolescentes que presenten situaciones, tales como: trastornos en el rendimiento escolar, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, problemas de disfunción familiar, violencia doméstica, sospecha de abuso o explotación sexual comercial, sospecha de trastornos psiquiátricos, sospecha de depresión, aislamiento y otras que afecten su desempeño personal, limiten su actividad y restrinjan su participación en todos los escenarios donde debe interactuar.
16. Es responsabilidad del/la directora(a) Médica asignar el tiempo y tomar las medidas administrativas para que se realicen las reuniones técnicas y sesiones bibliográficas.

Cuadro Nº 3: Características de los Servicios de Salud Amigables para los y las Adolescentes.

Características	¿Cómo Lograrlo?
1. Personal capacitado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas de capacitación regional y local permanente en salud integral adolescente (a todos los niveles de atención) ▪ Perfil establecido de personal ▪ TODO EL Personal DEBE SER capacitado PARA en la atención del adolescente ▪ Equipo multidisciplinario disponible ▪ Difusión e implementación de las normas de salud del adolescente
2. Gerencia a nivel regional y local apoyando al programa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente sensibilizado y proactivo ▪ Coordinador responsable en nivel regional y local ▪ Existencia de POAS con Monitoreo y Evaluación ▪ Apoyo a la coordinación Inter-programática, interdepartamental e intersectorial ▪ Facilitar alianzas estratégicas ▪ Asignación de recursos ▪ Incentivos al personal ▪ Sistema de atención al cliente (SAC) y retroalimentación
3. Confidencialidad y privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio privado ▪ Expedientes únicos ▪ Respeto a la voluntad del adolescente
4. Garantía de acceso a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horario flexibles ▪ Sin condicionamientos ▪ Atención sin citas ▪ Atención integral gratuita ▪ Espacio separado y equipado de acuerdo a normas de atención, necesidades y gustos del adolescente ▪ Sin discriminaciones ni condicionamiento ▪ Niveles de referencia y contra-referencia a otros servicios
5. Actividades de promoción, consejería y atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de información, educación, comunicación, consejería, habilidades para la vida ▪ Formación de grupos de adolescentes ▪ Formación de grupos de apoyo a los adolescentes ▪ Participación de los medios de comunicación social ▪ Participación social ▪ Formación de promotores juveniles ▪ Control de crecimiento y desarrollo y salud bucal ▪ Atención nutricional y suplementación de hierro y ácido fólico ▪ Atención a la morbilidad ▪ Prescripción de anticonceptivos ▪ Movilización de recursos
6. Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento de la Ley 68 ▪ Cumplimiento de respuesta de la Procuraduría de la Administración sobre los derechos de las y los adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva en las instalaciones de salud

Cuadro N° 4: Intervenciones de los Servicios de Salud Amigables para los y las Adolescentes

Tipo de intervenciones	¿Cómo lograrlas?
Educación para la salud	Incorporando la evaluación y apoyo a los aprendizajes para el autocuidado/ cuidado mutuo de la salud a su práctica cotidiana, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables.
Salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Actividades de prevención clínica que garanticen un control integral en salud y atención de la demanda en salud sexual y reproductiva para varones y mujeres, aún aquellos/as en circunstancias especiales, como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otros. Abriendo las puertas al placer, la alegría de vivir, a amar, a la construcción de parejas.
Atención de patologías transmisibles locales	Protocolos adaptados localmente.
Atención de la emergencia	Articulados con una red de salud que garantice la prevención y asistencia de lesiones por causas externas, la emergencia y referencia en salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.
Medicación	Incluyendo la suplementación alimentaria y disponibilidad de anticonceptivos.

Cuadro N° 5: Competencias del personal de salud en el trabajo con adolescentes

- 1) Sostener una adecuada comunicación y eventual intermediación tanto con los/as adolescentes como con los/as padres/madres o adultos responsables.
- 2) Promover los derechos de los/as adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
- 3) Realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico biopsicosocial que incluya: evaluación del crecimiento, cálculo del percentil de crecimiento, cálculo e interpretación de la velocidad de crecimiento y desarrollo puberal (según estadios de Tanner) examen físico completo, con estado nutricional (Índice de masa corporal) orquidometría y examen genital, evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo, relación con la familia, relación con los amigos, la escolaridad, factores de protección, vulnerabilidad y riesgo.
- 4) Hacer efectivas las siguientes intervenciones preventivas: evaluación de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, aún a adolescentes con necesidades específicas como adolescentes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otras.

Promover en la consulta:

- a) Autonomía para la toma de decisiones libres y responsables
 - b) Comunicación entre padres e hijos
 - c) Defensa de los derechos de los/as adolescentes
 - d) Fortalecimiento de la conciencia ciudadana y solidaria de los/as jóvenes
 - e) Escolarización y capacidad de construir de proyectos
 - f) Autoestima
 - g) Fortalecimiento de la actitud crítica frente a los medios masivos de comunicación
 - h) Sexualidad libre y responsable, independientemente de la orientación sexual
 - i) Hábitos saludables en la recreación.
 - j) Garantizar la confidencialidad.
 - k) Desarrollar su trabajo en el marco de consentimiento informado, negativa fundada.
 - l) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a las conductas discriminatorias, sobre situación social, raza, religión, orientación sexual y género
- 5) Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
 - 6) Trabajar en coordinación con otras instituciones: en redes de servicios de salud, y redes intersectoriales con organizaciones de la comunidad, como la escuela, el club, organizaciones juveniles, recreativas, laborales, juzgados, entre otras.
 - 7) Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de los/as adolescentes.

Cuadro N° 6: Aspectos a considerar en la capacitación del equipo de salud.

- Se deberá capacitar a los equipos de salud en metodología participativa, integrando la formación técnica y humanística del personal de salud que labora en los diferentes niveles, para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención del adolescente, del prestador y de la comunidad.
- Identificar las necesidades de capacitación del recurso humano en salud integral de los y las adolescentes.
- Establecer los contenidos técnicos.
- Brindar Curso Básico de Atención Integral a la Adolescencia, como planear tu vida, Escuela para padres y madres.
- Incluir el, diseño psicopedagógico y andragógico para la implementación de técnicas participativas de comunicación grupal como: teatro, títeres, concursos, cuentos entre otros.
- Implementar módulos presenciales y a distancia para la difusión de instrumentos de apoyo didáctico para el equipo básico, los promotores juveniles y líderes comunitarios, rota folios para adolescentes” infórmate”, Manuales: Familia y Valores, de Adolescentes para Adolescentes, Consejería y otros.
- Coordinar con instituciones formadores de recurso humano en la temática sobre la salud integral de adolescentes con enfoque a Desarrollo Humano.
- Evaluar el impacto de las actividades de capacitación al recurso humano.

B. Diagnóstico de la situación de los adolescentes.

NORMA 2

El equipo de salud del nivel local identificará la distribución y situación de los y las adolescentes en su área de responsabilidad.

Intervenciones:

1. Realizar censo de la población de adolescentes por comunidad, para hacerlos sujetos de acciones de salud integral planteadas en la norma a través de la aplicación de encuestas y visitas domiciliarias.

Concentración: cada 2 años
2. Identificar necesidades y problemas de salud en las organizaciones juveniles, recreativas, laborales, religiosas, políticas, con adolescentes escolarizados, que trabajan, privados de libertad y en la calle.
3. Identificar los adolescentes trabajadores en su área de responsabilidad, las labores que realizan, condiciones de trabajo y el riesgo al que están expuestos (Cuadro N° 7).
4. Identificar situaciones particulares que determinen discriminación de género hacia los adolescentes, incluyendo los factores familiares, sociales, culturales y económicos que los fortalecen.
5. Identificar las instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y otros recursos disponibles para el alcance de las metas propuestas
6. Coordinación con las escuelas públicas y privadas, universidades, grupos cívicos y religiosos, instituciones y organizaciones de la comunidad bajo su responsabilidad.
7. Captación de los y las adolescentes que acuden por demanda espontánea, de la comunidad, referidos y otros.

Cuadro N° 7. Tipos de riesgos o peligros asociados con el trabajo a los que están expuestas las personas trabajadoras menores de edad.

Tipo	Factores de riesgos
1. Riesgos físicos	Exposición a exceso y cambios de temperatura, a ruidos, vibraciones, y a radiaciones (solares, ionizantes, no ionizantes)
2. Riesgos ergonómicos	Exposición a adoptar mala posición corporal con posturas forzadas o incómodas (de pie, en cuclillas, con inclinación, de rodillas); a realizar movimientos monótonos, repetitivos, forzosos de manos, hombros y brazos, por encima de los hombros, y cuello; a rotar y flexionar la columna; y a hacer un sobre esfuerzo al levantar, acarrear o trasladar cargas pesadas.
3. Riesgos químicos	Exposición a gases o vapores, líquidos y sólidos contaminantes, dañinos o peligrosos (emisiones de vehículos, pegamento, pintura, otros), agroquímicos (pesticidas, herbicidas, insecticidas) explosivos o materiales inflamables.
4. Riesgos biológicos	Exposición a animales o insectos, domésticos o salvajes (reptiles, escorpiones, alacranes, mosquitos, avispa, abejas, hormigas, roedores u otros); plantas con efectos alérgicos, venenosas o cortantes; a bacterias, parásitos, hongos, virus u otros (de origen animal o humano, vivos o muertos).
5. Riesgos de seguridad o accidente	Exposición a caídas, golpes, atropamiento entre objetos (prensado, fractura, quemaduras, cortaduras).
6. Riesgos asociados a la organización del trabajo, y a las condiciones del lugar de trabajo	Exposición a largas jornadas de trabajo, a horarios nocturnos o extraordinarios a un ritmo intenso de trabajo o sin descanso (trabajo pesados) y con sujeción a una alimentación deficiente e insuficiente, a operar herramientas, maquinarias o equipos no adecuados a la edad, tamaño o entrenamiento necesario, a formas inestables de inserción y de remuneración laboral, a condiciones insalubres como la falta o precariedad en la higiene, inexistencia o deterioro de servicios sanitarios y la ausencia de agua potable
7. Riesgos psicosociales y morales	Exposición a elevados controles, exigencia y responsabilidades de atención y concentración, a la dependencia permanente del empleador, al acoso o abuso físico y sexual, al maltrato o agresión verbal y física, a la explotación, acoso o abuso sexual, a la inducción de comportamientos individual y socialmente nocivos (vicios, adicciones, prácticas inmorales, ilícitas e inaceptables) a limitaciones en la socialización y en oportunidades educativas, inasistencia y deserción escolar.

Fuente: Bolaños, V. Extracto del estudio “Determinación del trabajo que por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo es probable que dañe la salud, seguridad o moralidad de los niños (art. 3d, Convenio 182 de la OIT), en el marco de las peores formas de trabajo infantil”, OIT/IPEC, diciembre 2005, pag. 11

IX. PROMOCIÓN DE LA SALUD

A. Estrategia

Desarrollo de acciones de promoción de la salud dirigidas a los y las adolescentes, en la adquisición de competencias en la toma de decisiones en salud, participando en la gestión y cuidado de su salud, la de su familia, comunidad, y del ambiente; en los diferentes escenarios donde interactúan, siendo el sujeto y el objeto de estas acciones.

- Responsables del Componente de Promoción de la Salud de los/las Adolescentes: Directores de las instalaciones de salud con su equipo multidisciplinario.
- **Universo:** Población estimada para las edades específicas de 10-14 y 15-19 años, según las proyecciones de población de la Contraloría General de la República, a julio del año programado, en el área de responsabilidad.
- **Cobertura:** Se establecerá durante la programación, entre el coordinador regional del programa y el equipo de la instalación de salud, liderados por el Director Médico, contemplando a los siguientes grupos:

Población de 10- 19 años escolarizada.

Población de 10-19 años que acuden a la instalación de salud.

Población no escolarizada y que no acuden a la instalación.

- **Concentración:** Al menos realizar 4 actividades de promoción y educación al año.

B. Actividades de promoción de la salud para adolescentes.

NORMA 3

En toda instalación de salud del nivel local deberán realizarse actividades de promoción de la salud integral del adolescente

Intervenciones:

1. Todos los y las adolescentes tienen derecho a adquirir competencias, recibir aprendizajes, que le faciliten su desarrollo integral y auto cuidado de la salud, sin discriminación por: etnia, edad, discapacidad, religión, orientación sexual, género, nivel socio-económico, afiliación política y otros más.
2. Se debe partir siempre de las necesidades e interés de aprendizaje de los y las adolescentes mediante el planeamiento de actividades de educación basadas en las expectativas detectadas, a través de diferentes técnicas.
3. Los/las adolescentes con capacidad de liderazgo deben ser incorporados /as en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de capacitación dirigidos a otros (as) adolescentes.
4. Los contenidos educativos que se aborden deben incluir aspectos de la salud integral del adolescente, enfatizando la salud sexual y reproductiva, prevención del uso y abuso de sustancias, estilos de vida saludables y otros, con la utilización de metodologías adecuadas (Cuadro N° 8).

NORMA 4

Todo el equipo de salud del nivel local efectuará acciones que garanticen la existencia de ambientes, que promuevan calidad de vida y desarrollo para los y las adolescentes.

Intervenciones:

El equipo de salud efectuará acciones que contribuyan a la existencia de entornos psicosociales y ambientes que promuevan calidad de vida y desarrollo, mediante acciones en la comunidad y la vigilancia sobre espacios libres de agresión y violencia verbal, emocional, física, tales como las siguientes:

1. Fomento de espacios sin humo como medida de prevención del tabaquismo, actividades que disminuyan el consumo de alcohol y drogas, seguridad vial y prevención de accidentes.
 2. Inspecciones a espacios de recreación, cultura y deportes en centros educativos que utilizan los adolescentes y en proyectos habitacionales.
 3. Coordinación con las autoridades locales para establecer las soluciones en las condiciones ambientales de las áreas de recreación y centros educativos.
 4. Inspecciones a lugares de expendio de alimentos principalmente centros educativos para que ofrezcan alimentos nutritivos.
 5. En lo referente a ambientes seguros y sanos en las escuelas: Ver Norma Técnico Administrativa y Manual de Procedimientos. 1993 Área de Salud Ambiental Escolar.
 6. Participar en la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 42 del 27 de agosto de 1990, por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad en el tema de la eliminación de barreras arquitectónicas.
2. Organizar grupos de madres, padres y/o tutores que tengan problemas de comunicación con sus hijos (as) adolescentes para facilitarles el aprendizaje de nuevas formas de comunicarse que les permitan mejorar las diferencias existentes respetando los derechos de cada miembro de la familia, eliminando actos de violencia, maltrato o abuso.
 3. Diseño de proyectos dirigidos a las familias con hijos o hijas adolescentes con alguna patología psicosocial o condición en particular
 4. Identificar y referir a los adolescentes que lo ameriten a las instituciones, ONGs y otras, con capacidad de resolución del problema

NORMA 5

El equipo de salud del nivel local propiciará espacios de reflexión a los familiares para que fortalezcan su rol socializador con afectividad y efectividad.

Intervenciones:

1. Corresponderá a los integrantes del equipo de salud que tengan formación en trabajo con familias, el desarrollo de las actividades que se programen para las familias de los adolescentes escolarizados y no escolarizados.

NORMA 6

Todos los equipos de salud organizarán grupos de adolescentes para la adquisición de competencias para el auto cuidado y el cuidado mutuo de la salud.

Intervenciones:

1. Las instalaciones de salud deben contar con espacios destinados a reuniones de los y las adolescentes para que interactúen sobre los contenidos de competencias para la salud, necesidades, experiencias, dudas, opiniones respecto al servicio recibido y otros.
2. Los grupos deben ser organizados y coordinados por los mismos adolescentes, siendo asesorados por el equipo de salud con capacitación en trabajo con grupos. El coordinador (a) adolescente es un miembro más del grupo. Se sugiere la organización de los siguientes tipos de grupos:
 - Adolescentes de la comunidad
 - Adolescentes institucionalizados
 - Adolescentes con patologías o condiciones específicas
 - Adolescentes embarazadas y sus parejas

- Adolescentes trabajadores (as)
- Otros

Concentración: Por lo menos 2 grupos al año.

3. El servicio debe disponer de material educativo audiovisual y materiales impresos como apoyo a las actividades grupales. La metodología utilizada en el desarrollo de las actividades debe ser participativa y lúdica. La duración de las sesiones será establecida por los y las adolescentes.
4. El equipo de salud debe dar seguimiento y apoyo a los coordinadores de grupos de adolescentes, a quienes corresponde organizar nuevos grupos de adolescentes de autoaprendizaje.

NORMA 7

Todos los equipos de salud organizarán grupos para el desarrollo de competencias en el cuidado de la salud con adultos (padres, madres, tutores, cuidadores, docentes, líderes, comunitarios) promoviendo el desarrollo integral de los y las adolescentes.

Intervenciones:

1. El equipo de salud reclutará a los integrantes de los "Grupos de Adultos para el desarrollo de competencias en el cuidado de la salud relacionados con adolescentes", a través del Programa de Salud Integral del Adolescente, visitas a los planteles educativos y a la comunidad, aplicación de encuestas y de referencias de otras instituciones y de los propios adolescentes.

Concentración: 2 grupos

2. Los integrantes del equipo de salud realizan sesiones educativas con enfoques integrales, considerando las necesidades identificadas por los participantes de los grupos organizados y se

realizarán en espacios de las instalaciones de salud y/ o en otros existentes en la comunidad.

3. Un integrante del equipo de salud con formación en trabajo con grupos debe ser el facilitador del grupo de adultos para el desarrollo de competencias en el cuidado de la salud.
4. El facilitador(a) del grupo de adultos conjuntamente con el equipo de salud y las/ los adolescentes deben detectar a moradores de la comunidad que tengan experticia en los temas que serán tratados en el grupo de adultos.
5. Las instalaciones de salud deben tener a disposición del grupo de adultos material audiovisual y materiales impresos para apoyar sus actividades.
6. Los integrantes del grupo determinarán la duración y periodicidad de las sesiones grupales. Las actividades deben desarrollarse utilizando metodologías participativas andragógicas.
7. El componente educativo podrá abordar los siguientes temas, entre otros:
 - Crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes.
 - Salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.
 - Cambios que ocurren durante la adolescencia que afectan la comunicación y la relación entre padres, madres, hermanos (as) e hijos (as) adolescentes.
 - Manejo de las reglas de la familia tendientes a lograr ajustes intergeneracionales.
 - Identificación de señales que sugieren angustia, afecciones emocionales y de riesgo de suicidio.
 - Estimulación de los aspectos relacionados con las competencias para la vida y el desarrollo.
 - Roles de género, acceso y control de los recursos (ejemplo acceso y control a los preservativos).
 - Orientación para que estimulen la resiliencia en sus hijos (as) adolescentes.
 - Señales que indican consumo de sustancias lícitas e ilícitas

Cuadro N° 8: TEMAS SUGERIDOS PARA INCLUIR EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROMOCIONALES DE LA SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

- Promoción de estilos de vida saludable
- Prevención de lesiones asociadas a accidentes y violencia
- Autocuidado e higiene personal
- Prevención de la salud bucal
- Seguridad alimentaria y alimentación saludable
- Actividad y ejercicio físico
- Promoción de la Salud Ambiental
- Prevención de accidentes-educación vial en diferentes escenarios (laboral, escuela, comunitaria, etc.)
- Promoción de valores morales, éticos y espirituales.
- Otros que el equipo considere pertinente.

Salud Psicosocial:

- Habilidades para la vida
- Manejo de la presión de grupo
- Fortalecimiento de la autoestima
- Capacidad crítica frente a los pares, adultos y medios de comunicación
- Proyecto de vida y establecimiento de metas
- Fortalecimiento de la capacidad de resiliencia
- Asertividad
- Comunicación efectiva
- Manejo de conflictos
- Utilización del tiempo libre (promoción de la realización de actividades artísticas, culturales y sociales.
- Manejo del estrés
- Manejo del duelo
- Preparación para tener un envejecimiento activo
- Sensibilización sobre el envejecimiento
- Relaciones con los /as adultos mayores, familiares y de la comunidad.
- La toma de decisiones
- Manejo de los problemas con sus familiares.
- Liderazgo juvenil
- Otros que el equipo considere pertinentes

Salud Sexual y Reproductiva

- Equidad de género
- La adolescencia
- Conceptos sobre crecimiento y desarrollo biopsicosocial del/la adolescente
- Desarrollo sexual del adolescente (Estadios de Tanner)
- Relaciones con sus pares
- Relaciones de amistad, noviazgo
- Ejercicio responsable de la sexualidad
- Capacidad de intimar
- Familia y adolescencia
- Prevención del uso indebido del alcohol y otras drogas
- Prevención de tabaquismo
- ITS/VIH/SIDA
- Prevención del embarazo en la adolescencia
- Prevención de la violencia doméstica
- Práctica de sexo seguro o responsable
- Morbilidad y mortalidad de los/as adolescentes
- Derechos y deberes de los/as adolescentes
- Derechos sexuales y reproductivos
- Métodos anticonceptivos y aborto
- Género y adolescencia o Construcciones de género y roles sexuales
- Paternidad y Maternidad responsable
- Identidad sexual y orientación sexual
- Conducta sexual

C. Actividades de información, educación y comunicación para adolescentes.

NORMA 8

Todos los equipos de salud del nivel local deberán proporcionar espacios para la adquisición de competencias a través de información, educación, comunicación (IEC) y empoderamiento para el cuidado de la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Intervenciones:

Los equipos de salud deberán efectuar las siguientes actividades y tareas:

1. Información cara a cara en cada contacto del adolescente con el servicio.
2. Identificación de las organizaciones de la comunidad como: escuela, clubes, instituciones deportivas recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de familia, comunidades religiosas, entre otras; para la implementación de las actividades de IEC.

Concentración: Listado actualizado cada año.

3. Reuniones de coordinación y articulación de acciones con la red de servicios y con las organizaciones de la comunidad como: escuela, clubes, instituciones deportivas recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de familia, comunidades religiosas, entre otras; para la implementación de las actividades de IEC y adquisición de competencias para el cuidado de la salud.

Concentración: 1 vez al año

4. Educación de la comunidad escolar (el alumnado, padres y madres de familia, docentes) en aspectos relativos a la prevención de conductas de riesgo y

promoción de conductas de auto cuidado, higiene personal, otros.

Concentración: 1 vez al año

5. Difusión, a través de los medios de comunicación masiva, de los servicios de salud integral a los y las adolescentes, haciendo énfasis en su Salud Sexual y Reproductiva.

Concentración: 1 vez al año

6. Elaboración, validación y distribución de material educativo en aspectos relacionados a competencias para la toma de decisiones en salud, crecimiento y desarrollo integral del adolescente, derechos a la salud y salud sexual y reproductiva, otros.

7. Diseñar y realizar campañas de comunicación en salud, a fin de lograr una mayor cobertura de información y evaluar su impacto.

Concentración: 1 vez al año

8. Realizar Jornadas de Salud con la participación de los diferentes actores sociales y en particular escolares y adolescentes.

Concentración: 1 vez al año

D. Mercadeo de salud

NORMA 9

Todos los equipos salud del nivel local conocerán y divulgarán las políticas, los compromisos internacionales y normas nacionales relativas a los derechos a la salud, derechos

Intervenciones:

1. Conocimiento de los derechos y deberes que tienen los y las adolescentes, reconocidos en la legislación nacional y en los compromisos internacionales ratificados por el país.

2. Desarrollo de acciones de divulgación del marco legal vigente que protege al adolescente, dando cumplimiento a los compromisos adquiridos a través de Resoluciones, Acuerdos, Convenios, Cumbres de Presidentes, Reuniones de Ministros entre los que podemos mencionar. Para este fin remitirse al documento. “Compilación de Convenios Internacionales y Leyes Nacionales de Protección en Salud Integral a la Población Adolescente (10-19 años) con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva” 2005.
3. Promoción y protección de los derechos humanos, entre los que está el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, el acceso de los y las adolescentes a la educación, información, comunicación y uso de los servicios existentes.

E. Participación social

NORMA 10

El equipo de salud del nivel local promoverá la integración de los y las adolescentes en los procesos de participación social en sus áreas de responsabilidad.

Intervenciones:

1. Identificar grupos juveniles organizados en la comunidad con el propósito de que participen en conjunto con las autoridades municipales y locales, líderes comunitarios, ONGs, grupos cívicos y religiosos, instituciones gubernamentales, empresa privada y otros actores sociales en la elaboración del diagnóstico integral, quinquenal, identificación y solución de los problemas que afectan a todos.
2. Se creará y fortalecerá la “Comisión Interinstitucional, Intersectorial y Social para promover la salud integral de los y las adolescentes”, en el nivel local, regional y nacional.
3. Esta Comisión desarrollará sus acciones basados en el Plan Estratégico Nacional de Niñez y

Adolescencia, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y elaborará el Plan Operativo Anual de Salud Integral de la Población de 10- 19 años, con los principios y enfoques en el capítulo V de la presente norma.

4. Captación de los y las adolescentes que acuden por demanda espontánea, e integrarlos como sujeto y objeto durante todo el proceso de participación social a los diferentes procesos de gestión en salud principalmente a los servicios amigables, sin discriminación de ninguna índole.
5. Formar promotores adolescentes, educadores de pares, capacitarlos, darles seguimiento y mantenerlos vinculados al sistema, a partir de los grupos que representan los diferentes sectores presentes en la comunidad.
6. Vigilar el acceso de adolescentes, privilegiando aquellos que se encuentran en condición de pobreza y vulnerabilidad, con análisis de sus inequidades socioeconómicas, de salud, de raza/etnia, género y generación.

F. Adolescente Trabajador.

Norma 11

Todo el personal de salud participará en la divulgación de los derechos del adolescente trabajador, la lista de las peores formas de trabajo infantil y de la importancia de la erradicación del trabajo infantil y protección de las personas adolescentes trabajadoras.

Intervenciones:

1. Los equipos de salud organizaran acciones de promoción en las instalaciones de salud y en los sitios de trabajo de los adolescentes donde se hayan identificado adolescentes trabajadores, dirigidas a la divulgación de la ley 18 de 2000 y el decreto ejecutivo 19 de 2006 (sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil), la prevención de enfermedades y accidentes laborales, el desarrollo integral del individuo y la erradicación del trabajo infantil.

X. PREVENCIÓN.

A. Estrategia

Desarrollando actividades que permitan la evaluación del crecimiento y desarrollo de los y las adolescentes para la detección de factores de riesgo y protectores; estimulando sus fortalezas para favorecer su madurez personal.

Responsables:

- La responsabilidad de desarrollar las actividades de este componente es del equipo de salud: médicos (as), enfermeras, odontólogos, auxiliares y técnicos (as) de enfermería, y trabajadores (as) sociales, educadores para la salud ayudantes de salud, psicólogo (a), nutricionista y otros (as) especialistas.

Universo: Población estimada para las edades específicas de 10-14 y 15-19 años, según la estimación de población a julio del año programado.

Cobertura: Aumentar 10% por año de la cobertura obtenida a partir del 2005 hasta alcanzar 50% al 2010

Concentración: 1 control por cada año de edad

Rendimiento:

2 pacientes nuevos por hora

4 pacientes subsecuentes por hora.

B. Atención Integral del adolescente

NORMA 12

Los y las adolescentes tienen derecho a la Evaluación Integral de su Crecimiento y Desarrollo con énfasis en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el médico(a), odontólogo(a), nutricionista, salud mental, trabajador(a) social, enfermera(o), técnica(o) de enfermería y ayudante de salud.

Intervenciones:

- La atención del adolescente estará orientada por la Guía de Actividades para la Atención Integral del Adolescente, presentada en esta norma (Cuadro 9).
- El/la adolescente puede entrar solo(a) o acompañado(a) si así lo desea a la consulta o atención, excepto en situaciones donde amerita procedimientos quirúrgicos o su salud ha sido afectada por un riesgo biopsicosocial o ambiental, en donde deberá entrar acompañado por una persona responsable.
- Al momento de iniciar la atención se debe garantizar al adolescente que toda la información que obtenga el profesional de la salud se resguardará con absoluta confidencialidad, exceptuando los casos donde no revelar información implique peligros para la persona atendida o terceros.
- Una síntesis de diversos aspectos normales del desarrollo del adolescente se presenta en el anexo N° 2.

Cuadro N° 9. Guía de Actividades para la Atención Integral del Adolescente (10 a 19 años de edad).

	Actividades	Edad en años									
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Formularios de ingreso al programa	*									→
2	Historia Clínica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	Evaluación de factores protectores y de riesgo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	Examen Físico										
	Peso, Talla	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Índice de Masa Corporal	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Frecuencia cardíaca y respiratoria	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Presión Arterial	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	Evaluación de vacunas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	Exámen de Audición	S	S	S	S	S	D	S	S	S	S
7	Exámen de Visión	I	I	D	I	I	D	I	I	I	I
8	Evaluación Nutricional	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
9	Evaluación del crecimiento	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10	Evaluación desarrollo puberal (Tanner)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11	Evaluación sexualidad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
12	Evaluación de Columna Vertebral	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13	PAP	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
14	Laboratorios										
	BHC	*	M	M	M	M	*	M	M	M	M
	Urinálisis	*					*				
	Parasitoscopia	*					*				
	Solubilidad Hb / Electroforesis										→
	Perfil Lipídico	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	Pesquisaje por E.T.S. y VIH	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
15	Complementos nutricionales	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
16	Entregas educativas										
	A los padres	*	*	*	*	*	*	*	*	OP	OP
	Al adolescente	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Estilo de vida saludable	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Alimentación	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Prevención de Accidentes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Sexualidad	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Conductas de Riesgo	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Invitar a las actividades de Promoción	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
17	Evaluación por Odontología	*									→

* Para ser realizado en las citas de control o en oportunidades de contacto con el paciente.

* → Rango en el que se debe realizar la actividad a partir de la edad donde está el asterisco

S: Evaluación Subjetiva, por historia

I: Técnica Indirecta

D: Técnica Directa

R: Realizar en población de RIESGO

M: las niñas que menstruan se les debe realizar BHC anual

OP: Opcional

1. FORMULARIOS DE INGRESO AL PROGRAMA:

El o la auxiliar de Registros Médicos deberá abrir el expediente clínico y entregar la tarjeta de citas a las y los adolescentes que demanden cualesquiera servicios en las instalaciones de salud.

Formularios incluidos en el expediente de adolescentes a su ingreso al programa (Anexo N° 3)

- Historia Clínica del Adolescente
- Hoja de evolución del paciente.
- Gráficas de talla para la edad e índice de masa corporal según sexo
- Historia Clínica Perinatal (cuando sea necesario)
- Hoja para colocar los resultados de laboratorio.
- Formularios de referencia y contrarreferencia
- Registro de vacunas

2. HISTORIA CLÍNICA DEL ADOLESCENTE, MODELO DEL CLAP.

- La historia clínica se completa al ingresar el paciente al programa de adolescentes. En las consultas subsiguientes se actualiza la información en el formulario de evaluación.
- El formulario complementario recoge la información de salud reproductiva.
- Al llenar la Historia del adolescente, cuando alguna de las respuestas señale un cuadro amarillo, implicará una situación de riesgo a la cual el profesional de salud deberá ofrecer alguna intervención: educativa, terapéutica, referencia u otra.

El profesional de salud, según los problemas identificados, podrá ampliar su interrogatorio en temas como:

- Alimentación actual
- Hábitos alimentarios, individuales y familiares.
- Actividad Física
- Historia familiar de obesidad, diabetes, dislipidemias y enfermedad cardiovascular
- Presencia de bulimia o anorexia.

3. EVALUACION DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO (Anexo N° 4)

Identificar los principales factores de riesgo y factores protectores de la salud psicosociales, ambientales, biológicos y de la salud sexual y reproductivos, tanto individuales como familiares, en cada consulta.

Los factores identificados requerirán que el personal de salud establezca intervenciones específicas:

- Entregas educativas en la consulta.
- Referencia a un área especializada (trabajo social, psiquiatría) o nivel diferente.
- Plan terapéutico y seguimiento consensuados con el adolescente y familiares.
- Referencia a grupos u organizaciones comunitarias.

NORMA 13

A toda y todo adolescente se les debe hacer una evaluación acerca de la satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia y su red social, al menos una vez al año.

Intervenciones:

- Detección de riesgos y vulnerabilidad psicosocial.
Aspectos a investigar:
 - Actividades sociales
 - Antecedentes de salud de la familia.
 - Funcionalidad familiar
 - Percepción de la o el adolescente de su relación familiar.
 - Estructura familiar
 - Nivel socio-económico de la familia
 - Integración social
 - Reconocimiento social
 - Capacidad de intimar
 - Referente adulto (Si tiene un adulto en quien confía)
 - Otros

- Ante una irregularidad en uno de los aspectos investigados; el/la adolescente debe ser referido (a) a Trabajo Social, Salud Mental o a una institución con capacidad resolutoria, según corresponda. Excesivo aislamiento y ausencia de relaciones íntimas pueden ser indicadores de depresión.

4. EXAMEN FÍSICO COMPLETO.

En todas las visitas anuales del adolescente se le debe medir y evaluar peso, talla, IMC, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria. Esto se hará conforme a las gráficas establecidas y estándares establecidos por los Programas de Salud del Adolescente y de Nutrición (Anexo N° 5).

5. CONTROL DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Norma 14

A todo adolescente que acuda a los servicios de salud se le deberá evaluar el estado de sus inmunizaciones y se actualizará según las normas del PAI.

Intervenciones:

- Aplicación de la dosis de refuerzo de Td adulto a los 12 años o cuando curse VI Grado
- Aplicación de la dosis de refuerzo de MMR a adolescentes de 15-19 años que no se hayan aplicado el refuerzo anterior.
- Aplicación de 1ª y 2ª dosis de Hepatitis B a partir de los 12 años con un intervalo de 4 semanas entre la 1ª y 2ª dosis. Un refuerzo debe aplicarse seis meses después de la 1ª dosis.
- Se harán los ajustes necesarios en los esquemas de vacunación según las recomendaciones del PAI.

6. EVALUACIÓN DE LA AUDICIÓN (Cuadro N° 10).

Según la guía de atención, la evaluación de la audición puede ser por técnica directa o indirecta. Aquellos pacientes que acudan por dificultad o disminución de la audición, procederán a la evaluación por Técnica Directa.

Cuadro N° 10. INSTRUCTIVO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA

1. Técnica Directa

La prueba directa de la capacidad auditiva con ayuda del audiómetro se realizará en toda instalación que cuente con el recurso, la cual podrá brindar el apoyo a aquellos centros que no cuenten con el mismo.

2. Técnica Indirecta

- Se muestran imágenes de objetos conocidos al joven para que los identifique en alta voz. Se le explica que debe señalar cada figura cuando escuche la palabra que designe alguna de ellas.
- El examinador se coloca a un metro diagonal y a la altura del oído del adolescente.
- Se coloca un algodón impregnado de vaselina en el oído contrario.
- En voz hablando a nivel mínimo (no susurrada) se le van diciendo las palabras hasta completar cuatro figuras salteadas. Se anota el resultado y se repite el procedimiento con el otro oído.
- Se puede repetir las palabras más de una vez en el mismo tono de voz.
- Si la prueba resulta dudosa, se debe repetir otro día y si el resultado persiste, se debe referir al joven para su estudio.

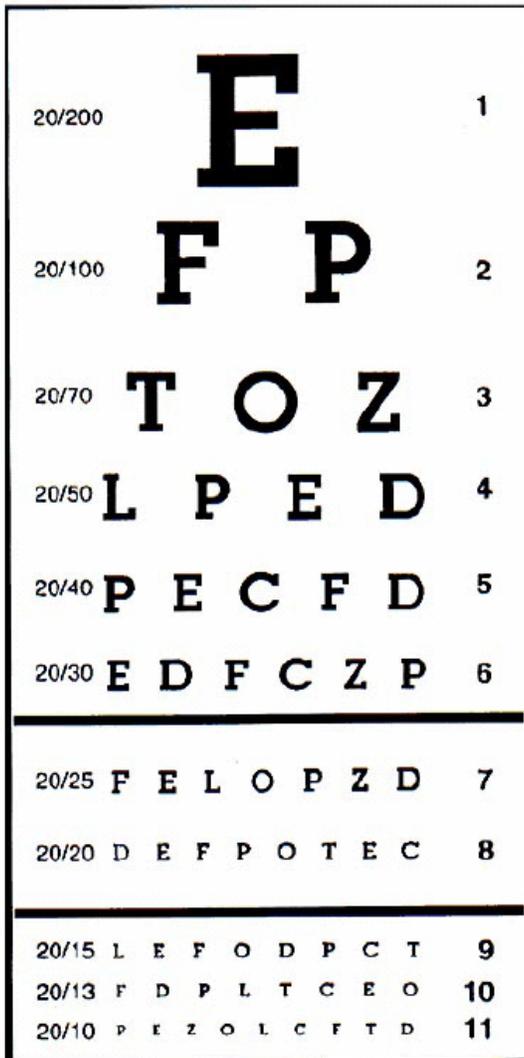
REPORTE DEL RESULTADO:

- Si de cuatro nombres señaló correctamente cuatro figuras el resultado es 4/4: Bien
- Si de cuatro señaló tres figuras 3/4 : Bien
- Si de cuatro señaló dos 2/4 : Dudoso
- Si de cuatro señaló una 1/4 : Mal

7. EVALUACIÓN DE LA VISIÓN (Figura N° 1 y Cuadro N° 11).

Según la guía de atención, la evaluación de la agudeza visual se hará en cada visita anual del adolescente. La evaluación puede realizarse por medio de la Cartilla de Snellen o por refracción por un oftalmólogo. Aquellos pacientes que acudan por dificultad o disminución de la visión, serán referidos inmediatamente para evaluación por Oftalmólogo.

Figura 1. Cartilla de Snellen



Interpretación de la prueba y medidas a tomar.

Ultima fila que vio correctamente	Anotación	Medidas a tomar.
40 30	20/40 20/30	Derivación a Optometría / Oftalmología
25 20	20/25 20/20	Colocar en primera fila en clases y reevaluar en 6 meses
15	20/15	Normal

Cuadro N° 11. Instructivo para el uso de la Cartilla de Snellen.

Requisitos:

El que va a realizar la prueba debe recibir el entrenamiento y las prácticas supervisadas.

Seleccionar lugares con buena iluminación (natural o eléctrica) y silencioso.

Preparar al adolescente.

- Enseñarle a cubrir un ojo, sin presionarlo.
- Verificar el conocimiento del nombre de las letras en la cartilla.

No permitir que el paciente vea la cartilla antes de la prueba

Procedimiento

Llenar la hoja de registro.

Colocar la cartilla en la pared, a la altura de la cara, a 20 pies (6 metros) de distancia de la persona que se examinará.

El examinador se coloca entre el paciente y la cartilla para que la persona evaluada no vea las letras.

Indicarle que se cubra un ojo con la mano enconchada.

Cada ojo se mide individualmente y se anotan los hallazgos.

En orden descendente señale con un objeto delgado, oscuro y mate (ejemplo: pluma) cada una de las letras de la cartilla.

La agudeza visual de la persona corresponde al quebrado de la última línea que pudo leer correctamente todas las letras. Si tuvo algún error, anotar el número de letras que falló en esta última línea.

La persona que usa lentes es necesario examinarlo primero sin lentes, anota los resultados y luego haga el examen con los lentes, cubriendo cada lente con un papel doblado en cuatro. (No cubra el lente con las manos)

Si el examinado no ve la letra E grande 20/200 se le pone de pie y que avance de un metro hacia la cartilla con el ojo cubierto, hasta que pueda verla. Se anota la distancia en metros a que pudo verla.

Si el examinado pegado a la cartilla no ve la E 20/200, se le alumbra el ojo con una linterna de mano. Si observa la luz, se anotará Visión Luz; de no observar la luz, la anotación será visión nula.

8. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

NORMA 15

El equipo de salud (médico/a general, enfermera/o, técnico/a de enfermería), debe evaluar el estado nutricional de los y las adolescentes que acudan a la instalación de salud.

Intervenciones:

- a. Evaluación del peso, talla e índice de masa corporal.
 - Evaluar riesgo de sobrepeso y trastorno de la conducta alimentaria.
 - La detección se efectúa a través del índice de masa corporal (IMC) por edad y sexo
 - Exámenes de laboratorio: hemoglobina, heces, orina y otros que sean necesarios según factores de riesgo
- b. Clasificación del Estado Nutricional:
 - **Normal:**
 - Si el IMC está dentro del percentil 5 a 85, de la gráfica del estado nutricional por edad y sexo
 - **Bajo Peso:**
 - Si el IMC es inferior al percentil 5 de la gráfica del estado nutricional por sexo y edad
 - **Riesgo de Sobrepeso:**
 - Cuando el IMC esta entre el percentil 85 y 95 de la gráfica del estado nutricional por sexo y edad.

NORMA 16

El equipo de salud debe referir al profesional de nutrición a los y las adolescentes que presente situaciones que requieran atención especializada.

Intervenciones:

Los casos que deben ser referidos para evaluación por Nutrición incluyen las siguientes situaciones:

- a. Trastornos nutricionales
 - Dislipidemia
 - Bajo Peso
 - Anemia
 - Obesidad
- b. Trastornos de conductas alimentarias (Los y las adolescentes que presenten trastornos de conductas alimentarias deben ser referidos (as) al equipo de salud mental).
 - Anorexia
 - Bulimia
- c. Trastornos del metabolismo
 - Bocio
 - Diabetes Mellitus
 - Síndrome Metabólico

9 y 10. EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO.

- a. La evaluación del crecimiento físico se realiza por medio de las curvas de estatura para la edad (Anexo N° 5)
- b. La evaluación del desarrollo psicomotor se describe en el Manual de Aplicación y evaluación del desarrollo del escolar.
- c. La evaluación de la maduración sexual se hará por medio de la escala de Tanner (Figura N° 2)

Figura N° 2. Escala de Tanner para evaluación del estado puberal.

A. Grados de Tanner del desarrollo mamario:

La clasificación del desarrollo mamario, no considera el tamaño ni forma de ella, puesto que estas características están determinadas por factores genéticos y nutricionales.

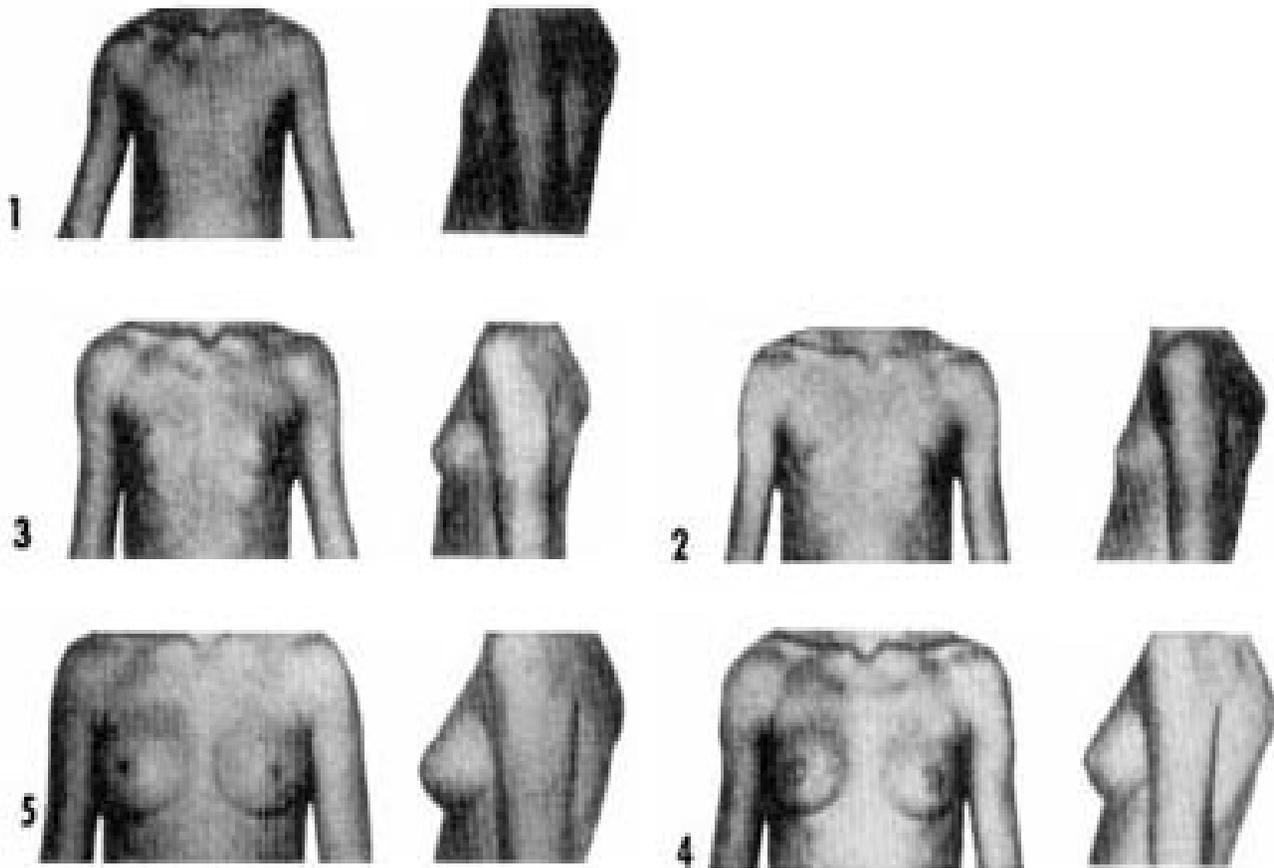
Grado I: o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.

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.



B. Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico para ambos sexos:

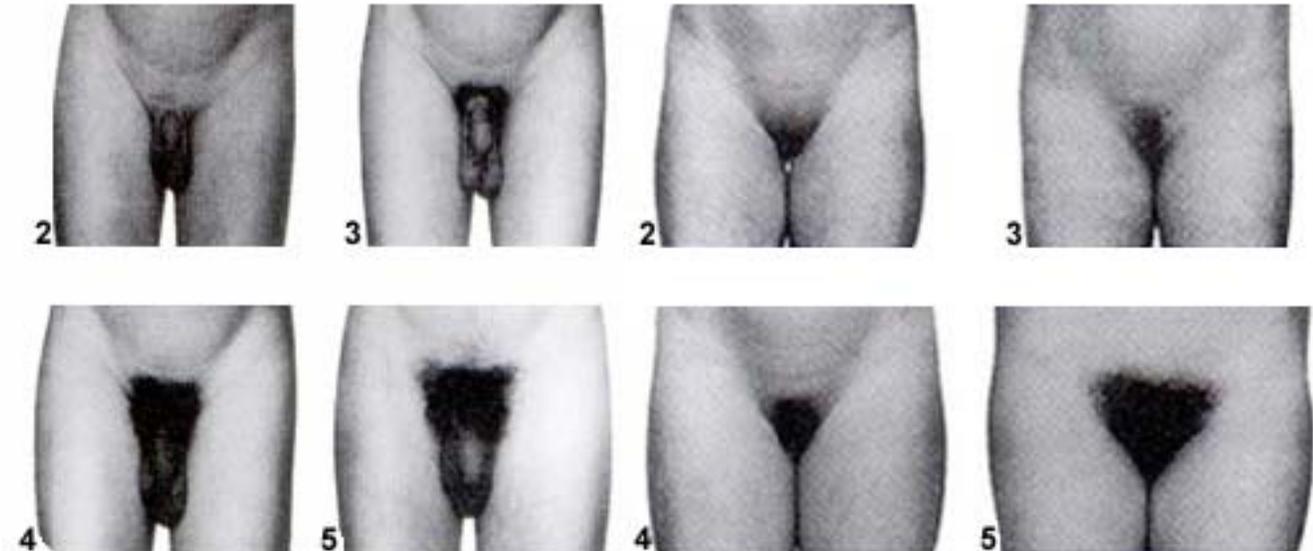
Grado I: o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.

Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.

Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.

Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.

Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.



C. Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón:

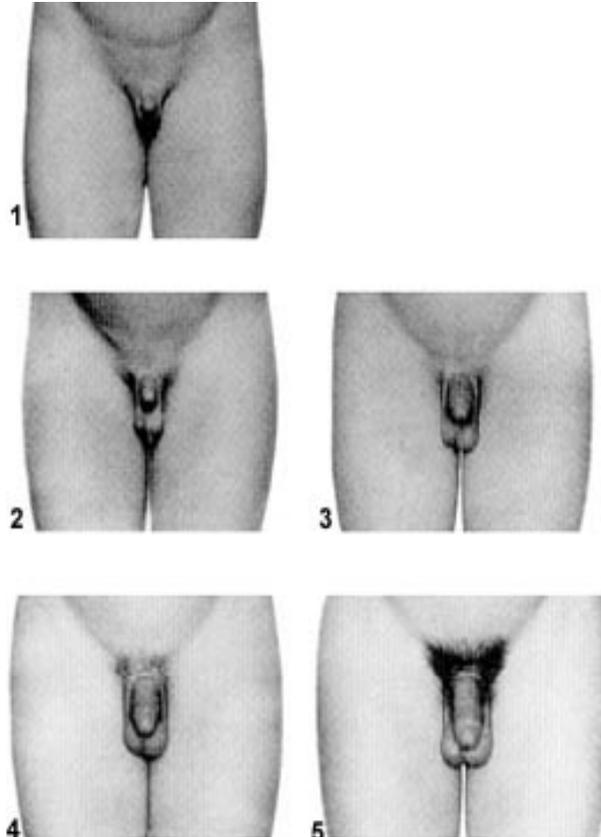
Grado I: Los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.

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 del pene, 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



11. EVALUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NORMA 17

Los y las adolescentes tienen derecho a la evaluación de su salud sexual y reproductiva, por lo menos una vez al año, actividad que debe realizar el médico, la enfermera(o), técnicos(as) de enfermería, auxiliares de enfermería y el ayudante de salud

Intervenciones:

1. Preguntar a las y los adolescentes acerca de la satisfacción y los conflictos con relación a su sexualidad, al menos una vez al año, habiendo o no iniciado sus relaciones sexuales.

- Conflictos con relación a la sexualidad y orientación sexual.
- Sentimientos frente a la masturbación
- Inicio precoz de las relaciones sexuales sin información
- Características de la o las relaciones de pareja.
- Indagar por relaciones que impliquen abuso, violencia y explotación sexual comercial (Cuadro N° 12)
- Molestia o dificultades en sus relaciones sexuales.
- Falta de deseo sexual, fobia a las relaciones sexuales.
- Falta de erección
- Eyaculación retardada (parcial o precoz)
- Falta de orgasmo
- Dolor
- Vaginismo.

2. Preguntar a los /las adolescentes al menos una vez al año, acerca de comportamientos sexuales

de riesgo para embarazos y/o infecciones de transmisión sexual, o VIH/SIDA.

3. Realizar a al menos una vez al año o cada vez que exista una situación de riesgo específica e identificada, la detección precoz de ITS y ofrecer pruebas de diagnóstico para VIH/SIDA a los/las adolescentes que tienen relaciones sexuales.
4. Preguntar a todos los y las adolescentes sobre situaciones de abuso sexual ocurridas en el pasado o presente y proceder a llenar el formulario de investigación por sospecha de Violencia intrafamiliar y maltrato al menor.
5. Indagar a los/las adolescentes acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen sobre sexualidad.

6. Preguntar si existe en su familia antecedente de madre o hermana embarazada adolescente.
7. Efectuar consejería genética cuando se detecten factores de riesgo o predisposición genética sobre una afección en particular.
8. Preguntar a los/las adolescentes si utilizan algún método anticonceptivo, y ofrecer Consejería sobre anticoncepción, riesgos y ventajas, hayan o no iniciado relaciones sexuales; sin que este, presente su acompañante (padre, madre, acudiente, otro) durante la actividad.

Realizar un PAP anual o con mayor frecuencia de acuerdo al criterio médico, a todas las adolescentes que tengan vida sexual activa.

Cuadro N° 12. ¿Violencia en el Noviazgo?

La violencia está presente en el noviazgo. Tres de cada 10 las estudiantes reportan violencia en el noviazgo.

Si quieres saber si en tu actual noviazgo vives violencia, en cada pregunta anota el puntaje de la respuesta que corresponda a tu situación. Al terminar, suma los puntajes de cada subtotal para obtener el total y compáralo con el índice de violencia que se presenta al final.

Preguntas Grupo I	Respuestas y puntajes		
	Frecuentemente 2 puntos	A veces 1 punto	Nunca 0 puntos
1.- Cuando se dirige a ti, ¿te llama por un apodo que te desagrada y/o con groserías?			
2.- ¿Te ha dicho que andas con alguien más, que tus amigos quieren andar contigo?			
3.- ¿Te dice que tiene otras chicas, te compara con sus ex novias?			
4.- ¿Todo el tiempo quiere saber qué haces y con quién estas?			
5.- ¿Te critica, se burla de tu cuerpo y exagera tus defectos en público o en privado?			
6.- Cuando estas con él ¿te sientes tensa y piensas que hagas lo que hagas él se molestará?			
7.- Para decidir lo que harán cuando salen ¿ignora tu opinión?			
8.- Cuando platican, ¿te sientes mal porque sólo te habla de sexo, te pregunta si tuviste relaciones sexuales con tus ex novios?			
9.- Te ha dado algún regalo a cambio de algo que te ofenda o te haya hecho sentir mal?			
Subtotal:			
Preguntas Grupo II	Respuestas y puntajes		
	Frecuentemente 5 puntos	A veces 3 punto	Nunca 0 puntos
10.- Si has cedido a sus deseos sexuales, ¿sientes que ha sido por temor o presión?			
11.- Si tienes relaciones sexuales, ¿te impide o condiciona el uso de métodos anticonceptivos?			
12.- ¿Te ha obligado a ver pornografía y/o a tener prácticas sexuales que te desagraden?			
13.- ¿Te ha presionado u obligado a consumir droga?			
14.- Si toma alcohol o se droga ¿Se comporta violento contigo o con otras personas?			
15.- A causa de los problemas con tu novio ¿Has tenido una o más de las siguientes alteraciones: pérdida de apetito y/o sueño, malas calificaciones, abandono en la escuela, alejamiento de tus amigos o amigas?			
16.- Cuando se enojan o discuten ¿Has sentido que tu vida está en peligro?			
17.- ¿Te ha golpeado con alguna parte de su cuerpo o con un objeto?			
18.- ¿Alguna vez te ha causado lesiones que ameriten recibir atención médica, psicológica, jurídica y/o auxilio policial?			
19.- ¿Te ha amenazado con matarse o matarte cuando se enojan o le has dicho que quieres terminar?			
20.- ¿Después de una discusión fuerte, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a suceder y que “todo cambiará”?			
Subtotal:			
TOTAL:			

Interpretación de la prueba: Índice de violencia en la relación de noviazgo

Hasta 5, relación que no presenta violencia

- El noviazgo es una etapa en la que aprendemos a relacionarnos en pareja con la persona que queremos. Toda pareja tiene problemas, pero no todas saben resolverlos de manera sensata, teniendo presente el respeto por las diferencias y los derechos de cada uno.

De 6 a 15, relación con primeras señales de violencia

- Existencia con problemas, pero que se resuelven sin violencia física. Los actos violentos son minimizados y justificados por problemas ajenos a la pareja. Es importante que se desarrollen habilidades para resolverlos (Comunicación asertiva, resolución de conflictos, manejo del estrés).

De 16 a 25, relación de abuso

- La pareja está usando cada vez más la violencia para resolver los conflictos; la tensión se empieza a acumular. Siente que puede controlar la situación y que él cambiará. Es una situación de CUIDADO y una señal de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 26 a 40, relación de abuso severo

- Definitivamente la relación de noviazgo es violenta. Los actos violentos se dan bajo cualquier pretexto y cada vez más frecuentes e intensos. Después de la agresión, intenta remediar el daño, pide perdón y promete que no volverá a ocurrir. Esta etapa es difícil porque hay miedo y vergüenza por lo que pasa. Tiene esperanza de que cambie. Requiere ayuda para manejo de la situación.

Más de 41, relación violenta

- Es URGENTE poner a salvo a la paciente, que tome medidas de seguridad y que reciba inmediatamente ayuda especializada. Su vida está en peligro. Su salud física y/o mental puede quedar severamente dañada.

Recomendaciones generales:

Si vive violencia en el noviazgo, es importante que tome medidas de seguridad como:

- Buscar ayuda profesional.
- Contarle la situación a una persona de tu confianza y que pueda ayudar (amiga, prima, maestra, orientadora, etc.)
- Si sale con él, decirle a alguien de confianza a donde irán y a que hora estará de regreso.
- Cuando salgas con, délo a conocer a alguien que esperará y que sabe lo que harán.
- Siempre que salga con él, lleva una tarjeta telefónica o si puede un teléfono celular, dinero y cédula o alguna identificación.

FUENTE: www.omnia.com.mx

Adolescente Embarazada

NORMA 18

El personal de salud (médico(a) general, odontólogo(a), enfermera(o), trabajador(a) social, técnico y auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento ambiental, educador para la salud, ayudante de salud, promotor de la salud y la partera tradicional capacitada, deben detectar y captar tempranamente (antes de las 20 semanas de gestación) a toda adolescente embarazada.

Intervenciones:

Aprovechar las visitas a la comunidad, independientemente de su objetivo inicial, para detectar tempranamente a toda adolescente embarazada:

1. Indagar a la adolescente embarazada o a su familiar para conocer si ya está controlándose en una instalación de salud.
2. Revisar la tarjeta de control de embarazo.
3. Referir hacia la instalación de salud si no ha iniciado el control de su embarazo o es inasistente a las citas de control.
4. Orientar a la adolescente embarazada y a su familiar sobre la importancia del control del embarazo.
5. Captación e ingreso al programa en el momento que acude a la instalación de salud.
6. Dentro del listado general de embarazadas de las comunidades, determinar el número de adolescentes embarazadas.

NORMA 19

El personal de salud (médico(a), odontólogo(a), enfermera(o), trabajador(a) social, técnico(a) y auxiliar de enfermería, inspector(a) de saneamiento ambiental, educador(a) para la salud, el ayudante de salud, promotor(a) de la salud y la partera tradicional capacitada, deben participar en la atención del primer control prenatal de la adolescente embarazada.

Intervenciones:

1. Evaluar la condición física y psicosocial de la adolescente embarazada de acuerdo a lo que establecen las Normas técnico-administrativas y de procedimientos – Programa de Salud Integral de la Mujer 2002 y las Normas Integrales para la Salud de la Población y el Ambiente.
2. Detectar riesgos biológicos tomando como referencia las Guías de atención de embarazos de alto riesgo. Volumen 7. Panamá 1999.
3. Determinar niveles de riesgo en adolescentes embarazadas (Cuadro N° 13)
4. Referir al especialista según necesidad.
5. Referir a equipo de salud mental trabajo social, odontología y nutrición
6. Determinar la clasificación de la embarazada según riesgo (bajo, alto, muy alto riesgo materno perinatal), basándose en normas del Programa de Salud Integral de la Mujer. Panamá 2002.
7. Planear consejería dirigida a la pareja de la adolescente embarazada para destacar la importancia y necesidad del apoyo y participación del padre del niño(a), durante el proceso del embarazo, parto y cuidados del (la) recién nacido (a) y el resto del período de crecimiento y desarrollo.
8. Referir a equipo de salud mental y trabajo social.
9. Dar consejería de acuerdo a los factores de riesgo biológicos y psicosociales detectados.

Cuadro N° 13. Niveles de Riesgo en Adolescentes Embarazadas

Característica De La Adolescente	Clasificación	Conducta A Seguir
Múltiparas 18 a 19 años Casadas	Adolescente de Riesgo corriente o riesgo no detectable (A) .	Atención en el Primer Nivel de Atención con la Norma técnica del Programa de Salud Integral de la Mujer.
Soltera Mayor de 17 años La mayor de los hermanos Actitud indiferente o negativa al inicio del embarazo	Adolescente de Bajo Riesgo Obstétrico (B)	Atención preferencial en el Primer Nivel de Atención dando mayor selectividad a los controles.
Edad de la menarquia a los 11 años o menos. Dos años de educación media. Enflaquecida por medición del área muscular braquial. Ver norma maternal para la determinación del peso	Adolescente de Bajo Riesgo Obstétrico y Perinatal. (C)	Atención combinada entre el Primer y Segundo Nivel de Atención.
Patología del embarazo o asociada según norma del Programa Maternal. Embarazo producto de abuso sexual. Pareja estudiante o en trabajo ocasional. Estatura de 1.50m o menos.	Adolescente de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal.	Ingreso por el Primer Nivel de Atención y referencia de inmediato al Segundo Nivel de Atención . Coordinación lo más estricta posible entre Niveles.

(1) Molina R., Luengo X. Y cols. Factores Predictivos de Riesgo en Adolescentes Embarazadas. Enviado para publicación al Boletín de la Organización Panamericana de la Salud.

NORMA 20

El equipo de salud debe realizar visita domiciliaria a la adolescente embarazada que no asista a los controles y citas correspondientes.

Intervenciones:

1. Planear visita domiciliaria integral, basados en la agenda de citas y la tarjeta de seguimiento de casos.
2. Durante la visita se orientará a la pareja y a la familia de la adolescente embarazada acerca de:
 - Importancia del apoyo familiar y de la pareja.
 - Necesidad del apoyo económico, emocional y físico a la adolescente.
 - Participación de la familia para disminuir los efectos de los factores de riesgo sobre la adolescente.
 - Se le indicará la fecha de su cita de control y las ventajas de acudir a los controles de salud (esta cita debe ser lo más pronto posible y con el personal adecuado).
 - Se orientará sobre los signos de alerta durante el embarazo.
 - Se le hará entrega de micro nutrientes suficientes de manera preventiva hasta su próxima cita.
 - A todas las pacientes se les dará información sobre sus derechos.

NORMA 21

El equipo básico de salud capacitado (médico, enfermera, técnico y/o auxiliar de enfermería, educador para la salud, trabajador social) brindarán consejería en las citas de control a la adolescente embarazada y a su pareja, durante el embarazo, parto y puerperio.

Intervenciones:

En las citas de control se dará consejería sobre los siguientes temas:

1. Durante el embarazo
 - Preparación para la maternidad
 - Relaciones de equidad entre hombres y mujeres
 - Aceptación de su rol de madre y de padre
 - Preparación para la Lactancia materna y sus Ventajas.
 - Cuidados de el/la recién nacido/a y citas de control.
 - Derechos del niño y orientación sobre la inscripción en el registro civil.
 - Higiene, alimentación y nutrición, ejercicio, vestuario.
 - Proyecto de vida y la necesidad de continuar sus estudios.
 - Importancia del control prenatal y la atención hospitalaria del parto.
 - La paciente y sus familiares sabrán identificar signos de alarma.
 - Importancia de cuidar y conservar la tarjeta de los controles del embarazo.
2. Antes de su egreso de la maternidad.
 - Lactancia materna.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Métodos anticonceptivos post-parto
 - Controles de salud de el/la recién nacido/a
 - Registro del recién nacido
3. En el control del puerperio, entre los 7 y 15 días post parto, ofrecer la atención y recomendaciones según la Norma de Salud Integral de la Mujer.
4. Posterior al puerperio, la adolescente debe ser reincorporada al Programa de Salud Integral del Adolescente y beneficiarse de todas las actividades que se desarrollen.

NORMA 22

El equipo de salud organizará grupos de adolescentes embarazadas solteras y/o con sus parejas

Intervenciones:

1. Diseñar un programa con contenido educativo para desarrollar en el grupo de adolescentes embarazadas (Cuadro N° 14).
2. Presentar el programa diseñado a todos (as) los funcionarios de la instalación de salud, a las autoridades locales, sociedad civil, para gestionar el apoyo a las actividades que se ejecutaran.
3. Hacer una lista de los recursos requeridos
4. Selección de facilitadores (as) para desarrollar los temas.
5. Preparación de material impreso para distribuir a los/las participantes.
6. Ejecución del programa
7. Elaborar crónicas de cada sesión.
8. Considerar posibilidad de aprovechar esta oportunidad para realizar una encuesta de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) relacionadas con la salud sexual y reproductiva que les permita diseñar intervenciones de promoción y prevención.
9. Consignar las actividades efectuadas en el formulario de registro diseñado para tal fin.
10. Evaluación del programa

Cuadro N° 14. Temas sugeridas para incluir en un programa educativo dirigido a la adolescente embarazada y a su Pareja

Preparación integral para la maternidad

- Se realiza en forma grupal con pares, desde el primer contacto con la adolescente y su pareja, aplicando técnicas participativas, que intentan promover la independencia y la búsqueda individual de soluciones.
- Se debe apoyar en la experiencia de los/as adolescentes y favorecer la expresión de creencias, sentimientos y actitudes, incentivando la asistencia al mayor número posible de encuentros, incorporando el máximo de contenidos.

Contenidos

- Autocuidado
- Autoestima
- Proyecto de vida
- La consulta prenatal. Importancia
- Nutrición durante el embarazo
- Identidad y género
- Relaciones familiares
- Derechos y deberes legales
- Signos y síntomas de alarma pre y post parto
- Lactancia materna y sus beneficios
- Psicoprofilaxis del parto
- Prevención siguiente embarazo. Regulación de la fecundidad y elección método de anticonceptivo.
- Cuidados del recién nacido
- Habilidades para vivir

Recomendaciones para el parto

- Se debe garantizar una referencia a las adolescentes, posibilitando su acceso a los servicios de 2do o 3er nivel de atención, según corresponda a cada caso en particular.
- Se debe promover, de acuerdo a las posibilidades, que en la labor de parto y el puerperio inmediato la adolescente se encuentre acompañada por su pareja o miembros de su familia.
- Cuidados durante el puerperio tardío.

Planificación Familiar y Anticoncepción

NORMA 23

El médico y la enfermera deben atender la consulta sobre anticoncepción y planificación familiar a todo y toda adolescente que lo solicite.

Intervenciones:

1. Historia clínica del adolescente completa
 - Datos generales: sexo, edad
 - Antecedentes personales: Edad de la menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, ciclos menstruales, infecciones genitales y de transmisión sexual, embarazos anteriores, abortos.
 - Antecedentes de la pareja: Número de parejas, infecciones de transmisión sexual
 - Antecedentes patológicos personales
 - Trastornos de la alimentación
 - Disfunciones sexuales
2. Examen Físico
 - Toma de peso, talla, presión arterial
 - Desarrollo de Maduración Sexual según Tanner
 - Evaluación del Desarrollo.
 - Palpación de la Glándula Tiroides
 - Examen pélvico (puede efectuarse en la segunda consulta)
 - Toma de PAP y estudio bacteriológico de secreciones vaginales
 - Exámenes de laboratorio, según criterio médico
3. Seguimiento
 - Segunda consulta en 8 semanas
4. Véase Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer. Panamá 2002.
5. Selección y prescripción del método anticonceptivo (Cuadro N° 15)

Cuadro N° 15. ESQUEMA PARA ORIENTACIÓN EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

MÉTODO	COMENTARIO
ANTICONCEPTIVOS ORALES (Anticonceptivos orales combinados y píldoras de progestina solas)	<ul style="list-style-type: none"> ● Las condiciones que requieren precauciones son raras en los adolescentes. ● El olvido de tomarse la píldora incrementa la tasa de fracaso, sobre todo en el caso de las píldoras de solo progestina cuya ventana de seguridad es de solo tres horas. ● Es un método muy popular entre adolescentes Pueden usarse en forma segura una vez que la adolescente ha menstruado. No presentan efectos sobre el crecimiento.
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES (Combinados y de solo progestágenos)	<ul style="list-style-type: none"> ● Los efectos secundarios, tales como sangrado intermenstrual, manchas o amenorrea, acné, cambios en el peso, pueden ser molestos y preocupantes par las adolescentes. Requieren de orientación y consejería. Puede ser abortivo en adolescentes pues no es visible y su aplicación es mensual, bimensual o trimestral.
DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	No es recomendable para adolescentes que tienen riesgo de ITS o enfermedad inflamatoria pélvica.
CONDÓN O PRESERVATIVO	<ul style="list-style-type: none"> ● Protección inmediata, pero requiere planificación relacionada con el coito. ● Debe facilitarse su disponibilidad dada la posibilidad de que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales no planificadas. Es el único método que protege de ITS/VIH/SIDA.
COITUS INTERRUPTUS O RETIRO	Para la práctica del método deberá asegurarse de que los y las adolescentes estén bien informados sobre la técnica y su tasa de fracasos.
MÉTODOS NATURALES (Ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical o Billings)	<ul style="list-style-type: none"> ● Apropiado para parejas que estén dispuestas y motivadas a aprender sobre el ciclo menstrual de la mujer. ● Requiere de disciplina. ● Recomienda la participación del hombre y el conocimiento sobre la fisiología de la reproducción. ● Requiere de capacitación por personal competente. Puede ser un problema si la mujer tiene ciclos irregulares y/o flujo vaginal o hay muy mala comunicación de la pareja o cuando el hombre y la mujer no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales durante varios días en el ciclo.
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (Con anticonceptivos orales combinados llamados Píldoras Anticonceptivas de Emergencia PAE)	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicarlos en situaciones de emergencia (relación sexual no protegida, falla del método por ejemplo ruptura del condón, olvido de tomar la píldora, violación) ● Protegen 3 de cada 4 probables embarazos. ● No son abortivos y actúan antes de la nidación impidiendo o retardando la ovulación y modificando el endometrio. ● Debe facilitarse información sobre su uso, efectos secundarios , presentaciones disponibles , así como consejería sobre métodos anticonceptivos para uso sistemático.

ESQUEMA PARA ORIENTACIÓN EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Tipo de enfermedad crónica	Métodos anticonceptivos
Lupus eritematoso	Anticonceptivos orales de Progestágeno Inyectable de progestágeno de acción prolongada Evitar uso de DIU con inmunosupresores
Diabetes Mellitus	Anticonceptivos orales combinadas con las más bajas dosis hormonales Progestágeno solos
Enfermedad Tiroidea	DIU Puede usarse píldoras combinadas con buen control hormonal tiroideo
Tuberculosis	Usar dos métodos de anticoncepción. (la Rifampicina aumenta el metabolismo hepático de los esteroides y disminuye la eficacia de los mismos).
Asma	Anticonceptivos orales combinados
Enfermedad fibroquística	Anticonceptivos orales combinados, menor dosis progestágenos
Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa	Anticonceptivos orales combinados
Hepatitis	Anticonceptivos orales combinados solamente con función norma. Controlar
Convulsiones	Progestágenos inyectables o Anticonceptivos orales (menos el valproato los anticonvulsivantes reducen la eficacia de los anticonceptivos orales)
Artritis reumatoidea	Anticonceptivos orales combinados
Cáncer	Anticonceptivos orales combinados si el cáncer no es estrógeno dependiente. Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores
Asma	Anticonceptivos orales combinados
Enfermedad Renal Crónica	Progestágenos inyectables, o Anticonceptivos orales sin hipertensión severa. Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores
Anemia Falciforme	Píldora de progesterona sola, progesterona inyectable de acción prolongada. No usar DIU por riesgo de sangrado e infección.

Fuente: Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva. Organización Panamericana de la Salud, 2000.

NORMA 24

El equipo de salud debe ofrecer consejería sobre métodos anticonceptivos a todo y toda adolescente que lo solicite (preferiblemente con su pareja) haya o no iniciado relaciones sexuales (incluye prácticas sexuales no coitales).

Intervenciones:

1. Garantizar la confidencialidad y la participación del/la adolescente.
2. No hacer juicios valorativos sobre el comportamiento del/la adolescente.
3. La consejería debe abordar los siguientes temas:
 - Métodos anticonceptivos recomendables para adolescentes: hormonales, mecánicos de barrera, anticoncepción de emergencia, abstinencia.
 - Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.
 - La doble protección tanto para la prevención del embarazo como de las ITS/VIH/SIDA así como para posponer el primer embarazo y la ampliación del período intergenésico.
 - Conceptos de género (acceso y control de los recursos, roles de género) que permitan al/la adolescente la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos, que sea el producto de una negociación entre ambos.
 - Participación de la pareja en la elección y el uso del método anticonceptivo (si está presente).
4. Si el/la adolescente no ha iniciado actividad sexual, se reforzará la abstinencia.
5. Si el/la adolescente realiza prácticas sexuales no coitales, se reforzará la abstinencia y se orientará sobre sexo seguro.

12. Evaluación de columna vertebral para la detección de posturas anormales (escoliosis y cifosis) (Figura N° 3)

13. Papanicolaou

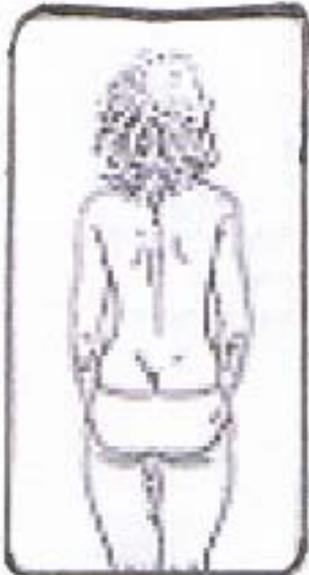
Toda adolescente con vida sexual activa deberá realizar citología vaginal según los protocolos de atención de integral de la mujer.

14. Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina y hematocrito: a toda adolescente que menstrúe deberá realizarse cada año. A los varones se les realizara según se establece en la guía.
- Las pruebas de heces y orina se realizaran rutinariamente conforme a la guía. No se justifica los exámenes anuales a toda la población.
- Adolescentes de ambos sexos con vida sexual activa: VDRL, VIH
- Perfil lipídico (Cuadro N° 16)
- Solubilidad de Hemoglobina y/o electroforesis de hemoglobina: una vez en la vida.

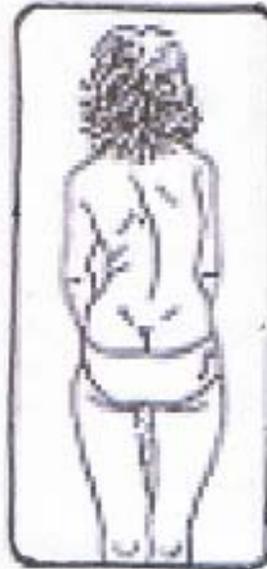
Figura N° 3. DETECCIÓN DE ESCOLIOSIS Y CIFOSIS

La Escoliosis es la desviación lateral de la columna en el plano frontal.
La Cifosis es la deformación de la columna en el plano digital (Torso redondo).



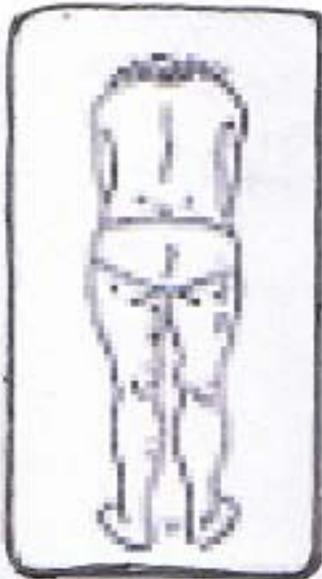
NORMAL

- La cabeza centralizada sobre la línea interglútea
- Hombros nivelados
- Escápulas simétricas
- Caderas simétricas y niveladas
- Espacios entre cuerpo y brazos simétricos



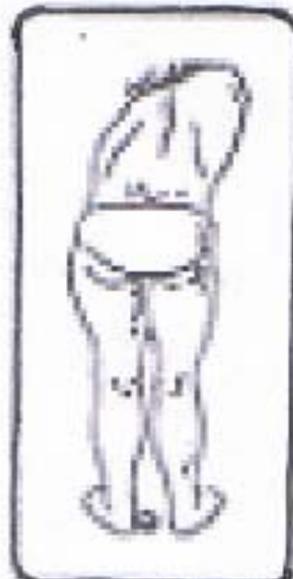
POSIBLE ESCOLIOSIS

- La cabeza descentralizada con respecto a la línea interglútea
- Hombros desnivelados
- Escápulas asimétricas
- Asimetría de caderas
- Asimetría de espacio cuerpo brazo



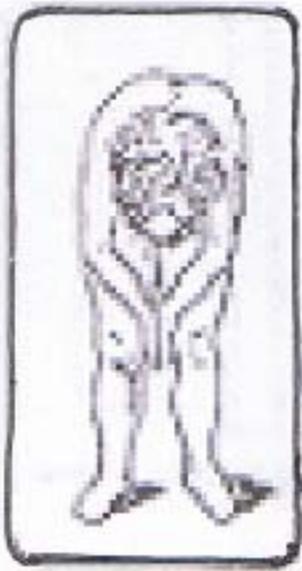
NORMAL

Ambos lados de parte superior e inferior del dorso son simétricos.



POSIBLE ESCOLIOSIS

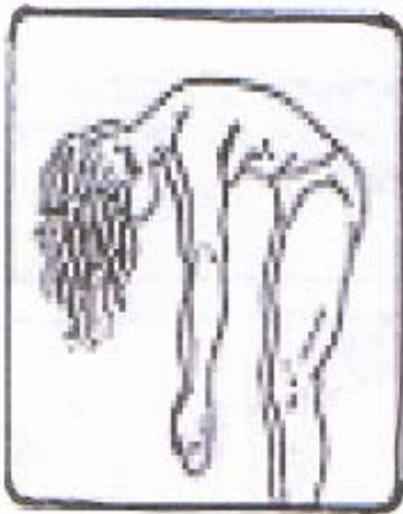
- Un lado de la caja torácica y/o la parte del torso son asimétricos.



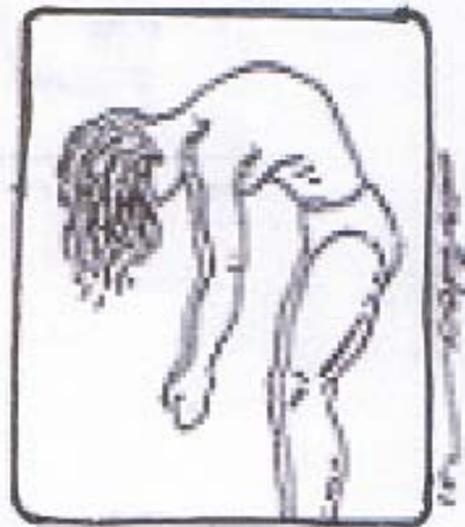
NORMAL
Simetría de
ambos
lados parte
superior del
torso



**POSIBLE
ESCOLIOSIS**
Asimetría de la
parte Superior
del torso.



NORMAL
Arco simétrico, buen
contorno del torso



POSIBLE CIFOSIS
Falta de buen contorno y
asimetría con prominencia de
hombros y torso redondo

Cuadro N° 16. Evaluación del paciente con riesgo de hipercolesterolemia.

FACTORES DE RIESGO:	INTERVENCIONES SEGÚN RESULTADOS
<p>1. Niños y niñas cuyos padres o abuelos tuvieron antes de los 55 años de edad alguno de los siguientes diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Arteriosclerosis coronaria corroborada por angiografía o han requerido de angioplastia o cirugía de "by pass" de arterias coronarias. b. Infarto agudo del miocardio c. Angina de pecho d. Enfermedad vascular periférica e. Enfermedad cerebro vascular f. Muerte súbita cardiaca. 	<p><u>Colesterol <170:</u> Control cada 5 años Recomendaciones hábitos de vida saludable</p> <p><u>Colesterol 170 a 199:</u> repetir prueba y promediar con el resultado previo:</p> <p>Resultado del promedio <170: Control cada 5 años Recomendaciones hábitos de vida saludable</p> <p>>=170: Evaluar promedio de LDL</p>
<p>2. Alguno de los padres con un colesterol sérico mayor de 240 mg/dl</p>	<p><u>Colesterol >= 200:</u> Evaluar promedio de LDL</p>
<p>3. Niños y niñas en los que por alguna razón no se pueda obtener historia familiar, especialmente si tiene otros factores de riesgo.</p>	<p><u>Evaluación del Promedio de LDL:</u></p>
<p>4. Otros factores de riesgo que sugerirían la necesidad de evaluar el colesterol sérico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Historia familiar de enfermedad cardiaca, cerebro vascular o vascular periférica oclusiva de inicio temprano (antes de los 55 años de edad, en hermanos o tíos). b. Tabaquismo c. Hipertensión arterial d. HDL bajo (<35 mg/dl) e. Obesidad severa (>persentil 95 del peso para la talla) f. Diabetes Mellitus g. Inactividad física 	<p><110 mg/dl Repetir prueba en 5 años Recomendaciones hábitos de vida saludable</p> <p>110-129 mg/dl Recomendaciones Estilo de vida terapéutico Evaluación por nutrición Repetir prueba cada año</p> <p>>=130 mg/dl Referir a Pediatría, Nutrición Recomendaciones Estilo de vida terapéutico</p>

15. Complementos nutricionales.

- Administración de micronutrientes de forma preventiva según norma de nutrición
Hierro: 60 mg + Ácido Fólico: 400 mcg, 1 vez a la semana durante 3 meses
- Adolescente embarazada: administrar en forma preventiva según norma de Nutrición:
Hierro: 60 mg/día + Ácido Fólico: 400 mcg/día, durante 6 meses (IIº y IIIer trimestre del embarazo)

16. Entregas educativas

NORMA 25

El equipo de salud, en el momento de la consulta y cuando así lo requieran, ofrecerá a las/os adolescentes consejería, asesoría y educación en

Intervenciones:

- a. El personal de salud ofrecerá durante la consulta de los y las adolescentes entregas educativas en la forma de asesoría, consejería, volantes, folletos u otras formas verbales o escritas, utilizando técnicas adecuadas, con el propósito de fomentar conductas saludables en los adolescentes y su familia:
- b. Se harán entregas educativas a los padres, tutores o acompañantes del adolescente, sobre los aspectos normales de la adolescencia, la prevención de riesgos, apoyo necesario en el desarrollo físico, mental y emocional del adolescente, solución de problemas específicos con los adolescentes y otras que se identifiquen. La participación de los familiares, tutores y/o acompañantes debe contar con la aprobación del adolescente, con la excepción de los casos en los que peligre la vida o bienestar del adolescente o terceros.
- c. Las entregas educativas estarán basadas principalmente en los riesgos o problemas identificados durante la evaluación, los riesgos de mayor prevalencia identificados en la comunidad durante el diagnóstico de situación o por solicitud del adolescente.
- d. Esta actividad debe ser impartida por cualquier trabajador(a) de la salud con capacitación en la técnica de consejería y en salud integral del adolescente.
- e. El ambiente debe ser propicio para el desarrollo de la consejería, disponiendo de un espacio amigable, lo mas seguro, cómodo, atractivo, alejado de los niños, libre de barreras, que interfieran con la comunicación tales como: escritorio, camilla, ruidos, y contar con privacidad.
- f. La Consejería se impartirá a las y los adolescentes sin discriminación por etnia, edad, género, religión, discapacidad, orientación sexual, nivel socioeconómico, actividad laboral, privados o no de libertad, afiliación política y ni de ningún otro tipo.
- g. La consejería no debe durar menos de 15 minutos ni más de 45-50 minutos. Si el tiempo es poco debe priorizar en la temática y acordar fechas para consultas de seguimiento.
- h. El trabajador de la salud que imparta la consejería anotará los temas abordados, referencias intra y extra-institucional, y las recomendaciones pertinentes, en el expediente clínico del/la adolescente, en la Tarjeta de seguimiento de Casos y en el Registro Diario de Actividades.
- i. Una lista de los diversos temas abordables aparecen en el Cuadro N° 8.
- j. Los siguientes temas se han priorizado en la atención de adolescentes:
 - Promoción de estilos de vida saludable.
 - Nutrición.
 - Recomendaciones sobre las necesidades nutricionales de los adolescentes (Cuadro N° 17-A, B, C y D).
 - Promoción, educación, higiene alimentaria y consejería sobre los siguientes temas:
 - Alimentación saludable
 - Alimentos ricos en micronutrientes.
 - Importancia de la práctica de actividad física.
 - Otros
 - Sexualidad
 - Recomendaciones sobre las relaciones de pareja (Cuadro N° 18).
 - Evitar la violencia de pareja.
 - Prácticas de sexo seguro.

- Prevención de accidentes y conductas de riesgo (Cuadro N° 19).

k. El personal de salud asesorará al trabajador adolescente sobre los riesgos a los que se exponen, la importancia de que continúe sus estudios, sus deberes y derechos ciudadanos, medidas para la reducción de accidentes laborales.

l. El personal de salud invitará al adolescente a que participe en las actividades de promoción que organicen en la instalación o se articulen con otras instalaciones, organizaciones o grupos.

Cuadro N° 17-A. Necesidades Nutricionales de los y las Adolescentes

Están directamente relacionadas con los cambios en la composición corporal y guardan un vínculo más estrecho con la edad fisiológica que con la cronológica. Considerar la etapa de maduración, el estadio del desarrollo puberal y sexual y la velocidad del crecimiento. Tener en cuenta los tres aspectos del crecimiento.

Cálculo de nutrientes

- Hidratos de carbono: 50-60% del aporte energético total. Un gramo aporta 4 K/cal.
- Proteínas: 10-15% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 4k/cal.
- Lípidos: 30% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 9 k/cal.

Minerales

Durante el estirón puberal, aumenta la necesidad de todos los minerales, sobre todo los siguientes:

Calcio para aumento de la masa ósea.

Hierro para aumento de la masa muscular y expansión del volumen sanguíneo.

Zinc para la producción de nuevo tejido óseo y muscular.

Cuadro N° 17-B. Requerimientos calóricos y proteicos en adolescentes.

Edad (años)	Peso	calorías		proteínas g/kg/día	proteínas g/día
		kcal/día	kcal/kg		
MUJERES					
11-14	43	1935	45	1.3	56
15-18	50	2000	40	1.2	60
VARONES					
11-14	45	2500	55	1.3	59
15-18	66	3000	45	1.2	79

Cuadro 17-C. Necesidades nutricionales de la adolescente embarazada o que amamanta

En la embarazada y durante la lactancia aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre casi no hay incremento de las necesidades alimenticias. Durante el segundo y tercer trimestre es aconsejable un incremento de aproximadamente 300 calorías diarias.

Las adolescentes embarazadas con una actividad leve necesitan como mínimo, de 2300 kcal. diarias y 68 gramos de proteínas, con un 60% mínimo de alto valor biológico o sea alimentos fuentes de proteínas de origen animal.

La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta el consumo de los mismos, durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado. Para evitar esta constipación es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.

Se recomienda no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento, o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo fiambres embutidos, conservas, salsas comerciales, caldos, etc.

Se hace énfasis en evitar el consumo de sodas, maltas, exceso de dulces, frituras o alimentos de baja densidad en nutrientes. El alcohol y el tabaco están prohibidos.

Cuadro 17-D. Alimentos recomendados diariamente para adolescentes, adolescentes embarazadas y adolescente lactantes.

Alimentos	Adolescente de 11-18 años Cantidades	Adolescente embarazada Cantidades	Adolescente lactante Cantidades
Leche íntegra	2 vasos	2 vasos	3 vasos
Carne	3 onzas	4 onzas	5 onzas
Huevos	1 unidad	1 unidad	1 unidad
Arroz	2 tazas	2 tazas	2 ½ tazas
Frijoles	2/3 taza	1 taza	1 taza
Verduras y plátano	1 taza	1 taza	1 taza
Vegetales	1 taza	1 taza	1 taza
Frutas	4 porciones	6 porciones	6 porciones
Pan	2 rebanadas	3 rebanadas	3 rebanadas
Aceite *	6 cdtas	6 cdtas	6 cdtas
Azúcar *	4 cdtas	4 cdtas	8 cdtas

Fuentes:

Adecuación de la Dieta Diaria Recomendada para las diferentes edades y estados fisiológicos. Departamento de Nutrición. MINSA, 2005.
Recomendaciones Dietéticas Diarias del INCAP, 1994. Publicación INCAP ME/057. OPS/OMS

*Al público en general no se recomienda mencionar el azúcar y el aceite, ya que su uso es explícito.

Cuadro Nº 18. Consejería sobre relaciones de pareja. ¿Qué es una relación Sana?

Las relaciones sanas son aquellas en las que tú estás a gusto con tu pareja porque te trata con respeto. ¿Qué es tratar con respeto?

- **Tus opiniones son tan importantes como las de él, aunque sean diferentes.**
- **Organizar cosas y divertirse juntos.**
- **Es tan importante el tiempo que pasas con él como el que pasas con tus amigas y amigos.**
- **Tener confianza para hablar de cualquier tema. Escucharte.**
- **Habla de los conflictos sin temor ni imposición.**
- **Compartir los problemas y respetar las soluciones que cada uno encuentre.**
- **Que se comporte igual en público que en privado.**
- **Además, en una relación sana tú te sientes libre de hacer y decir lo que quieras.**
- **Compartir cosas con otras personas y no sólo con él, con l@s amig@s, con la familia. Recuerda que él es uno más y no el único.**
- **No hacer siempre lo que él quiera, sino que también él haga cosas que a ti te gusten.**
- **Cada uno debe hacer lo que quiera hacer siempre.**

Cuadro Nº 19. Prevención de accidentes en adolescentes.

Hay que dialogar con los adolescentes sobre prevención de las principales causas de muerte en este grupo de edad: homicidios, accidentes de transporte y ahogamientos.

Deben discutir sobre diferentes opciones de recreación y estilos de vida sanos, especialmente lo referente al consumo de alcohol o drogas.

Las actividades y los temas de promoción tienen que estar orientados a la adquisición de Habilidades para la Vida (pensamiento crítico, toma de decisiones, comunicación asertiva, desarrollo de la autoestima y otras)

ARMAS

- Se deben discutir con los adolescentes los temas sobre violencia y uso de armas en los colegios, la comunidad y el hogar propio. También el tema de las pandillas debe ser considerado.

SEGURIDAD VIAL

- Al viajar en un automóvil, utilice el cinturón de seguridad siempre. Esto ha salvado muchas vidas.
- No aborde un vehículo conducido por una persona en estado de ebriedad, no conduzca el mismo en estado de ebriedad.

SEGURIDAD EN EL AGUA

- Discuta el uso de alcohol en las actividades relacionadas al agua (paseos a la playa o ríos).

17. EVALUACION POR ODONTOLOGÍA.

NORMA 26

Todo adolescente debe ser referido a la consulta odontológica para ser evaluado integralmente y determinar los factores de riesgo cariogénico, periodontal y de crecimiento y desarrollo por lo menos cada año.

Intervenciones:

1. Referir al el/la adolescente a la consulta odontológica según el flujograma.
2. Realizar el diagnóstico y Plan de Tratamiento
3. Establecer el sistema de atención por citas según normas de Salud Bucal

NORMA 27

El odontólogo (a) realizará el Plan de Tratamiento propuesto según los riesgos del paciente.

Intervenciones:

1. Orientar al el/la adolescente acerca del autocuidado de su salud bucal.
2. Aplicará las técnicas preventivas descritas en los protocolos de atención en Salud Bucal según riesgo.
3. Realizar las acciones clínicas y terapéuticas necesarias y oportunas para rehabilitar la funcionalidad de los tejidos orales
 - Captación y orientación al adolescente
 - Historia Clínica y Examen
 - Evaluación del crecimiento y desarrollo de los maxilares y cambios de dentición
 - Control de higiene oral – Técnica de cepillado
 - Profilaxis
 - Aplicación tópica de flúor
 - Plan de tratamiento
 - Promoción y educación en el auto cuidado (Ver normas de Salud Bucal)

Norma 28

La atención y actividades con los adolescentes serán anotadas en la hoja de registro diario de actividades y atención, en la carpeta familiar (donde sea este el instrumento para llevar el expediente clínico), en la tarjeta de seguimiento de casos, en la ficha escolar o del adolescente y en la tarjeta de vacunación.

XI. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD

A. Estrategia

Desarrollando acciones o actividades de manejo y seguimiento de la morbilidad biopsicosocial más frecuente en las y los adolescentes, basándose en las normas y protocolos de salud, transversalizando la perspectiva de género a todo lo largo del proceso y tomando en cuenta la diversidad por etnia, religión, discapacidad, orientación sexual, edad, cultura, afiliación política, que trabajan, privados o no de libertad y nivel económico. Todo ello vinculado a un enfoque holístico.

- Responsables del Componente de Atención de los y las Adolescentes son los médicos (as) generales y especialistas, odontólogos, enfermeras(os), técnicos(as) de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores (as) sociales, ayudantes de salud, psicólogos (as) nutricionistas y otros (as) especialistas.
- **Universo:** Población estimada para las edades específicas de 10-14 y 15-19 años, según la estimación de población a julio del año programado.
- Cobertura: 100% de la demanda por morbilidad
- Rendimiento: 2 pacientes nuevos por hora
4 pacientes subsecuentes por hora

Norma 29

Todo adolescente que acuda a un establecimiento de salud para atención por morbilidad, se ingresará al programa y se le ofrecerá una atención integral, incluyendo, realización de historia clínica, valoración psicosocial, control de crecimiento y evaluación del estado nutricional, examen físico completo, evaluación de la salud oral, pruebas de tamizaje por patologías priorizadas, entregas educativas, asesoría, consejería y el tratamiento y referencias específicas necesarias.

NORMA 30

El equipo de salud debe establecer sesiones de discusión de situaciones de adolescentes que demanden intervenciones de mayor profundidad, tales como: abandono, adolescentes embarazadas sin red social de apoyo, adolescentes con problemas nutricionales, adolescentes con intentos suicidas, violencia intrafamiliar, aborto, depresión, duelo, discapacidad, trabajadores, privados de libertad entre otras.

Intervenciones:

1. Cada miembro del equipo de salud deberá evaluar la situación presentada por el/la adolescente, elaborar un informe con los hallazgos encontrados y anexarlos al expediente clínico.
2. El médico tratante debe convocar la reunión con las disciplinas relacionadas con la situación del/la adolescente y elaborar el Plan de Seguimiento incluyendo la visita domiciliaria multidisciplinaria.
3. El Director de la instalación de salud debe ofrecer las facilidades, al equipo de salud tratante del o la adolescente, para que realice visita domiciliaria con los siguientes objetivos:
 - Captación precoz de adolescentes.
 - Motivación para control médico preventivo
 - Seguimiento de adolescentes que abandonan la consulta y/o tratamiento.
 - Confirmar la dinámica familiar y la situación socioeconómica y cultural.
 - Conseguir apoyo familiar para la solución de situaciones detectadas en el y la adolescente.
 - Proporcionar orientación y consejería.
 - Búsqueda de contactos de adolescentes con tuberculosis, ITS, VIH/SIDA, otras.

- Evaluar el entorno en que vive el o la adolescente.
 - Otros.
4. Los integrantes del equipo de salud involucrados en la atención del/la adolescente se reunirán las veces que la situación del adolescente lo amerite, para dar el seguimiento a la misma y para buscar alternativas de apoyo al o la adolescente.

B. SALUD MENTAL

NORMA 31

El equipo de salud ante la sospecha de trastornos y disfunciones en la salud mental, debe evaluar inmediatamente a las y los adolescentes de acuerdo a las Normas Nacionales del Programa de Salud Mental vigentes.

Intervenciones:

- Investigar sobre:
 - Antecedentes personales y familiares de enfermedades mentales.
 - Comportamiento en el ámbito familiar, escolar y/o laboral.
 - Estilos de vida.
 - Proyecto de vida.
- Si confirman la sospecha, referir a equipo de salud mental
- Orientación a la familia.
- Para un listado de la clasificación de enfermedades mentales y del comportamiento, ver Anexo N° 6.

Bajo rendimiento escolar.

NORMA 32

El equipo de salud debe atender a las y los adolescentes con bajo rendimiento escolar.

Intervenciones:

1. Evaluación del/la adolescente para determinar las causas del bajo rendimiento escolar:
 - Trastornos físicos (Visión, audición, nutricionales, enfermedad crónica)
 - Trastornos mentales.
 - Problemas familiares.
 - Dificultades específicas (lectura, escritura, cálculo, falta de concentración)
 - Problemas económicos (pobreza, pobreza extrema).
 - Consumo de alcohol y otras drogas.
 - Abuso Sexual
 - Violencia intrafamiliar
 - Otras.
2. Canalización del/la adolescente hacia el/la especialista que debe atender su situación
3. Orientación a la familia.
4. Continuar la coordinación con el centro educativo

Riesgo de Suicidio

NORMA 33

El equipo de salud debe evaluar, inmediatamente, a todo y toda adolescente con riesgo suicida.

Intervenciones:

1. Determinar la seriedad de las amenazas suicidas:
 - Tristeza, decaimiento, desesperanza, desesperación, falta de sueño, ideas de culpa) ó ideas suicidas
 - (Alto riesgo suicida (se encuentra ante una situación desesperada de cualesquier índole social, legal, pareja, económico o familiar)
 - Riesgo suicida aún más grave porque: se encuentra sin familia y/o amigos, tiene o habla de un plan suicida, tiene acceso a un arma letal, drogas o veneno.
2. Si está inconsciente, realizar referencia y enviar inmediatamente al hospital.

3. Independientemente de la seriedad de las amenazas suicidas se debe referir al Equipo de Salud Mental o hacer contacto con algún psiquiatra para hacer una interconsulta que les permita manejar la situación con efectividad.
4. Orientación a la familia.

Depresión

NORMA 34

El equipo de salud debe evaluar las y los adolescentes que acudan por sospecha de depresión.

Intervenciones:

1. Evaluar la condición de el/la adolescente, a través de la entrevista, observación y la aplicación de pruebas sencillas diseñadas para detectar la presencia de depresión (Cuadro N° 20)

2. La atención se hará en conjunto con el departamento de salud mental de la instalación o con el de su respectivo centro de referencia.
3. Se elaborará un plan de intervención que incluya lo siguiente:
 - Explicación sobre las causas de la depresión y cómo manejarlos.
 - Orientación a la familia.
 - Trabajar las habilidades para vivir.
 - Enseñar técnicas de meditación y relajación.
 - Si es necesario prescribir un antidepresivo.
 - Seguir la Guía de los seis (6) pasos de intervención en crisis.
4. Referir inmediatamente al hospital ante las siguientes situaciones:
 - Hay alucinaciones o delirios
 - Ideas o intentos de suicidios
 - Antecedentes de enfermedades mentales en la familia.

Cuadro N° 20. Test de Evaluación de la Depresión

¿Tiene sentimientos de tristeza y/o irritabilidad?	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	
¿Ha perdido el interés o placer en actividades que antes disfrutaba?	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	
¿Ha tenido cambios importantes en el peso o apetito?	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	
¿Ha tenido cambios en las pautas de dormir (disminución o aumento de las horas de sueño)?	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	
¿Tiene con frecuencia sentimientos de culpa o inutilidad?	<input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	
¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> si

<input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> no	¿Siente fatiga o pérdida de energía? <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	¿Ha tenido agitación o disminución de la actividad que hayan notado otros? <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	¿Ha tenido pensamientos de suicidio o muerte? <input type="checkbox"/> si
<input type="checkbox"/> no	¿Le sucede todo esto desde hace más de dos semanas? <input type="checkbox"/> si

Interpretación:

La sospecha de depresión requiere que los síntomas estén presentes por 2 o más semanas. Aunque tenga síntomas depresivos, si no tienen la duración suficiente se excluye el diagnóstico de depresión.

Menos de cinco respuestas afirmativas indica que no hay sospecha de que sufra depresión clínicamente significativa, aunque tenga síntomas depresivos por más de 2 semanas

Cinco o más respuestas afirmativas con dos o más semanas de evolución indican que posiblemente esté sufriendo de depresión. El paciente debe ser referido a salud mental para confirmar el diagnóstico.

La presencia de ideas suicidas, aunque no se acompañen de la sospecha de depresión, es suficiente para que sea referido a salud mental.

Excluir la sospecha de depresión, no excluye la presencia de otras patologías, por lo que, ante dudas en cuanto al diagnóstico, debe referirse a salud mental para una evaluación profunda.

Consumo y/o abuso de sustancias.

NORMA 35

El equipo de salud debe atender a todo y toda adolescente que consulte por trastornos debido al consumo de alcohol y otras drogas.

Intervenciones:

1. Orientación a el/la adolescente y a su familia sobre los daños que ocasiona, el consumo de alcohol y otras drogas, al cuerpo humano, a la familia y a la comunidad.
2. Referencia hacia grupos de apoyo, al paciente y a su familia.
3. Canalización hacia el equipo de salud mental

Violencia doméstica.

NORMA 36

El equipo de salud (médico, enfermera(o), psicóloga(o), trabajador(a) social o auxiliar de enfermería) debe atender a toda y todo adolescente que consulte por Violencia o sospecha de Violencia doméstica.

Intervenciones:

1. Atender la situación de acuerdo a lo establecido en el “Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema Nacional de Salud”.
2. El abordaje de estos casos debe ser interdisciplinario.

3. Hacer las sinergias pertinentes, para proteger a la víctima, hasta que pueda ser atendida por las autoridades competentes; y colocada en un lugar seguro alejado de su ofensor u ofensora.
4. Prevenir embarazo de acuerdo a normas de atención en anticoncepción de emergencias, en caso de abuso sexual en las últimas 72 horas.
5. Prevenir ITS de acuerdo a normas nacionales de manejo de las ITS
6. Canalizar hacia grupos de autoayuda.

Intervenciones:

1. Escuchar y tranquilizarlos (as).
2. Indagar acerca de aspectos familiares, psicológicos, emocionales, sociales, asociados a los problemas que afectan a los/las adolescentes.
3. Evaluación clínica y/o descartar una patología orgánica.

Canalizar a los/las adolescentes hacia atención profesional especializada según corresponda

C. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Disfunciones Sexuales

NORMA 37

El equipo de salud debe atender a todo y toda adolescente que consulte por alguna preocupación relacionada con la función sexual

Intervenciones:

1. Escuchar y tranquilizarlos (las).
2. Evaluación clínica
3. Ofrecer consejería sobre el desarrollo psicosexual y la respuesta sexual humana.

NORMA 38

El equipo de salud debe evaluar a Las y los adolescentes que consulte por presentar un problema relacionado con la función sexual, tales como:

- Trastornos de la fase orgásmica.
- Trastorno de la fase de excitación.
- Trastornos en la fase del deseo.
- Trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales.
- Dispareunia funcional.
- Fobia a las relaciones sexuales.

Orientación Sexual

NORMA 39

El equipo de salud debe considerar la orientación sexual, al atender a Las y los adolescentes.

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. No asumir que la orientación sexual será siempre heterosexual.
3. Consulte la Guía Infanto Juvenil.

NORMA 40

El trabajador(a) de la salud que atiende a un/una adolescente con orientación homosexual debe tomar en cuenta que tienen las mismas necesidades que los heterosexuales.

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Ofrecer consejería para el abordaje de inquietudes planteadas por los/las adolescentes.
3. La homosexualidad no debe considerarse como una patología.
4. Los/las adolescentes deben recibir la misma atención sin discriminación por su orientación sexual.
5. Aprovechar el momento de la atención para promover la práctica de sexo seguro y responsable.
6. No estigmatizar a los/las adolescentes debido a su orientación sexual.
7. Orientar a la familia hacia la aceptación de la orientación sexual del/la adolescente atendida, si está de acuerdo.
8. Referir al/la adolescente a Salud Mental si se observa la presencia de conflicto en el manejo de su orientación sexual

Enfermedades de los testículos y del escroto

NORMA 41

El médico debe evaluar y tratar a todo adolescente que consulte por Hidrocele (Acumulación de líquido en el escroto y en el cordón espermático)

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Escuchar con interés, empatía y tranquilizarlos.
3. Explicar al adolescente y su familia el diagnóstico y que no es nada grave.
4. Evitar que esté mucho tiempo de pie.
5. Referir al hospital para evaluación especializada por cirugía.
6. Consejería sobre desarrollo testicular.

NORMA 42

El médico evaluará y tratará a todo adolescente que consulte por Epididimitis/orquitis (Dolor testicular intenso, aumento de volumen testicular, inflamación del escroto, fiebre, rubor, calor, malestar general, con o sin secreción uretral)

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Reposo en cama.
3. Elevación escrotal.
4. Espectinomomicina 2 gramos en una dosis, más
5. Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 10 días
6. Consejería sobre desarrollo testicular.

NORMA 43

El médico evaluará y tratará a todo adolescente que consulte por Varicocele (Aumento del volumen del escroto por distensión venosa, que aumenta con la posición de pie, hay sensación de venas en el escroto)

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Explicar al adolescente y a la familia el diagnóstico y consecuencias para su salud.
3. Referir al hospital para evaluación especializada por cirugía.
4. Dar hoja de referencia de SURCO
5. Explicar el procedimiento a seguir con la referencia.
6. Consejería sobre desarrollo testicular.

NORMA 44

El médico evaluará y tratará a todo adolescente que consulte por Criptorquidia (falta de descenso de uno o los dos testículos) o Anorquidia (ausencia testicular congénita o adquirida)

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Explicar al adolescente y a la familia el diagnóstico y consecuencias para su salud.
3. Referir al hospital para evaluación especializada por cirugía.
4. Dar hoja de referencia de SURCO.
5. Explicar el procedimiento a seguir con la referencia.
6. Consejería sobre desarrollo testicular.

NORMA 45

El médico evaluará y tratará a todo adolescente que consulte por Tumores del testículo

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Explicar al adolescente y a la familia el diagnóstico y consecuencias para su salud.
3. Referir urgente al hospital para evaluación especializada por cirugía.
4. Dar hoja de referencia de SURCO.
5. Explicar el procedimiento a seguir con la referencia.
6. Consejería sobre desarrollo testicular.

Alteraciones del Desarrollo y la Maduración

NORMA 46

El médico (a) o la enfermera evaluará a las y los adolescentes que consulte por alteraciones de la pubertad, tales como:

- Retardo en la maduración sexual.
- Ausencia de menarquía o polución.
- Trastornos del ciclo menstrual.
 - Amenorrea
 - Amenorrea secundaria
 - Oligomenorrea
 - Hipermenorrea
 - Dismenorrea
 - Tensión premenstrual
- Ginecomastia
- Alteraciones del desarrollo mamario.

Intervenciones:

1. Proporcionar la atención con respeto, calidad y calidez.
2. Explicar en qué consiste el problema de salud a el/la adolescente y a su familia, consecuencias y tratamiento.
3. Tranquilizar al adolescente y a su familia.
4. Explorar si este problema está afectando su salud mental.
5. Consultar la Guía Infanto Juvenil año 2005.
6. Referir, cuando sea pertinente, hacia el especialista en el nivel correspondiente.
7. Explicar al adolescente y a su familia el motivo de la referencia y los trámites que deben realizar.

Aborto

NORMA 47

El equipo de salud debe atender a toda adolescente por los siguientes motivos de consulta:

- Rechazo o temor hacia su actual embarazo
- Solicita interrupción de su embarazo
- Ha tenido un aborto espontáneo o inducido

In

1. Rechazo o temor hacia su actual embarazo
 - Todos los motivos deben ser atendidos integralmente (médico, enfermera, trabajador social, ayudante de salud). De igual manera deben recibir consejería orientada hacia la aceptación de su embarazo.
2. Solicita interrupción de su embarazo.
 - Ofrecer consejería
 - Explicar las implicaciones legales, médicas y las indicaciones terapéuticas para la interrupción del embarazo
 - Trabajar conjuntamente con la adolescente alternativas diferentes al aborto, tales como: dar la patria potestad a los padres del/la adolescente, dar al niño (a) en adopción u otras.
3. Ha tenido un aborto espontáneo o inducido

- Ante el aborto inducido ofrecer consejería
- Ante la presencia de sentimientos ambivalentes, que afectan la condición emocional de la adolescente, referir a Salud Mental y espiritual.
- Si la adolescente está de acuerdo dar consejería a la familia.

NORMA 48

El médico debe atender a toda adolescente que presente aborto en evolución o inminente.

Intervenciones:

1. Ver Guías de atención de embarazo de alto riesgo.
2. Referir a la adolescente hacia la instalación con capacidad resolutive para atenderla.

NORMA 49

Toda adolescente que haya presentado un aborto debe ser atendida por el equipo de salud

Intervenciones:

1. Brindar consejería haciendo énfasis en los diferentes métodos anticonceptivos.
2. Dar seguimiento a las indicaciones de la instalación de salud donde fue atendida.
3. Acudir a cita de control puerperal al octavo día.
4. Se le ofrecerá algún método de anticoncepción.
5. Se anotará en la hoja de registro diario como PUERPERIO POST ABORTO.

NORMA 50

El equipo de salud debe atender a la pareja de la adolescente atendida por los motivos mencionados arriba.

Intervenciones:

1. Incluir a la pareja de la adolescente en las actividades de consejería y Planificación Familiar.

ITS/VIH/SIDA

NORMA 51

El médico realizará la investigación diagnóstica de ITS/VIH/SIDA a todo y toda adolescente que lo solicite o que tenga o se sospeche comportamientos de riesgo.

Intervenciones:

1. Historia clínica completa.
2. Evaluación clínica
3. Determinación de riesgo: hacer énfasis en la identificación de comportamientos de riesgo (relaciones sexuales anales, vaginales y/u orales sin protección, número de parejas sexuales, cambio frecuente de parejas sexuales, historia de ITS, antecedentes de trabajo sexual, pareja sexual con comportamiento de riesgo, consumo de alcohol y/o drogas ilícitas, antecedentes de violación o abuso sexual) (Cuadro N° 21)
4. Cuando se identifican conductas de riesgo se debe dar asesoría pre prueba y previo consentimiento del adolescente para realizar la misma, sea para una ITS o VIH.
5. Ordenar exámenes de laboratorio por sospecha de VIH/SIDA: Elisa, Western Blot. Para sospecha de ITS: VDRL, frotis de secreciones y cultivo si lo amerita el caso.
 - En mujeres: prueba de embarazo y PAP.
 - Una vez recibido el resultado de la prueba independiente de que ésta sea positiva o negativa se debe brindar asesoría post- prueba.

- Si ELISA y Western Blot son positivos(+), se debe canalizar hacia el especialista o una instalación con capacidad resolutoria
6. Consideraciones para efectuar la consejería:
 - Explicar las ventajas de realizar la prueba (diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y reducción del riesgo de transmisión).
 - Explicar el o los motivos por los que se ordena la prueba.
 - Explicar en qué consisten las pruebas que se le realizarán.
 - Garantizar la confidencialidad del diagnóstico.
 - Identificar una persona que apoye a el/la adolescente.
 - Entregar los resultados de las pruebas personalmente, para lo cual es conveniente que acuda acompañado de su padre, madre, tutor (a) o persona de confianza.
 7. Todo caso en que se confirme ITS y/o VIH se debe manejar integralmente por el equipo de salud (médico general, médico especialista, trabajador social, enfermera, nutricionista, equipo de salud mental).
 8. Se debe hacer la notificación del caso y la investigación de contactos por equipo de salud local y epidemiología.
 9. Completar la atención del/la adolescente basándose en las normas y protocolos para la atención del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA

Cuadro N° 21. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, VIH Y SIDA:

- Adolescentes con vida sexual activa.
- Adolescentes con cambios frecuentes de pareja.
- Adolescentes con varias parejas sexuales en el mismo período.
- Adolescentes con relaciones sexuales no protegidas (no utilizan preservativo/condón, lo utilizan a veces o lo utilizan inadecuadamente).
- Antecedentes de abuso de alcohol y/o consumo de otras drogas.
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.
- Haberse dedicado al trabajo comercial del sexo, independientemente si sea hombre o mujer.
- Antecedentes de violación o abuso sexual.
- Haber sido o ser pareja sexual de una persona infectada por VIH.
- Tener un compañero/a sexual con comportamiento de riesgo.
- Tatuajes y/o uso de accesorios metálicos decorativos (piercing).
- Antecedentes de contacto accidental con sangre (agujas, cirugías u otros).
- Antecedentes de transfusiones, hemodiálisis.

ALTERACIONES EN LA PIEL

Escabiasis

NORMA 52

Todo y toda adolescente que presente lesiones en la piel y prurito nocturno que hagan sospechar que está afectado (a) por escabiasis debe ser atendido (a) por el /la médico (a) general o la enfermera.

Intervenciones:

1. Hacer Historia Clínica completa.
2. Tratamiento: Benzoato de Bencilo.
 - Aplicar la loción en toda la piel exceptuando la cara, después del baño y en la noche durante tres días.

- Tratar a la vez a la pareja, (si la tiene) y a todo el grupo familiar.
- 3. Dar consejería a la pareja y al grupo familiar sobre los hábitos higiénicos, prevención y formas de transmisión. Enfatizar que la principal forma de contagio es a través de las ropas de cama, por lo que no es recomendable dormir en la cama de personas con esta afección y que se debe hervir las sábanas, ropas.

Acné

NORMA 53

El médico (a) debe atender a los y las adolescentes que consulten por acné

Intervenciones:

El **Acné** es una enfermedad de carácter inflamatorio que afecta a la unidad pilo sebácea y se caracteriza por la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes y potencialmente cicatrices.

1. El tratamiento del acné debe iniciarse desde la aparición de las primeras lesiones.
2. Hacer la Historia Clínica completa y clasificar según grado de severidad (leve, moderado, severo).
3. Interrogar por uso de esteroides, cosméticos, problemas de tensión para hacer diagnóstico diferencial
4. Tratamiento:
 - Higiene Facial
 - Peróxido de benzoilo: para uso tópico al 5% dos veces al día hasta resolución. Puede utilizarse otras aplicaciones tópicas como clindamicina o eritromicina dos veces al día.
 - Por vía sistémica pueden usarse antibióticos como:
 - Tetraciclina: en dosis de 250-500 mg vía oral dos veces al día (bid) hasta resolución. No es recomendable prescribir durante el embarazo. Recordar que este medicamento

es **TERATOGENICO** y no debe tomarse con leche ni alcalinos.

- O Doxiciclina 100 mg vo bid; Minociclina 50 mg vo bid; eritromicina 250-500 mg bid v.o; TMP/SMX 1 tab vo bid y Clindamicina 300 mg vo tid hasta resolución. Al utilizar antibióticos sistémicos deben tomarse de 6-8 semanas para producir respuesta.

5. El acné severo se debe referir al dermatólogo.

Tinea pedis (‘‘Pie de Atleta’’)

NORMA 54

El médico (a) debe atender a todo y toda adolescente que consulte por ‘‘pie de atleta’’

Intervenciones:

1. Hacer Historia Clínica completa.
2. Tratamiento:
 - Cuidados generales para aplicar durante el tratamiento y después para evitar las reinfecciones.
 - Mantener los pies limpios y secos.
 - Evitar estar descalzo en sitios públicos.
 - Secarse bien los pies antes de ponerse los zapatos.
 - Aplicar talco antihongos en los pies y en el interior del calzado.
 - Usar medias o calcetines limpios y secos.
 - El calzado debe mantenerse seco y limpio en su interior. Poner al sol con frecuencia.
 - Cremas fungicidas tales como; Clotrimazol 1%, Miconazol 2%, ketoconazol 2 veces por día de uso tópico por 2-3 semanas.
 - La afección de uñas requiere de tratamiento oral.
 - Si hay maceración o inflamación puede hacerse lavados con ácido acético diluido (2 cucharadas de vinagre blanco por medio litro de agua)
 - En caso de presentarse infección bacteriana puede usarse también antibióticos orales por 7 a 10 días:

- Eritromicina 500mg cada 8 horas después de las comidas o Amoxicilina 500 mg cada 6 horas y
 - Griseofulvina 500 mg cada día por 1 mes o Ketoconazol 200 mg cada día por un mes
 - En casos severos y persistentes a pesar de las recomendaciones, referir al dermatólogo
3. Proporcionar consejería al adolescente sobre la higiene personal y las causas de esta afección, formas de prevención y la importancia de cumplir el tratamiento ordenado.

Ptíriasis versicolor

NORMA 55

El médico (a) debe atender a todo y toda adolescente que consulte por Ptíriasis versicolor

Intervenciones:

1. Hacer Historia Clínica completa.
2. Tratamiento
De uso tópico: sulfuro de selenio en loción aplicar cada día por 10-15 min o en las noches por 1-2 semanas; terbinafina 1% bid por 1 semana; ketoconazol 2% crema o champú cada día por 2 semanas.
En casos de no responder al tratamiento tópico, puede utilizarse el tratamiento sistémico : itraconazol 200 mg V.O. cada día por 3-7 días, u otros como el ketoconazol 200 mg vo cada día por 5-10 días.
En casos severos o si no se observa mejoría después de tratamiento convencional,, referir al dermatólogo.
3. Proporcionar consejería al adolescente sobre la higiene personal,, las causas de esta afección, formas de prevención y la importancia de cumplir el tratamiento. Se debe evitar la exposición solar, sin protección en horario de 10am-4pm

Pediculosis de la cabeza y pubis.

NORMA 56

El médico (a) atenderá a aquellos (as) adolescentes que presenten dermatosis producida por ácaros en áreas pilosas, tales como el cuero cabelludo y el vello pubiano.

Intervenciones:

1. Tratamiento: Lindano
2. Infestación del cuero cabelludo: mojar bien el cabello con la loción y dejar por 5-10 minutos y luego lavar. Repetir el tratamiento en 5-7 días.
3. Infestación del vello pubiano: aplicar la loción en todo el vello pubiano y áreas pilosas que estén cerca y dejar por 12 horas. Repetir en 4-5 días.
4. Tratar a la familia y/o a la pareja, si lo amerita.
5. Ofrecer consejería sobre hábitos higiénicos, prevención y formas de transmisión, según sea el caso.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

NORMA 57

Los y las adolescentes que presenten una enfermedad crónica no transmisible deben ser atendidos integralmente (médico (a), enfermera (o), trabajador (a) Social, psiquiatra, nutricionista, psicólogo (a)).

Intervenciones:

1. El tratamiento se administrará de acuerdo a lo que establecen las normas de salud vigentes en el país:
 - Normas integrales para la salud de la población y el ambiente. 1998.
 - Programas de Salud dirigidos al Adulto – Normas de atención. Año 1992.
 - Normas para el manejo integral del y la paciente con hipertensión arterial. 1999.
 - Normas para la atención del paciente con diabetes mellitus. 2004.
2. Brindar consejería al adolescente sobre la enfermedad, tratamiento, estilo de vida, consecuencias.
3. Proporcionar información a la familia, acerca de la enfermedad y sobre la importancia de su apoyo; para que su familiar tenga un mejor pronóstico, acompañado de una buena calidad de vida.
4. Cada miembro del equipo de salud que atienda al o la adolescente debe consignarlo en el expediente clínico o historia del adolescente.

TUBERCULOSIS

NORMA 58

El/ la médico (a) ordenará las pruebas pertinentes según la Norma Nacional vigente del Programa de Tuberculosis, a todo y toda adolescente que:

- Tenga signos y síntomas compatibles con tuberculosis
- Sea contacto con un enfermo de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.
- Sea portador del VIH ó SIDA

Intervenciones:

1. Diagnóstico: indicar los exámenes correspondientes según norma del Programa Nacional para control de la tuberculosis.
2. Tratamiento: seguir indicaciones contenidas en el Manual de Normas y procedimientos – Tratamiento acordado estrictamente supervisado – TAES. 1999.
3. Ofrecer consejería al/la adolescente y a su familia acerca de aspectos relacionados con esta enfermedad, tales como; tratamiento, formas de transmisión, consecuencias, el hacinamiento, higiene personal y de la vivienda, su asociación con el VIH.
4. Brindar apoyo integral al/la adolescente que sea diagnosticado como caso; para lo que debe ser atendido por el equipo de salud (médico (a), enfermero (a), trabajador (a) social, nutricionista, psiquiatra, psicólogo).

ANEMIA

Norma 59

Todo adolescente con anemia deberá recibir tratamiento según esquema y referido cuando sea necesario para completar estudios o tratamiento

1. Todo adolescente con diagnóstico de anemia leve o moderada será tratado con hematínicos por 3 meses (Cuadro N° 22)
2. Los pacientes con anemia severa, con descenso rápido de la hemoglobina, o que han recibido tratamiento por 3 meses sin presentar mejoría, deberán ser referidos al siguiente nivel de atención.
3. Los adolescentes con anemia leve o moderada serán tratados así:
 - **10-11 años:** Hierro: 60mg/día + Ácido Fólico: 400mcg/día x 3 meses
 - **12 –19 años:** Hierro: 120 mg/día + Ácido Fólico: 400 mcg/día x 3 meses
 - **adolescentes embarazadas:** Hierro: 120 mg/día + Ácido Fólico: 400 mcg/día x 3 meses, continuar después con dosis de suplementación preventiva.
4. Todo paciente en tratamiento por anemia deberá ser orientado sobre alimentación adecuada.

**Cuadro N° 22. VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO
DEFINIDOS COMO ANEMIA A NIVEL DEL MAR**

Grupos	Hemoglobina (g/dl)				Hematocrito (%)
	Valores Normales	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	
10 - 11 años Ambos sexos	≥ 11.5	10.0 - 11.4	7.0 - 9.9	< 7.0	<34
12 - 14 años Ambos sexos	≥ 12.0	10.0 - 11.9	7.0 - 9.9	< 7.0	<36
Mujeres > 15 a No embarazadas	≥ 12.0	10.0 - 11.9	7.0 - 9.9	< 7.0	<36
Mujeres > 15 a embarazadas	≥ 11.0	10.0 - 10.9	7.0 - 9.9	< 7.0	<33
Hombres > 15 a	≥ 13.0	12.0 - 12.9	9.0 - 11.9	< 9.0	<39

XII. COMPONENTE DE REHABILITACIÓN.

A. Estrategia

Desarrollando un proceso permanente de participación interdisciplinaria, intersectorial, comunitaria, familiar y personal que contribuya a la rehabilitación física, psíquica y social de los/las adolescentes que facilite a este grupo la reinserción en su entorno familiar, escolar y comunitario.

- **Responsables** del Componente de Rehabilitación de la Salud de los/las Adolescentes. Los responsables de efectuar la programación, ejecución y evaluación de las actividades de rehabilitación de la salud de los y las adolescentes son los /las proveedores (as) de salud siguientes: médicos generales y especialistas, enfermeras, técnicos (as) de enfermería, trabajadores (as) sociales, nutricionistas, psicólogos (as), y educador para la salud capacitados en Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), terapeutas físicos, terapeutas cardiólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, promotor capacitado en Rehabilitación basada en la comunidad y tecnología aplicada, logopedas y miembros del Equipo Básico de Salud capacitados en RBC

- Universo: Adolescentes de 10-19 años
- Cobertura:
- Concentración:
- Rendimiento:

NORMA 60

El equipo de salud debe atender al adolescente con discapacidad para evaluar sus necesidades.

Intervenciones:

1. Estas evaluaciones consisten en :
 - Identificación de las diferencias físicas, sensoriales, intelectuales y mentales.
 - Evaluación de las limitaciones en sus actividades
 - Evaluación de la restricción en la participación.

2. Observar las habilidades del/la adolescente, o sea lo que puede hacer, no puede hacer y podría hacer.
3. Observar las dificultades del/la adolescente en relación con su vivienda, su familia, su comunidad o vecindario.
4. Evaluar las necesidades del/la adolescente utilizando las siguientes preguntas del cuadro N° 23.

Cuadro N° 23. Evaluación de necesidades del adolescente con discapacidad.

¿Qué puede hacer el/la adolescente?

¿Qué no puede hacer el/la adolescente?

- ❖ ¿Cómo se compara esto con lo que hacen otros/as adolescentes de su misma edad en la comunidad?

¿Qué problemas tiene el/la adolescente?

- ❖ ¿Cómo y cuándo empezaron?

- ❖ ¿Están mejorando, o siguen igual?

¿De qué modo han sido afectados el cuerpo, la mente, los sentidos o el comportamiento del/la adolescente.

- ❖ ¿Cómo afectan cada uno de los problemas lo que hace el/la adolescente?

- ❖ ¿Qué problemas secundarios se están desarrollando? (problemas que aparecen después y a causa del problema original)

¿Cuál es la situación en la familia

- ❖ ¿Cuáles son los recursos y limitaciones dentro de la familia y la comunidad que podrían aumentar o detener las posibilidades del adolescente?

- ❖ ¿En qué forma se ha adaptado o ha aprendido a manejar el/la adolescente su discapacidad?

NORMA 61

El equipo básico de salud que trabaja en el nivel local, debe ejecutar actividades que conduzcan hacia la rehabilitación de los/las adolescentes con alguna discapacidad temporal o permanente.

Intervenciones:

1. El/la director (a) de la instalación de salud debe proporcionar al equipo de salud, las facilidades para efectuar actividades que ayuden en la rehabilitación de las capacidades del/la adolescente.

NORMA 62

La intervención dirigida a el/la adolescente para ayudarlo en su rehabilitación física, psíquica y social se realizará de manera integral e interdisciplinaria.

Intervenciones:

1. El coordinador (a) convocará al resto del equipo multidisciplinario para efectuar la reunión.
2. Elaboración del Plan de Intervención Integral.
3. Si la instalación de salud no cuenta con el recurso humano o equipo, para dar respuesta a la necesidad del/la adolescente con una discapacidad; se debe referir hacia una con capacidad resolutive.

NORMA 63

El equipo de salud debe orientar a el/la adolescente y a su familia acerca de sus necesidades y el manejo de su discapacidad física o psíquica.

Intervenciones:

1. Durante la consulta el equipo de salud debe contribuir a que el/la adolescente con discapacidad conozca nuevas formas para realizar las “actividades de la vida diaria” (comer, bañarse, peinarse), tomando en cuenta las experiencias de adolescentes con afecciones similares.
2. El equipo de salud debe orientar a la familia para que realicen las “adaptaciones” en la vivienda y en la comunidad del/la adolescente discapacitado (a), para darle más independencia.
3. Recomendar la realización de actividades de estimulación motora y de la salud mental.

NORMA 64

El equipo de salud debe realizar visita domiciliaria multidisciplinaria, a las y los adolescentes cuya discapacidad le impida acudir a la instalación de salud.

Intervenciones:

1. Los proveedores de servicios de salud acordaran los objetivos de la visita domiciliaria multidisciplinaria.
2. Los objetivos de esta visita deben incluir, como mínimo los siguientes:
 - ❖ Conocer sus condiciones de vida.
 - Facilidades de la vivienda para manejarse dentro de ella con independencia.
 - Relaciones familiares
 - Inserción en la escuela y en la comunidad
 - Calidad de la atención recibida por sus cuidadores
 - Determinar el impacto de la discapacidad en el grupo familiar

- ❖ Investigar si esta recibiendo terapia de rehabilitación.
- ❖ Indagar cuáles son las necesidades del/la adolescente.
- ❖ Orientación a ell/la adolescente y a su familiar acerca del manejo de su discapacidad.
- ❖ Canalización del/la adolescente hacia la instalación de salud o hacia una institución con capacidad resolutive, según corresponda.

NORMA 65

El equipo de salud debe promover la realización de actividades que faciliten la reinserción del/ la adolescente con discapacidad en su medio escolar, familiar y comunitario.

Intervenciones:

1. Realizar visitas al hogar del/la adolescente para hacer recomendaciones que faciliten su reinserción en las actividades diarias de la familia y en las sociorecreativas, culturales en que participen y acerca de las “adaptaciones” que requiere la vivienda para facilitar su autonomía dentro de ella.
2. Visitar el plantel educativo al que asiste el/la adolescente para facilitar su reinserción en este medio; procurando que no le lesione su autoestima que se estimulen y aprovechen sus capacidades integrándolos en las actividades recreativas y culturales.
3. Hacer recomendaciones a las autoridades locales y municipales para la eliminación de las “barreras arquitectónicas” y acerca de la integración del/la adolescente en las actividades comunitarias, de acuerdo a sus capacidades

NORMA 66

Los (as) proveedores de servicios de salud deben orientar al/la adolescente y a sus familiares, acerca de los recursos comunitarios existentes para la confección de “ayudas técnicas” que aumenten su autonomía.

Intervenciones:

1. Informar a el/la adolescente y a su familiar los recursos que existen en la comunidad (INADE, MIVI, Lotería Nacional de Beneficencia, Carpinteros, Ebanistas, Hojalateros, Talabarteros, Herreros, entre otros) para diseñar y confeccionar “Ayudas técnicas” (barandales para colocar en las camas, andaderas, sillas, rampas, barras para los servicios sanitarios y otros) a bajos costos.

NORMA 67

El equipo de salud debe organizar grupos de apoyo y auto ayuda para familiares de adolescentes con alguna discapacidad, para intercambiar experiencias, que les permitan comprender la causa del impedimento y ayudarlos a mejorar la calidad de vida del grupo familiar y la autonomía de su familiar afectado.

Intervenciones:

1. Elaboración de una lista con los nombres y la ubicación geográfica de los/las adolescentes con alguna discapacidad.
2. Reclutamiento de los familiares de adolescentes con alguna discapacidad, a través de diferentes mecanismos (visitas domiciliarias, observación, referencias, demanda espontánea entre otros)
3. Inicio de sesiones
4. Presentación de:
 - Objetivos
 - Metodología
5. Designación de un/una funcionario (a) como “acompañante” del grupo.

XIV. Glosario

Acceso oportuno: Es la posibilidad de que un adolescente obtenga los servicios que demanda en el momento y el lugar que lo necesite, en suficiente cantidad y calidad.

Actividad: Conjunto de tareas propias del cargo, programa o entidad.

Adolescencia: La adolescencia es conceptualizada no solo como un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes y particulares según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad. Para fines operativos se ha seleccionado una definición internacionalmente aceptada por la Organización Mundial de la Salud-OMS, que la define como: "El grupo de edad ubicado entre los 10 y los 19 años de edad. Usualmente para facilitar su estudio se subdivide según edades en dos fases: entre los 10 y 14 años y entre los 15 y los 19 años. En la primera, se inician los procesos propios de la pubertad, la formación de hábitos y se moldea la personalidad con el apoyo de los recursos psicológicos y sociales obtenidos en el crecimiento previo. En la segunda, se fijan o afianzan los procesos iniciados en la primera.

Adolescentes sexualmente activos/as: Se considera a cualquier(a) adolescente que ha tenido o practica relaciones coitales, vaginales, orales o anales.

Agresor o agresora: Quien realice cualquier acción u omisión descrita en la definición de violencia, en perjuicio de las personas que se encuentran protegidas por la ley.

Alteraciones del desarrollo mamario: Este tipo de alteraciones en mujeres y hombres son las más frecuentes de las patologías mamarias. Estas son: desarrollo asimétrico, micromastia, macromastia. Otros trastornos son alteraciones en el pezón como la politelia (varios pezones).

Amenorrea primaria: Falta de la menarca después de los 16 años de edad, en presencia o no de caracteres sexuales secundarios.

Amenorrea secundaria: Ausencia de tres o más ciclos menstruales consecutivos o 6 meses de falta de la menstruación, en usuarias que previamente lograron ciclos menstruales regulares y no en usuarias que presentaron menarca en menos de dos años.

Amenorrea: Ausencia de menstruaciones por un período de tiempo, mayor de 90 días.

Anemia por deficiencia de hierro: La más frecuente en nuestro medio, se define por la coexistencia de deficiencia de hierro y de una concentración de hemoglobina ubicada por debajo de los puntos de corte establecidos para cada tipo de población. Puede ser causada por malos hábitos en la alimentación, parasitosis, trastornos menstruales y otros problemas gastrointestinales.

Anticoncepción de emergencia: Es el uso de anticonceptivos orales combinados o solo de progestina que evitan un embarazo luego de un acto sexual sin protección, método que debe usarse únicamente para situaciones de emergencia.

Atención en Planificación Familiar: Es la atención integral proporcionada en forma oportuna a la mujer y/o la pareja en edad fértil que desea espaciar su fecundidad.

Atención integral a las y los adolescentes: Es el conjunto de acciones coordinadas dirigidas a este grupo humano y el medio en que viven, estudian y trabajan. Es proporcionada por un equipo interdisciplinario que acompaña los procesos de crecimiento y desarrollo normales y atiende cualquier problemática que las o los adolescentes presenten, independientemente si se origina o se manifiesta en la esfera biológica, psicológica o social. La integralidad contempla además de la combinación de acciones de prevención primordial (promoción de la salud y apoyo al desarrollo humano), prevención primaria (educación para la salud y protección específica), prevención secundaria (detección precoz y oportuna), prevención terciaria (rehabilitación). De esta forma, los dos primeros niveles, fomentan y educan a los y las adolescentes para fortalecer su desarrollo integral,

con el objeto de que pueda mejorar su funcionamiento físico, mental y social. Los siguientes niveles contribuyen a la detección oportuna y a el tratamiento temprano de los trastornos. También se contempla acciones de rehabilitación cuando éstas son requeridas.

Autoestima: Es la capacidad que la persona tiene de amarse, respetarse, valorarse y confiar en ella misma. El reconocimiento de sus defectos y limitaciones, pero también el apreciar sus cualidades.

Capacidad resolutive: Es la facultad que tiene una instalación de salud en responder de manera Integral y oportuna a una demanda de atención de salud, determinado por su grado de complejidad.

Cartera de servicios: Se refiere a la relación pormenorizada de la clase / tipo y cantidad de servicios sanitarios que pueden ser prestados a la población y al ambiente por parte de una instalación de salud.

Ciclo menstrual: Es el tiempo entre el primer día de una menstruación y el primer día de la siguiente menstruación. Puede durar entre 21 a 35 días.

Cohabitar: Sostener una relación consensual similar a la de los cónyuges.

Conducta: Acciones o forma particular del comportamiento humano, que consiste en las reacciones y actitudes que se producen frente a un estímulo o situación determinada.

Confidencialidad: Es el marco ético en que se establecen las relaciones entre el personal de salud y las y los usuarias/os de los servicios de salud, garantizando el respeto y la discreción o reserva en el manejo de la información íntima confiada en el momento de la atención, siempre que ello no represente riesgos para la salud de la usuaria/o. Caso contrario, el prestador del servicio podrá revelar la información a las personas que el o la usuaria autorice o a los padres o tutores de menores de edad.

Consejería: Es la atención individual proporcionada proporcionada a las personas en general o a las y los adolescentes en particular, con el fin de entregar información clara, completa y

oportuna, que les permita: realizar cambios en actitudes y comportamiento que puedan poner en riesgo la salud de la usuaria(o) y/o su pareja y/o familia; tomar sus propias decisiones en relación a salud y salud sexual y reproductiva (embarazo precoz, planificación familiar y métodos anticonceptivos, prevención de ITS incluyendo el VIH-SIDA). Toda(o) consejera(o) debe tener habilidad de: saber escuchar, poder entender, saber respetar la confidencialidad, la dignidad, los aspectos culturales y étnicos del usuaria(o), poder sobrellevar diferencias en la sexualidad, saber ayudar a tomar decisiones.

Continuidad de la atención: Es la seguridad que ofrece la red de instalaciones de salud de brindar atención integral al paciente en todos los procesos involucrados.

Contra referencia: Es el procedimiento, mediante el cual se retorna el paciente a los servicios de salud de origen que asegure la continuidad de la atención.

Control Prenatal: Es la atención sistemática y periódica que permita la valoración clínica integral de la condición de la salud de la mujer embarazada y su producto, con el fin de detectar y tratar tempranamente las complicaciones.

Control Puerperal: Es la atención que permita la valoración integral de toda mujer puerpera y que se debe brindar de preferencia en los primeros 10 días postparto, con el fin de detectar complicaciones, ya que es en este período donde ocurren el mayor número de muertes maternas.

Criporquidia: Falta de descenso de uno o ambos testículos al escroto.

Crisis (estado mental): Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. La crisis se compone de dos elementos: peligro y oportunidad. Tipos de Crisis: Esperadas: Las personas enfrentan dichas situaciones con control. Al principio se inmovilizan, pero al recibir la información apropiada y encontrar apoyo moral,

su capacidad de seguir con su vida se fortalece (boda, adolescencia, menopausia, jubilación, abstinencia de drogas, etc.). Inesperadas: Son mucho graves y críticas y necesitan atención inmediata. Los síntomas son más severos y necesitan de un plan de acción para movilizarse (enfermedad terminal, nacimiento de bebé muerto, adolescente embarazada abandonada, divorcio, pérdida de empleo, violación sexual, violencia, desastres naturales, incendios, accidentes, aborto, etc.).

Derechos sexuales y reproductivos: Son los derechos de todas las personas y parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los embarazos y el intervalo de éstos, así como a disponer de la información y de los medios para ello. Asimismo, es el derecho que tiene todo ser humano a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Discriminación contra la mujer: Denota toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Dismenorrea primaria: El dolor que aparece durante la menstruación en ausencia de otra enfermedad pélvica en forma de cólico y/o acompañada de otros síntomas como náuseas, vómitos, nerviosismo, cefalea.

Dismenorrea secundaria: Es el dolor que aparece durante la menstruación en mujeres que no lo han padecido y casi siempre en presencia de otra enfermedad pélvica: endometriosis, miomas, adenomiosis, malformaciones congénitas de los genitales internos y otras causas.

Dismenorrea: Períodos menstruales dolorosas.

Droga: Cualquier sustancia que al ser consumida por el individuo, afecta el organismo, la mente y la conducta.

Embarazo de alto riesgo: Es aquél que ocurre en una mujer que tiene Factores de Riesgo reproductivo y/o durante el cual se presenta alguna patología que lo complica. Los signos y síntomas que pueden indicar presencia de patologías importantes durante el embarazo son: Sangrado vaginal en cualquier trimestre del embarazo. Aumento de la presión arterial. Cefaleas intensas, mareos, zumbidos en los oídos y visión borrosa. Disminución, estabilización o aumento exagerado de peso. Disminución o ausencia de movimientos fetales. Alteraciones del crecimiento uterino. Edemas, sobre todo si son matutinos y generalizados. Hemoglobina menor de 10 g/dl o palidez mucocutánea. VIH positivo (portadora asintomática de infección) o SIDA Portadora de ITS, Violencia contra la mujer en todas sus formas. Ruptura prematura de membranas. Contracciones uterinas dolorosas y frecuentes antes de las 37 semanas (amenaza de parto prematuro). Fiebre y dolor lumbar.

Embarazo temprano o precoz en la adolescencia: Es aquel embarazo que ocurre en la mujer entre lo 10 y 19 años. El impacto del embarazo en la adolescencia repercute en la educación e inserción en el mercado laboral y muchas veces se traduce en rechazo del núcleo familiar y la de sus parejas, así como mayor morbilidad y mortalidad materno-perinatal con relación al grupo de 20-24 años.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer producido por la nidación o implantación y desarrollo de un nuevo ser.

Empatía: Capacidad de sentir y comprender las emociones y conductas ajenas como propias (pero sin que lleguen a serlo), mediante un proceso de identificación con el otro.

Equidad de género: Se refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos.

Equipo básico de salud: Equipo compuesto por capital humano que tiene la responsabilidad de establecer actividades de promoción, prevención, rehabilitación a los pacientes que vivan en el sector de su responsabilidad, para mejorar el nivel de calidad de la atención.

Escroto: Bolsa de piel en el varón, ubicada detrás del pene, que contiene los testículos.

Género: Son las creencias, comportamientos, funciones y relaciones entre hombres y mujeres, construido por la sociedad y asignadas a las personas según el sexo con que nace y que lo definen como hombre o mujer.

Ginecomastia: Es el aumento del tejido mamario en el varón. Durante la pubertad, en 2/3 de los varones se desarrolla la glándula mamaria. Tipo I: Se refiere al desarrollo de un “botón mamario” subareolar, doloroso (uni o bilateral) que desaparece en menos de un año. Tipo II: Es cuando el desarrollo mamario es de tipo femenino y no experimenta regresión.

Grado de complejidad: Se refiere al grado de diferenciación de las tareas, número y tipo de recursos que comprenden las actividades de una instalación de salud y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

Habilidades para la vida: Por habilidades para la vida entendemos las diferentes aptitudes, competencias y destrezas que apoyadas por los conocimientos, actitudes y recursos afectivos o emocionales, se traducen en comportamientos positivos de la misma persona, las demás personas, su comunidad, cultura y medio ambiente. Estos comportamientos permiten al sujeto enfrentar de manera adecuada, los retos, conflictos y problemas que se encuentran en su vivir diario, de tal forma que se aleje de situaciones de riesgo y asuma estilos de vida saludables que aseguren su desarrollo integral. Entre las habilidades esenciales para la vida están: Solución de problemas, Manejo del estrés, el miedo y de la ansiedad, Autoevaluación y autoconocimiento, Adaptación social, Toma de decisiones, Habilidades interpersonales, Seguridad en sí mismo, Manejo de la Presión de grupo, Pensamiento crítico, Comunicación efectiva.

Hemorragia de la primera mitad del embarazo y atención del aborto: Es el sangrado transvaginal que se presenta en la embarazada antes de cumplir las 20 semanas de gestación.

Hipermenorrea: Menstruación con sangrado excesivo.

Ideas de suicidio y tendencias suicidas: Acción o intento de lesión autoinflingida intencionalmente para quitarse voluntariamente la vida.

Igualdad de género: Es la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

Infecciones de Transmisión Sexual-ITS: Término dado al grupo de enfermedades que afecta tanto al hombre como a la mujer y que generalmente se transmiten mediante la actividad sexual. Estas enfermedades comúnmente ocasionan malestar, algunas pueden conducir a la infertilidad y otras pueden incluso poner en riesgo la vida.

Instalación de salud: Estructura física donde se brindan servicios de promoción, prevención y rehabilitación a la población y el ambiente.

Instalación que refiere: Es la instalación de salud donde se inicia la atención y determina la referencia del paciente.

Instalación receptora: Es aquella instalación de salud con mayor capacidad resolutive, que recibe al paciente remitido por la instalación de salud que refiere, para su tratamiento o examen solicitado.

Intervención en crisis (estado mental): Es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia que se siente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad es ayudar a fortalecer los recursos internos personales y sociales que ayuden a que esta persona o familia con crisis pueda encontrar medidas concretas (salidas propias) para enfrentar y sobrevivir a un suceso traumático. Incluye el manejo de sentimientos o

componentes subjetivos de las situaciones e iniciar el proceso de solución de problemas.

Lactancia materna exclusiva: Es el amamantamiento al pecho materno durante los primeros seis meses de vida del niño(a), durante los cuales no se le debe suministrar ninguna otra sustancia que no sea leche materna.

Maltrato: Ofensas de hecho y de palabra, graves o intolerables, que menoscaban las obligaciones de afecto y respeto que deben presidir las relaciones entre las personas.

Médico consultor (receptor): Es el médico a quien se refiere el paciente de parte del médico tratante (emisor).

Médico tratante (emisor): Es el que refiere el paciente hacia otro servicio, al médico consultor (receptor) u otro profesional de la salud.

Medida de protección: Mandato expedido por escrito por la autoridad competente, en el cual se dictan medidas para que un agresor o agresora se abstenga de incurrir o realizar determinados actos o conductas constitutivos de violencia doméstica.

Menarca: Primera menstruación.

Menstruación: Fluido sangriento que sale del útero a través de la vagina en las mujeres entre la pubertad y la menopausia.

Método anticonceptivo: Es la serie de acciones, artículos o sustancias que mediante su uso permiten en forma natural o artificial, prevenir los embarazos.

Muerte materna: Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se incluyen las muertes maternas tardías o defunciones maternas tardías, si la causa está directamente relacionada con el embarazo.(OPS/OMS[2], CIE-10:1169).

Oligomenorrea: Conocida también como hipomenorrea, es la prolongación anormal del intervalo que existe entre dos períodos menstruales. En general de 40 días o más, pero menos de 90 días.

Participación comunitaria: Es un proceso dentro del cual los diferentes sectores sociales (grupos de personas e instituciones públicas y privadas) se involucran activamente e interactúan en forma organizada y articulada para construir las condiciones sociales necesarias que promuevan el desarrollo a nivel local e incidiendo en una mejor calidad de vida para todas las personas. La participación es un derecho que permite a las y los adolescentes expresarse y habilitarse para enfrentar y prevenir situaciones de riesgo. Deberá facilitarse su ejercicio para promover su desarrollo en un marco de equidad de género, tomando en cuenta aspectos culturales y étnicos.

Parto: Comprende la serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción a término, pretérmino, posttérmino, a través del canal del parto. Para fines estadísticos se define el parto cuando el embarazo finaliza después de 20 semanas de gestación o el producto pesa 500 gramos o más. Si la finalización del embarazo se produce antes de cumplir esas condiciones, entonces se denomina aborto.

Pediculosis: es una ectoparasitosis producida por piojos (*Pediculus capitis*) cuando se localiza en cuero cabelludo y ladillas (*Phthirus pubis*) cuando se localiza en el área del pubis. Se reconoce por la presencia del parásito y/o sus liendres o huevos. Ocasiona prurito, escoriaciones por rascado y pueden presentarse infecciones secundarias.

Polimenorrea: Cuando la menstruación es más frecuente y se presenta en períodos menores de 21 días.

Primer nivel de atención. Es un nivel de organización, cuyas instalaciones tienen diferentes grados de complejidad, ofreciendo servicios de atención integral a la población y el medio ambiente, que en materia de salud trata de resolver los problemas bio-psico-sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Procedimiento: Secuencia y modo como se realizan un conjunto de operaciones, para el cumplimiento de funciones.

Promoción de la salud: “Es el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo, mejorar esa salud. Esta perspectiva deriva de un concepto de salud que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar su entorno y afrontarlo”.(OPS/OMS, 1999:16). “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”. (OPS/SBS_Canada/ACSP-Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986:1). La promoción de la salud es propiciar el proceso de habilitación y fortalecimiento de las capacidades individuales e institucionales, para cuidar la salud individual, familiar y comunitaria favoreciendo su organización, participación equitativa y protagónica en el fomento de entornos y estilos de vida saludables, dentro de un contexto amplio y con una visión integradora de los diferentes sectores. Pone énfasis en el protagonismo de los y las adolescentes, en el desarrollo de su propio bienestar, en la influencia de los factores culturales, étnicos, del contexto social y personales, la relación de la calidad de vida, junto a la autoestima, el cuidado mutuo y autocuidado.

Protagonismo adolescente: Es la participación activa y dinámica de las/los adolescentes, en todo el proceso de decisión para la identificación, planificación, ejecución y evaluación de acciones, con el propósito de visibilizarlo y potenciar sus capacidades para que puedan incidir en sus

condiciones personales de vida y las de su entorno.

Proyecto de vida: Organizar la vida en función de una “meta” o “sueño” de acuerdo a las posibilidades reales que ofrece su entorno.

Pubertad tardía: Ausencia completa o casi completa en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios más allá de los 13 años en la mujer y 14 en el varón. Mujer: La ausencia de menarca a los 16 años en la mujer o cuando no ocurren entre los 13 a 15 años el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (aparición del botón mamario, vello púbico, etc). Varón: Cuando no ocurre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (agrandamiento testicular, aparición del botón mamario, bigotes, vellos, cambio de voz).

Pubertad: Etapa de la vida en que el cuerpo comienza a elaborar niveles de hormonas sexuales iguales a los de un adulto y el cuerpo de la persona joven adquiere las características de un adulto.

Puerperio: Es el período que se inicia después del alumbramiento (expulsión de la placenta) y se extiende hasta el momento en que el organismo de la mujer recupera las condiciones anatómicas y funcionales. Dura aproximadamente seis semanas.

Red de servicios: Es el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para la provisión de servicios, según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo a un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Referencia: Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se remite a un paciente de un servicio de salud de menor complejidad a otra de mayor complejidad (Referencia vertical o externa) al igual que se remite al paciente entre servicios de la misma instalaciones de salud (Referencia horizontal o interna), para asegurar la continuidad de la atención.

Resiliencia: “La habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (Institute on Child

Resilience and Family,1994). “Son las características de los niños y adolescentes que no tienen problemas conductuales o emocionales, a pesar de haber tenido experiencias, estrés o estar expuesto a condiciones o factores de riesgo, que en la población general se sabe están asociadas a daño” (Ruter 1992).

Salud Bucal: Es la ausencia de las enfermedades específicas de la cavidad bucal, siendo las más comunes: las caries, enfermedades periodontales y otras patologías. Se considera prioritario que el componente sea tomado en cuenta en la salud integral de la persona. Su incidencia disminuye a través de acciones de educación, prevención y rehabilitación.

Salud Integral: Es el estado de pleno bienestar físico, mental, económico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La salud integral se concibe como el resultado positivo de las interrelaciones dinámicas de los sistemas biológico, psicosocial y medio ambiental; de desarrollo socioeconómico, la cultura, el ambiente y la participación ciudadana. Este concepto lleva implícito que la salud es un producto de la acción social y no un mero resultado de la atención médica.

Salud Mental: Es la capacidad que tiene la persona para ver la realidad de manera integral y poder establecer relaciones satisfactorias con las demás personas y con nosotras/os mismas/os, para que a partir de esto, podamos participar activamente en la transformación de esta realidad y en la solución de nuestros problemas.

Salud Sexual y Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos e implica la capacidad de disfrutar una vida sexual con amor, ternura y respeto, sin riesgos y el derecho a la información o decidir sobre la procreación, acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y a recibir una calidad de atención de salud sexual y reproductiva que garantice una salud con bienestar de las y los ciudadanos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, el derecho de la mujer y del hombre

de obtener información y de planificar la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no están legalmente prohibidos y acceso métodos seguros, eficaces y asequibles. En el caso de adolescentes, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva supone principalmente el acompañamiento para la toma de decisiones responsables en función del auto-cuidado. En ello destacan la información, comunicación y educación con perspectiva de género y la consejería sobre sexualidad integral.

Segundo nivel de atención: Es el nivel de organización de atención intermedio que se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria; es decir de tratamiento oportuno de problemas que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención.

Sexo: Son las características biológicas (físicas-anatómicas) con las que nacemos que diferencian y definen a la persona como hombre o mujer.

Sexualidad humana: “La sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. Ninguna dimensión de la sexualidad, tomada aisladamente, tiene validez universal.”(Masters, H; Jonson, V; Kolodny., 1997:7).

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA: Condición (síndrome) progresiva, comúnmente mortal que disminuye la capacidad del cuerpo para combatir ciertas infecciones. Es ocasionado por infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana).

Sistema de referencia y contra referencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención del paciente, transfiriéndolo entre los servicios de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno del paciente a la instalación de origen.

Tensión premenstrual: Frecuentemente asociada a la dismenorrea. Se caracteriza por la presencia de dolor lumbar, sensación de aumento de peso

en la región pélvica, edema, cefalea, cansancio y cambio de humor.

Tercer nivel de atención: Es el nivel de organización que desarrolla actividades de atención médica muy especializada para resolver problemas de salud que requieren alto grado de instrumentación.

Tinea pedis (pie de atleta): Lesiones causadas por varias especies de hongos, que se caracterizan por descamación entre los dedos, en forma seca y de ampolla.

Tinea versicolor: Infección de la piel, crónica y superficial, que produce lesiones variadas en su coloración, desde hipopigmentadas, hiperpigmentadas a ligeramente eritematosas. Las lesiones se presentan como manchas, bien delimitadas, localizadas en tórax, espalda, cara, cuello, axilas y extremidades.

Trastornos del ciclo menstrual: Cualquier alteración del ciclo menstrual, ya sea en frecuencia, cantidad, duración o falta de sangre eliminada. La primera menstruación ocurre entre los 10 y los 16 años de edad. Normalmente ocurre cada 21 a 35 días, con una duración de 2 a 7 días.

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (Ajuste de identidad): Grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de comenzar en la niñez, pero que difieren en muchos aspectos. Algunas de las afecciones representan síndromes bien definidos, pero otros no son más que síntomas complejos que requieren su inclusión por su frecuencia. (Hurgueteo de la nariz, masturbación excesiva, onicofagia, succión del pulgar, trastorno deficitario de la atención sin hiperactividad, etc). (OPS/OMS [2] –CIE 10, 1995:271-272)

Víctima sobreviviente: persona que sufre o haya sufrido maltrato físico, verbal, sicoemocional, sexual o patrimonial.

Violencia: Toda acción, omisión o trato negligente cometido por una persona que perjudique la integridad física, psicológica, sexual,

patrimonio o la libertad de las personas que son sujetos de esta ley.

Violencia doméstica: Patrón de conducta en el cual se emplea la fuerza física o la violencia sexual o psicológica, la intimidación, o la persecución contra una persona por parte de su cónyuge, familiares o parientes con quien cohabita o haya cohabitado, viva o haya vivido bajo el mismo techo o sostenga o haya sostenido una relación legalmente reconocida, o quien sostiene una relación consensual, o con una persona con quien se haya procreado un hijo o hija como mínimo, para causarle daño físico a su persona o a la persona de otro para causarle daño emocional.

Violencia física: Uso de la fuerza o la coerción, por parte del agresor o de la agresora, contra la víctima sobreviviente para lograr que ésta haga algo que no desea o deje de hacer algo que desea, por encima de sus derechos.

Violencia patrimonial: Acción u omisión dolosa que implica daños, pérdidas, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, derechos u otros recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades básicas de las personas. La limitación injustificada al acceso y manejo de bienes comunes también será considerada como violencia patrimonial.

Violencia sexual: Acción que obliga a una persona, mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza, uso de sustancias o drogas o cualquier otro mecanismo que afecte su voluntad, a participar en interacciones sexuales que por sí mismas no constituyen necesariamente delitos contra el pudor y la libertad sexual. Igualmente, se considera violencia sexual que la persona agresora obligue a la persona agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas o a presenciarlos.

Violencia psicológica: Toda acción u omisión que realiza una persona contra otra, destinada a coaccionar, degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias, sentimientos o decisiones de las personas. Se manifiesta por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, vigilancia permanente,

hostigamiento, acoso o menosprecio al valor personal, destrucción de objetos apreciados por la persona, privación del acceso a la alimentación, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta

que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalá, María José. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Family Care International (FCI). Nueva York, U.S.A., 1995.
2. Benguigui, Yehuda y otros. Acciones de Salud Materno Infantil a nivel local, según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la infancia. OPS-Washington, D.C, 1996.
3. Caja Costarricense de Salud – Ministerio de Salud – Consejo Técnico asesor de atención integral a las personas. Normas de Atención Integral de Salud – Primer Nivel de Atención. Costa Rica, febrero 1995.
4. Comisión Interinstitucional de Coordinación Ministerio de Salud Caja de Seguro Social. Lineamientos para la reorganización de la red pública de los servicios de salud. Ministerio de Salud Panamá, Febrero de 2002.
5. Consulta Internacional de Jóvenes de ONG's para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Declaración de Jóvenes del Cairo sobre Población y Desarrollo. El Cairo – Egipto, 31 de agosto al 4 de septiembre de 1994.
6. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Censos Nacionales de Población y Vivienda 14 de mayo de 200. Resultados finales ampliados Volumen II Características Generales y Educativas. Panamá.
7. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Encuesta continua de hogares. Volumen I agosto de 2000. Situación Social Estadísticas del Trabajo. Panamá.
8. Dirección de Estadística y Censo. Contraloría General de la República. Nacimiento Vivos y Defunciones Fetales. Estadísticas Vitales Volumen ¡! Año 2002. Panamá.
9. Documentos básicos del Encuentro internacional sobre salud adolescente realizado en Cartagena de Indias Colombia, 16 al 19 de mayo de 1995.
10. FNUAP. Las futuras generaciones preparadas para el mundo. FNUAP, Nueva York, 2001.
11. <http://www.fmed.uba.ar/mspba/diradol/subprog.htm>. Subprograma de Salud Integral del Adolescente.
12. <http://www.payson.tulane.edu:8086/spanish/lh006s03.htm>. Qué es un Adolescente.
13. <http://www.payson.tulane.edu:8086/spanish/lh006s/lh006s06.htm>. Prevención Primordial ¿Qué es?.
14. Mangrulkar, L. Y otros. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2001.
15. Merenstein, Gerald B. y otros. Manual de Pediatría Ed. Manual Moderno. México, D.F., 2000.
16. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social – Departamento de Materno Infantil. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente – Normas Técnico Administrativas y Manual de Procedimientos. Panamá, 1991.
17. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social. Programa Nacional de Salud Integral a la Adolescencia. Panamá, 2002 (segunda revisión).
18. Ministerio de Salud. La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición por niveles de atención y grados de complejidad. Ministerio de Salud, Panamá, septiembre de 2003.
19. Ministerio de Salud. Normas Integrales de salud para la Población y el Ambiente. Panamá, 1997.
20. Ministerio de Salud – Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmisibles Sexualmente y el VIH/SIDA. Normas Técnicas Administrativas para la Atención de las Enfermedades Sexualmente y el VIH/SIDA. Panamá, 1999.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – Dirección de Atención a la persona. Normas de Atención en Salud para los y las Adolescentes. El Salvador, 1998.
22. Moreno, Elsa y otros (as). Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención. OPS-OMS – Fundación W.K. Kellogg.
23. Munist, Mabel y otras. Manual de identificación y promoción de la Resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). Washington, septiembre de 1998.

24. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994.
25. Oficina Internacional del Trabajo. Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil. Proyecto: Prevención y eliminación de las peores formas de trabajo infantil doméstico para América Central y República Dominicana. El trabajo infantil doméstico en Panamá. Costa Rica, Septiembre de 2002.
26. OMS, Serie de Informes Técnicos 886. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. OMS, Ginebra 1999.
27. OPS/OMS. Programa Regional de Salud del Adolescente. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva. Washington, D.C., U.S.A., 2000.
28. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud de la Familia y Población. Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente. OPS/OMS, mayo de 1997.
29. Panamá en Cifras.
30. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. De la invisibilidad al protagonismo – Panamá 2004 – Resumen ejecutivo. Panamá, 2004.
31. Programa de Salud Familiar y Población de la Organización Panamericana de la Salud. Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes. Módulos de Aprendizaje. OPS-OMS, Washington.
32. Proyecto OPS/Kellogg. Proyecto de desarrollo integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. Washington, enero 1998.
33. Rojas B, Ana Lorena, Donas B. Solum. Adolescencia y Juventud – Aportes para una discusión. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. 1995.
34. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Normas Nacionales y de Procedimientos para la Atención Integral de Adolescentes. República Dominicana.
35. Secretaría de Salud – Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia. Manual de Normas de Atención Integral para los y las Adolescentes. Honduras, 2002.
36. Servicios de Salud Colombia. Norma técnica para la detección de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Colombia 2000.
37. Silber, Tomás J., y otros (as). Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud – OMS. Washington, 1992.
38. Simini, F., Franco, S., Pasqualini, D. Sistema informático del adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS/OMS. Montevideo Uruguay, mayo de 1995.
39. UNICEF. Ministerio de la Juventud, La Mujer, La Niñez y la Familia. Ministerio de Economía y Finanzas. Plan Estratégico Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Panamá 2015. Primera Edición. Panamá, Noviembre de 2003.
40. Vega, Alex, Mazin, Rafael. Taller Nacional de capacitación en consejería en prevención de VIH-SIDA y promoción de salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes. OPS/OMS-Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, abril 2004.
41. Warner, David. El niño campesino deshabilitado. Ed. Fundación Hesperian. E.E.U.U., 1990.
42. Zubarew, Tamara y otros. Evaluación de Servicios de Atención Ambulatoria de Adolescentes. Estimación de complejidad condiciones de eficiencia. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de Salud Integral del Adolescente en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud – Fundación W.K.Kellogg.
43. Guía de Atención de Embarazo de Alto riesgo. Colocar nombre correcto

XVI. ANEXOS

Anexo N° 1. Indicadores de monitoreo y evaluación.

A. INDICADORES DE PROMOCION

1. No. de actividades promocionales de la salud integral de los/las adolescentes
2. Comisión intersectorial y Social para promover la salud integral de los/las adolescentes creada y activa
3. No. de adolescentes participando en la Comisión Intersectorial y Social para promover la salud integral de los/las adolescentes participando
4. Plan Estratégico para promover el desarrollo y la salud de los/las adolescentes elaborado.
5. No. de adolescentes participando en el Plan Estratégico para promover el desarrollo y la salud de los/las adolescentes.
6. Diagnóstico integral de los/las adolescentes elaborado quinquenalmente.
7. No. de acciones que procuran la existencia de ambientes seguros y sanos para los/las adolescentes realizadas.
8. Proyectos dirigidos a las familias con hijos/as adolescentes con alguna patología o condición particular, desarrollado.
9. No. de grupos de padres y madres que tengan problemas de comunicación con sus hijos/as adolescentes organizados y funcionando.
10. Grupos de autoaprendizaje para adolescentes organizados y funcionando.
11. No. de grupos de adolescentes multiplicadores organizados y funcionando
12. Grupos de autoaprendizaje para adultos (padres, madres, tutores, cuidadores y líderes comunitarios) organizados y funcionando.

B. INDICADORES DE PREVENCIÓN

1. No. de adolescentes que recibieron una evaluación de su Salud Sexual y Reproductiva.
2. No. de adolescentes que recibieron una evaluación acerca de La satisfacción y/o los conflictos relacionados con su familia.
3. No. de adolescentes con problemas en su red social atendidos por Trabajo Social
4. No. de adolescentes con problemas en su red social atendidos por Salud Mental.
5. No. de adolescentes que recibieron una evaluación de su red Social.

C. INDICADORES DE ATENCION

1. No. de sesiones de discusión del Equipo de Salud de situaciones relacionadas con adolescentes, realizadas.
2. .No. de visitas domiciliarias multidisciplinarias realizadas.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
1	Cobertura de atención en adolescentes de 10-14 y 15-19 años en el programa	Se refiere al porcentaje de adolescentes de 10-14 y 15-19 años que recibieron un control de crecimiento y desarrollo según norma de atención	$\frac{\text{Total de adolescentes de 10-14 y 15-19 que asistieron a la primera control de crecimiento y desarrollo}}{\text{Población 10-14 y 15-19 por área}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes en el programa	Registro diario de actividad	MINSA
2	Porcentaje de adolescentes por áreas Urbana y Rural	Se refiere al porcentaje de adolescentes de acuerdo a su distribución geográfica	$\frac{\text{Número de adolescentes por área}}{\text{Población 10-14 y 15-19 años}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescentes por área	Estimación de Población por área	Contraloría General de la República
3	Porcentaje de adolescentes embarazada de 10-14 y 15-19 que ingresaron al programa maternal	Se refiere al porcentaje de adolescentes por grupo de edad 10-14 y 15-19 que ingresaron al programa materna 1	$\frac{\text{Adolescentes de 10-14 y 15-19 que ingresaron al programa maternal}}{\text{Total de embarazada de todos los grupo de edades que ingresaron al programa maternal}}$	x 100	Permite conocer porcentaje de embarazadas adolescentes que ingresaron al programa maternal	Registro diario de actividad	MINSA
4	Proporción de embarazos en adolescentes de 10-14 y 15-19 años	Se refiere al porcentaje de adolescentes embarazadas por grupo de 10-14 y 15-19 nuevas en el año	$\frac{\text{Adolescentes de 10-14 y 15-19 que asistieron al programa maternal (ingreso + nuevas)}}{\text{Población femenina 10-14 y 15-19}}$	x 100	Permite conocer la proporción de adolescentes que esta teniendo relaciones sexuales sin planificar	Registro diario de actividad	MINSA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
5	Tasa de aborto en adolescentes embarazadas	Se refiere al número de abortos captados del grupo de menor de 15 y 15 a 19 años	$\frac{\text{Número de abortos en adolescentes } <15 \text{ y } 15-19 \text{ años}}{\text{Número de nacidos vivos de estos grupos de edad}}$	x 1000	Permite conocer la población de adolescente que tuvieron aborto	Certificado de defunción fetal	Contraloría General de la República
6	Porcentaje de adolescente con vida sexual activa usando algún método anticonceptivo	Se refiere al porcentaje de adolescente que a la fecha de evaluación se encuentran planificando con algún método de anticonceptivo	$\frac{\text{N° de adolescentes } 10-14 \text{ y } 15-19 \text{ años planificando con algún método anticonceptivo (casos Nuevos)}}{\text{Población femenina } 10-14 \text{ y } 15-19}$	x 100	Permite conocer la población de adolescente que están planificando durante un período	Registro diario de actividad	MINSA
7	Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes	Se refiere al porcentaje de nacimientos vivos de madre adolescente	$\frac{\text{N° de nacidos vivos por edad de la madre de } 10-14 \text{ y } 15-19 \text{ años}}{\text{Población total de } 10-14 \text{ y } 15-19 \text{ años}}$	x 1000	Permite conocer la variaciones en el tamaño y composición de la población y para programar los servicios que requieren la madre adolescente y el niño	Certificado de nacimiento	Contraloría General de la República

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES**

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
8	Tasa de mortalidad de aborto en adolescentes	Número de muerte maternas en adolescente por aborto	$\frac{\text{Número de muertes de adolescentes por aborto}}{\text{Nacidos vivos}}$	x 1000	Permite conocer el número de muerte materna en adolescente por aborto	Certificado de defunción	Contraloría General de la República
9	Cobertura de Pap en adolescente	Porcentaje de adolescente con toma de Pap nuevas	$\frac{\text{N° de adolescente de 10-14 y 15-19 con toma el Pap (nuevas)}}{\text{Población femenina de estos grupo de edad}}$	x 100	permite conocer el porcentaje de adolescente con toma de Pap durante un periodo	Registro diario de actividad	MINSA
10	Porcentaje de adolescente con ITS	Comprende el porcentaje de adolescente con ITS	$\frac{\text{Número de adolescente de 10-14 y 15-19 años con ITS}}{\text{Población total de 10-14 y 15-19}}$	x 100	Permite conocer el porcentaje de adolescente con ITS	Registro diario de actividades	MINSA

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTES**

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
11	Porcentaje de adolescente con VIH	Comprende el porcentaje de adolescente que presenta VIH	$\frac{\text{Número de adolescente de 10-14 y 15-19 con VIH}}{\text{Población total de 10-14 y 15-19}}$	x 100	Determina el porcentaje de adolescente con VIH	Registro diario de atención	MINSA
12	Tasa de suicidios en adolescente	Número de suicidios en adolescente	$\frac{\text{Número de suicidios en adolescentes}}{\text{Población total de 10-14 y 15-19 años}}$	x 1000	Permite conocer las muertes por suicidio en adolescente	Certificado de defunción	Contraloría General de la República
13	Prevalencia de tabaquismo en adolescente		ENCUESTA				MINSA
14	Prevalencia de alcoholismo en adolescente		ENCUESTA				MINSA

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE**

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
15	Tasa de mortalidad en adolescentes	Comprende el número de muerte en adolescente por cualquier causa	$\frac{\text{Número de muerte de adolescente 10-14 y 15-19 años}}{\text{Población total de 10-14 y 15-19 años}}$	x 1000	Permite conocer las muertes en estos grupo de edad por cualquier causa	Certificado de defunción	Contraloría General de la República
16	Cobertura de atención odontológica en adolescente de 10-14 y 15-19 años	Porcentaje de adolescentes que asistieron a la primera consulta en el programa de salud bucal	$\frac{\text{Número de primeras consultas de adolescente de 10-14 y 15-19 años}}{\text{Población total de 10-14 y 15-19 años}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescente que asistieron por primera vez a la consulta del programa de salud bucal	Registro diario de actividades	MINSA
17	Impacto de atención odontológica en adolescente de 10-14 y 15-19 años	Número de pacientes terminados	$\frac{\text{Número de pacientes terminados por grupo de edad 10-14 y 15-19 años}}{\text{Total de primera consulta por grupo de edad}}$	x 100	Permite obtener el porcentaje de adolescente que ingresan al programa y son dadas de alta	Registro diario de actividades	MINSA

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
SECCIÓN DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
GLOSARIO DE INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE ADOLESCENTE**

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMULA	k	UTILIDAD	FUENTE	ENTIDAD RESPONSABLE
18	Porcentaje de actividades preventivas en adolescentes	Se refiere al total de actividades preventivas realizadas	$\frac{\text{Total de actividades preventivas de 10-14 y 15-19 años}}{\text{total de actividades preventivas}}$	x 100	Determina el porcentaje de las actividades preventivas realizadas en adolescentes	Registro diario de actividades	MINSA
19	Porcentaje de actividades curativas en adolescentes	Se refiere al total de actividades curativas	$\frac{\text{Total de actividades curativas de 10-14 y 15-19 años}}{\text{Total de actividades curativas}}$	x 100	Determina el porcentaje de las actividades curativas realizadas en adolescentes	Registro diario de actividades	MINSA
20	Concentración	Se refiere al número de consultas recibidas en el año	$\frac{\text{Total de consulta por edad 10-14 y 15-19}}{\text{Total de consultas nuevas 10-14 y 15-19}}$	x 100	Permite obtener el numero promedio de consultas recibido por adolescente en el año	Registro diario de actividades	MINSA

Anexo N° 2. Desarrollo normal del adolescente.

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL/LA ADOLESCENTE

ETAPAS	AUTONOMÍA	IDENTIDAD	IMAGEN
Adolescencia Temprana (10-13 años)	<p>Menor interés de los padres Intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad, necesidad de privacidad.</p> <p>Varones: imagen paterna fuerte y poderosa; rechazo hacia lo femenino, agresivos, estado de turbulencia, falta de control de impulsos.</p> <p>Mujeres: inicio de la rivalidad y desvalorización hacia su madre; acentuación de aspectos masculinos, agresividad, falta de control de impulsos.</p>	<p>Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta de control de los impulsos, metas vocacionales irreales.</p> <p>Varones: fuerte identificación con el padre.</p> <p>Mujeres: inclinaciones románticas y fantasiosas. Bajo nivel de autoestima.</p> <p>Ambos: pensamiento concreto frente al futuro con metas vocacionales irreales</p>	<p>Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre acerca de su apariencia.</p> <p>Reedición de etapas orales y anales; voracidad por la comida, uso no convencional en su vocabulario y su vestir.</p>
Adolescencia Media (14-16 años)	<p>Período de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres, aumento de la experiencia sexual. Inicio de la etapa de galanteo.</p>	<p>Conformidad con los valores de los pares, sentimiento de invulnerabilidad, conductas omnipotentes generadoras de riesgos.</p>	<p>Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.</p> <p>Aceptación de la imagen corporal.</p>
Adolescencia Tardía (17-19 años)	<p>Emocionalmente próximo a los padres y a sus valores. Las íntimas relaciones son prioritarias, el grupo de pares se torna más importante.</p>	<p>Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales.</p> <p>Identidad personal y social con capacidad de intimar.</p>	<p>Aceptación de la imagen corporal.</p>

ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL/LA ADOLESCENTE

ETAPA	EDAD	MOTIVACIÓN	MANIFESTACIÓN
Aislamiento	12-14 años	Profundos cambios puberales	Varón: tendencia al mismo sexo. Burlas. Agresión. Mujer: tendencia al sexo opuesto; independencia de sus padres. Masturbación en ambos sexos.
Incertidumbre	14-15 años	Relativo dominio de sus cambios puberales. Búsqueda de figuras identificadoras.	Idealización: amigo/a íntimo/a. Canalización de lo erótico a través de la confidencia. Masturbación Relaciones homosexuales ocasionales.
Apertura de la heterosexualidad	15-17 años	Afirmación de su identidad sexual. Fuerte narcisismo.	Relaciones entre ambos sexos. Relaciones con intensidad pero con poco compromiso. Relaciones fugaces
Consolidación	17-19 años	Identidad lograda Objeto amoroso único	Mayor estabilidad emocional

Manual de Medicina de la Adolescencia. Dr. Tomás J. Siber, Dra. Mabel M. Munist, Dra. Matilde Maddaleno, Dr. Elbio N. Suárez Ojeda. OPS 1992.

CAPACIDADES DEL CARACTER

Son aquéllas capacidades personales que se adquieren y se desarrollan a través de la experiencia personal y la vivencia familiar, social y espiritual de la persona desde su nacimiento; son cualidades de la personalidad que se reflejan en actitudes o disposiciones.

Capacidad del carácter	Descripción breve de la capacidad	Características de falta de desarrollo	Características de desarrollo
Confianza	Capacidad de confiar en sus propios recursos y en los demás.	Pesimismo. Poca confianza en sí mismo y en los demás.	Optimismo. Seguridad en sí mismo. Capaz de confiar.
Autonomía	Capacidad de autocontrol y de autosuficiencia	No enfrenta la realidad; dificultad en valerse por sí mismo	Puede funcionar solo.
Iniciativa	Capacidad de encauzar energías naturales productivamente.	Apatía. Actitud destructiva. Iniciativas negativas.	Disposición positiva. Espontáneo. Emprendedor
Industriosidad	Capacidad de hacer las cosas bien.	Ineptitud. Manipula y miente; culpa a otros. No completa.	Destreza. Estable cuidadoso y capaz. Acepta corrección.
Identidad	Capacidad de ser uno mismo consistentemente.	Doble cara; hipocresía. No asume papeles adecuadamente.	Íntegro y seguro. Cortés. Dispuesto. Consistente.
Compromiso	Capacidad de cumplir con lo que se promete.	Irresponsable. Atrasado. Incumple promesas y asignaciones.	Cumplido y puntual. Activo. Con sentido de responsabilidad.
Generatividad	Capacidad de enseñar con el buen ejemplo.	Egoísmo. Desinterés. Sacrifica e involucra a los demás	Altruista. Se interesa. Cariño y bondad. Cooperador
Trascendencia	Capacidad para superar limitaciones y contratiempos.	Intolerante. Frustrado. Actitudes inmaduras ante problemas.	Firme. Estable. Luchador prudente. Confía en el futuro

ASPECTOS DEL TEMPERAMENTO

Son los impulsos y tendencias y/o aspectos problemáticos con los cuales se nace. Si la persona desarrolla un carácter sano puede controlar su temperamento. A continuación algunos aspectos del temperamento que pueden ser problemáticos.

Aspectos del Temperamento	Descripción breve de la tendencia innata	Capacidades de carácter a desarrollar	Talentos a desarrollar
Agresividad	Tendencia a la acción correctiva	Autonomía/Iniciativa	Atlético/Manual
Callosidad	Tendencia a la indiferencia sentimental afectiva.	Compromiso	Intelectual
Impulsividad	Tendencia a tomar acción sin pensar	Autonomía	Intelectual
Irritabilidad	Tendencia a la reacción intolerante,	Autonomía	Atlético/Manual/Socisl
Melancolía	Tendencia a vivir en el pasado y a no aceptar la realidad.	Iniciativa/Trascendencia	Manual/Artístico
Sensibilidad	Tendencia a la reacción sentimental	Autonomía/Trascendencia	Artístico/Verbal/Social
Sexualidad	Tendencia a la procreación	Identidad	Atlético
Timidez	Tendencia a la inhibición	Iniciativa/Industrioidad	Social/Verbal

TALENTOS

Parte innata de la personalidad; son aliados del carácter para controlar y encauzar el temperamento. También pueden ser problemáticos si no se utilizan o no se encauzan positivamente.

Talento	Descripción	Ayuda a encauzar	Ayuda a desarrollar
Artístico	Expresión en las artes	Agresividad, timidez, sensibilidad	Confianza, iniciativa
Atlético	Deportes	Agresividad, timidez	Identidad
Intelectual	Pensar lógicamente	Impulsividad	Industriosidad, compromiso
Intuitivo	Percepción directa		Industriosidad
Manual	Uso coordinado de manos	Agresividad, melancolía	Iniciativa, Industriosidad
Sensorial	Percepción por sentidos		Confianza, iniciativa
Social	Relaciones interpersonales	Sensibilidad, timidez	Confianza, Industriosidad
Verbal	Expresión oral	Timidez	Confianza, Industriosidad

Anexo 3. Formularios de la Historia Clínica del Adolescente, modelo del CLAP.

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE		ESTABLECIMIENTO		H.C. N°									
APELLIDO Y NOMBRE _____ DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ Código: _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> LUGAR DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____ mensaje <input type="checkbox"/>					FECHA DE NACIMIENTO día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
CONSULTA PRINCIPAL N° _____ FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		EDAD años meses <input type="text"/> <input type="text"/>		ACOMPAÑANTE solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>							
Motivos de consulta según adolescente: 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3			Motivos de consulta según acompañante: 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
Observaciones relevantes													
ANTECEDENTES PERSONALES PERINATALES normales si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> CRECIMIENTO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> DESARROLLO normal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VACUNAS COMPLETAS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES CRONICAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES INFECCIOSAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ACCIDENTES INTOXICACION no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	CIRUGIA HOSPITALIZAC. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	USO DE MEDICINA O SUSTANCIAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	MALTRATO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	JUDICIALES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	OTROS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones													
ANTECEDENTES FAMILIARES DIABETES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		OBESIDAD no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	CARDIOVASC. (HTA,cardiopa,etc.) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ALERGIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	INFECCIONES (TBC,VIH,etc.) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TRASTORNOS PSICOLOGICOS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ALCOHOL DROGAS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	MADRE ADOLESC. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	JUDICIALES no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	OTROS no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		
Observaciones													
FAMILIA CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		NIVEL DE INSTRUCCION Padre o sustituto: analfabeto <input type="checkbox"/> prim. incomp. <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> secund./técnico <input type="checkbox"/> univ./terciario <input type="checkbox"/> Madre o sustituto: analfabeto <input type="checkbox"/> prim. incomp. <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> secund./técnico <input type="checkbox"/> univ./terciario <input type="checkbox"/>		DIAGRAMA FAMILIAR				VIVIENDA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/>		AGUA en el hogar: <input type="checkbox"/> fuera del hogar: <input type="checkbox"/>	
VIVE en instituc. <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> COMPARTIR LA CAMA <input type="checkbox"/>		TIPO DE TRABAJO Padre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> Madre o sustituto: ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>		Observaciones				EXCRETAS <input type="checkbox"/>		NUMERO DE CUARTOS <input type="text"/> <input type="text"/>		Observaciones	
OCUPACION: Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>		PERCEPCION FAMILIAR POR EL ADOLESCENTE Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>		Observaciones				Observaciones		Observaciones		Observaciones	

Este color significa ALERTA

CLP/95/019-A

Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. República de Panamá, 2006.

EDUCACION	NIVEL	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN	EDUCACIÓN NO FORMAL		
	ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Causa _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____		
Observaciones									
TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO	TRABAJO	HORARIO DE TRABAJO	RAZÓN DE TRABAJO	TRABAJO LEGALIZADO	TRABAJO INSALUBRE	TIPO DE TRABAJO	
	<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado	años <input type="text"/>	<input type="text"/>	mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/>	todo el día <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Observaciones									
VIDA SOCIAL	ACEPTACION	NOVIO/A	ACTIVIDAD GRUPAL	DEPORTE	OTRAS ACTIVIDADES	Cuáles?			
	aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> horas por semana <input type="text"/> horas por día	<input type="text"/>			
Observaciones									
HABITOS	ALIMENTACION ADECUADA	COMIDAS POR DIA	COMIDAS POR DIA CON FAMILIA	TABACO	EDAD INICIO TABACO	ALCOHOL	EDAD INICIO ALCOHOL	OTRO TOXICO	CONDUCE VEHICULO
	SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cigarrillos por día	años <input type="text"/>	<input type="text"/> equivalente a litros de cerveza por semana	años <input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo
Observaciones									
GINECO-UROLOGICO	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION	CICLOS REGULARES	DISMENORREA	FLUJO PATOLOGICO/SECRECION PENEANA	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	EMBARAZOS	HIJOS	ABORTOS	
	Menarca/espermamarca años meses <input type="text"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones									
SEXUALIDAD	RELACIONES SEXUALES	PAREJA	EDAD INICIO REL. SEX.	PROBLEMAS EN REL. SEX.	ANTICONCEPCION	CONDON	ABUSO SEXUAL		
	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NECESITA INFORMACION <input type="checkbox"/>	hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	años <input type="text"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones									
SITUACION PSICOEMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL	AUTO PERCEPCION	REFERENTE ADULTO	PROYECTOS DE VIDA					
	<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás	<input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente				
Observaciones									
EXAMEN FISICO	PESO (Kg)	Centil peso/edad	PIEL Y FANERAS	CABEZA	AGUDEZA VISUAL	AGUDEZA AUDITIVA	BOCA Y DIENTES	CUELLO Y TIROIDES	
	ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
TORAX Y MAMAS	CARDIO-PULMONAR	PRESION ARTERIAL	ABDOMEN	GENITO-URUNARIO	TANNER	VOLUMEN TESTICULAR	COLUMNA	EXTREMIDADES	NEUROLOGICO
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> latidos/min	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	Der. <input type="text"/> cm ³ Izq. <input type="text"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
Observaciones									
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL									
INDICACIONES E INTERCONSULTAS									
Responsable _____ Fecha próxima visita _____									

Este color significa ALERTA

CLP/96/019-R

Normas Técnicas y Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de los y las Adolescentes. República de Panamá, 2006.

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION										ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº	
EVOLUCION Nº		EDAD		ACOMPAÑANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION			
FECHA		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> dia mes año			
PESO (Kg)	Centil peso/edad	TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL mmHg	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	vello pub.	genitales	VOLUMEN TESTICULAR		
						latidos/min					Der	cm ³	lq
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:								
1					1								
2					2								
3					3								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES													
DIAGNOSTICO INTEGRAL													
INDICACIONES E INTERCONSULTAS													
Responsable										Fecha próxima visita		dia mes año	
EVOLUCION Nº		EDAD		ACOMPAÑANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION			
FECHA		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> dia mes año			
PESO (Kg)	Centil peso/edad	TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL mmHg	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	vello pub.	genitales	VOLUMEN TESTICULAR		
						latidos/min					Der	cm ³	lq
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:								
1					1								
2					2								
3					3								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES													
DIAGNOSTICO INTEGRAL													
INDICACIONES E INTERCONSULTAS													
Responsable										Fecha próxima visita		dia mes año	
EVOLUCION Nº		EDAD		ACOMPAÑANTE				ESTADO CIVIL		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION			
FECHA		años meses		solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> dia mes año			
PESO (Kg)	Centil peso/edad	TALLA (cm)	Centil talla/edad	Centil peso/talla	PRESION ARTERIAL mmHg	FRECUENCIA CARDIACA	TANNER	mamas	vello pub.	genitales	VOLUMEN TESTICULAR		
						latidos/min					Der	cm ³	lq
Motivos de consulta según adolescente:					Motivos de consulta según acompañante:								
1					1								
2					2								
3					3								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES													
DIAGNOSTICO INTEGRAL													
INDICACIONES E INTERCONSULTAS													
Responsable										Fecha próxima visita		dia mes año	

CLP/96/020-A

Este color significa ALERTA

CLAP-OPS/OMS HdA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD REPRODUCTIVA		ESTABLECIMIENTO		H.C. Nº		
APELLIDO Y NOMBRE					SEXO masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>	
Nº Consulta de Salud Reproductiva		EDAD	Fecha de última consulta principal		Referido por:	
FECHA		años meses	dia mes año		ACTIVIDAD TRABAJO	
dia mes año		años meses	dia mes año		trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/>	
					no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> horas por semana	
					ESTADO CIVIL soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
Motivos de consulta:						
1						
2						
3						
DESARROLLO PUBERAL MUJER				HOMBRE		
TELARQUIA	PUBARQUIA	VELLO AXILAR	MENARQUIA	PUBARQUIA	VELLO AXILAR	
no <input type="checkbox"/> años	no <input type="checkbox"/> años	no <input type="checkbox"/> años	no <input type="checkbox"/> años	no <input type="checkbox"/> años	no <input type="checkbox"/> años	
RITMO MENSTRUAL	CANTIDAD	COAGULOS	Observaciones:			
dia / dia	escaso <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				
DOLOR MENSTRUAL	premenstrual	menstrual	postmenstrual	MASTODINIA		
no <input type="checkbox"/> s' <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> s' <input type="checkbox"/>		
Otras molestias:						
SEXUALIDAD Fuente de información: Calidad de la información: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Ninguna						
PAREJA ACTUAL	TIEMPO DE RELACION	EDAD PAREJA	ACTIVIDAD DE LA PAREJA	TRABAJO DE LA PAREJA	ESTADO CIVIL DE LA PAREJA	
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	años meses		trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/>	horas por semana	soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA	EDAD INICIO	TIPO EXPERIENCIA SEXUAL	NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (pareja actual)	FRECUENCIA COITAL (pareja actual)	NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (parejas pasadas)	
no escolariz. <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> universitario <input type="checkbox"/>	Pareja no sexual <input type="checkbox"/> años Pareja sexual <input type="checkbox"/> años	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal	no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	veces / dia semana mes	no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (petting IV)	MASTURBACION	Observaciones:				
	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> años (inicio) veces / dia semana mes					
ABUSO SEXUAL						
Abuso sexual	Tipo de abuso	Edad agresor	Cantidad de agresores	Edad inicio del abuso	Tiempo	
no <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> reiterado <input type="checkbox"/>	¿Quién?	años		años	años	
Denuncia del abuso	¿Dónde?	Tratamiento				
n/c <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cumplido <input type="checkbox"/>				
Observaciones:						
METODOS ANTICONCEPTIVOS						
EMBARAZO CON USO de METODOS ANTICONCEPTIVOS	Coito interrumpido	CONOCE M.A.C.	HA USADO ANTES	USO ACTUAL	FRACASO	
no corresponde <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Ogino-Knauss (Calendario)	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no siempre a veces	sí <input type="checkbox"/> no a veces <input type="checkbox"/>	sí (embarazo) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
¿CUAL?	Temperatura basal					
	Billings					
	Condón					
	Diafragma					
	Espermicidas					
	Horm. Oral (pildora)					
	Horm. Iny. depósito					
	Horm. Iny. mensuales					
	Horm. subcutáneos					
	P'ldora día siguiente					
	D.I.U.					
	Esterilización fem.					
	Esterilización masc.					
	Lavado vaginal					
	OTROS:					
Razón de su NO uso en adolescentes con experiencia sexual:						

SIA esp / Form. Compl. Salud Rep. (anv)

SIA esp / Form. Compl. Salud Rep. (rev) Este color significa ALERTA

E.T.S.	¿Tiene alguna? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿tiene alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	¿Ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____ Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____										
Observaciones:													
FECUNDIDAD													
EMBARAZOS <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> abortos + <input type="checkbox"/> esp. + <input type="checkbox"/> provocados + <input type="checkbox"/> emb. ectópico EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c nacimientos = <input type="checkbox"/> nac. vivos + <input type="checkbox"/> nac. muertos Lactancia actual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c Lactancia pasada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c Máxima lactancia <input type="checkbox"/> meses Mínima lactancia <input type="checkbox"/> meses Regulación menstrual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no n/c= no corresponde		Patología en embarazo no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____ Edad 1er. embarazo <input type="checkbox"/> años Hospitalizaciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Infecciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Edad 1er. parto <input type="checkbox"/> a-os											
PESO 1er R.N. <input type="text"/> g 2do R.N. <input type="text"/> g 3er R.N. <input type="text"/> g 4to R.N. <input type="text"/> g													
Observaciones:													
EXAMEN FISICO													
PATRON DE VELLO CORPORAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> Completar el examen fisico en el formulario HídA - Consulta Principal													
GENITO-URINARIO													
FLUJO VAGINAL antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> OLOR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c DURACION <input type="text"/> días	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	SECRECION URETRAL antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> OLOR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____										
Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DURACION <input type="text"/> días													
EXAMEN GINECOLOGICO													
TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello <input type="checkbox"/>	VULVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CLITORIS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	HIMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	VAGINA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO UTERINO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUERPO UTERINO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TACTO VAGINAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	TACTO RECTAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	ANEXO IZQ. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ANEXO DER. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Toma de muestras	
Observaciones													
EXAMEN GENITAL MASCULINO													
TANNER genitales <input type="checkbox"/> vello <input type="checkbox"/>	PENE CUERPO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GLANDE normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PREPUCIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	SECRECION no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ESCROTO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO DERECHO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO IZQUIERDO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Observaciones:				
Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores:													
EXAMENES COMPLEMENTARIOS													
Hemograma <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> res. adj. <input type="checkbox"/>	Urocult. y antibiogr. <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Nitrógeno ureico <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Perfil lipidico <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	VDRL u otro <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Papanicolau <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Test de Schiller <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Examen flujo vaginal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Cultivo flujo vaginal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Perfil hormonal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Radiografía <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Ecografía <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>	Colposcopia <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado adjunto <input type="checkbox"/>
Diagnósticos	Tratamientos:												
1	1												
2	2												
3	3												
Observaciones, indicaciones e interconsultas													
Responsable										Fecha próxima visita	dia	mes	año



SISTEMA UNICO DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA (SURCO)
Referencia



Instalación que refiere Fecha/ Hora: D M A Hora Min A.m. P.m.

Instalación que responde Fecha/ Hora: D M A Hora Min A.m. P.m.

Instalación Receptora

RESPUESTA A LA REFERENCIA

HALLAZGOS CLINICOS: _____

DIAGNOSTICO (s) _____

CODIGOS				

MANEJO Y TRATAMIENTO: _____

Recomendaciones / Plan Terapéutico _____

Reevaluación especializada: No SI Fecha _____

Datos del Profesional

Nombre del profesional que responde: _____

Firma: _____ No de Registro: _____

Sello

Instalación que refiere Fecha/ Hora: D M A Hora Min A.m. P.m.

Instalación Receptora Servicio Emisor

1. Consulta Externa 2. Urgencias 3. Hospitalización

Identificación del Paciente

Segundo Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo apellido _____

Cédula: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Años: _____ Meses: _____ Días: _____ Sexo: F M

Dirección: _____

Distrito/comienzo Comunidad _____ No. de Casas _____ Localidad/Zona Sanitaria _____

Motivo de referencia

1- Servicio No Oportado 2- Ausencia del Profesional: 3- Faltan Equipos
 4- Falta de Insumos 5- Cese de actividades: 6- Otro, cual:

Clasificación de la Atención solicitada 1. Electiva 2. Electiva Prioritaria 3. Hospitalización 4. Urgente

Historia del Paciente / Examen Físico

Anamnesis: _____

Examen Físico:

Hora	PA	F.C.	F.R.	F.C.F.	T°	Peso	Tieta

Resultados de Exámenes / Diagnóstico

BHC	Urin.	Heces	Glic.	Creat	Nou.	Elect.	Amilasa	B.T/BFX	Transam.	Cultivo	R.X.	Ultrasonido	E.K.G.	Otros

Diagnóstico (s) _____

Tratamiento/Complicaciones: _____

Datos del Profesional

Nombre de quien refiere _____ Médico general Odontólogo Médico Especializado

Firma _____

Sello Nombre del receptor _____ (solo en caso de urgencias y hospitalización)

Anexo 4. Factores de riesgo y factores protectores.

Factores de riesgo y factores protectores que inciden en la adolescencia.

Al ser posible identificar factores de riesgo (factores que constituyen un riesgo potencial), también es posible identificar factores protectores (factores que protegen y previenen el riesgo).

Las conductas de riesgo se clasifican en 4 categorías:

- Demográficas: edad, sexo
- Personales: autoestima, expectativas de educación, percepción de las opciones de vida.
- Familiares: estructura, dinámica familiar, roles, cultura.
- Comunitaria: calidad de la educación, acceso al empleo, ambiente, etc.

Factores de Riesgo

- Baja autoestima
- Búsqueda de la independencia
- Problemas de conducta
- Problemas de aprendizaje o mal rendimiento escolar
- Retraso de maduración sexual
- Inicio temprano de actos coitales
- Relaciones sexuales conflictivas o pertenencia a una familia con relaciones conflictivas.
- El uso de drogas, alcohol y tabaco, dando lugar a la violencia y conductas de riesgo.

Factores Protectores

- Desarrollo de valores individuales y de grupo
- Autoestima
- Proyecto de vida
- Educación sexual
- Nivel educativo
- Desarrollo moral y espiritual
- Espacios amigables para recreación y actividades diversas
- Comunicación familiar adecuada
- Participación activa en grupos de servicio en la comunidad, que estimulen valores individuales y/o de grupos.
- Equidad de género
- Búsqueda de identidad

DETECCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

- Detección de trastornos en las relaciones sociales (aislamiento, timidez, rechazo, agresividad)
- Consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias nocivas
- Violencia social, familiar y escolar
- Depresión e intentos de suicidio
- Trastornos de aprendizaje
- Falta de educación vial
- Menores de edad conduciendo automóviles y otros tipos de vehículos
- Maltrato físico y abuso sexual
- Inicio temprano de relaciones sexuales
- Influencia de pares (-)
- Baja autoestima
- Falta de orientación y apoyo familiar
- Baja capacidad de resiliencia
- Deserción escolar
- Expectativas bajas de educación
- Desempeño escolar deficiente
- Conducta antisocial y vandalismo
- Rol parental: vínculo débil, padres y madres que no guían, no supervisan no se comunican, muy autoritarios ó muy permisivos
- Uso inadecuado de su tiempo libre
- Existencia de crisis en la familia, tales como: divorcio, muerte, nacimientos, pérdida de empleo, mudanza, etc.
- Disfunción familiar
- Adolescente que trabaja (subempleo) en condiciones laborales inadecuadas y riesgosa
- Discapacidad física o psíquica
- Pobreza extrema
- Baja escolaridad de padres y madres
- Prostitución temprana
- Falta de metas
- Estrés
- Abandono del hogar
- Poco apoyo emocional y social
- Docentes que lesionan la autoestima de los estudiantes a través de tratos verbales, físicos y psicológicos inadecuados
- Introducción de drogas lícitas e ilícitas en los planteles educativos
- Circunstancias de la comunidad: desorganización de los sectores, discriminación por etnia, género, edad, alto grado de desempleo.
- Miembros de la familia con un trastorno en su salud (enfermedad mental, consumo de drogas, tuberculosis, VIH/SIDA, cáncer, discapacidad y trastornos de la conducta alimentaria).
- Debilidad en el desarrollo moral, ético y espiritual
- Adolescentes que viven en instituciones de rehabilitación de menores.
- Embarazo en la adolescente
- Paternidad y maternidad temprana.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

- Existencia de redes de apoyo social
- Medios de comunicación involucrados en el trabajo positivo con adolescentes
- Grupos y asociaciones de jóvenes trabajando áreas de la salud integral de/la adolescente
- Consejería para adolescentes
- Existencia de grupos de aprendizaje para adolescentes
- Familia con fortalezas espirituales
- Adolescentes capacitados en habilidades para vivir
- Un ambiente social facilitador que de oportunidades (familia, escuela, pares)
- Fuerza psíquica interna, inherentes a la personalidad:
 - Autonomía
 - Control del impulso
 - Autoestima
 - Sentirse querido
 - Empatía
- Habilidades sociales en el manejo de situaciones y competencia en resolución de problemas, manejo de estrés y capacidad de planear.
- Buen funcionamiento familiar
- Sin problemas escolares
- Pertenece a grupos juveniles, etc.
- Adolescentes participando en actividades socioculturales, deportivas y recreativas
- Existencia de legislación internacional y nacional sobre el trabajo infantil y otras.
- Capacitación en salud sexual y reproductiva
- Nivel educativo (algún grado de escolaridad)
- Proyecto de vida
- Formación moral y espiritual
- Concatenación entre la escuela y la familia
- Legislaciones que protegen los derechos de los menores (Código de la Familia, Ley 38, otras)
- Implantación de Programas de Prevención del Consumo de drogas lícitas e ilícitas
- Desarrollo de programas de prevención de la violencia social, familiar y escolar
- Implantación de otros Programas de Prevención de riesgos psicosociales
- Lazos seguros con los pares y con adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales.
- Equidad de género
- Desarrollar programas de prevención de la maternidad y paternidad temprana.
- Referente adulto (relación de confianza con un/una adulta, con el sacerdote, una profesora, tía, instructor de deporte, líder comunitario).

DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

- Antecedentes de progenitores con alcoholismo y consumo de otras drogas
- Antecedentes de progenitores con enfermedades crónicas
- Hábitos alimentarios no saludables (exceso de grasas, azúcares, sal)
- Sedentarismo
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
- Obesidad
- Control de su peso mediante vómitos, laxantes o dietas sin vigilancia profesional
- Anorexia, bulimia y trastorno de la alimentación por atracones
- Desnutrición
- Conducción de automóvil y otros vehículos de manera desordenada, riesgosa
- Asociación de la práctica física con consumo de anabólicos esteroides, alcohol u otras drogas
- Cambio frecuente de pareja sexual
- Promiscuidad sexual
- Adolescente con antecedente de madre y hermana con embarazo en la adolescencia.
- Inicio temprano de relaciones coitales
- Disfunciones sexuales
- Relaciones sexuales sin protección
- Alguna de sus parejas sexuales es VIH o tienen SIDA
- Ausencia o exceso de actividad física
- Deficiencias nutricionales
- Amenorrea
- Hiperlipidemia con los siguientes factores de riesgo:
 - Enfermedad coronaria en pariente de primer grado o abuelos que se hizo aparente a una edad menor de 55 años
 - Niveles de colesterol o de triglicéridos superiores a 240 mg/dl y 135 mg/dl respectivamente, en parientes de primer grado
 - Múltiples factores de riesgo en menores: hipertensión, historia familiar desconocida, diabetes, tabaquismo, obesidad y consumo excesivo de grasas saturadas, uso de anticonceptivos orales.
 - Sedentarismo
 - Niveles de glicemia en parientes de primer grado mayor de 110mg/dl.
- Retardo en el desarrollo del sistema reproductor
- Presencia de Acné.
- Retardo en la madurez sexual
- Riesgos Ginecológicos. (Véase la Guía de Atención Infanto Juvenil.2005).

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES DE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

- Adopción de estilos de vida saludable
- Prestación de servicios de salud amigables y con calidad y calidez
- Consejería sobre el factor de riesgo detectado
- Educación vial en las escuelas y en otros escenarios
- Evaluación del desarrollo sexual del crecimiento de los/las adolescentes
- Abordaje de los trastornos de la alimentación por equipos de Salud Mental y de Nutrición
- Desarrollo de acciones del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el eje del/la adolescente.
- Prevención del embarazo en la adolescencia
- Control de Salud Integral anual
- Prevención de cáncer de cuello uterino, mediante la toma del Papanicolaou para las adolescentes con y sin vida sexual activa
- Adolescentes capacitados en habilidades para vivir
- Consumo de alimentos fortificados con micronutrientes
- Prácticas de sexo seguro
- Rehabilitación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Identificación de riesgos y puntos críticos de control para evitar la contaminación de alimentos.
- Personal de Salud impartiendo actividades preventivas sobre el uso de bloqueadores solares mayor de 45 UVA para prevenir el Cáncer de Piel.

DETECCIÓN DE RIESGOS AMBIENTALES

- Utilización de plaguicida en la agricultura
- Existencia de criaderos del mosquito aedes aegypti y otros más
- Contaminación alimentaria
- Contaminación del aire por el uso de aerosoles, tabaco, humo de las chimeneas de las fábricas, automóviles.
- Contaminación de las aguas, ríos y mares por los desechos residuales.
- Acumulación de basura
- Mala disposición de las excretas humanas
- Deforestación-desequilibrio del ecosistema
- Existencia de vectores, roedores
- Falta de aseo de las viviendas y edificios escolares
- Desastres naturales ó provocados (sequías, inundaciones, terremoto y otros).
- Exposición a ruidos que pueden afectar la capacidad auditiva
- Convivencia con animales que no cuentan con los controles de salud veterinaria pertinente.

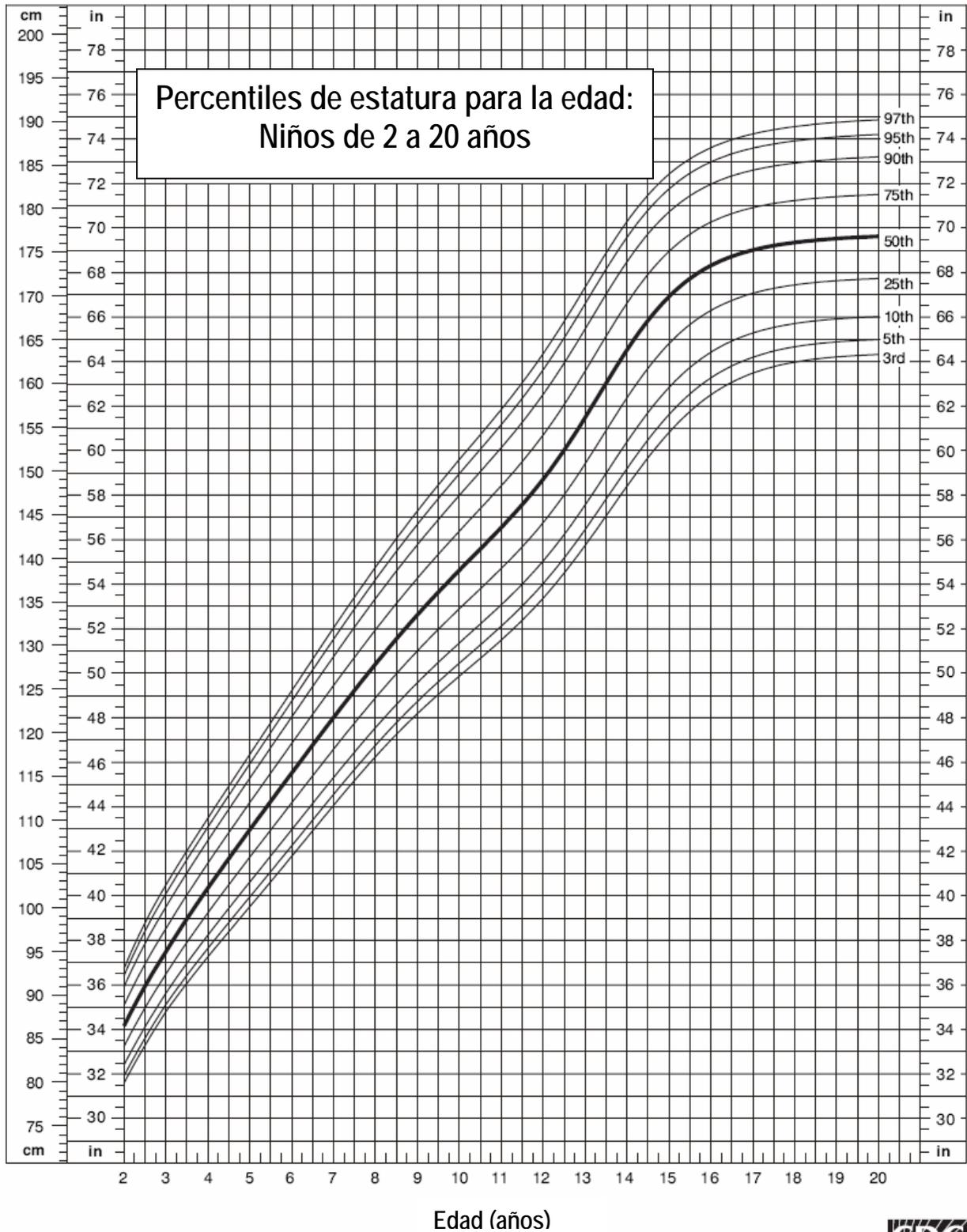
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES DE LOS RIESGOS AMBIENTALES

- Utilización de la agricultura orgánica
- Existencia de campañas para la eliminación de los criaderos del mosquito *Aedes aegypti* y otros más
- Manipuladores de alimentos capacitados en seguridad alimentaria
- Campañas para lograr la disminución del uso de aerosoles, consumo de tabaco, humo de las chimeneas de las fábricas y de los automóviles
- Existencia de un sistema de disposición de tratamiento de excretas y de desechos sólidos
- Monitoreo de las concentraciones de fluor, cloro, pesticida y sal en el agua.
- Monitoreo del yodo en la sal
- Eliminación de los criaderos de vectores, roedores y otras alimañas
- Educación en situaciones de desastre natural o provocado
- Capacitación a los adolescentes y comunidad en general sobre los efectos que tiene el ruido en su salud
- Realizar mediciones del ruido para dar cumplimiento a la legislación existente relacionado con el control del ruido
- Inspección a viviendas, edificios escolares y alrededores para vigilar las condiciones sanitarias
- Control de salud veterinaria

IDENTIFICAR LOS FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES

- Educación en el ejercicio responsable de la sexualidad
- Accesibilidad a métodos de anticoncepción recomendados para los y las adolescentes
- Promocionar los Factores Protectores Generales (Promoción Primordial)
- Disponibilidad de servicios Amigables de atención para los adolescentes y las adolescentes embarazadas
- Fortalecimiento de redes de apoyo social
- Informar y educar en sexualidad a personas relacionadas con los adolescentes: padres, maestros de manera que estén capacitados para facilitar la comunicación en este aspecto y poder proporcionar una orientación sana que incluya la utilización de los servicios de salud
- Informar sobre infecciones de transmisión sexual curables con tratamiento adecuado (Sífilis, Blenorragia, Clamidias, Herpes genital) y El SIDA
- Informar sobre medidas preventivas especiales:
 - Abstinencia de relaciones sexuales
 - Relaciones sexuales con un solo compañero(a) que esté sano
 - Uso adecuado y sistemático de preservativo (condón)
- Informar sobre los efectos negativos de la automedicación tanto en la prevención de embarazo, como el tratamiento de ITS, y en otras afecciones y la necesidad de acudir a los centros de salud.
- Foros con grupos juveniles para analizar, películas, programas de opinión televisivos, publicaciones, otros, relacionados con la sexualidad
- Inexistencia de discriminación por género en la prestación de servicios a los/las adolescentes
- Adolescentes capacitados como promotores juveniles para trabajar con adolescentes
- Pertenecen a grupos juveniles que trabajan la salud Sexual y Reproductiva incluyendo práctica de sexo seguro.
- Incremento del acceso a la información sobre Salud Sexual y Reproductiva a través de los medios de Comunicación Social, el Internet
- Adolescentes capacitados en habilidades para la vida y estilos de vida saludable.
- Adolescentes informados en Salud Sexual y Reproductiva
- Padres, madres, acudientes, familiares y docentes interesados en conocer como manejar los cambios que ocurren durante la adolescencia.

Anexo 5. Gráficas para evaluación del crecimiento (estatura), índice de masa corporal y presión arterial en adolescentes.

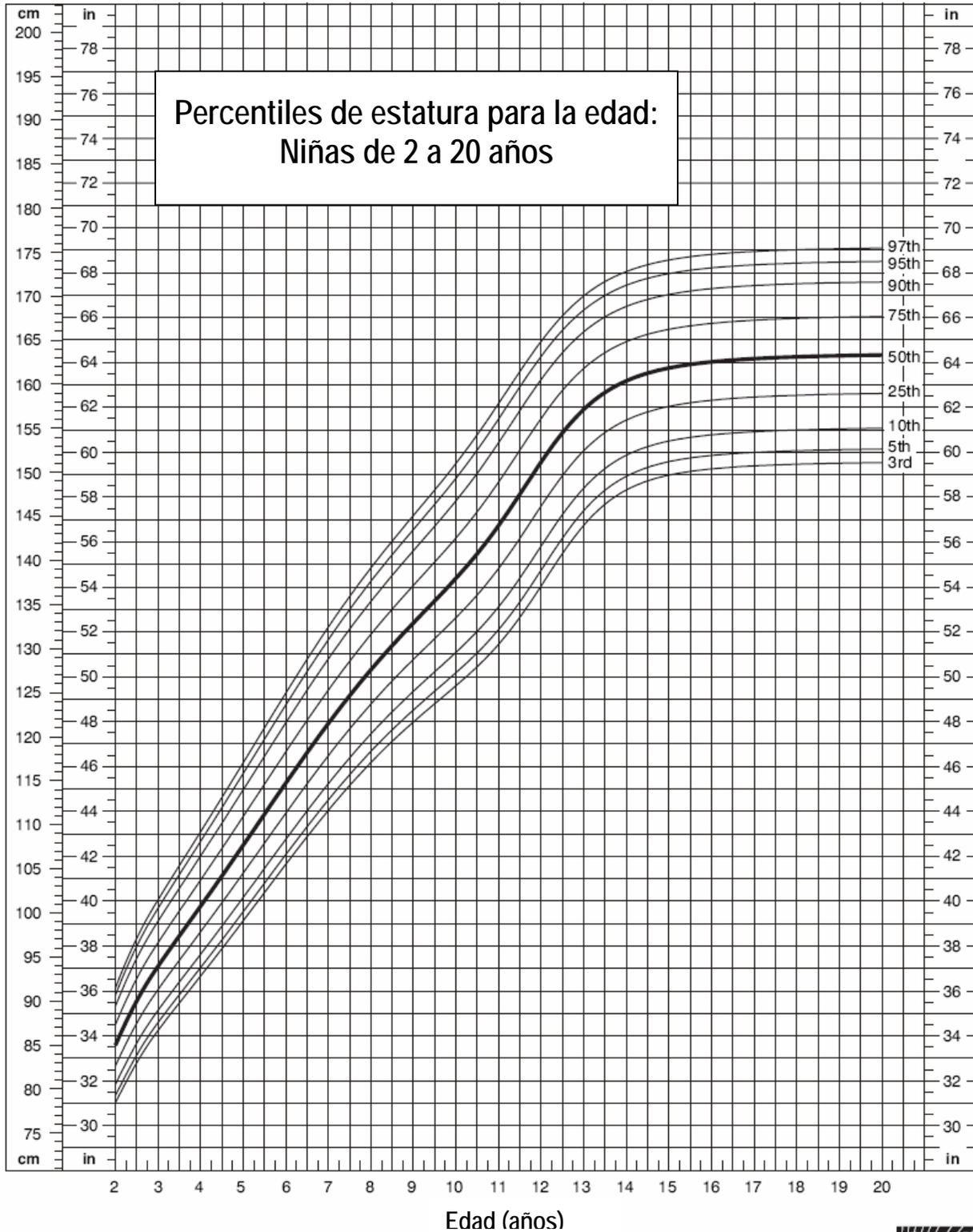


Published May 30, 2000.

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



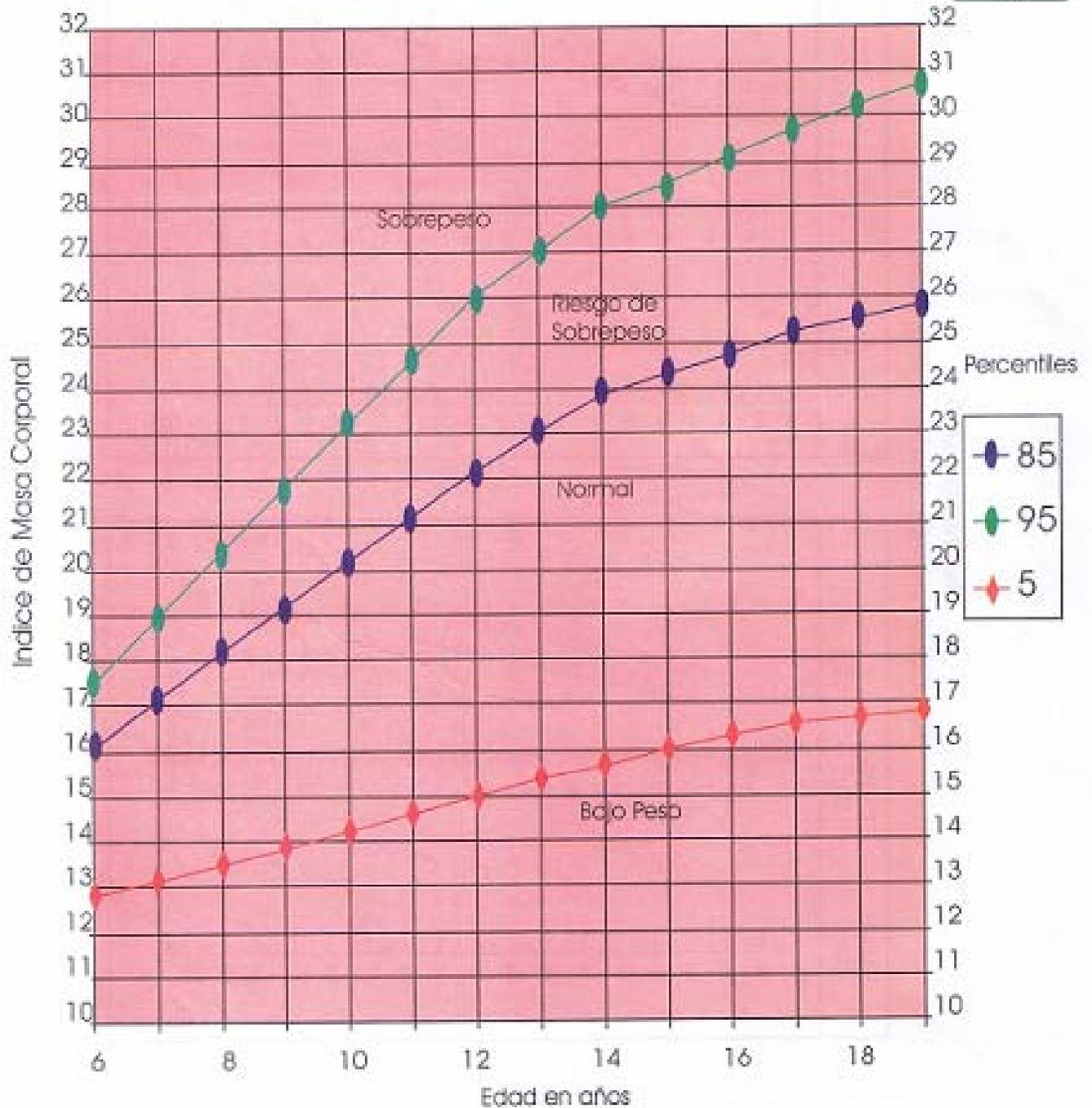
SAFER • HEALTHIER • PEOPLE



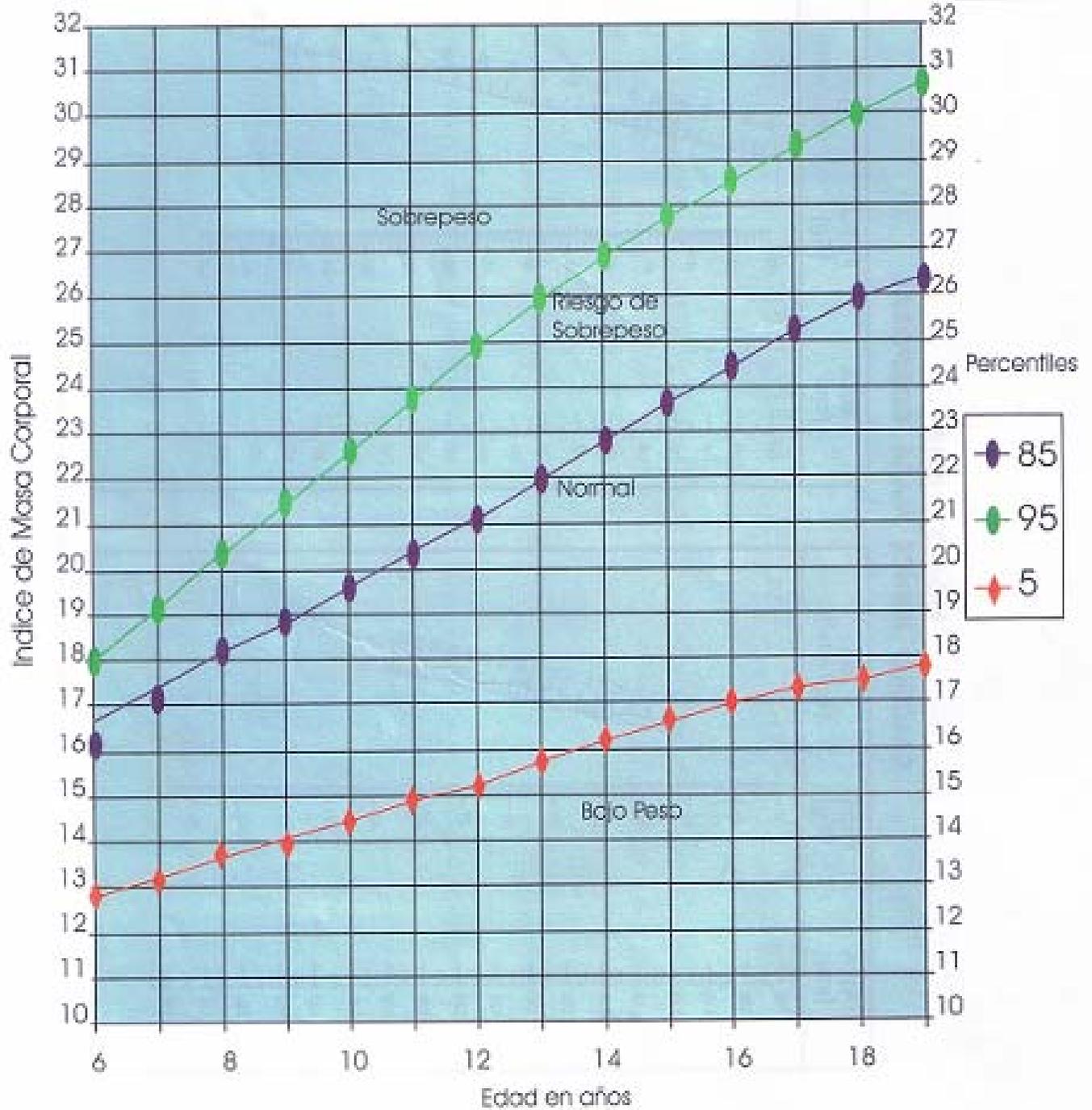
Published May 30, 2000.

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



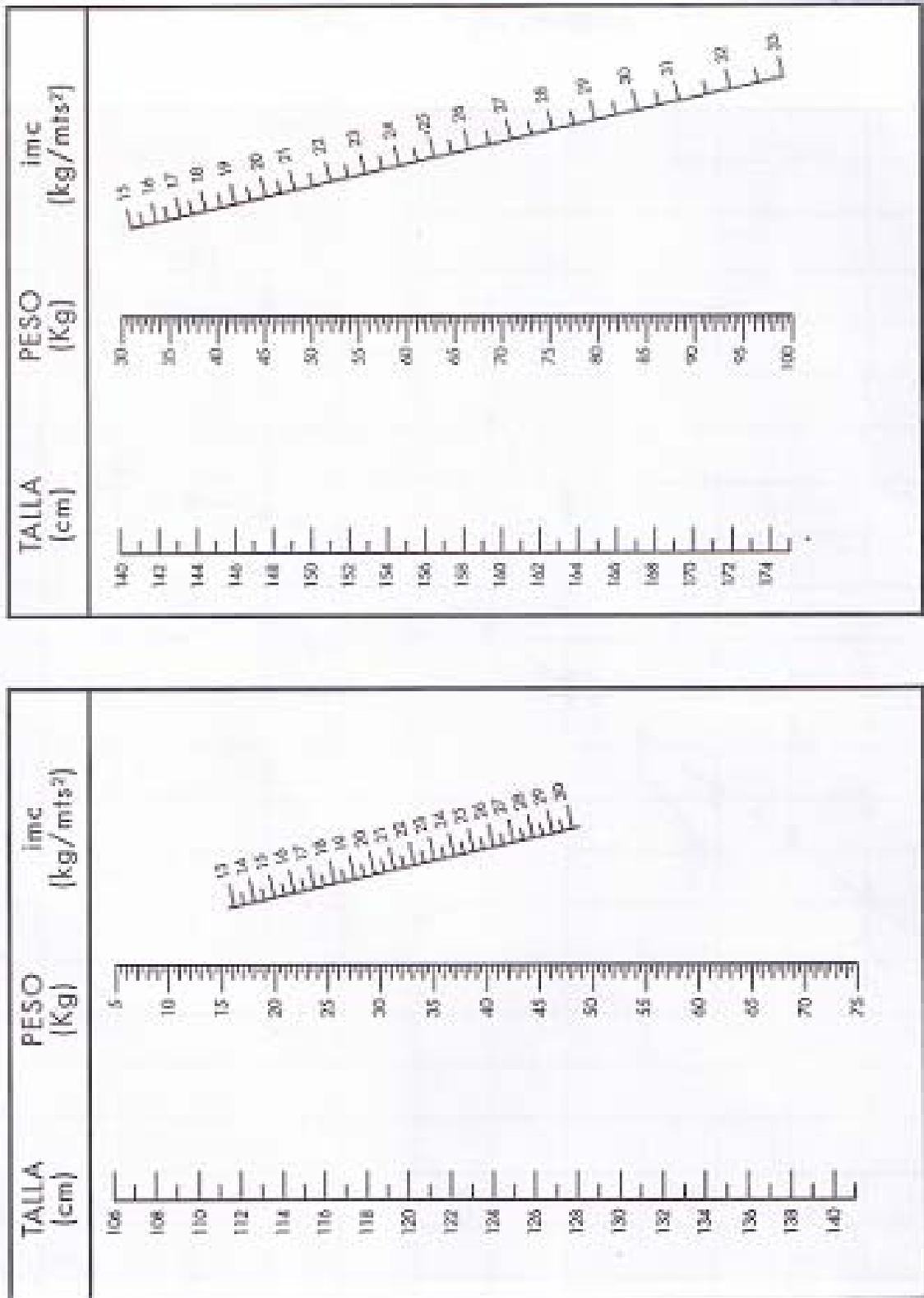


Fuente Must et al, Am J Clin Nutr, 1991; 54:773.
 Basado en : NCHS (NHANES I), 1973
 Estudio : Comparación P/T vs IMC, Nutrición - MINSA / INCAP - OPS; 2001



Fuente: Must et al, Am J Clin Nutr, 1991; 54:773.
 Basado en : NCHS (NHANES II), 1973
 Estudio : Comparación P/T vs IMC, Nutrición - MINSAL / INCAP - OPS; 2001

**NOMOGRAMA
CALCULO INDICE MASA CORPORAL**



Presión arterial en adolescentes niñas por edad y percentil de la estatura (11 a 17 años)

Edad (Años)	Percentil TA ↓	Presión sistólica (mmHg)							Presión diastólica (mmHg)						
		Percentil de estatura							Percentil de estatura						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Presión arterial en adolescentes varones por edad y percentil de la estatura (11 a 17 años)

Edad (Años)	Percentil TA ▼	Presión sistólica (mmHg)							Presión diastólica (mmHg)						
		Percentil de estatura							Percentil de estatura						
		5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Anexo N° 6. Trastornos mentales y del comportamiento.

Trastornos mentales y del comportamiento:

- **Trastorno del humor (afectivo) persistente:** Trastorno de los humores persistentes y habitualmente fluctuantes, en los cuales la mayoría de los episodios individuales no llegan a ser suficientemente graves como para que se justifique describirlos como episodios hipomaniacos, ni como episodios depresivos leves. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 323)
- **Episodio depresivo:** En los episodios depresivos, leves, moderados o graves el/la usuario/a sufre de un decaimiento de ánimo, con reducción de energía y disminución de actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés, la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas más leves. El decaimiento de ánimo varía poco de un día al otro, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los llamados síntomas somáticos, tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida de apetito, peso y de la libido. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 320)
- **Trastornos fóbicos de ansiedad:** Grupo de trastornos en los que la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por ciertas situaciones bien definidas, que por lo común no son peligrosas. Como resultado, estas situaciones son típicamente evitadas o son soportadas con pavor. La preocupación de el/la usuario/a puede centrarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se asocia con temores secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 324)
- **Agorafobia:** Conglomerado relativamente bien definido de fobias que abarca el miedo de salir del hogar, el miedo a entrar a locales comerciales, a sitios donde hay multitudes o a lugares públicos , o el miedo a viajar solo en tren, en bus o en avión. Una característica frecuente en los episodios es la crisis de angustia (pánico). (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 324)
- **Fobias sociales:** Temor a ser escudriñado por la gente, que lleva a el/la paciente a evitar situaciones de interacción social. Las fobias más profundas se asocian con una baja autoestima y con un temor a la crítica. Las/os usuarias/os pueden presentar síntomas de rubor, temblor de las manos, náuseas o necesidad urgente de orinar y a veces están convencidos de que una de estas manifestaciones secundarias a la ansiedad es su problema primario. Los síntomas pueden progresar hasta los ataques de pánico. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 324)
- **Fobias especiales:** Son fobias restringidas a situaciones muy específicas, tales como la cercanía de ciertos animales, las alturas, el trueno, la oscuridad, volar en avión, los espacios cerrados, orinar o defecar en baños públicos, la ingesta de ciertos alimentos, la atención dental, la visión de sangre o heridas. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 325)
- **Otros trastornos de ansiedad:** Trastornos en los que la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 325)
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Presencia de pensamientos obsesivos o de actos compulsivos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada. Estos pensamientos

son casi invariablemente angustiantes y el/la paciente afectado/a intenta a menudo rechazarlos sin tener éxito en su empeño. Son reconocidos como pensamientos propios, incluso aunque sean involuntarios y a menudo repugnantes. Los actos compulsivos o ritos compulsivos son comportamientos estereotipados repetidos una y otra vez. No son agradables ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles. Su función es prevenir algún suceso objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el/la paciente, que éste/a teme y que de otro modo puede ocurrir. Habitualmente el/la paciente reconoce que este comportamiento es ineficaz, por lo que realiza intentos repetidos para resistirse a él. Casi invariablemente hay ansiedad, la cual empeora si los actos compulsivos son resistidos. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 327)

- **Cefalea tensional:** Es un dolor de cabeza intenso desencadenado por un factor emocional. Previamente se descartó causas orgánicas.

- **Trastornos de la ingesta de alimentos:**

- **Anorexia nerviosa:** Es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el/la mismo/a paciente. Se presenta habitualmente en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque puede afectar también a muchachos adolescentes y a hombres jóvenes , al igual que a los niños /as que se acercan a la pubertad y a mujeres mayores hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica, en la que se mantiene como idea recurrente y sobre valorada un temor a la obesidad y a la flacidez de la silueta corporal, por lo cual el/la se autoimpone un límite de peso bajo. Habitualmente hay desnutrición de gravedad variable, con alteraciones endocrinas y metabólicas secundarias y con perturbaciones de las funciones corporales. Entre los síntomas se cuentan la elección de una dieta restringida, el ejercicio excesivo, el vómito y las purgas inducidas y el uso de anorexígenos y de diuréticos. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 338).
- **Bulimia nerviosa:** Es un síndrome que se caracteriza por accesos repetitivos de hiperingestión de alimentos y por una preocupación excesiva por el control de peso corporal, que lleva al paciente a practicar una hiperingestión alimentaria, seguida de vómitos y uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características con la anorexia nerviosa, incluido el excesivo interés en la apariencia personal y el peso. El vómito repetitivo puede dar origen a trastornos electrolíticos y a complicaciones físicas. A menudo, pero no siempre hay antecedentes de un episodio anterior de anorexia nerviosa, con un intervalo que varía de pocos meses a varios años. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 339)

- **Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de sustancias psicoactivas (alcohol, opiáceos, cannabinoides – marihuana-, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes incluida la cafeína, alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles. Excluye abuso de sustancias que no producen dependencia):** Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Incluye el informe del paciente , análisis de sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos, signos clínicos y de comportamiento, la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas, toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal deberá clasificarse siempre que sea posible de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha

causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 304).

○ **Estado de abstinencia:** Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (OPS/OMS [2] CIE-10 , 1995: 306)

○ **Estado de abstinencia con delirio:** Afección en la que el estado de abstinencia se complica con delirio. También se pueden presentar convulsiones, Delirium Tremens (inducido por alcohol). (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 306)

○ **Intoxicación aguda:** Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con recuperación completa, excepto en los casos en los que haya surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia utilizada y de la forma de administración. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 305)

○ **Síndrome amnésico:** Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente perturbada que la memoria remota. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo de ordenamiento de los sucesos y también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 306)

○ **Síndrome de dependencia:** Conjunto de fenómenos del comportamiento , cognitivos y fisiológicos que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para auto controlar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y aplicaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes dependencia de una sustancia específica psicoactiva (tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (drogas opioides) o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes. Alcoholismo crónico, dipsomanía, Drogadicción. (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 305-306)

○ **Trastorno Psicótico:** Conglomerado de trastornos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva , pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditiva en forma característica, pero a menudo con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), por perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor

intenso hasta el éxtasis,. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido, pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave. (Alucinaciones alcohólicas, Celotipia alcohólica , Paranoia alcohólica, Psicosis SAI alcohólica). (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 306)

- ***Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío:*** Trastorno en el cual los cambios cognoscitivos de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducidos por el alcohol o por otras sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas.
- ***Uso nocivo:*** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud . El daño puede ser físico (como en los casos de la hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). (OPS/OMS [2] –CIE 10 , 1995: 305)

RECONOCIMIENTOS.

La actualización de estas Normas se desarrolló en varias etapas: en la primera, desde el nivel central, un equipo de técnicos inició el proceso con la revisión bibliográfica tomando en cuenta las mejores evidencias científicas para el manejo integral del adolescente y tomando en cuenta los lineamientos técnicos de los organismos internacionales como OPS/OMS, UNFPA y la OIT.

Comisión Elaboradora del Primer Borrador.

Dra. Amoy Chong Ho	Jefa del Departamento de Atención a la Población, Sección Niñez y Adolescencia
Lic. Dora Polanco	Trabajadora Social, Sección de Niñez y Adolescencia y Trabajo Social.
Lic. Rita de Modelo	Trabajadora Social, Sección de Salud del Adulto y Adulto Mayor

Segunda Revisión del Borrador.

Dr. Egberto Stanziola	Sub Director General de Salud, MINSA
Dr. Armando Chang (q.e.d.p.)	Coordinador de Salud de Adultos, MINSA
Dra. Magalli de Zevallos	Coordinadora Nacional de SSYR
Dra. Amoy Chong Ho	Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia
Lic. Mabel de Mas	Nutrición, MINSA
Dra. Justina Suman	Salud Bucal, MINSA
Lic. Edith Castillo	Enfermera de Salud de Adultos
Dra. Cecilia Arango	Coordinadora Nacional del Programa de Tuberculosis
Dra. Karen Holder	Salud Bucal, MINSA
Lic. Amarelis Quintero	Enfermera Materno Infantil, MINSA
Dra. Gaspar D'Acosta	Coordinador Nacional de Salud Mental

En la tercera etapa, el borrador fue evaluado por las diferentes Direcciones y Regiones de Salud del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, además de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, centros formadores de recursos humanos, asociaciones médicas y grupos que trabajan con adolescentes. El trabajo de compilación y análisis de los aportes recibidos fue realizado por:

Dra. Eva Saurí	Dirección de Provisión de Servicios, MINSA
Lic. Rigoberto Villarreal	DGS, ITS/VIH/SIDA.
Dr. Domingo Stanziola	Jefe Nacional de Salud Materno Infantil, CSS.
Lic. Carlos Torres	DGS, Saneamiento Ambiental, MINSA
Lic. Elida de González	Jefa Nacional de Trabajo Social, MINSA
Lic. Virginia Jaime	Dirección de Promoción de la Salud, MINSA
Dr. Martín Alpírez	Oficina de Discapacidad, MINSA
Dra. Luz Mery Lasso	Dirección de Políticas de Salud, MINSA
Lic. Cathy de Jiménez	Dirección de Políticas de Salud, REMES, MINSA
Lic. Odalis Sinesterra	Jefa Nacional de Nutrición, MINSA
Lic. Silvia Franco	Consultora del UNFPA
Lic. Edith de Prado	Consultora del UNFPA
Lic. Dora Polanco	Trabajo Social, Niñez y Adolescencia, MINSA
Dra. Yadira Carrera	Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia

Participantes en la cuarta etapa: Taller Nacional para la Revisión Final de las Normas, del 5 al 8 de septiembre de 2005.

Lic. Edith de Prado	Consultora del UNFPA
Dra. Magalli de Zevallos	Coordinadora Nacional de SSYR
Sr. Ariel De Gracia	DGS, Apoyo Logístico, MINSA
Dra. Yadira Carrera	DGS, Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia
Lic. Julia de Dominguez	DGS, Enfermera Coordinadora de Adolescentes, MINSA
Lic. Amarelis Quintero	DGS, Enfermera Materno Infantil, MINSA
Lic. Rigoberto Villarreal	DGS, ITS/VIH/SIDA.
Dra. Marta Puga	DGS, Salud Sexual y Reproductiva, MINSA
Sra. Corina de Mosquera	DGS, Secretaria Niñez y Adolescencia, MINSA
Lic. Dora Polanco	DGS, Trabajadora Social, Sección de Niñez y Adolescencia y Trabajo Social.
Dra. Luz Mery Lasso	Dirección de Políticas de Salud, MINSA
Lic. Cathy de Jimenez	Dirección de Políticas de Salud, REMES, MINSA
Dra. Eva Saurí	Dirección de Provisión de Servicios, MINSA
Lic. Beatriz Días Lezcano	Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MINSA
Dra. Amoy Chong Ho	Jefa del Departamento de Atención a la Población, Sección Niñez y Adolescencia
Lic. Maritza de Aguilera	Jefe de Nutrición, Región Metropolitana de Salud, MINSA
Dr. Domingo Stanziola	Jefe Nacional de Salud Materno Infantil, CSS.
Dr. Martin Alpirez	Oficina de Discapacidad, MINSA
Dr. Egberto Stanziola	Sub Director General de Salud, MINSA
Lic. Rita de Modelo	Trabajadora Social, Sección de Salud del Adulto y Adulto Mayor

Revisión y edición Final del documento:

Dra. Yadira Carrera
Dr. Domingo Stanziola
Lic. Dora Polanco

DGS, Coordinadora Nacional de Niñez y Adolescencia
Consultor Nacional, OPS/OMS
DGS, Trabajadora Social, Sección de Niñez y Adolescencia y Trabajo Social.
Trabajadora Social, Sección de Salud del Adulto y Adulto Mayor

Lic. Rita de Modelo

