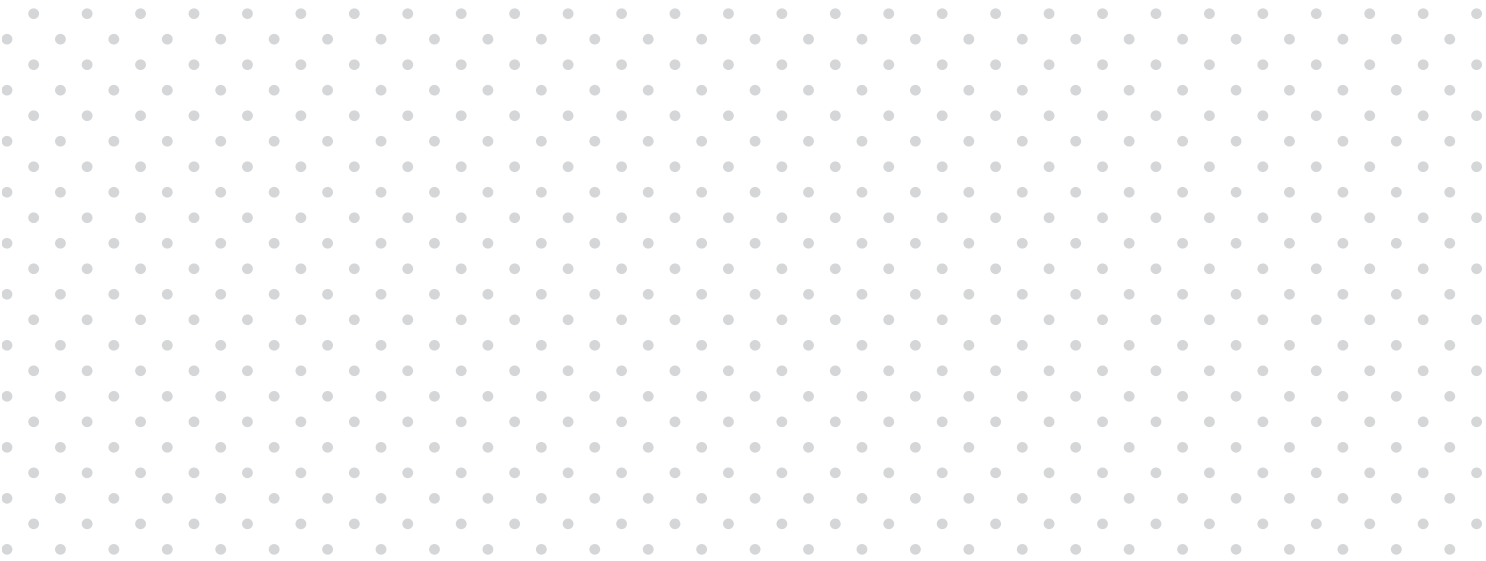




ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES 2021

Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Departamento Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital

Oficina Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Nota: 3° actualización de “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud integral de Adolescentes” (2016, 2014, 2012).

Resolución Exenta N°4, del 4 de enero 2022

Todos los derechos reservados.

RESPONSABLE TÉCNICO MINISTERIO DE SALUD

Sylvia Santander Rigollet
Médico Cirujano, PhD Ciencias de la Educación, MSc. Psicología de la Adolescencia.
Jefa División Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública.

DEPARTAMENTO CICLO VITAL, DIPRECE

Barbara Leyton Cárdenas
Enfermera, Mg. Salud Pública.
Jefa Departamento Ciclo Vital.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMERDADES (DIPRECE)

Francisca Salas Pacheco
Pediatra especialista en Adolescencia.
Encargada del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Paula Maureira Martínez
Enfermera, Mg. Políticas Públicas.
Profesional, Programa de Salud Integral de
Adolescentes y Jóvenes.

Cettina D'Angelo Quezada
Matrona.
Profesional, Programa de Salud Integral de
Adolescentes y Jóvenes.

Alejandro Gallegos Cárdenas
Psicólogo, Mg. Psicología Clínica. Mg. Salud Pública
Profesional, Programa de Salud Integral de
Adolescentes y Jóvenes.

Felipe Hasen Narváez
Antropólogo, Mg. Desarrollo Humano y Economía.
Profesional, Programa de Salud Integral de
Adolescentes y Jóvenes.

COLABORADORES 4º VERSIÓN MINISTERIO DE SALUD

Anita Vasquez Chuecas	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Dpto. Atención Primaria. Servicio de Salud Osorno.
Bárbara Bustos Barrera	Dpto. Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública.
Belén Vargas Gallegos	Dpto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Carolina Neira Ojeda	Dpto. Enfermedades No Transmisibles. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Carolina Peredo Couratier	Dpto. Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Carolina del Valle	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Cristina Leyton Blanca	Dpto. Nutrición y Alimentos. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública.
Fernando González Escalona	Oficina Nacional de Infancia. Dpto. Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Francesca Borghero Lasagna	Dpto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Graciela Cabral Quidel	Dpto. Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública.
Juan Herrera Burott	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Marcela Niklitschek Araneda	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Marcela Rivera Medina	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Maria José Arce Castillo	Dpto. Nutrición y Alimentos. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública.
María Paz Araya Alvarez	Dpto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Mayra Torres Cisternas	Dpto. Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Milena Pereira Romero	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Natalia Tamblay Narváez	Oficina Nacional de Adulto. Dpto. Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Pablo Norambuena Cárdenas	Dpto. Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Pamela Meneses Cordero	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Paulina Nuñez Venegas	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Paula Silva Concha	Dpto. Salud Bucal. División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.
Soledad Carrasco	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Tania Labra Olivares	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Vania Yutronic Iratchet	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Verónica Veliz Rojas	Dpto. Gestión del Cuidado. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

COLABORADORES EXTERNOS

Alexander Chacón Sandoval	Jefe División Programática. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENA. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
Ana María Squicciarini Navarro	Encargada Nacional Programa Habilidades para la Vida. Departamento de Salud del Estudiante. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB.
Andrea Reyes Saldías	Asesora técnica. División de Políticas de Igualdad. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género.
Angélica Farías Cancino	Profesora Asistente Adjunto, Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa Nacional de Asistencia Ventilatoria No Invasiva AVNI.
Gabriela Sainz García	Asesora técnica del Dpto. de Reinserción Social. Subsecretaría de Prevención del Delito. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
Gilda San Martín Sabugal	Encargada de Unidad Intersectorial. División Política y Gestión Deportiva. Ministerio del Deporte.
Ingrid Leal Fuentes	Profesora Asistente, Universidad de Chile. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA.
José Antonio Zanolli de Solminihac	Jefe (S) del Departamento de Salud del Estudiante. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB.
Leila Guerra Salinas	Encargada Área de Vinculación. Dpto. Coordinación Programática. Instituto Nacional de la Juventud.
Lorena Ramírez Concha	Profesora Asistente, Universidad de Santiago de Chile. Centro de Salud Integral del Adolescente. RUCAHUECHE.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TÉCNICOS DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES.	13
CAPÍTULO II. CRITERIOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS PARA LA ENTREVISTA.	20
CAPÍTULO III. CRITERIOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS PARA EL EXAMEN FÍSICO.	35
CAPÍTULO IV. EXÁMENES QUE SE PUEDEN SOLICITAR EN EL CONTROL DE SALUD, A PARTIR DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA.	57
CAPÍTULO V. INMUNIZACIONES.	61
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES PARA UNA PRÁCTICA CLÍNICA PERTINENTE A POBLACIONES ESPECÍFICAS.	63
CAPÍTULO VII. ACCIONES COMPLEMENTARIAS.	71
CAPÍTULO VIII. INTERSECTORIALIDAD.	79
CAPÍTULO IX. ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL.	82
ANEXOS	80
Anexo N°1: Flujograma Control de Salud Integral.	89
Anexo N°2: Ficha CLAP modificada.	90
Anexo N°3: Asentimiento para adolescentes (mayores de 18 años).	92
Anexo N°4: Consentimiento para adolescentes (mayores de 18 años).	93
Anexo N°5: Consentimiento informado para madre, padre o tutor legal.	94
Anexo N°6: Curva antropométrica de Talla por Edad (T/E) para adolescentes hombres.	95
Anexo N°7: Curva antropométrica para Talla por Edad (T/E) para adolescentes mujeres.	96
Anexo N°8: Curva antropométrica de IMC por Edad (IMC/E) para adolescentes hombres.	97
Anexo N°9: Curva antropométrica de IMC por Edad (IMC/E) para adolescentes mujeres.	98
Anexo N°10: Tabla de valores de referencia para perímetro de cintura.	99
Anexo N°11: Tabla de presión arterial para adolescentes mujeres.	100
Anexo N°12: Tabla de presión arterial para adolescentes hombres.	101
Anexo N°13: Flujograma de actuación frente a evaluación de presión arterial.	102
Anexo N°14: Tabla de evaluación de agudeza visual.	103
Anexo N°15: Grados de Tanner para adolescente de sexo femenino.	104
Anexo N°16: Grados de Tanner para adolescente de sexo masculino.	105
Anexo N°17: Elaboración de Genograma familiar.	106
Anexo N°18: Instrumento CRAFFT.	109
Anexo N°19: Detección de riesgo suicida	111
Anexo N°20: Plan de Seguridad ante riesgo suicida	113
Anexo N°21: Manejo frente a sospecha de un trastorno de conducta alimentaria (TCA).	116
Anexo N°22: APGAR familiar.	118
Anexo N°23: Oferta intersectorial.	119
Anexo N°24: Pauta de evaluación de calidad del Control de Salud Integral.	124
REFERENCIAS.	128

PRESENTACIÓN

La adolescencia es una etapa crucial en el curso de vida, donde se presentan grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable, siendo de suma importancia invertir en ella. Así mismo, y desde una visión positiva de salud, la adolescencia es una etapa de grandes cambios y descubrimientos, donde es posible fortalecer los factores protectores de salud con el fin de alcanzar el máximo potencial de crecimiento y desarrollo.

Para abordar el bienestar y salud de adolescentes, el Ministerio de Salud ha contemplado estrategias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2008 comenzó con la implementación de “*Espacios Amigables*”, espacios de atención diferenciados para el acompañamiento al desarrollo integral de adolescentes y jóvenes, con acceso a la educación en salud sexual y afectiva y personalizada. En el año 2018 esta estrategia comienza con 54 Espacios Amigables; hoy contamos con 348 espacios en todo el país.

Posteriormente, se crea el *Consejo consultivo de adolescentes y jóvenes* en el año 2010, el cual le otorga una mirada participativa y de abogacía a las políticas públicas en salud, considerando a los Adolescentes y jóvenes como sujeto de derecho. El Consejo cuenta con representatividad de adolescentes y jóvenes de todo el país.

Chile es uno de los países que ha desarrollado diversas políticas públicas a favor de la disminución del embarazo adolescente. Durante el año 2011 se inicia la estrategia nacional de salud, quedando como meta la disminución en un 10% de la tasa específica de fecundidad en el tramo de 10 a 19 años, la cual para ese año era de 28, llegando para el año 2018 a una tasa de un 11,9, cifra que supera la meta establecida. Estas estrategias sin duda van alineadas a la creación de mayores espacios de atención para los y las adolescentes, en donde participan a través del consultivo y a su vez por las leyes que han permitido la regulación de la fertilidad y el uso de anticonceptivos.

La formulación regulatoria y normativa ha sido un pilar fundamental del programa, consolidándose en el año 2012 con la elaboración del *Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes* del Ministerio de Salud. Posteriormente, se instala el *Control de Salud Integral de Adolescentes*, en los centros de salud y educación, convirtiéndose en la prestación que brinda una oportunidad única para que el equipo de salud pueda vincularse con el grupo de adolescentes en torno a actividades de promoción, prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, que permiten, a tiempo y de manera pertinente, iniciar la atención requerida.

Durante el mismo año se elaboran las primeras “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes” (Control Joven Sano), las cuales otorgan una mirada de calidad y equidad a la atención, estandarizando los procesos de atención que realizan día a día los profesionales de la salud en todo el país; como también sus actualizaciones en las versiones del 2014 y 2016.

El documento que presento a continuación es una actualización de las Orientaciones Técnicas, acorde a los desafíos actuales, basado en la evidencia científica y la literatura más actualizada disponible, que respalda el desarrollo de acciones tempranas, oportunas, integrales e integradas, para impactar positivamente en la salud de adolescentes. Contempla, además, el juicio de expertos basado en las mejores prácticas que se han probado como efectivas, esperando que este sea un aporte para los equipos de salud y referentes que trabajan con adolescentes dentro de la red de atención, en pro de la detección e intervención temprana, a fin de potenciar una adultez saludable.

MINISTRO DE SALUD
Dr. Enrique Paris Mancilla

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (en adelante el Programa) tiene el propósito de velar para que la trayectoria de crecimiento y desarrollo pueda ser óptima, logrando su máximo potencial posible, según las capacidades y características individuales, sin distinción (3). Al respecto, la prestación más importante del Programa y que realiza un acompañamiento activo, al seguimiento y trayectoria en la adolescencia, es el Control de Salud Integral, el cual es realizado en el nivel Atención Primaria de Salud. Éste propende a coberturas universales y tiene como fin promover un desarrollo biopsicosocial saludable, acompañar a cada adolescente en las interrogantes que puedan surgir de su salud biopsicosocial, pesquisar factores de protección y riesgos e intervenir oportunamente cuando surjan problemáticas, estableciendo en conjunto un plan de cuidados integral.

El Control de Salud Integral de Adolescentes se instala en el año 2011 como Meta del índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS), con un 5% de cobertura en adolescentes de 10 a 14 años. En el año 2012, se implementa el Programa Piloto "Control de Salud "Joven Sano" (Resolución Exenta N° 680, del 12 de Junio 2012) y, a partir del 2013, se incorpora como un Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, aprobado bajo Resolución Exenta N° 04 de fecha 4 de Enero 2013, definiéndose como "la atención de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, identificando precozmente los factores protectores y de riesgo, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio y de riesgo".

A partir del 2015, se fusionan los Programas Control de Salud Joven Sano y Espacios Amigables para Adolescentes, incorporándose el Control como una prestación del Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud (PRAPS)¹, fortaleciendo ambas estrategias. Actualmente, se cuenta con 348 Espacios Amigables, de los cuales 84 debían instalarse en Establecimientos Educativos durante el año 2020, pero dado la situación de emergencia sanitaria, se espera su implementación durante el 2021. Estos nuevos Espacios Amigables cuentan con mayor número de horas profesional psicosocial (11 horas), nutricionista y recursos para actividades promocionales y de participación.

El Control de Salud Integral de Adolescentes, se consolidó como la puerta de entrada al sistema de salud y es una oportunidad para evaluar y promover un desarrollo y crecimiento saludable para la población de adolescentes (10 a 19 años) del país, logrando alcanzar el 2019 una cobertura de 17,5%, lo que equivale a que un total de 328.920 adolescentes tuvieron un Control de salud².

El Control de Salud Integral tiene como objetivos generar vínculo, evaluar crecimiento y desarrollo, promover conductas y hábitos de vida saludable, pesquisar y tratar precozmente los problemas de salud, fortalecer

1- Resolución Exenta N°414, del 04 febrero 2015.

2- Datos preliminares, extraídos de Rem A01 sección D (DEIS, MINSAL).

factores protectores y detectar aquellos factores relacionadas con enfermedades prevalentes que generen morbimortalidad en esta etapa y en la adultez y entregar educación en salud para adolescentes y sus familias.

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, en la cual se experimentan múltiples cambios, se exploran nuevos intereses, sensaciones y actividades y se busca relacionarse con pares, con la sociedad y consigo mismo. Es una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en jóvenes responsables y autónomos.

En este contexto, la adolescencia es mucho más que una etapa de transición entre la niñez y adultez, o un rango etario de 10 a 19 años (5). Más bien corresponde a un periodo crucial para el crecimiento y desarrollo de las personas (6), debido, entre otras cosas, a los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta segunda década de la vida (7). Es por lo anterior, que las acciones que realizan los equipos de salud en conjunto con el o la adolescente, especialmente desde la Atención Primaria, pueden tener efectos a corto, mediano y largo plazo, tanto en su bienestar biopsicosocial como en el vínculo con los servicios de atención de salud, pues la Atención Primaria es generalmente la puerta de entrada de este grupo de la población hacia el sistema de salud.

Los cambios biológicos y psicosociales son casi universales en este periodo, sin embargo, el contexto y entorno en que se desarrollan brindan elementos particulares a cada adolescente para el establecimiento de relaciones entre pares, búsqueda de independencia de la familia y autonomía armónica, que apuntan a su evolución hacia la consolidación de la identidad que es el gran logro esperado al final de la adolescencia (6).

Bajo la concepción de las adolescencias y en virtud de la evolución constante, es que las orientaciones para el Control de Salud Integral deben ser actualizadas. En este documento se presenta no sólo la transferencia técnica necesaria en aspectos clínicos, sino también, en un marco de derechos, la llegada cercana a otros espacios y otras adolescencias que requieren el acompañamiento.

En este contexto el Programa, junto a un grupo de expertos/as y en consulta a referentes de Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMIS) y de Servicios de Salud del país (SS), nuevamente actualizan algunas preguntas y reactivos de respuesta de la ficha CLAP, que es el instrumento donde se registran los hallazgos y se indica el plan de abordaje integral en relación a los mismos; es decir, es una ficha que facilita la gestión de cada caso. El objetivo de las modificaciones propuestas a la ficha CLAP es para darle mayor especificidad a algunos tópicos no considerados originalmente y que podrían favorecer la pesquisa de riesgo y/o problemas de salud y realizar intervenciones preventivas tempranas. Estas modificaciones buscan hacer más pertinente la aplicación del instrumento a la realidad chilena actual, manteniendo la calidad y riqueza del instrumento original.

Por último, es necesario destacar que estas orientaciones buscan que el acompañamiento que brindan los equipos de salud, a través de modelos y enfoques, promuevan la autonomía y eviten todo tipo de discriminación, permitiendo generar respuestas eficaces, que potencien la salud y el desarrollo adolescente, respondiendo a todo el abanico de necesidades y potencialidades de las adolescencias en materia de salud y desarrollo.

OBJETIVOS Y ALCANCE DE LAS ORIENTACIONES

OBJETIVO GENERAL.

Entregar orientaciones y herramientas técnicas a los equipos de salud de Atención Primaria para realizar el Control de Salud Integral de adolescentes y acciones derivadas de este, con la mayor calidad de atención en base a la evidencia actualizada y enfoque de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Entregar herramientas que permitan estandarizar y facilitar la detección de factores y/o conductas de riesgo y protección, y problemas que afecten la salud y el desarrollo integral adolescente.
- Definir criterios y procedimientos frente a la detección de necesidades específicas, asegurando una atención de salud acorde a los requerimientos y necesidades de la población adolescente desde la pertinencia cultural y territorial.
- Definir los aspectos ético-legales en un marco de derechos, relacionados a la atención de adolescentes en el contexto del Control de Salud.
- Establecer formas de coordinación expeditas entre los equipos de la red de salud con el intersector, especialmente con el sector educación, protección y justicia juvenil.
- Incorporar una mayor pertinencia en la práctica clínica, respecto a grupos específicos de la población, especialmente orientado hacia población migrante y pueblos originarios y adolescentes con necesidades especiales de atención de salud.
- Desarrollar estrategias que permitan mejorar las coberturas de atención y avanzar hacia la cobertura universal.

USUARIOS Y USUARIAS A LAS QUE ESTÁN DIRIGIDAS LAS ORIENTACIONES.

Estas orientaciones están dirigidas a equipos de salud que otorgan atención a adolescentes en el contexto del Control de Salud Integral en establecimientos de Atención Primaria, Espacios Amigables para adolescentes, establecimientos educacionales u otros espacios comunitarios, conforme a las competencias establecidas y que el ordenamiento jurídico brinda para cada uno de ellos.



CAPÍTULO I.

ANTECEDENTES TÉCNICOS DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES.

La atención de salud integral de adolescentes que se utilizará como definición para este documento, es aquella que comprende una provisión de prestaciones integradas, continuas y de calidad orientadas a la promoción, prevención, identificación de factores y conductas protectoras, mejoramiento de la prestación de servicios y la pesquisa de conductas de riesgo en esta población, con el objeto de intervenir en forma oportuna. Se enmarca en determinados parámetros que posibiliten unificar criterios de abordaje en pos de su integralidad, calidad y universalidad. El Control de Salud Integral de Adolescentes (en adelante el Control) permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, fortalecer factores y conductas protectoras, identificando aquellas de riesgo y otros problemas o necesidades en salud; permite pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes, referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención. El Control además tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, como son promover un crecimiento y desarrollo integral saludable, fomentar y entregar herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables y fomentar el uso adecuado de los servicios de salud a adolescentes y a sus familias.

La realización del Control implica que se incorporen los enfoques de derecho, género, interculturalidad, determinantes sociales, curso de vida, diversidad, anticipatorio, familiar y participativo, entre otros enfoques integradores. Es importante que los equipos de salud cuenten con capacitación continua, considerando la evidencia y modificaciones establecidas.

1.1 MODELOS INTEGRADORES DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES.

Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario (MAIS).

El modelo de atención integral en salud (8) responde a distintos ámbitos del quehacer y organización del sistema de Atención Primaria de Salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, y reconocer una visión integral de las personas, en sus ámbitos biopsicosocial, económico y cultural. Aplicado a la población adolescente, busca que el equipo de salud se relacione tanto con el o la adolescente, como con su familia y comunidad, a través de un proceso continuo, organizado y articulado en red, que consideren el territorio y el entorno sociocultural, además de poner a la persona como centro del cuidado y de la toma de decisiones en función de lograr un estado óptimo de bienestar (9).

- Priorizar la promoción de estilos de vida saludable.
- Potenciar la prevención de conductas de riesgo centradas en la persona adolescente.
- Involucrar a la familia y al soporte social que rodea al mismo.

Esta forma de trabajo se basa en la accesibilidad, y persigue una atención sanitaria basada no sólo en los servicios tradicionales de salud, sino también en los ámbitos donde las y los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean. Además, debe ser impartida por un equipo de profesionales y técnicos de distintas disciplinas, construyendo procesos interdisciplinarios e intersectoriales.

Modelo Ecológico Bronfenbrenner.

El modelo ecológico permite la comprensión de la persona en relación con su medio y entorno social. En adolescentes es fundamental para profundizar en la conducta y las interacciones con los distintos niveles individual, interpersonal, familiar, comunitario y de políticas públicas, comprender los factores de riesgo y protectores, como la evaluación de las estrategias de abordaje integral (10).

1.2 ENFOQUES INTEGRADORES DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes considera, en el desarrollo de sus líneas estratégicas, enfoques que orientan las acciones necesarias para abordar los diversos problemas de salud que puede enfrentar esta población. Estos enfoques son transversales e integradores entre sí, y deben ser utilizados tanto como herramienta de ayuda, como condiciones fundamentales para el quehacer de las políticas de salud pública para adolescencias y juventudes, con el objetivo que éstas sean territorial y culturalmente pertinentes, de acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales (11).

Enfoque de derechos en salud.

Este enfoque, considera que los y las adolescentes son personas sujetos de derechos, acorde a la Convención Internacional de Derechos del Niño, por lo que operativamente, se debe orientar los servicios a la promoción y la protección de los mismos (12) y todo acompañamiento y vínculo que se brinde durante la atención de salud, debe estar en un marco de respeto por sus derechos. Dentro de esta perspectiva, los y las adolescentes tienen derecho a participar activamente en la toma de decisiones que respectan a su salud y los profesionales deben instarlos a empoderarse de ello, a través de la entrega de información oportuna, veraz y completa, considerando su asentimiento y consentimiento, y acorde a sus capacidades evolutivas (13). En este contexto, el grupo de adolescentes debe estar informado de sus derechos y sus deberes en salud, debiendo, además, conocer y promover la participación progresiva en el funcionamiento de los servicios, su monitoreo y evaluación, asegurando que la oferta de servicios responda efectivamente a sus necesidades reales, y no solamente a lo que los adultos del sistema de salud estimen como necesidad (14).

Enfoque de género en salud.

La utilización de este enfoque, implica eliminar diferencias remediables e integrar una perspectiva que permita comprender el modo en que ser hombre o mujer impacta en la salud, donde intervienen las expectativas culturales asociadas, según patrones sociohistóricos y territoriales(15). Los papeles específicos que históricamente se han asociado a inequidades sanitarias, deben abordarse de manera diferenciada. Aquellos determinantes que se relacionan con el género son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan la vulnerabilidad frente a distintos riesgos para la salud, los que determinan comportamientos de mujeres y hombres tanto frente a la promoción de salud como a la búsqueda de atención sanitaria. Estas inequidades de género son injustas, innecesarias y prevenibles en su estado de la salud y en la atención que reciben (16).

La consideración de esta perspectiva permite promover como resultado la igualdad de género a través de la focalización de estrategias y el diseño integral de planes, junto a su ejecución y evaluación (16), de tal manera que no perpetúe la desigualdad y/o evite que esta se profundice al interactuar con otros determinantes de salud (17). Por lo tanto, actuar con este enfoque de género, con el objetivo de brindar equidad, implica distribuir

de forma justa beneficios y recursos sanitarios, realizar acciones dirigidas y estratégicas que favorezcan que los y las adolescentes logren su máximo potencial, con el fin de corregir este desequilibrio (16).

Enfoque de equidad en salud.

La equidad se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud, y tomar un enfoque en ello permite reconocer que existen brechas en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, determinadas por circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (18) e insta a tomar acciones para el bienestar de los grupos sociales más excluidos. La desigualdad en la infancia y adolescencia responden a circunstancias, sociales y económicas, que están fuera de control para las personas de menos edad, además, vivenciarlas repercute en sus oportunidades y perspectivas de futuro (19).

Por lo tanto, adoptar este enfoque en la práctica permite realizar intervenciones en salud y mejorar coberturas, que colaboran a romper ciclos intergeneracionales de inequidad, para que cada adolescente acceda a prestaciones sanitarias que den respuesta a su necesidad particular (20).

Enfoque de Interculturalidad en Salud.

Un factor importante relacionado con los determinantes sociales es la interculturalidad (15). Su consideración permite dar cuenta de una interrelación equitativa y respetuosa de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género que se pudiesen presentar en esta población. Su relación con salud releva el reconocimiento y respeto de la singularidad y diversidad que cada cultura tiene a lo largo de su curso de vida, construyendo un ambiente donde estas diferencias co-habiten y aporten a la mejor salud de la población.

Integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo de los distintos usuarios y usuarias, y sus realidades culturales (21). En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de la atención de salud se desarrollan en contextos culturales diferenciados, que se encuentran en constante interacción, y que, por lo tanto, el diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación al sistema de creencias del equipo de salud representa un obstáculo para la prevención, promoción y acceso a una atención oportuna y pertinente en los distintos grupos de la población.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud.

Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en parte por las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales en que éstas viven y trabajan, postulando que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida de las personas (15). Las condiciones que generan estas inequidades en la salud de la población han sido conceptualizadas bajo el nombre de Determinantes Sociales de la Salud.

Dentro de estas condiciones, se encuentran el pertenecer a pueblos originarios, la cultura, el género, el nivel de ingreso, la escolaridad y otras condiciones estructurales como el contexto socioeconómico y político, la extrema ruralidad, condiciones ambientales, dispersión geográfica y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a factores de riesgo que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas. Un ejemplo de aquello es que los jóvenes de nivel socioeconómico bajo y que, además, son migrantes o pertenecen a familias en situación de migración, son menos propensos a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (22,23).

Enfoque Curso de Vida.

Este enfoque considera la salud como un continuo integrado y dinámico, en donde existe un efecto acumulado de los determinantes sociales a través de la vida. Al ser aplicado en la atención de salud, se considera clave la realización de acciones de promoción y prevención de inicio temprano, asegurando beneficios en etapas avanzadas de la vida (24). Por ejemplo, un modo de vida saludable reflejado en conductas como actividad física regular, la planificación del embarazo, la lactancia materna, la prevención el consumo de tabaco y adquisición de un hábito de alimentación sana, son factores protectores claves para obtener resultados favorables de salud en cada adolescente (24).

Enfoque anticipatorio.

Un enfoque anticipatorio permite tomar acciones estratégicas que consideran la anticipación de eventos predecibles en el proceso secuencial del crecimiento y desarrollo de las personas. En consecuencia, permite realizar acciones de promoción y prevención primaria de salud, antes que se produzcan situaciones de riesgo (8).

Enfoque de salud familiar.

El enfoque de salud familiar busca acompañar a todos los integrantes de la familia, durante el curso de vida, a través de múltiples acciones del equipo de sector; entre ellas, la promoción, prevención e intervención específica que garanticen un cuidado continuo y resolutivo. Este enfoque plantea para el equipo de salud, el desafío de trabajar en equipo, ya que se requiere desarrollar habilidades y destrezas, que consideren el perfil epidemiológico, la gestión en red y habilidades de liderazgo, desde una perspectiva sistémica e integral (8).

Enfoque de participación social en salud.

La participación puede entenderse como la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones con el fin de incidir en las decisiones que les afectan. Esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad. En este contexto, la participación social en salud, es un enfoque esencial para que la toma de decisiones de una sociedad sobre qué decide priorizar o no, sean legítimos y transparentes, sobre todo en vista de las sociedades democráticas en las que la participación social y la responsabilidad pública son fundamentales (25).

No se trata solo de brindar una suma de informaciones útiles, sino de iniciar un movimiento tendiente a la capacitación y empoderamiento de la comunidad a fin de favorecer la apropiación de su salud en vistas de su mejora (26), debiéndose considerar cada grupo en su especificidad, pues son las personas adolescentes y jóvenes quienes conocen sus condiciones de vida, necesidades y fortalezas, pudiendo determinar las soluciones y/o recomendaciones para el abordaje integral de las diversas problemáticas asociadas a su salud de acuerdo a su pertinencia territorial, intercultural y de género, entre otras.

La OMS en sus Normas Mundiales para mejorar la calidad de los Servicios de Atención de Salud de los y las adolescentes, establece en el estándar N°8 que adolescentes deben participar en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los Servicios de Salud, así como en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben (28), siendo su participación efectiva, un componente integral de la prestación eficaz de atención de salud (29).

1.3 ACCIONES MÍNIMAS A REALIZAR DURANTE EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL.

- Preparación de ambiente terapéutico y adecuado a las acciones para la atención adolescente desde un enfoque de interculturalidad y pertinencia territorial.
- Desarrollar el inicio de una relación vincular “profesional-adolescente” y/o “profesional-adolescente-familiar y/o figura significativa”³.
- Realizar una entrevista clínica que incluye: recoger antecedentes de salud biopsicosociales, individuales y familiares, identificación de factores y conductas de riesgo y protección, evaluación del autocuidado de la salud (ver Anexo N°1), registrando la información en el instrumento ficha Integral CLAP/OPS/OMS vigente (ver Anexo N°2).
- Examen físico completo y evaluación de parámetros, según las orientaciones técnicas.
- Identificar factores de riesgo para la salud en ámbitos como: salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental (estado socioemocional y suicidio), consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, salud nutricional u otro ámbito relevante.
- Establecer una hipótesis diagnóstica o diagnóstico integral, con relación a los hallazgos encontrados, usando criterios CIE-10, anteponiendo aquellos que requieran acciones perentorias.
- Co-construir un plan de cuidados integral inicial y priorizado, según diagnósticos y riesgos de salud identificados⁴.
- Seguir el calendario de inmunizaciones, según normativa vigente, enfatizando la importancia de la Vacuna Virus Papiloma Humano (VPH).
- Entregar información que promueva el uso de los servicios de salud destinados a este grupo etario y apoyar el desarrollo de conductas de autocuidado, considerando las guías anticipatorias para adolescentes y sus familias.
- Referir a consejerías para que puedan fortalecer su capacidad y motivación para la toma de decisiones y de conductas informadas y protectoras en todos los ámbitos de salud.
- Realizar intervención motivacional en adolescentes en que se pesquise consumo de alcohol y otras drogas, y derivar según el tamizaje de instrumento CRAFFT.
- Acordar con adolescentes y familias el plan de seguimiento y derivaciones, según corresponda.

1.4 INSTRUMENTOS Y EQUIPAMIENTO PARA REALIZAR EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL.

- Elementos del box de atención⁵:

- * Mesa redonda (de preferencia) o escritorio con 3 a 4 sillas
- * Computador
- * Biombo.
- * Lavamanos y disponer un área sucia y área limpia.
- * Lámpara.
- * Camilla.

3- En caso de los y las adolescentes que se encuentran en residencias de protección o en Centros Privativos de Libertad de Sename, esa relación vincular también debe considerar a funcionarios y funcionarias de estos dispositivos.

4- Para adolescentes de residencias de protección o en Centros Privativos de Libertad, la co-construcción del Plan de Cuidado Integral, también de incluir la participación de algún funcionario/a del dispositivo, a fin de asegurar la continuidad del cuidado.

5- En otros espacios, como establecimientos educacionales, centros privativos de libertad u otro, se deberá coordinar previamente la disponibilidad de elementos necesarios para la realización del Control de Salud Integral.

- Elementos de registro y proceso:
 - * Asentimiento/Consentimiento informado Adolescente (ver Anexos N°3 y N° 4).
 - * Consentimiento informado para Padres (ver Anexo N°5).
 - * Ficha clínica de atención integral CLAPS/OPS/OMS, actualizada (ver Anexo N°2).
 - * Instructivo de llenado de ficha CLAP actualizada.
 - * Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS).
 - * Flujos de atención.
 - * Elementos de evaluación:
 - * Guantes.
 - * Bajalengua.
 - * Balanza, antropómetro.
 - * Esfigmomanómetro.
 - * Cinta métrica.
 - * Plomada.
 - * Podoscopio.
 - * Fonendoscopio.
 - * Otoscopio.
 - * Linterna.
- Elementos para diagnóstico:
 - * Curvas antropométricas, según OMS 2007 (ver Anexos N°6 al N°9).
 - * Tablas de perímetro de cintura (ver Anexo N°10).
 - * Tablas de Presión Arterial (ver Anexos N°11 y N°12).
 - * Tabla de evaluación de agudeza visual (ver Anexo N°14).
 - * Tablas de evaluación grados de Tanner (ver Anexos N°15 y N°16).
- Elementos de intervención:
 - * Material educativo de promoción universal (en español, creolé y/o lenguas originarias).
 - * Material instructivo de prevención específica y manejo inicial (en español, creolé y/o lenguas originarias).

Considerar la utilización de elementos de protección personal (EPP), como mascarilla, guantes, antiparras y pechera, según la situación epidemiológica y/o estado de salud de cada adolescente.

¿Qué debo hacer si soy víctima de Ciberbullyng?

- Contarle a un adulto de confianza lo que te está sucediendo.

- Si esto sucede con compañeros/as de colegio, hablar con el/la Encargado/a de Convivencia Escolar.



CAPÍTULO II. CRITERIOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS PARA LA ENTREVISTA.

Cada profesional de salud que realice el Control, debe poseer las competencias y formación necesarias para ofrecer a cada adolescente una atención integral, que les garantice (27) (Figura N°1):

- **CONFIDENCIALIDAD.** Es importante explicitar que lo que se trate en el Control de Salud quedará entre profesional y adolescente, salvo que él o ella desee compartir sus problemas de salud con sus padres o tutores, o en caso de que se considere que exista peligro para su vida o la de otros. En este último caso, es necesario avisarle sobre la necesidad de abrir la confidencialidad a su familiar o figura significativa, a modo de proteger su vida o la de otras personas.
- **INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD.** Es crucial facilitar a cada adolescente la información sobre los recursos y servicios sanitarios que tiene a su disposición, de forma que la toma de decisiones sea de manera informada. Con la utilización de guías anticipatorias, se le puede explicar a cada adolescente y a su acompañante los cambios del desarrollo y sus consecuentes manifestaciones físicas y conductuales, fomentar la responsabilidad en el cuidado de su salud y la promoción de su autonomía.
- **BUENA RELACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO.** Para ello, es necesario mostrar atención, interés y respeto por lo que comenta cada adolescente en todo momento. Es fundamental ser accesibles y receptivos, indagando en las preocupaciones personales y familiares que pudiesen existir.
- **INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN.** Esto se logra mediante el trabajo en equipo, con familiares y educadores⁶, para asegurar una atención interdisciplinaria. El papel de la o el acompañante en los planes de cuidados integral para cada adolescente es fundamental, ya que la familia se perfila como el primer ambiente donde el ser humano se desarrolla y, aunque durante la adolescencia suelen originarse contradicciones y conflictos que dan lugar a crisis y a cambios en el rol del individuo, es esencial la existencia de relaciones positivas intergeneracionales.
- **PERTINENCIA.** Es importante contar con ambientación adecuada en el lugar de atención de cada adolescente, especialmente para adolescentes en situación de discapacidad. En el caso de Servicios de Salud presentes en territorios de alta concentración de pueblos originarios y/o población migrante, se requiere elaborar y utilizar materiales educativos adecuándose a cada realidad territorial. Esto fomenta la valoración cultural, realizando actividades educativas y recreativas en la misma comunidad. Los materiales impresos (dípticos, afiches, etc.) y/o audiovisuales (videos, spots) relacionadas al Control de Salud, deben considerar imágenes culturalmente adecuadas y mensajes en el idioma, ya sea de pueblos originarios y/o de población migrante internacional.

Asimismo, dentro de las competencias esperadas para realizar un Control de Salud Integral, se espera que la o el profesional conozca aspectos del desarrollo en el periodo de la adolescencia.

6- Es necesario considerar a cuidadores/as o cualquier otra figura significativa para el o la adolescente que pueda participar de este proceso, especialmente en aquellos que se encuentra en programas de cuidado alternativo residencial o en centros privativos de libertad.

Figura N°1: Garantías del Control de Salud Integral.

Fuente: Elaboración propia Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, MINSAL.

2.1 DESARROLLO INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA

Dentro del crecimiento, y asociado al desarrollo psicosocial, el comprender el desarrollo cerebral y las funciones neurocognitivas adquiere especial relevancia, porque permite entender las posibles conductas adolescentes. En la medida que se desencadenan los cambios físicos de la adolescencia, también se van adquiriendo capacidades intelectuales, de modo que, tomando los postulados de la psicología del desarrollo de Jean Piaget, el pensamiento evoluciona desde lo concreto a lo abstracto y de lo egocéntrico a lo social, lo que se ve reflejado en el desempeño académico y en sus relaciones interpersonales (28).

Según Casey (2008), la adolescencia es un período de desbalance neuronal causado por una relativa maduración temprana de las áreas subcorticales y maduración tardía de las áreas de control prefrontal, dando paso ante situaciones emocionales, a la acción del sistema límbico y los mecanismos de recompensa sin un sistema de control asociado maduro, de manera que aumenta la probabilidad de que, en ciertas situaciones, la emocionalidad del momento pueda afectar el comportamiento sin un proceso de toma de decisión racional, favoreciendo la aparición de conductas de riesgos. Esta teoría propone que el riesgo estaría más asociado a la aprobación de los pares, que a la toma del riesgo en sí misma. No obstante, la adolescencia representa una ventana de oportunidades para alcanzar un desarrollo óptimo y promover las competencias emocionales y sociales necesarias.

Desarrollo psicosocial

La tarea central de la adolescencia, según Erikson, es la búsqueda de la identidad, el ¿quién soy yo? en un sentido coherente y estable, que hace a la persona diferente de su familia y sus pares (29,30). Para lograrlo es necesario haber conseguido otros logros previos como la aceptación de su propio cuerpo, de su personalidad, de su identidad sexual y vocacional. Otros logros que se debieran alcanzar al finalizar esta etapa es lograr la autonomía (independencia física y psicológica) y alcanzar el desarrollo de competencias emocionales y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad (31), constituida por la adolescencia temprana, media y tardía, siendo cada una con características propias e importantes de considerar durante la realización del Control (ver Cuadro N°1). Durante este período, el desarrollo psicosocial y del comportamiento se caracteriza un proceso de afirmar la propia identidad y autonomía, aunque a menudo esto ocurre en un contexto de dependencia de los cuidadores para las necesidades básicas, y de mayor autoconciencia y autodescubrimiento personal.

Por último, es necesario reconocer que este largo proceso no llega a su fin a los 19 años, sino que el desarrollo continúa a lo largo de la vida y, si bien los cambios pueden no ser tan rápidos como ocurre en los años previos, el proceso no termina hasta que estén logrados los objetivos de esta etapa. Los objetivos son la conformación de una identidad propia y alcanzar la autonomía, teniendo algunas variaciones dependiendo de la cultura.

Cuadro N°1: Características del desarrollo biopsicosocial en la adolescencia temprana, media y tardía.

Adolescencia temprana (10 a 13 años)	Adolescencia media (14 a 16 años)	Adolescencia tardía (17 a 19 años)
DESARROLLO FÍSICO E IMAGEN CORPORAL		
Aumenta velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora. Aparecen caracteres sexuales secundarios y la menarquia. Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física. Hay pudor, buscan mayor privacidad.	Aceptación del cuerpo. Restablece armonía corporal y coordinación motora. Preocupación por ser físicamente más atractivo/a. En hombres: espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular.	Desarrollo puberal completo. Aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal.
DESARROLLO INTELECTUAL		
Inicio del cambio de pensamiento: desde el concreto del niño al hipotético deductivo. Desarrollo moral pre convencional. Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones. Metas vocacionales idealizadas.	Pensamiento hipotético deductivo en evolución. Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo. Desarrollo moral convencional.	Pensamiento hipotético deductivo del adulto. Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional. Se completa el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas y resolución de problemas. Metas vocacionales realizables.

DESARROLLO AFECTIVO Y EMOCIONAL		
Impulsividad, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional. Puede haber deterioro del rendimiento escolar. Inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. Puede haber masturbación.	Aislamiento, reflexión. Puede haber dudas respecto a la orientación sexual. Hipersensibilidad, extravagancia, preocupación por la religión.	Extroversión, altruismo. Logro de la independencia de los padres y vuelve la armonía familiar. Capacidad de intimar. Autoimagen realista. Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. Elaboración de propia escala de valores. Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.
RELACIÓN CON SUS PARES Y CON SUS PADRES		
Relación es cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo. Menor interés en actividades familiares y con los padres. Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres.	Importancia del grupo de pares, amistades íntimas, pares heterosociales. Conformidad con los valores grupales. Primeras relaciones de pareja. Aumento de la exploración sexual. Conflictos con los padres, distanciamiento afectivo de la familia.	Relación es cada vez más intensas con los amigos del mismo sexo. Menor interés en actividades familiares y con los padres. Dificultades de relaciones interpersonales familiares, obstinación y rebeldía contra figuras de autoridad, ambivalencia afectiva hacia los padres.

Fuente: Adaptado de Neinstein, LS Adolescent Health Care. A Practical Guide. 5th Edition. Baltimore. Williams & Wilkins, 2007 (4).

2.2 ASPECTOS MÍNIMOS DEL CONTROL.

El Control de Salud Integral debe ser realizado utilizando modelos y enfoques dispuestos al inicio de este documento, independiente del espacio en que desarrolle, su duración o la circunstancia de implementación. La atención de salud debe estar centrada en cada adolescente, promoviendo autonomía en la toma de decisiones y permitiendo que se inicien las intervenciones y estrategias propuestas para abordar las necesidades y problemáticas específicas que surjan. Para ello, es relevante el establecimiento de una relación vincular con cada adolescente y su grupo familiar, cuidador o cuidadora, y/o figura significativa.

A su vez, se deben considerar los siguientes aspectos durante su realización:

- **Acceso.** En concordancia a la Convención de los Derechos del Niño, si una persona adolescente solicita atención y no se encuentra en compañía de un adulto, podrá brindarse la atención considerando sus capacidades evolutivas y reconociendo su autonomía (32).
- **Voluntariedad.** Durante toda la atención, el o la profesional debe velar por respetar la voluntariedad de la persona adolescente, tanto en la entrega de información durante la entrevista como en el examen físico.
- **Aceptación incondicional.** La entrevista y consejería debe considerar la vinculación de la o el profesional y la persona adolescente, basado en una relación sin juicios de valor.
- **Centrado en la persona.** Acorde a sus necesidades y características propias, además de respetar y responder a las decisiones.

- **Abogacía.** Debe fomentar la autonomía y participación, entregar información veraz y brindar un espacio protector que pesquise y responda cualquier aspecto que no promueva su bienestar.
- **Privacidad.** Debe ocurrir en un espacio donde el o la adolescente se sienta libre de profundizar en temas íntimos.

2.3 ENTREVISTA CLÍNICA.

La entrevista clínica es un recurso flexible y dinámico (33) y que constituye la parte más importante del Control de Salud Integral. Ésta tiene tres grandes objetivos (34):

1. Iniciar el vínculo con cada adolescente y su familia, figura significativa y/o cuidador/a.
2. Lograr una buena comprensión de las problemáticas detectadas y del contexto sociocultural.
3. Proceder a informar las mejores conductas a seguir, desde la promoción, prevención y tratamiento.

Para el logro de estos objetivos, se hace necesario establecer la importancia de la comunicación, la escucha activa y la consideración de las necesidades evolutivas y emocionales de cada adolescente, así como de sus capacidades cognitivas.

Esta instancia, corresponde a una oportunidad única y, a veces, irreplicable en el periodo, por lo que se espera de cada profesional no sólo un rol cercano y motivado en la búsqueda de una salud integral y una actitud favorable al vínculo activo y positivo de confianza con su salud con enfoque en todas sus áreas, sino que también un rol de abogacía que propenda a potenciar a cada adolescente en la toma de decisiones que atañen a su salud, con entrega de información pertinente, completa, actualizada y precisa, acorde a aspectos ético-legales, y adaptadas para su entendimiento.

Se espera que, durante la realización de la entrevista, cada profesional transmita empatía, fomente la participación, respete los puntos de vista, tenga gran capacidad de escucha, sea asertivo en la entrega de información e indicaciones, entre otras características (35).

La calidad de la entrevista clínica es relevante para el inicio de un proceso de vinculación entre adolescentes y profesionales de la salud. Durante la entrevista, se les debe considerar como actores estratégicos de su propio desarrollo personal y colectivo, por tanto, se busca empoderar a la persona adolescente de su salud, desde una intervención horizontal e integral.

Para el desarrollo del Control de Salud Integral, se recomienda que primero ingrese el o la adolescente con su acompañante, para observar cómo interactúan, conocer las creencias, acuerdos y desacuerdos, alianzas, jerarquías, entre otros aspectos durante la entrevista. Cuando se consulte por aspectos más íntimos (por ejemplo: consumo de tabaco, uso de drogas, percepción de la calidad de la relación familiar, vínculos, violencia, salud mental, sexualidad, entre otros), **se debe ofrecer un espacio a solas** con el o la adolescente.

Los y las adolescentes pueden presentarse **acompañados/as al Control, pero también solos/as**. En caso que requieran alguna acción diagnóstica, como un examen o tratamiento, se deberá informar al tutor legal, con posterioridad y resguardando la confidencialidad, y no limitará en ningún caso la accesibilidad a los mismos, puesto que hacerlo representa una acción discriminadora y arbitraria que no reconoce el interés superior, vulnerando su derecho a la salud (32).

Características de la Entrevista Clínica.

En la literatura es posible encontrar diversas recomendaciones para la realización de entrevistas, sin embargo, las tres grandes fases para su realización son (36):

1. Fase de **Acoplamiento o Fase Social**, donde se inicia el contacto profesional-adolescente/familia.
2. Fase **Intermedia o Exploratoria**, donde se explora las razones del encuentro, se recopila información y se realiza el examen físico.
3. Fase de **Cierre o Resolutiva**, donde se generan acuerdos, se entregan las indicaciones, se realizan las derivaciones correspondientes y se concluye el proceso.

Distintos recursos sugieren contar con una guía que oriente lo que le interesa conocer al o a la profesional durante el Control de Salud (36). García-Tornel (37) sugiere el acrónimo **FACTORES**; Cohen-Cole y Bird (38) proponen el método **HEADS FIRST**; y la Academia Americana de Pediatría (39) propone **HEEADSSS** (ver Tabla N°1).

Tabla N°1: Acrónimos usados para el Control de Salud.

HEEADSSS	FACTORES	HEAD FIRST
H: Hogar E: Educación E: Entretenimiento A: Ánimo D: Drogas S: Sexualidad S: Seguridad S: Espiritualidad	F: Familia A: Amistades C: Colegio/Trabajo T: Tóxicos O: Objetivos R: Riesgos E: Estima S: Sexualidad	H: Hogar E: Educación A: Abuso D: Drogas S: Seguridad F: Amistades I: Imagen R: Recreación S: Sexualidad T: Amenazas

Fuente: Elaboración propia, a partir de García-Tornel (37); Cohen-Cole y Bird (38); y la Academia Americana de Pediatría (39).

Independiente de la nemotecnia, acrónimo o guía que considere el profesional, es importante que pueda profundizar en todos los factores protectores y de riesgo (13) presentes en cada adolescente entrevistado. Los factores protectores, corresponderán a conductas positivas que reducen el riesgo de otros factores o comportamientos negativos para la salud, como por ejemplo la realización de ejercicio, relaciones afectivas significativas y saludables, participar en talleres creativos, culturales o sociales entre otros. Por otro lado, un factor de riesgo es un atributo o exposición que aumenta la probabilidad que la persona tenga un resultado negativo en su salud. Estos factores, junto a otros antecedentes relevantes levantados durante la entrevista, le entregan al o a la profesional herramientas para el plan de cuidados integral que acuerden al término del Control de Salud.

Aspectos importantes a recordar durante la Entrevista Clínica.

- En la recepción, la acogida de cada adolescente debe transmitir que es bienvenido y acogido en un entorno de seguridad y confianza, así como su acompañante, estableciendo el vínculo entre ellos.
- Cada profesional debe iniciar la entrevista presentándose: diga su nombre, profesión y el objetivo del Control. Además, establezca el tiempo destinado a su realización y los pasos sucesivos.

- Pregúntele cómo quiere ser llamado/a (nombre social)⁷ durante las atenciones en el establecimiento de salud, déjelo consignado en los registros destinados a la identificación social y diríjase a cada adolescente con ese nombre, durante todo el Control.
- Explique las características de la entrevista y explicita el derecho a la confidencialidad, sus límites y los procedimientos a realizar en caso de romperla.
- Realice una escucha activa no dejándose impresionar por lo que dice, cómo lo dice, su aspecto y las emociones que nos provoca.
- Realice preguntas abiertas. Pregúntele qué edad tiene, a qué dedica el tiempo durante la semana y fin de semana, con quiénes vive, entre otras preguntas, pero sin profundizar inicialmente en ningún tema, de manera de generar un clima de confianza. Manténgase atento/a al lenguaje verbal y no verbal del o la adolescente y su familia.
- Use un lenguaje comprensible para el o la adolescente, para brindarle comodidad. Éste no es la jerga médica - Indague el motivo de consulta (adolescente y familia) con preguntas abiertas, que inviten a hablar sin emitir juicios de valor. Por ejemplo: *¿Por qué vienes/n?, ¿Cuál es el motivo por el que pediste o pidieron la hora?*

La **confidencialidad** es un derecho de cada adolescente⁸ y un deber del profesional. Corresponde a la preservación de información obtenida durante una relación terapéutica de consentimiento y confianza en la atención de un usuario/a y cuyo último fin es el beneficio de éste/a. Incluye el derecho a la intimidad, al honor, a la propia imagen, a la privacidad, a la protección de los datos personales, constituyendo un pilar básico en la atención de adolescentes. Este compromiso no es recíproco, es decir, es sólo obligación del equipo de salud guardar el secreto profesional.

Los **límites de la confidencialidad**, y cuándo se quebranta, corresponde al contexto en que la persona se encuentra en riesgo vital o existe un riesgo para terceros, o en cualquier otra situación grave para la salud (ideación o intento suicida, abuso sexual o violación, maltrato en cualquiera de sus formas, enfermedad Garantía Explícita en Salud-GES, entre otros).

- Durante la entrevista, no realice preguntas delicadas o del ámbito íntimo frente a una tercera persona, porque podrían incomodarle o hacer que no responda en forma franca por vergüenza o temor; brinde un espacio sin el/la acompañante para ello.
- Cuando realice el genograma familiar (ver Anexo N°17) pregunte frente a familiares o cuidador/a sólo la estructura y, cuando esté a solas, las relaciones entre los miembros de la familia a partir de la perspectiva del o la adolescente.
- Es importante resaltar sus cualidades. Es necesario considerar que apoyar a cada adolescente en un período problemático no es lo mismo que apoyar una conducta.
- Indague los antecedentes de salud de acuerdo al motivo de consulta y al problema que usted, como profesional, va definiendo. Recuerde que no siempre el motivo de consulta es el real problema o la necesidad prioritaria, por lo que indague sobre la agenda "oculta", que son esos temas que realmente lo o la llevan a consultar y que los compartirá sólo si se siente escuchado/a, comprendido/a y se asegura la confidencialidad (con sus límites).
- Evite proyectar los sentimientos de su propia adolescencia y también asumir un papel parental sustituto.

7- En caso que no sea la primera vez que evalúa al o la adolescente, revise en la ficha clínica, el nombre social por el cual el o la adolescente desea ser nombrado/a, previo a la atención.

8- De acuerdo a lo establecido en el Título II de la Ley N°20.584.

En el caso que asista acompañado, al consultar por el motivo del Control, se debe cuidar que se mantenga el protagonismo del o la adolescente y que no se convierta en una instancia para que se converse sobre aspectos negativos del usuario/a, en especial para aquellos y aquellas en situación de discapacidad, con vulneración de derechos y/o algún trastorno de salud mental. Esto puede realizarse dirigiendo las preguntas hacia cada adolescente, evitando preguntas que lleven hacia qué es lo que siente cada uno de los integrantes frente a los acontecimientos relatados, considerando que la familia es un sistema donde todos interfluyen.

- Es importante reconocer las incomodidades de abordar ciertos temas y ante esto expresar los propios sentimientos, si corresponde, ya que frecuentemente tienen relación con los del o la adolescente.
- Frente a respuestas cortas o lenguaje no verbal que evite dar respuesta a la pregunta, cerciórese de estar brindando un espacio de confianza y reserve la entrevista para cuando se brinde un espacio a solas, reforzando la confidencialidad de la información.
- Siempre respete el derecho de la persona de entregar la información que desea.
- Si durante la entrevista pesquise riesgos o problemáticas que requieren acción inmediata (por ejemplo la realización de denuncia por maltrato o abuso), priorice esto y siga el conducto preestablecido como “primera respuesta” (40,41), reagendando la continuación del Control para una fecha posterior.
- Reserve un espacio de la entrevista para dar y solicitar retroalimentación del Control de Salud. Por ejemplo, si le resultó útil o no, qué aspectos cree que se podría mejorar, entre otros.
- Promover las conductas de autocuidado y sensibilizar respecto a su importancia.
- Al finalizar, como acciones de cierre, realice un resumen con los hallazgos principales, junto a los acuerdos y conclusiones de los problemas o necesidades, negocie otra citación, como parte de un plan de cuidados integral, e indique el objetivo de ésta. Si dentro de los acuerdos, se consideran aspectos confidenciales o íntimos, realice un primer cierre cuando esté con el o la adolescente a solas.

Desafíos en la Entrevista Clínica con adolescentes.

Algunos errores frecuentes en la consulta de adolescentes, pueden estar causados por estereotipos o prejuicios de los y las profesionales de salud, acerca de la actitud que debe adoptar, como por ejemplo (27):

- Etiquetar a un o una adolescente por su forma de vestir o de actuar.
- Utilizar un estilo comunicacional reactivo, respondiendo a emociones negativas o positivas de la misma manera.
- No indagar las causas de un bajo compromiso terapéutico por parte del o la adolescente.

Cuando existe una discrepancia, la entrevista puede perder el clima de confianza. Ante esto, cada profesional debe reforzar el protagonismo de cada adolescente, a través de acciones como reflejarle las opiniones que ha brindado, hacer un resumen de la información que ha entregado, o hacerle ver la relevancia de su opinión, entre otras.

No se recomienda discutir, sino señalar la discrepancia o la ausencia de colaboración mediante consultas como: *“Creo que no estás de acuerdo ¿Me podrías comentar por qué?”* u otra pregunta abierta, que permita a cada adolescente dar su opinión. De esta forma, se permite que ambos vean la problemática desde otro punto de vista y se pueda reformular la relación.

Si durante el Control el o la adolescente mantiene una **actitud discrepante**, es importante que el o la profesional no se involucre en la acción negativa y tome acciones que impidan perpetuar el conflicto, por ejemplo, expresando sus propias emociones, pidiendo disculpas si identifica la acción gatillante o consultando a través de una pregunta abierta que permita explorar la razón de la actitud o poner límites de una forma asertiva.

Otra de las situaciones que pueden ocurrir, es que el o la adolescente decida **permanecer en silencio**. Es importante revisar el contexto en que se genera el silencio, si ocurre por una actitud del o la profesional, una pregunta, algún tema sensible u otra razón, para tomar acciones atinentes. Se recomienda, según el contexto, permitir los espacios de silencio y generar preguntas que exploren, reflejen empatía (*"parece que este tema te incomoda"*) y le den a cada adolescente un espacio de confianza, ya sea para hablar, cambiar de tema o decir que no desea hablar de algo en específico (*"está bien si no deseas hablar de esto, ¿quieres que cambiemos de tema?"*). También se puede dar la opción de finalizar el Control, y citar para otro momento.

2.4 VALORACIÓN DE ANTECEDENTES DE SALUD.

El levantamiento de información relevante para la salud puede provenir desde las distintas áreas en que se desenvuelve el o la adolescente. Es por ello que la indagación que realiza el profesional debe estar centrado en la persona y considerar todos los aspectos de la vida de cada adolescente desde su particularidad, incluyendo su salud mental y su relación con otros (36).

2.4.1 EVALUACIÓN BIOPSICOSOCIAL.

Los cambios biopsicosociales que acompañan al adolescente pueden acentuarse o contribuir a que se encuentren más vulnerables a presentar problemas en el ajuste o adaptación y, por lo tanto, podrían presentarse dificultades en su salud física, social y mental (42) a corto, mediano y largo plazo. Junto con lo anterior, hay que considerar que la adolescencia es el periodo donde debutan algunos trastornos mentales, tales como el trastorno bipolar y trastornos por consumo de sustancias, los cuales se beneficiarían de una detección precoz para acceder tempranamente a tratamiento (43).

La evaluación, junto a la entrevista antes descrita, debe considerar los siguientes puntos:

- Motivos de consulta diferenciado del o la adolescente y de sus acompañantes (*"¿Para qué pediste/ pidieron una hora hoy?"*).
- Antecedentes de salud personales y familiares.
- Evaluación de la estructura y funcionamiento familiar a través del uso del genograma, percepción de la calidad de la relación familiar y escolaridad o trabajo de los padres y pareja, si lo hubiere. Considerar la historia de migración al momento de realizar valoración. A través de estas actividades, se puede identificar el nivel de aculturación dentro de la familia o los roles y relaciones con miembros que se encuentran dentro o fuera del país (44,45). Permite, además, identificar redes de apoyo para el cuidado de adolescentes en el hogar.

Para más información de la realización del **genograma** (Anexo N°17), revisar las "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" (2012)⁹.

9- Documento disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

- Condiciones habitacionales del hogar (dónde duerme, dónde estudia, espacio preferido, con quien vive, con cuántas personas comparte habitación, condiciones sanitarias del hogar, etc.).
- Situación escolar y/o laboral del o la adolescente (*"¿Cómo te va en el colegio? ¿Qué te parece el colegio? ¿Has trabajado? ¿Cómo fue/es esa experiencia? ¿Por qué llegaste a la necesidad de trabajar?"*).
- Vida social: pareja, amigos/as, exposición a pantallas (TV, computador, consolas u otras), uso de redes sociales virtuales, actividades de recreación.
- Hábitos de sueño, alimentación, dietas especiales, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y seguridad vial (*"¿Cómo es tu sueño? ¿Sientes que despiertas descansado/a? ¿A qué horas sueles comer? ¿Hay algún alimento que no comas? ¿Estás haciendo alguna dieta? ¿Utilizas alguna medida de seguridad para trasladarte?"*).

Los siguientes puntos podrían ser temas sensibles y/o provocar incomodidad, por lo que se recomienda iniciar con una breve explicación y, de preferencia, ahondar cuando se esté a solas con cada adolescente (*"Quiero realizar algunas consultas sobre tu salud sexual y emocional y, si no ponen en riesgo tu vida o la de otras personas, se mantendrán siempre en confidencialidad a menos que ésta implique un riesgo vital para ti o terceros, también respetaré que no desees contestarlas, pero todas son muy importantes para conocerte y hacer un plan en conjunto"*).

- **Aspectos gineco/urinarios:** edad en el momento de la menarquia o espermarquia, regularidad de la menstruación, fecha de última menstruación, presencia de fluidos genitales normales y anormales, antecedente de infecciones de transmisión sexual, embarazos, hijos y abortos.
- **Sexualidad:** preguntar sobre orientación e identidad sexual, intención o conducta sexual, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos (incluidos preservativos), si ha recibido consejería, si ha sufrido violencia sexual.

Durante la entrevista clínica y exploración física, es fundamental tener presente la pesquisa de abuso sexual, y en especial situaciones de violación, para actuar oportunamente garantizando el derecho y oportunidad de la adolescente para cumplir lo que establece la **Ley IVE 21.030, Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales**⁴⁰. En cualquiera de las causales, la adolescente deberá manifestar de forma expresa su intención de interrumpir el embarazo.

Así mismo, el o la profesional debe proporcionar información completa y objetiva, acorde a los establecido en los **art. 8 y 10 de la Ley N°20.584**.

En relación a la edad de la adolescente, los plazos que establece la Ley para optar a la interrupción del embarazo, señalan que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación en mujeres de **14 y más años**; y en el caso de adolescentes **menores de 14 años**, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido **más de catorce semanas** de gestación.

- **Situación psicosocial y emocional:** autoestima, imagen corporal, identidad de género, estado afectivo, proyecto de vida, bienestar emocional, riesgo suicida, apoyos situacionales y mecanismos de afrontamiento, satisfacción de necesidades psicológicas y referente par y adulto (*"¿Cómo te ves o cómo te sientes contigo mismo/a? ¿Qué haces cuando estás triste o conflictuado/a? ¿A quién recurres cuando no te sientes bien? ¿Qué haces para calmarte o sentirte mejor?"*).
- **Episodios de violencia**, al interior de la familia o grupo de cuidado, violencia de pareja, bullying o cyberbullying (*"¿Cómo te sientes cuando estás en compañía de tus compañeros/as de curso o de tus amigos/as? ¿Has recibido mensajes negativos o insultos de personas que conoces o desconoces? ¿En qué ocupas tu tiempo libre? ¿Qué es lo que más te gusta hacer?"*).

Durante el Control de Salud Integral se espera que cada profesional, inicialmente, realice detección de consumo de alcohol y otras drogas y de su nivel de riesgo asociado. Para hacer esto se recomienda el instrumento CRAFFT (ver Anexo N°18), cuestionario que permite la identificación del consumo de alcohol y otras drogas, y la exploración de actitudes y conductas de riesgo relacionadas al consumo, propuestas por el Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría (46), validado en Chile para adolescentes entre 14 y 18 años.

Evaluación del consumo de alcohol y otras drogas y uso del Instrumento CRAFFT

El neurodesarrollo tiene particular trascendencia en la adolescencia, etapa en que finaliza el crecimiento somático del sistema nervioso y se produce una intensa remodelación y adquisición de nuevas conexiones, así como la eliminación de otras a nivel cerebral, lo que se conoce como poda sináptica, con un orden de maduración que va de caudal a cefálico. Estos cambios biológicos hacen que los y las adolescentes se vean particularmente susceptibles a tomar conductas que pueden ocasionar un riesgo para la salud tales como el consumo de alcohol y otras drogas, pero a la vez permiten que aparezcan conductas que pueden transformarse en oportunidad de cambio y mantenimiento del autocuidado. Por lo anterior, en este momento es crucial que el profesional se encuentre alerta a la pesquisa de riesgo, para intervenir de forma oportuna y también para reforzar aquellos comportamientos de protección de la propia salud (47,48).

Como enfoque general de intervención, se sugiere el Modelo Transteórico del Cambio y, como modelo técnico, las estrategias motivacionales y las estrategias de Detección, Intervenciones Breves y Referencia Asistida (DIR) (49–51). Asimismo, durante la entrevista, se debe implementar el instrumento CRAFFT (ver Anexo N°18) y considerar otros factores protectores y de riesgo que podrían ser preponderantes en el desarrollo de problemas asociados al consumo de sustancias (Tabla N°2).

Tabla N°2: Factores de riesgo y protectores en el consumo de sustancias en la adolescencia.

Factores de riesgo	Factores protectores
- Historial familiar de abuso de sustancias o trastornos del ánimo. - Pobre supervisión parental y quiebre familiar. - Bajo rendimiento académico y/o aspiraciones académicas. - Trastorno por déficit de atención o trastorno de atención con hiperactividad no tratados. - La percepción de aceptación de los pares del consumo de sustancias y consumo de sustancias en pares.	- Padres que fijan reglas claras y las hacen cumplir. - Mantención de rutinas familiares, como las comidas. - Padres que regularmente hablan con sus hijos acerca de los riesgos del alcohol y otras drogas - Participación en programas comunitarios, sociales y religiosos. - Tener oportunidades de participación prosocial en la comunidad.

Fuente: Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes, 2015 (51).

10- Para más información, revisar "Información para prestadores de salud", en: <https://www.minsal.cl/informacion-para-prestadores-de-salud/>

El instrumento CRAFFT, integrado en la Ficha CLAP, permite discernir los niveles de riesgo que resulten. Para más información de sus uso, revisar las ***“Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes”***(51).

También, el Programa de Detección, Intervenciones Breves y Referencia Asistida sobre alcohol y otra drogas en Atención Primaria de Salud (DIR), que se implementa en diversos establecimientos de APS del país, constituye un marco técnico y práctico para estas acciones (51). Sus documentos técnicos son también orientaciones compatibles que pueden ser tenidas en consideración.

Detección de riesgo suicida.

Durante toda la entrevista se deberá prestar especial atención a la presencia de señales de alerta (ver Tabla N°3) que den cuenta de riesgo de conducta suicida.

No olvidar que es un mito pensar que hablar sobre el suicidio puede gatillar la ideación o el acto suicida en una persona.

Tabla N°3: Señales de alerta en el riesgo suicida.

Señales de Alerta Directa	Señales de Alerta Indirecta
Busca modos para matarse: - Búsqueda en internet (páginas web, redes sociales, blogs). - Intenta acceder a armas de fuego, pastillas u otro medio letal. - Planifica o prepara el suicidio (lugar, medio, otros). Realiza actos de despedida: - Envía cartas o mensajes por redes sociales. - Deja regalos o habla como si ya no fuera a estar más presente. Presenta conductas autolesivas: - Cortes, quemaduras o rasguños en partes del cuerpo como muñecas, muslos u otras. Habla o escribe sobre: - Deseo de morir, herirse o matarse (o amenaza con herirse o matarse). - Sentimientos de desesperación o de no existir razones para vivir. - Sensación de sentirse atrapado, bloqueado o sufrir un dolor que no puede soportar. - Ser una carga para otros (amigos, familia, pareja u otros) o el responsable de todo lo malo que sucede.	- Alejamiento de la familia, amigos y red social o sentimientos de soledad. Se aísla y deja de participar. - Disminución del rendimiento académico y de sus habilidades para interactuar con los demás. - Incremento en el consumo de alcohol o de otras drogas. - Cambios de carácter, ánimo o conducta, pudiendo mostrarse inestable emocionalmente, muy inquieto o nervioso. - Deterioro de la autoimagen, importante baja en la autoestima, o abandono/ descuido de sí mismo. - Cambios en los hábitos de sueño o alimentación. - Muestra ira, angustia incontrolada, o habla sobre la necesidad de vengarse.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Dumon & Portzky, 2014 (52).

En caso de que se hayan detectado señales de alerta de riesgo de suicidio durante la entrevista o si se obtiene respuesta afirmativa en las preguntas dispuestas en el ítem de situación psicoemocional de la Ficha CLAP, **se debe realizar siempre un primer abordaje**, y nunca dejar ir a un o una adolescente que haya manifestado intención suicida en el marco de un Control de Salud, sin tomar alguna de las medidas expuestas a continuación:

1. Mostrar interés y apoyo.

- Expresar interés y preocupación ante las señales de alerta o riesgo detectados.
- Continuar la conversación preguntándole qué está pensando o sintiendo. Las preguntas se deben realizar gradualmente, empezando por aquellas más generales para luego avanzar hacia otras más específicas sobre suicidio.

Preguntas generales sobre el estado mental, la esperanza y el futuro.

- ¿Cómo te has estado sintiendo?
- ¿Estás con alguna(s) dificultad(es) o problema(s)? (personal, familiar, en la escuela o liceo)
- ¿Cómo te imaginas que las cosas van a estar en el futuro?

Siempre se debe prestar atención a posibles señales de alerta o develación explícita de situaciones de vulneración de derechos (bullying, maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, explotación, vulnerabilidad sanitaria, situación familiar de vulnerabilidad, entre otros) que puedan estar ocurriendo en el entorno del o la adolescente y que están estrechamente relacionados con la presencia de ideación o intentos de suicidio. Ante estos casos, junto con prestar apoyo y contención, se deben activar inmediatamente los protocolos del establecimiento de salud para iniciar acciones de denuncia y protección para la persona afectada.

2. Evaluar severidad del riesgo suicida a través de la Escala de Columbia

La **Escala de Columbia (ver anexo 19)** es una pauta de entrevista de formato flexible y de fácil administración (duración 5 minutos, aprox.), que permite la evaluación de la severidad del pensamiento suicida en contextos comunitarios (laborales, escolares, familiares) y equipos de salud. Sólo incluye lo esencial que se debe preguntar acerca de suicidalidad de acuerdo a la evidencia. Para ser completada, es posible utilizar información de otras fuentes como registros escritos, familiares, pareja, etc.

En caso de que el o la adolescente se encuentre en crisis y manifieste intención de llevar a cabo un plan para acabar con su vida durante la entrevista, es decir, exista un **riesgo inminente**, se recomienda dar contención, realizar intervención en crisis y coordinar atención inmediata por el equipo de salud mental o en el servicio de urgencia correspondiente, e informar al adulto responsable.

3. Apoyar, contactar y derivar.

La **aplicación de esta escala le** permitirá distinguir entre Riesgo Suicida, Riesgo Medio o Riesgo Alto y tomar decisiones respecto a los pasos a seguir. En cualquiera de estos tres niveles, se debe entregar apoyo inmediato al o la adolescente, facilitar el contacto con su red de apoyo (familiar, social, escolar) y realizar la derivación asistida a salud mental (Ver anexo 19).

En este paso, se debe también brindar apoyo para elaborar un plan de seguridad, el cual es una herramienta práctica que permitirá al o la adolescente visualizar alternativas seguras en momentos de crisis. Se debe incluir desde el principio de la elaboración del plan de seguridad a la familia o cuidador principal (ver Anexo N°19), no sólo porque son menores de edad, sino porque la familia, figura significativa y/o cuidador/a serán un importante soporte y colaborador en las estrategias para mantenerlos/las seguras.

Tareas a llevar a cabo por el equipo de salud:

- Siempre considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio.
- Mantener siempre la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda.
- Evitar a toda costa dar consejos o sermones que defienden el “valor de la vida”, porque pueden provocar sentimientos de culpa o que no ayuden al o la adolescente.
- Indicar que además del apoyo que se le está dando en ese momento, también es necesario que acceda a atención en salud mental, donde podrán desarrollar estrategias que alivien su malestar.
- Dado que existe riesgo vital, acordar con cada adolescente en esta situación cómo se informará a su familia respecto a las señales de alerta detectadas. Explicitar claramente que sólo se informará a sus padres/cuidadores sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de atención de salud, manteniendo la privacidad sobre información sensible que no quiera o tenga temor de compartir con ellos.
- Puede ocurrir que el estudiante rechace que se comunique a la familia sobre la situación y/o la derivación a la atención de salud mental, ante lo cual se debe reforzar la idea de la importancia de ambos pasos, resaltando que es por su propio beneficio y que en todo momento podrá contar con el apoyo del equipo.
- Elaborar el Plan de Seguridad en conjunto con el o la adolescente e involucrar a la familia en su construcción y participación en la toma de medidas de seguridad.
- Al derivar a salud mental, incluir el plan de seguridad trabajado conjuntamente, para dar continuidad a este por parte de los profesionales de salud mental.

Siempre tener presente:

Resguardar la información entregada por el o la adolescente al momento de informar a la familia o cuidador/a del riesgo de suicidio detectado, dando cuenta sólo de las señales de alerta observadas y la necesidad de atención, sin entregar información sensible que no haya sido autorizada para compartir.

Considere que, en algunas situaciones, el develar cierta información puede aumentar el riesgo de suicidalidad de la mano con un aumento de estrés (ej. estudiantes LGTBI, embarazo, etc.).

En este sentido, conviene utilizar intervenciones como la siguiente: *“Yo no sé exactamente lo que estás experimentando, me imagino que puede ser algo privado y de seguro muy doloroso. Quiero protegerte tu vida, y para eso tengo que comunicarle a tu familia o figura significativa tus pensamientos de hacerte daño. Pero lo que te está pasando y lo que quizá explica que te sientas tan desesperanzado/a, es algo que tú tienes que decidir hablar, con alguien en el que tú confíes y con un profesional que pueda ayudarte”.*



CAPÍTULO III.

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS PARA EL EXAMEN FÍSICO.

Cada profesional de salud que realice el Control debe poseer las competencias y formación necesarias para ofrecer a los y las adolescentes un examen físico que debe considerar:

- **ASENTIMIENTO O CONSENTIMIENTO.** Según corresponda, el o la adolescente debe permitir bajo su voluntad la realización de la exploración física y no se le puede obligar. Si no desea ser examinado de forma completa o parcial, se deberá dejar consignado en la ficha (Anexo N°2 y N°3).
- **PRESENCIA DE OTRO.** Con el objetivo de evitar contextos de riesgo, se deberá promover que el examen físico sea en compañía de un profesional, técnico paramédico, familiar o persona que lo acompañe, a menos que el o la adolescente se niegue. Se recomienda especialmente cuando existan condiciones especiales, como discapacidad, sospecha de violencia sexual y/o dificultad de comunicación producto de que el o la adolescente hable con dificultad el español debido a que su lengua original sea otra (por ejemplo, creolé). Se podrá promover que el personal sea del género que solicite el o la adolescente. Mientras que en el caso de un o una adolescente hablante de creolé, se debe promover la presencia de un facilitador lingüístico. Por último, el examen de genitales, debe ser realizado siempre en presencia de otro (de espalda o tras un biombo), nunca a solas y siempre consensuado con el o la adolescente. Si se niega a ser examinado, se utilizará las imágenes con los grados de Tanner (Anexo N°15 y 16) y respetando la intimidad de la respuesta.
- **RESPETAR PRIVACIDAD.** Se debe velar porque el ambiente en que se realice el examen respete la intimidad de la persona adolescente. Si dentro del box se encuentran estudiantes de carreras de la salud, se deberá consultar al o la adolescente si desea ser evaluado por éstos o si acepta que estén presentes mientras se realice el Control (independiente que el establecimiento tenga carácter de campo clínico) y siempre será en compañía del tutor/a clínico respectivo.
- **INFORMAR.** Como parte del asentimiento y el fomento a la toma de decisiones, se deberá informar el objetivo del examen físico, como brindar el espacio para que cada adolescente realice las consultas que estime durante su realización. En el caso de que exista dificultad de comunicación producto de que el o la adolescente sea hipoacúsico, sordo/a, sordomudo/a, tenga una lengua original distinta al español (por ejemplo, creolé), se debe promover la presencia de un facilitador lingüístico, quién no sólo debe traducir literalmente al profesional de salud, sino que debe explicar bajo un contexto de interculturalidad las implicancias de la acción de salud.

En el **Espacio Amigable** se deberán respetar y reforzar las consideraciones anteriores, siendo el examen físico de forma completa y la evaluación de genitales en presencia de otra persona, consensuado con el o la adolescente, o con la utilización de las imágenes para la autoevaluación. Si las condiciones no son óptimas (infraestructura, recurso humano u otro,) o a solicitud del usuario/a, no se puede realizar la evaluación, se deberá coordinar otra oportunidad y/o derivarlo a un profesional capacitado, acordado con el o la adolescente y en el menor tiempo posible.

En el **contexto educacional o espacio comunitario**, se recomienda sólo una evaluación antropométrica, medición de presión arterial, inspección general (con ropa) y agudeza visual (si corresponde) y la evaluación, según grados de Tanner, realizada por autoevaluación a través de imágenes.

Asimismo, dentro de los conocimientos esperables de profesionales que implementan el Control de salud, se encuentra el conocimiento de las características propias y de los cambios biológicos que ocurren en la adolescencia.

3.1 PUBERTAD Y EVALUACIÓN NUTRICIONAL.

La pubertad es el período de crecimiento y desarrollo biológico que parte con el inicio de la secreción pulsátil de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), la que estimula el despertar del eje gonadal y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, junto con el aumento de la velocidad de crecimiento. Este crecimiento alcanza una magnitud similar a la que ocurre durante el primer año de vida, transformando a este período en una etapa crítica del desarrollo humano (53-55).

Durante la infancia y adolescencia el crecimiento involucra la constante interacción entre los sistemas endocrino y esquelético. Mucha de las hormonas que conocemos inciden en el crecimiento, entre ellas la hormona de crecimiento (GH), tiroxina, insulina, corticoesteroides, hormona paratiroidea y calcitonina, pero la hormona clave en el crecimiento es la GH. La secreción hipofisiaria de esta hormona es regulada por el Factor liberador de hormona de crecimiento (GHRH) y la somatostatina. La GHRH es liberada de manera pulsátil por el hipotálamo, con un máximo de pulsatilidad al inicio del sueño No REM, es por esto que el sueño adecuado importa especialmente durante la pubertad. El efecto de la GH está primariamente modulado a través de somatomedinas (IGF), especialmente IGF 1, afectando el crecimiento óseo. Los niveles de IGF 1 aumentan con la edad y el desarrollo puberal, con variaciones individuales.

Por otro lado, la maduración ósea está fuertemente influenciada por las hormonas tiroideas y andrógenos adrenales que se suman a la acción de las hormonas sexuales y la GH, llegando a su fin con el cierre epifisiario.

Crecimiento somático.

Durante esta etapa el crecimiento se acelera y llega a su peak, pasando de una velocidad prepuberal de 5-6 cms./año a un promedio de 9 cms./año en mujeres y 10 cms./año en hombres. El estirón puberal da cuenta del 20-25% de la estatura del adulto, promediando 23-28 cms. en mujeres y 26-28 cms. en hombres, durante todo el período (2 a 3 años). Los hombres, en promedio, son 12-13 cms. más altos que las mujeres debido a que sus cartílagos de crecimiento se cierran 2 años después (56).

La velocidad de incremento de peso también tiene su peak durante la pubertad dando cuenta de la ganancia, del 50% del peso del adulto. El comienzo del incremento de peso es variable y puede ir de 4,6 a 10,6 kg/año en mujeres y 5,7 a 13,2 kg/año en hombres.

Composición corporal.

Tejido magro: En mujeres el tejido magro aumenta en cantidad, pero decrece en proporción desde 80% del peso corporal a 75% en el período postpuberal, dado por el aumento del tejido adiposo. En hombres el tejido magro aumenta desde 80-85% a 95% en la post pubertad, esto dado por el aumento de la masa muscular secundaria a los andrógenos circulantes (57).

Tejido óseo: Su maduración se ve influenciada por la acción de las hormonas sexuales. La edad ósea es un índice de maduración fisiológica que nos da una idea del crecimiento y desarrollo asociados.

Órganos internos: El crecimiento del cerebro, corazón, hígado y riñones durante la pubertad es menos intenso que lo que ocurre con el tejido muscular y óseo, bajando su representación en el peso corporal total de un 10 a un 5% (57).^a

Desarrollo puberal y evaluación nutricional.

Debido a la relación que existe entre el metabolismo y el desarrollo de la pubertad, se hace necesario evaluar los parámetros antropométricos junto al desarrollo puberal como parte de la práctica de la evaluación nutricional, con el objetivo de ver la interacción de factores ambientales, genéticos y hormonales que acompañan e impactan el desarrollo del o la adolescente.

Cabe señalar que la evaluación nutricional considera la medición del peso, talla y perímetro de cintura. Estas variables se correlacionan con la edad (de acuerdo al desarrollo puberal o edad biológica) y sexo que determinan indicadores que, al compararlos con estos patrones de referencia, permiten realizar la calificación del estado nutricional. Los gráficos permiten además establecer el canal y velocidad de crecimiento de cada adolescente, elemento de gran ayuda para la vigilancia nutricional individual. La calificación de los indicadores peso para edad (P/E), talla para la edad (T/E), índice de masa corporal por edad (IMC/E), perímetro cintura/edad (PC/E), más la anamnesis, examen físico y eventualmente exámenes de laboratorio, contribuyen al Diagnóstico Nutricional Integrado.

Si bien, cada persona tiene su propio patrón de crecimiento, la aparición de los caracteres secundarios sexuales está definido por criterios estadísticos. Se considera el inicio de la pubertad con la telarquia en mujeres y el aumento del tamaño testicular en los hombres, abarcando un periodo entre los 8-13 años y 9-14 años, respectivamente.

El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios es posible objetivarlo a través de los grados o estadios de Tanner (ver Anexos N°15 y 16), índice que es utilizado como herramienta de evaluación de la maduración sexual y que le permite a cada profesional diferenciar la pubertad normal de la que podría ser patológica (precoz o retrasada). Asimismo, su evaluación nos permite interpretar la edad biológica acorde al desarrollo mamario (Tabla N°4) o genital (Tabla N°5) de la persona.

Tabla N°4: Interpretación de la edad biológica en mujeres, acorde al desarrollo mamario según Estadios de Tanner.

ESTADIO DE TANNER	DESARROLLO MAMARIO	EDAD BIOLÓGICA
Grado 1	Prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, laaréola no está pigmentada.	<10 años 6 meses.
Grado 2	Se palpa tejido mamario bajo laaréola sin sobrepasar ésta. Aréola y pezón protruyen juntos, con aumento del diámetro de la aréola. Es la etapa de botón mamario.	10 años y 6 meses
Grado 3	Se caracteriza por crecimiento de la mama, con pigmentación de la aréola; y se visualiza que la aréola y la mama tienen un sólo contorno.	11 años
Grado 4	Existe mayor aumento de la mama, con la aréola más pigmentadas y solevantada por lo que se observa un doble contorno (aréola y mama).	12 años, si no hay menarquia.
Grado 5	La mama es de una persona adulta, en la cual sólo el pezón protruye y la aréola se retrae y tiene el mismo contorno de la mama. La adolescente ya presentó menarquia.	12 años y 8 meses, más el tiempo transcurrido desde la menarquia

Fuente: Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, MINSAL, 2018 (58).

Tabla N°5: Interpretación de la edad biológica en hombres, acorde al desarrollo genital según Estadios de Tanner.

ESTADIO DE TANNER	DESARROLLO GENITAL	EDAD BIOLÓGICA
Grado 1	Los testículos tienen un volumen menor de 4 cc, escroto y pene tienen características infantiles.	< de 12 años.
Grado 2	El pene no se modifica, mientras que los testículos aumentan ligeramente de tamaño alcanzando un volumen testicular de 4 a 8 cc; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura haciéndose más laxa.	12 años
Grado 3	Se inicia el crecimiento peneano en longitud, los testículos tienen un volumen entre 6 y 12 cc. y el escroto está más laxo.	12 años 6 meses
Grado 4	Hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos están entre 15 y 20 cc. y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	13 años 6 meses
Grado 5	Los genitales tienen forma y tamaño semejante a los del adulto. Volumen testicular de 25 cc.	14 años 6 meses

Fuente: Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años de edad, MINSAL, 2018 (58).

La interpretación de la edad biológica permite la entrega de un indicador comparable con la edad cronológica de cada adolescente. Ambas deben ser contrastadas, de forma previa a la realización de un diagnóstico de la evaluación nutricional. Se recomienda evaluar la edad biológica en (59):

- Hombres entre los 10 y 15 años cronológicos, inclusive.
- Mujeres entre los 8 y 14 años cronológicos, inclusive.

Puntualmente, en el grado V del Estadio de Tanner en la mujer, la edad biológica corresponderá a la suma de los meses (y años si corresponde) exactos transcurridos desde la menarquia, a la edad de 12 años y 8 meses.

Cuando la edad biológica y la edad cronológica presenten una diferencia mayor a 1 año se justifica evaluar por edad biológica; si dicha diferencia es menor a 1 año se puede evaluar solo por edad cronológica (59). Por ejemplo, si una adolescente presenta menarquia, su edad biológica corresponde a 12 años 8 meses más el tiempo transcurrido desde la menarquia¹¹.

Evaluación Nutricional.

La evaluación del estado nutricional es una parte crucial del Control y requiere de una mirada integral. Considera indicadores como el índice de masa corporal (IMC), talla y perímetro de cintura, junto a la información entregada a través de la entrevista, como antecedentes de salud de carácter cardiovascular, dietas, actividad física, entre otros.

11- Para ejemplos de corrección de edad, remitirse a la "Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad" (Minsal, 2016).

De acuerdo a la última norma MINSAL (59) para evaluación antropométrica de niños y adolescentes entre 5 y 19 años, desde el año 2016 se utiliza la referencia OMS (2007) para la vigilancia y evaluación del exceso y déficit nutricional, según el indicador IMC para la edad y sexo, expresada en distribución de mediana $\pm$ desviación estándar (DE) (ver Tabla N°6).

El IMC es el parámetro utilizado desde los 5 años para definir el estado nutricional, y corresponde a la razón entre el peso (en kilogramos) y la estatura al cuadrado (en metros).

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (metros)}^2$$

Tabla N°6: Criterio de calificación nutricional, según el IMC.

Diagnóstico Nutricional	Desviación Estándar (OMS 2007)
Desnutrición	≤ -2 DE
Déficit ponderal o bajo peso	≤ -1 a $-1,9$ DE
Eutrofia o normal	$+0,9$ a $-0,9$ DE
Sobrepeso o riesgo de obesidad	$\geq +1$ a $+1,9$ DE
Obesidad	$\geq +2$ a $+2,9$ DE
Obesidad Severa	$\geq +3$ DE

Fuente: Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad (Minsal, 2016).

A los 19 años, los valores de referencia de la OMS (2007) que definen el sobrepeso ($+1$ DE) para ambos sexos, son equivalentes al valor de sobrepeso en adulto ($\text{IMC} \geq 25,0 \text{ Kg/m}^2$).

Señales de alarma para cambios en el IMC:

- Ascenso o descenso del canal de crecimiento, no deseado, en controles repetidos.
- Aumento del IMC $\geq 1,5$ puntos absolutos en 6 meses o menos.
- Descenso del canal de IMC sin tratamiento para disminuir el peso y que puedan encontrarse asociados a cambios de conducta alimentaria, dieta vegetariana o vegana, práctica de deportes de alto rendimiento, consumo de sustancias, trastornos del ánimo, alguna patología asociada u otro antecedente pesquisado durante la entrevista o examen físico.

Delgadez constitucional.

Se define como una calificación nutricional relacionada a las características corporales de cada adolescente que por sus antecedentes familiares de delgadez constitucional no es asociado a comorbilidades u otros trastornos. Son adolescentes con una adecuada alimentación, cuyo carril de crecimiento se mantiene constantemente en ascenso.

Se considerarán:

- Adolescente que tiene IMC/E inferior a la mediana, pero no menor a -1 DE, con T/E normal. Al mirar su canal de crecimiento en IMC, se observa que siempre mantiene el mismo canal.
- No presentan patología intercurrente que justifique el bajo peso. En general son adolescentes sanos.
- Frecuentemente existe el antecedente familiar de constitución delgada (padre, madre, hermanos/as, abuelos/as).
- Al examen físico se observa masa muscular normal y escaso tejido adiposo.
- Tienen desarrollo psicomotor normal y adecuada maduración puberal, en general son muy activos.

Adolescentes deben ser evaluados y monitorizados idealmente por nutricionista, vigilando ingesta alimentaria adecuada y dieta balanceada. No sobrealimentar.

Evaluación estatural.

La evaluación de la talla forma parte de la evaluación integral nutricional. Esta debe realizarse a través del estatímetro, y registrarse en metros. Su evaluación se debe realizar acorde a la última norma MINSAL (59) para evaluación antropométrica de niños y adolescentes entre 5 y 19 años, que utiliza de referencia las curvas OMS 2007.

Criterio de calificación estatural según índice Talla/Edad (T/E), será el siguiente:

Diagnóstico Estatural	Desviación Estándar (DE)
Talla Alta	$\geq +2.0$
Talla Normal Alta	$+1.0 \text{ a } < 2.0$
Talla Normal	$-0.9 \text{ a } + 0.9$
Talla Normal Baja	$-1.0 \text{ a } - 1.9$
Talla Baja o Retraso de Talla	≤ -2.0

Fuente: Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad (Minsal, 2016).

Talla Diana.

Corresponde a la talla esperada que cada adolescente debería tener a los 19 años, según su carga genética, es decir, la talla del padre y de la madre. Es útil como información general de talla final y también para calcular si el o la adolescente va por el canal de crecimiento esperado, según su potencial genético, entregando un dato adicional para evaluar las señales de alarma. Se calcula¹² de la siguiente manera:

Adolescentes hombres: $[(\text{talla padre en cm} + \text{talla madre en cm})/2] + 6,5 \text{ cm}$
Adolescentes mujeres: $[(\text{talla padre en cm} + \text{talla madre en cm})/2] - 6,5 \text{ cm}$

Talla baja o retraso de la talla.

- No existe una definición de talla baja universalmente aceptada y su diagnóstico está fundamentado en un criterio estadístico.
- De acuerdo a los referentes OMS 2007, se considera talla baja o retraso de talla cuando la T/E es $\leq -2,0 \text{ DE}$.

Todo/a adolescente con talla baja debe ser remitido a especialista, pues las variantes normales del crecimiento (59), tales como talla baja familiar y talla baja constitucional son diagnósticos de exclusión.

12- Para ejemplos de cálculo de Talla Diana, remitirse a la "Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad" (Minsal, 2016).

Señales de alarma para cambios en el crecimiento de la talla:

- Adolescentes con pubertad iniciada que incrementa menos de 3 cm en 6 meses.
- Adolescentes sin pubertad iniciada que incrementa menos de 2 cm en 6 meses.
- Cualquier descenso en el canal de T/E que se mantiene en más de un Control, pues refleja una caída de la velocidad de crecimiento.

Derivar para intervención nutricional, adolescentes con:

- $IMC \geq +2DE$.
- $IMC \leq -2DE$.
- Adolescentes gestantes.
- Perímetro de cintura $\geq p 90$.
- Confirmación y seguimiento de adolescentes con delgadez constitucional
- Detención o disminución del canal de crecimiento de IMC.

Derivar para evaluación médica, adolescentes con:

- $T/E \leq -2 DE$.
- Incremento de talla por debajo de lo esperado en 6 meses.
- Pubertad precoz

Aquellos casos que requieran exploración diagnóstica serán derivados a especialista en atención secundaria.

Es necesario tener presente que un **buen estado nutricional no descarta un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)**. Debe sospecharse e indagarse en la entrevista sobre la posibilidad de un TCA en adolescentes que presentan (60):

- Bajo peso o sobrepeso para su edad.
- Cambios en los hábitos alimentarios con restricción o selectividad de algunos alimentos.
- Pesquisas de signos durante el examen físico (caída de pelo, desgaste esmalte dentario, entre otras) y signo de Russell (callosidades en los nudillos de los dedos de las manos por los vómitos autoprovocados).
- Episodios de atracones y/o comportamientos compensatorios y/o purgas recurrentes (evaluar gatillantes y cronicidad).
- Ejercicio excesivo y/o compulsivo sin un motivo aparente y que puede, o no, condecirse con su físico.
- Cambios de peso en periodos breves, sin justificación
- Disminución o ganancia de peso abruptas.
- Fluctuaciones de peso sustanciales en cortos periodos, sin justificación evidente.
- Retraso del crecimiento o del desarrollo puberal no explicados.
- Alteraciones menstruales de causa no clara.
- Disconformidad en relación a imagen corporal, miedo, preocupación y/o ansiedad frente a la evaluación del peso.
- Otras conductas no saludables para el Control del peso (Ej: uso de laxantes, diuréticos, quemadores de grasa, ayunos, fármacos anorexígenos, entre otras).

Ante la sospecha de un TCA se deberá realizar una evaluación integral (biopsicosocial) y derivar a la brevedad a especialista para descartar o confirmar diagnóstico, solicitud de exámenes e indicar tratamiento especializado, si corresponde. Es importante que se actúe rápido, ya que el tratamiento precoz mejora el pronóstico.

Criterios de gravedad que requieren evaluación y hospitalización (61,62):

1. Desnutrición severa (peso igual o bajo el 85% del peso ideal para la edad, sexo y estatura).
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hiposfosfatemia).
4. Arritmias cardíacas.
5. Inestabilidad fisiológica.
 - Bradicardia severa (<50 latidos por minuto en el día y <45 en la noche).
 - Hipotensión (<80/50 mm Hg)- Hipotermia (temperatura corporal <35.5°).
 - Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg).
6. Detención en el crecimiento o desarrollo.
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio.
8. Rechazo agudo a alimentación.
9. Atracones y purgas incontrolables.
10. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. Síncope, mareos, fallas cardíacas, pancreatitis, etc.).
11. Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (ej. depresión severa, trastorno obsesivo compulsivo, disfunción familiar severa).

Evaluación perímetro de cintura

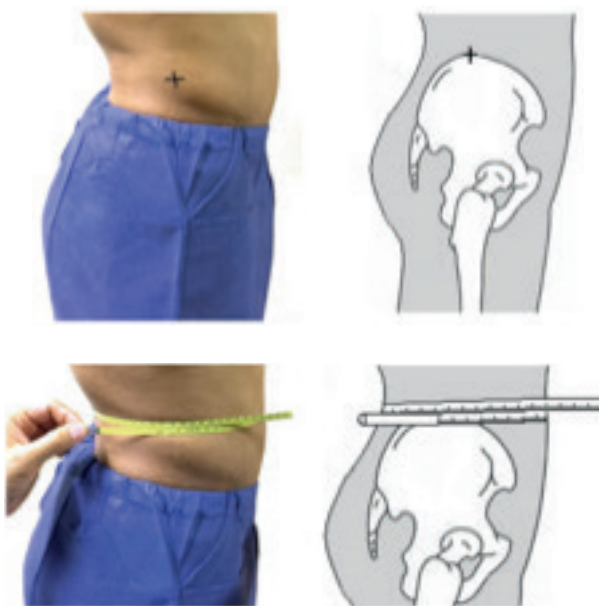
El perímetro de cintura, según la edad cronológica y sexo, se utiliza como indicador de presencia de grasa corporal visceral y estimador del tejido adiposo, además de ser un indicador de riesgo cardiometabólico (63), y es parte de la evaluación nutricional. El patrón de referencia utilizado es el del estudio **NHANES 2014** (63), con su muestra combinada.

Técnica de medición:

La técnica para la medición del perímetro de cintura, acorde al patrón de referencia NHANES 2014, es a través de cinta métrica. Las indicaciones son (64):

- Solicite a la persona adolescente cruzar los brazos y colocar las manos sobre los hombros opuestos.
- Ubicar y palpar las crestas iliacas, izquierda y derecha.
- Marcar el ilion derecho de la pelvis, justo encima del borde lateral (línea media axilar) (ver Figura N°2).
- Extienda la cinta métrica alrededor de la cintura y permanezca al lado de derecho de la persona.
- Verifique que la cinta queda paralela al piso y ajustada, sin comprimir la piel (ver Figura N°2).
- Considere la medida al milímetro más cercano, después de que la persona haya espirado.
- Registre el resultado inmediatamente.

Figura N°2: Medición de circunferencia de cintura.



Fuente: Extraído del Manual de Procedimientos Antropométricos de la “National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)”(CDC; 2016) (64).

Criterio de calificación del perímetro de cintura:

Se utilizará el criterio actualizado para medir y calificar el perímetro de cintura (ver Tabla N°7). Este cambio responde a que ha habido un aumento en la prevalencia de obesidad en adolescentes (63). Los criterios de evaluación y el registro serán los siguientes:

Tabla N°7: Criterios de calificación del perímetro de cintura.

Diagnóstico	Rangos percentilares para Circunf. de Cintura
Normal	< p 75
Riesgo de Obesidad abdominal	≥ p 75 y < p 90
Obesidad Abdominal	≥ p 90

Fuente: Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 años a 19 años de edad (Minsal, 2016).

En el Anexo N°10, se puede encontrar los percentiles por edad y sexo.

3.3 EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO.

Para la realización del examen físico se recomienda un orden, de céfalo a caudal, que permita no pasar por alto ningún aspecto que requiera educación, intervención y/o derivación oportuna. A continuación, se especifican algunas consideraciones para adolescentes.

Evaluación de piel.

La inspección de la piel es una práctica crucial en el examen físico. Debe realizarse segmentariamente en consideración de la privacidad de la persona, aunque siempre de forma completa. Las alteraciones o signos sospechosos deberán registrarse en la ficha clínica en detalle, con el fin de dar seguimiento o derivar oportunamente, como manchas, lesiones autoinflingidas, nevos, tatuajes, piercing, hemangiomas, estrías, acné, acantosis nigricans¹³, entre otras. Además, se deberá consultar a cada adolescente el momento de aparición o realización, y otras características atinentes a la evaluación.

Es de especial cuidado valorar las lesiones autoinflingidas o a causa de una agresión, junto a otras señales que brinde durante la entrevista, para realizar las acciones necesarias y oportunas para prevenir nuevos episodios, ya sea derivando o realizando las acciones que permitan la denuncia, cuando corresponda.

13- Este signo, junto a un resultado de malnutrición por exceso y circunferencia abdominal aumentada en la evaluación nutricional, corresponde a un signo de síndrome metabólico, por lo que debe considerarse en la solicitud de exámenes (ver Capítulo VI) para la pesquisa activa de síndrome metabólico y diabetes mellitus.

Evaluación músculo esquelética.

La evaluación musculoesquelética se realiza desde el ingreso de la o el adolescente al box, a través de la observación de la marcha normal o anormal (equina, en posición talo, presencia de claudicación, etc.), la postura, más la información entregada durante la entrevista (antecedentes de traumas, dolor, etc.) y en el examen físico segmentario (65), el que además considera la inspección y palpación, junto al test de Adams (66).

Inspección y examen de columna.

La valoración de la columna se recomienda que sea realizada con una plomada junto a la observación en sus dos planos:

- En el plano frontal, la columna no debe tener curvas.
- En el plano sagital, la columna debe presentar una curva cervical, torácica, lumbar y sacra.

Además, se debe buscar otros signos de desviación de columna, como asimetrías en la altura de los hombros, prominencia de una de las escápulas, asimetría en el triángulo de talle y/o alturas asimétricas de una de las crestas iliacas. En el plano sagital, la valoración debe considerar cifosis, hiperlordosis, u otra curvatura. En ambos planos, se debe considerar situaciones que puedan provocarla, como diferentes longitudes en las extremidades inferiores, contracturas musculares dolorosas, entre otras.

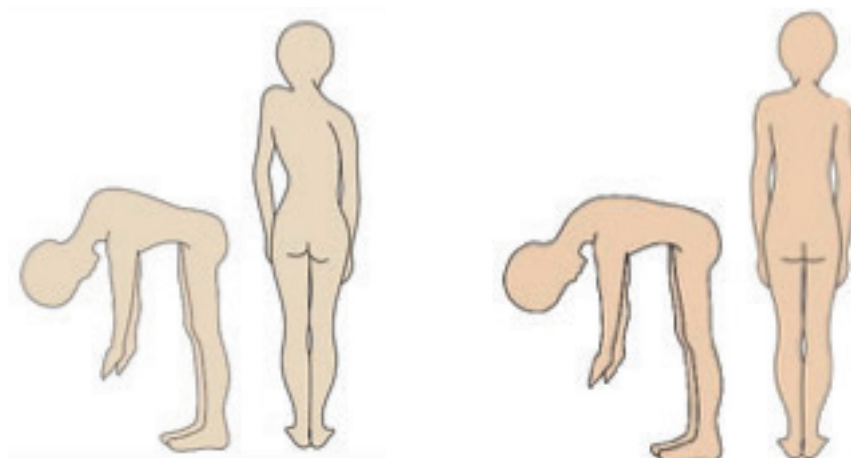
La detección de curvaturas leves que deben ser vigiladas y monitoreadas en el tiempo, dado que pueden progresar y ocasionar un avance agudo, transformándose de flexibles a rígidas o estructurales, lo que obliga a la evaluación por especialista, por lo que el diagnóstico precoz y derivación oportuna es fundamental para realizar un tratamiento ortopédico adecuado. La presencia de dolor asociado es un signo de alerta que requiere evaluación de especialista.

Test de Adams.

El test de inclinación del tronco, corresponde a una de las herramientas más usadas para la evaluación musculoesquelética, la que se recomienda realizar anualmente, desde el inicio de la pubertad (67). Tiene el objetivo de identificar si la escoliosis es estructural o postural, no obstante, puede tener hasta un 30 % de falsos positivos, por lo que solo debe concluir, si es positivo, en una sospecha de escoliosis o desviación lateral.

La **escoliosis idiopática** es una afección relativamente frecuente en la adolescencia y tiene mayor prevalencia entre los 10 y 14 años. Cuando la escoliosis es detectada antes del estirón puberal, es fundamental realizar un seguimiento, ya que tiende a aumentar notoriamente. Tanto el inicio como la evolución de la escoliosis son silenciosas, porque suelen no producir dolor ni malestar por el incremento paulatino y sostenido, por lo que su búsqueda debe ser activa en cada Control de salud.

Para la realización del Test de Adams, tras explicar el objetivo al o la adolescente, solicite que en bipedestación realice una flexión anterior del tronco, de modo que quede en un ángulo cercano a 90°. Las extremidades superiores deben quedar relajadas y las rodillas extendidas. En esta posición, el profesional debe palpar las apófisis espinosas, observar si hay curvaturas, giba dorsal o asimetría lumbar (rotación de cuerpos vertebrales) (ver Figura N°3).

Figura N°3: Evaluación de test de Adams.

Fuente: Salud en la Escuela. Guía para la comunidad educativa (JUNAEB, 2017) (68)

Ante la **sospecha diagnóstica de escoliosis o dorso curvo**, si el o la adolescente está incorporado al sistema escolar y cursa 7° básico, debiera ser evaluado por el Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, que mantiene convenios con médicos especialistas en problemas musculoesqueléticos, generando una mejor oportunidad diagnóstica y de tratamiento. Si no cumple con criterio de grupo objetivo de JUNAEB o no existe el programa en el establecimiento educacional, derivar a médico de Atención Primaria, para evaluación y derivación a un nivel de mayor complejidad si corresponde.

Evaluación de pies.

La inspección del arco plantar tiene por objetivo evaluar la presencia de pie plano rígido y se recomienda que sea a través del uso de podoscopio. Para la diferenciación de pie plano rígido o flexible se puede solicitar al o la adolescente:

- Recostar sobre la camilla y realizar la maniobra.
- Presionar el primer ortejo: si levanta el talón y se produce una elevación del arco interno es porque corresponde a un pie plano flexible, de lo contrario corresponde a un pie plano rígido.
- Poner de pie con los talones levantados: un pie plano rígido no podrá mantenerse en bipedestación sobre el arco transversal.

Se debe considerar la obesidad como factor de riesgo para alteraciones musculoesqueléticas, especialmente, el incremento de la prevalencia de pie plano, a diferencia de los niños, niñas y adolescentes que su estado nutricional es de sobrepeso o eutrófico (69).

El pie plano rígido, con o sin dolor, además de otras alteraciones como halux valgo, pie cavo, sinostosis tarsiana, entre otros, se deben derivar a médico de Atención Primaria, quien evaluará y derivará a especialista.

Evaluación visual.

La evaluación de la agudeza visual busca identificar hasta qué tamaño de letras el o la adolescente examinado/a logra leer desde cierta distancia estandarizada. Para ello, se utiliza la cartilla E de Snellen abreviada, usada por el programa de JUNAEB (ver Anexo N°14), situada a 5 metros de distancia. Luego, se le pide a cada adolescente que responda correctamente el 60%, o más, de los optotipos de la fila señalada (70).

Se debe evaluar primero el ojo derecho (OD), luego el ojo izquierdo (OI), y después ambos ojos (AO). En caso de dudas o respuestas poco consistentes, se debe repetir nuevamente el procedimiento en la fila anterior. La evaluación concluirá al anotar en la ficha el valor correspondiente a la fila con el tamaño de optotipos más pequeños que el o la adolescente sea capaz de ver y la agudeza visual corresponderá a la última línea en la que se puedan leer correctamente más del 50% (71). Además, considere:

- Antes de comenzar el examen, que el o la adolescente se encuentre sentado correctamente, a la distancia indicada, con la visión a la altura de la cartilla que observará (en posición primaria de la mirada) y controle la correcta posición durante todo el examen.
- Durante el examen, utilizar un área bien iluminada y sin distracciones, evaluar de forma monocular (sin presionar el ojo contrario) y si el o la adolescente utiliza lentes ópticos realice el examen con ellos. Realice el registro de la evaluación por cada ojo y consigne si fue realizado con lentes. Preocúpese de señalar correctamente durante todo el examen.

Periodicidad del examen visual.

Se recomienda realizar el examen visual a los **12, 15 y 18 años**. A los 12 años verificar si se le realizó el auto screening en 6° básico por JUNAEB. Si se confirma que fue evaluado por el Programa de Servicios Médicos, el examen se posterga para evaluación a los 15 y 18 años. En caso de estar cursando 6° básico, se sugiere privilegiar el acceso al Programa de Servicios Médicos de JUNAEB, que asegura una atención continua con sus controles posteriores y la entrega de lentes.

En el caso que nunca haya sido evaluado por un especialista o Programa JUNAEB o que refiera problemas visuales al momento del Control, se debe realizar el tamizaje en el Control.

Se deben tener presentes estos criterios de derivación a JUNAEB, verificando que provengan de cursos focalizados y en caso de no ser posible, derivar a la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O) correspondiente al Centro de Salud. Si no se dispone de estos programas derivar directamente a médico de Atención Primaria.

Derivar a especialista, adolescentes con:

- Diferencia de dos o más líneas de visión, entre uno y otro ojo.
- Agudeza Visual, en uno o los dos ojos, igual o inferior 0,6 p (20/30p o 5/7,5p o 7/10).
- Sospecha de otra patología ocular.

Adolescentes con necesidades especiales de atención de salud, que tienen un riesgo elevado de tener trastornos visuales, deben mantenerse en control con su oftalmólogo de especialidad.

Evaluación de la audición.

En caso de sospecha de alteraciones de la audición, ya sea por cada adolescente o sus familiares, se debe investigar en la anamnesis:

- Antecedente accidentes que puedan asociarse a fractura temporal;
- Traumas acústicos por uso prolongado y a volumen alto de reproductores de música, y;
- Antecedentes familiares de hipoacusia.

En relación con la audición, indagar:

- Si la hipoacusia es uni o bilateral;
- De inicio súbito o arrastrado;
- El tiempo de evolución;
- Si impacta o no en sus actividades sociales; y
- Si se asocia a otros síntomas tales como otalgia u otorrea.

Al examen físico, observar integridad de pabellones auriculares y conductos auditivos externos, y el estado de la membrana timpánica, la cual puede estar normal, eritematosa, opaca, abombada, retraída, perforada, o tener escamas de piel, se debe sospechar patología crónica de oído si presenta episodios de otorrea sin dolor.

En caso de sospecha de hipoacusia o patología crónica de oído, el o la adolescente debe ser derivado al nivel secundario para atención por ORL y recibir la evaluación auditiva correspondiente. Puede derivarse al Programa de JUNAEB, especialmente, si ya fue evaluado por el Programa de Salud del Estudiante, esto debe hacerse previa coordinación con la dirección regional a fin de evaluar disponibilidad de cupos de atención a especialista.

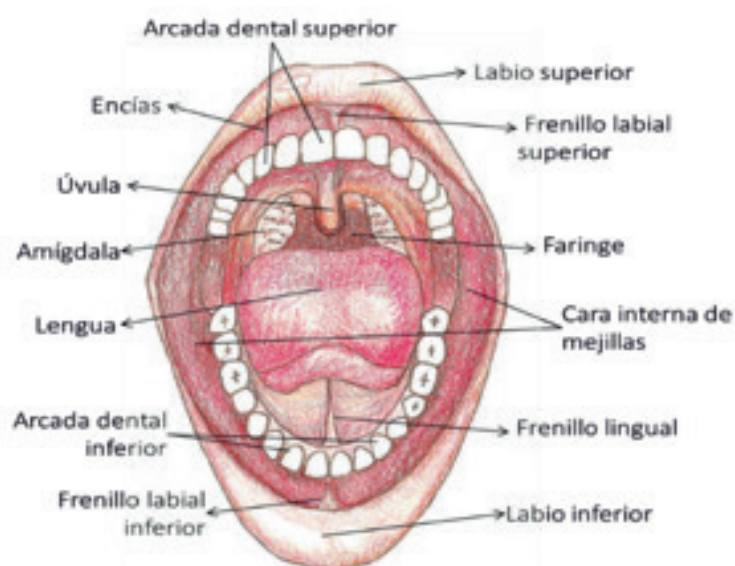
Evaluación Salud bucal.

El examen la cavidad oral es un área específica de evaluación durante el Control de Salud Integral de adolescentes. La boca y las estructuras que la forman cumplen funciones importantes en la vida cotidiana, y su buena salud influye positivamente no sólo en el bienestar físico sino también en el bienestar psicológico (autoestima) y social (comunicación y relaciones sociales) de los y las adolescentes.

Evaluar la salud bucal, determinar factores de riesgo de enfermedades bucales y entregar estrategias de prevención, es la manera más efectiva de prevenir las enfermedades crónicas más prevalentes en adolescentes (caries dental y la gingivitis). Los factores de riesgo se relacionan con las condiciones de vida, factores ambientales y del comportamiento, determinando grandes inequidades, presentándose con mayor frecuencia en adolescentes de nivel socioeconómico bajo y de zonas rurales.

Consiste en la inspección de la cavidad oral, la que debe realizarse en un lugar con buena iluminación e integrado en la secuencia habitual del examen físico general. Se debe utilizar un "baja lengua" y/o un espejo bucal y de ser necesario, utilizar una linterna para iluminar el interior de la boca (Figura N°4).

Figura N°4: Estructuras de la boca



Fuente: Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud (Programa Nacional de Salud de la Infancia, 2014).

Los principales factores de riesgo modificables a detectar durante la evaluación de salud bucal son:

- **Higiene bucal ausente o insuficiente:** evaluar la presencia de placa bacteriana o biofilm sobre los dientes y preguntar si sangran sus encías al realizar el cepillado dental.
- **Dieta alta en carbohidratos y azúcar refinada (dieta cariogénica):** preguntar sobre el consumo de alimentos azucarados, especialmente entre las comidas.
- **Uso inadecuado de fluoruros:** preguntar por el uso de pasta de dientes y consumo de agua potable con flúor.
- **Ausencia de controles odontológicos:** preguntar por la asistencia a control odontológico. Atención que se otorga con el objetivo de promocionar salud y prevenir y detectar enfermedades bucales, incluye evaluación de riesgo odontológico. Puede ser realizado en establecimiento de salud, domicilio u otro lugar adaptado para ello.
- **Presencia de piercing u otros elementos:** evaluar lugar de inserción, signos de infección y medidas de limpieza que utiliza.

Las distintas estructuras a evaluar son:(72)

Labios:

- Aumento de volumen por edema (ejemplo: reacción alérgica)
- Cambio de coloración (ejemplo: palidez de anemia)
- Lesiones costrosas (ejemplo: herpes simple)
- Si están inflamados, secos o agrietados (queilitis)
- Si existen boqueras (queilitis angular)
- Lesiones pigmentadas (algunos síndromes)

Mucosa, lengua y cara interna de las mejillas:

- Sequedad de la mucosa, por poca producción de saliva, xerostomía.
- Múltiples placas blanquecinas que no se desprenden con la higiene de la boca, candidiasis.
- Úlceras superficiales, habitualmente ovaladas, muy dolorosas, rodeadas de eritema (úlceras orales).
- Inflamación en la salida del conducto de Stenon, puede deberse a Parotiditis Infecciosa, o alguna otra alteración de la glándula.
- Existencia de lesiones.

Paladar:

Se divide en paladar duro y blando.

- Paladar duro: Evaluar si presenta torus palatino o prominencia ósea en la línea media, otras lesiones.
- Paladar blando o velo del paladar: Evaluar presencia de lesiones.

Evaluar cambios de color, consistencia, forma y tamaño, presencia de lesiones.

Piso de boca:

Evaluar aumentos de volumen (mucocele, ránula).

Encías y dientes:

Para las encías, evaluar aspecto, coloración, tamaño, humedad. Algunas posibles alteraciones que deben registrarse son:

- Inflamación, sangrado, enrojecimiento que puede indicar gingivitis, la cual puede ser asociada únicamente a placa bacteriana
- Gingivitis mediada por factores de riesgo sistémicos o locales, entre los sistémicos se encuentran Tabaquismo, Hiperglicemia, Factores nutricionales, Agentes farmacológicos, hormonas sexuales esteroideas (pubertad, ciclo menstrual, embarazo), Anticonceptivos orales, Trastornos hematológicos.
- Hipertrofia gingival inducida por fármacos.

Para los dientes, evaluar higiene de los dientes, caries evidentes.

Faringe:

Se divide en 3 partes nasofaringe, orofaringe y laringofaringe. El examen es mejor si se ilumina con una linterna u otro. Evaluar si hay inflamación o heridas en pilares palatinos anteriores y posteriores, y las amígdalas.

Glándulas salivales:

Evaluar si están aumentadas de volumen y/o dolorosas a la palpación, y si el flujo salival está disminuido.

Alteraciones de la mucosa oral o presencia de lesiones, podrían ser manifestaciones de otras enfermedades sistémicas tales como infección por virus del papiloma humano (VPH), Sífilis, Gonorrea, VIH. También puede ser un desorden potencialmente maligno, o la manifestación de cáncer oral.

Deben ser derivados adolescentes si:

Al examen de la cavidad oral encuentra alguna alteración en el aspecto, coloración, presencia de inflamación, heridas o úlceras de más de 10 días de evolución, en zonas de tejidos duros o blandos, se recomienda la evaluación por un cirujano dentista.

Evaluación de la presión arterial (PA).

Los valores de la PA presentan variaciones progresivas, según la edad, sexo, crecimiento y desarrollo corporal. Con el inicio de la pubertad, la PA sistólica y diastólica pueden aumentar de 1-2 mmHg y 0,5-1 mmHg al año, respectivamente. Entre los 13 y 18 años, vuelven a incrementar, con mayor notoriedad en varones, por su mayor masa corporal y desarrollo puberal más tardío. Las cifras elevadas de PA en la infancia y adolescencia están altamente relacionadas con hipertensión en la adultez (73).

Para la pesquisa de PA elevada o hipertensión (ver Tabla N°8), se debe hacer una distinción entre los y las adolescentes a partir de los 15 años, ya que quienes tengan una presión arterial sistólica (PAS) 140 mmHg o diastólica (PAD) 90 mmHg deben ser derivados para confirmar o descartar el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) (74). La recomendación es una toma de PA con un equipo validado de forma anual, a menos que existan otros factores de riesgo presentes, tales como antecedente familiar de hipertensión.

Evaluar de acuerdo a las tablas de presión arterial según edad cronológica, sexo y talla (ver Anexos N°11 y N°12).

El **diagnóstico de hipertensión en adolescentes** se realiza a través de un perfil (Anexo N°13) cuando su PA se encuentra igual o sobre percentil 95 en tres diferentes mediciones, en aquellos de 13 años o más corresponde a >130/80 mmHg (75).

Tabla N°8: Categorización de las etapas de pesquisa de presión arterial.

Pesquisa	Adolescentes de 10 años a < 13 años	Adolescentes de 13 años a < 18 años
Presión Arterial Normal	< Percentil 90 (PAS y PAD)	< 120mmHg (PAS) y <80mmHg (PAD)
Presión Arterial Elevada	> Percentil 90 y < Percentil 95 (PAS y PAD)	> 120 a <130 mmHg (PAS) y < 80 mmHg (PAD)
Hipertensión Arterial Etapa 1	> Percentil 95 a < percentil 95 (PAS y PAD)	> 130/80 a < 140/90
Hipertensión Arterial Etapa 2	> Percentil 95 + 12 mmHg (PAS y PAD) o >140/90	> 140/90

Fuente: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017 (75).

Deben ser derivados adolescentes a:

- Programa Vida Sana: adolescentes con diagnóstico de sobrepeso, obesidad y/o perímetro de cintura aumentado y menores de 15 años con Diabetes Mellitus tipo 2 o con Hipertensión.
- Equipo Atención Primaria: adolescentes con sospecha de hipertensión arterial para realizar el perfil de presión arterial, confirmación diagnóstica, evaluación del riesgo cardiovascular e inicio de tratamiento.
- Atención secundaria: adolescentes con sospecha de HTA con sospecha de causa secundaria, HTA en menores de 15 años.
- SAPU o Servicio de Urgencia más cercano: adolescentes con presión arterial igual o sobre 180/90 mmHg o que se encuentren con sintomatología atribuida a el aumento de presión arterial (tinnitus, cefalea u otro).

3.4 VARIACIONES NORMALES DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.

Los profesionales de salud deben detectar las variaciones normales del desarrollo de adolescentes, orientarles, al igual que a su familia, y ofrecer acompañamiento, seguimiento y/o derivación, en caso de ser necesario.

Tabla N°9: Variaciones normales del desarrollo adolescente y señales de alerta.

Variaciones del desarrollo físico	Señales de alerta
Ginecomastia: En hombres, durante la pubertad puede aumentar el tamaño areolar de la mama y en casi un 75% también lo hace el tejido mamario subyacente, de forma uni o bilateral. Esto tiene asociación familiar (76) y debe diferenciarse de la adipomastia, que es tejido de consistencia más blanda y con menor delimitación (77). La ginecomastia suele coincidir con la etapa III de Tanner y, habitualmente, es de resolución espontánea en menos de 1 año (78).	Aquella de aparición antes de la pubertad, progresiva, de mayor consistencia, que sobrepase los 4 cms. de diámetro mayor y/o que se asocia con antecedentes personales y familiares (77).
Desarrollo mamario asimétrico: Frecuente en las mujeres, en la mayoría de los casos transitorio.	Molestias físicas asociadas, molestias psicológicas asociadas.
Acné: Es un trastorno de la piel frecuente en la adolescencia, en ambos sexos, donde los andrógenos suprarrenales y gonadales estimulan las glándulas sebáceas y promueven la aparición de comedones y lesiones inflamatorias en la cara y el tronco.	Si es alta intensidad comedogénica y/o extensión, aparición de nódulos inflamatorios y/o cicatrices.
Hipertrichosis: La mayor parte de las veces idiopático o de origen familiar. Se trata de un vello fino, constitucional, distribuido en forma homogénea (79).	Sospecha de hirsutismo (vello largo, grueso), distribución androgénica, asociación a uso de fármacos, asociación a alteraciones menstruales
Ciclos menstruales irregulares: Durante los dos primeros años posteriores a la menarquia los ciclos menstruales son frecuentemente irregulares, producto del proceso de maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.	Amenorrea de más de 3 meses, polimenorrea e hipermenorrea persistente.
Flujo vaginal puberal: Aparece previo a la menarquia y se debe a la acción estrogénica en paredes vaginales. Se diferencia del flujo vaginal patológico por ser escaso, inoloro y no acompañarse de dolor, prurito ni disuria.	Aparición de flujo vaginal abundante, de mal olor, sanguinolento, acompañado de dolor, prurito o disuria

Desarrollo psicosexual:

El profesional durante el Control de Salud debe **fomentar el desarrollo saludable de la sexualidad**. De forma general, es importante no patologizar cuando el o la adolescente presente señales de que su desarrollo sexual y de la identidad de género no van acorde a lo que cultural y socialmente es aceptado.

Los factores que intervienen en el desarrollo psicosexual son biológicos, psicológicos y sociales. Desde lo biológico, se encuentra el sexo genético, establecido al momento de la concepción a partir de la conformación cromosómica y posteriormente con la conformación del sexo fenotípico, en que se produce la diferenciación gonadal o fenotípica. Situaciones en que los genitales no se ajustan a las categorías de lo “femenino” o “masculino”, se pueden encontrar en la literatura como desarrollo sexual diferente o Intersex (80).

El inicio de la adolescencia se define biológicamente por la pubertad y su finalización por factores sociales, como la independencia económica y la asunción de funciones que son reconocidas culturalmente como que corresponden a los adultos.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios, provocan en el o la adolescente nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a sí mismo y los demás, en conjunto a curiosidad, búsqueda de información y al requerimiento de mayor privacidad.

Existen conductas de la esfera de la psicosexualidad que se pueden considerar como esperables, y dan cuenta de un desarrollo armónico o de una trayectoria “típica” de su sexualidad, tales como las expresiones de afecto por sus pares, ya sea por razones de amistad y/o románticas, tener pareja (pololo o polola). En esta etapa el impulso sexual adquiere una orientación a la búsqueda de un encuentro con otra persona y existe mucha preocupación por los cambios corporales y la propia apariencia. Es normal la masturbación, con un carácter relevante en el autoconocimiento de su cuerpo.

La identidad sexual se establece durante la adolescencia, siendo la persona, al final de ella, capaz de unificar y relacionar diversos aspectos como su sexualidad, normas, valores, ética y objetivos en la vida (81).

La **identidad sexual** está constituida por tres componentes que es preciso reconocer y diferenciar:

1. **La identidad de género:** Convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a un género determinado, más allá de sus características biológicas (cromosómicas, hormonales y/o sexuales) (82).
2. **La expresión de género** se refiere a como una persona manifiesta su identidad de género – la que es percibida por el resto de las personas – a través la expresión de sus roles sociales y su conducta en general, incluyendo su nombre, vestimenta y modo de hablar, independiente del género que se le asignó al nacer (83).
3. **Orientación sexual:** se refiere a la atracción emocional y sexual que experimenta (82).

Si el o la adolescente requiere información que promueva su salud sexual, debe ser derivado a consejería en este ámbito, entregada por el o la profesional de forma clara, comprensible, completa, sin sesgo y confidencial, en consideración de su edad y madurez psicológica, creencia y formación (84). Para más información, revisar la guía de **Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes: Orientaciones para los equipos de Atención primaria (2016)**.

Señales de alerta en el desarrollo psicosexual:

- Se muestra agresiva/o o temerosa/o, excesivamente incómoda/o al hablar de sexualidad, aún sin la compañía de su acompañante en el box.
- El examen físico o el contacto causa agitación, ira, miedo y/o ansiedad.

Si durante el Control se detecta alguna de estas condiciones, se deben buscar más antecedentes para evaluar si el o la adolescente requiere derivación o, inclusive, denuncia si se pesquisaría una vulneración de derechos. Es importante no forzar el tema y generar un ambiente de confianza, para contener al o la adolescente.

Deben ser derivados adolescentes que:

- Señalen o manifiesten compulsividad en la masturbación, realización en público, o dificultad y/o dolor al eyacular.
- Refieran haber sido forzados/as o forzar a otra persona a tener relaciones sexuales, u otra acción de carácter abusiva.
- Señalen erecciones dolorosas o autolesiones para detener la erección.
- Manifiesten síntomas o signos físicos, al tener relaciones sexuales consentidas (dispareunia, dificultad para lograr la erección, eyaculación precoz/tardía) o sin causa aparente (vaginismo).
- Soliciten ver a otro profesional para ver temáticas de sexualidad.

En adolescentes que afirmen ser trans o de género no conforme, cada profesional debe mantener una visión afirmativa de su identidad de género, respetar su pronombre y nombre social, ofrecer derivar al **Programa de Acompañamiento de niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme**, conforme a si el o la adolescente manifiesta interés.



CAPÍTULO IV. EXÁMENES QUE SE PUEDEN SOLICITAR EN EL CONTROL DE SALUD, A PARTIR DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA.

4.1 EXÁMENES PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT).

ANTECEDENTE	EXAMEN
Historia familiar de: Enfermedad cardiovascular prematura en familiar de 1º grados (padre, madre, hermano/a) ¹ : -hombres < 55 años -mujeres < 65 años Hipercolesterolemia familiar (Padres con niveles de colesterol total > 240 mg/dL.)	Perfil lipídico (85).
Obesidad	Medición de presión arterial Glicemia Perfil lipídico
Hipertensión arterial (86).	Hemograma Electrolitos plasmáticos Gases venosos Creatinina Nitrógeno ureico Ácido úrico Examen de orina completa Urocultivo En pacientes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico o antecedentes familiares de dislipidemia: Perfil lipídico Glicemia en ayunas Hemoglobina glicosilada
Riesgo de anemia	Perfil hematológico(87)

Los valores de referencia del perfil lipídico son: col-total < 200 mg/dL, col-HDL ≥ 40 mg/dL, col-LDL < 130 mg/dL, col no-HDL < 145 mg/dL y TG < 100 mg/dL para niños menores de 10 años y < 130 mg/dL para niños mayores de 10 años (88).

4.2 EXÁMENES DE LABORATORIO PARA DETECCIÓN DE INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS.

Se recomienda ofrecer exámenes para el diagnóstico de la Infección por VIH y otras ITS en adolescentes que:

- Mantengan o hayan mantenido prácticas sexuales penetrativas, ya sea anales o vaginales sin condón, o en aquellas en que el preservativo no se ha usado correctamente.
- Hayan mantenido relaciones sexuales con más de una persona, en el último año.
- Compartan o hayan compartido jeringa por vía endovenosa, por uso de drogas.
- Los soliciten de forma espontánea.

Víctimas de violencia sexual: de acuerdo a lo señalado en la Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual, solicitar exámenes y profilaxis de ITS a fin de evitar el desarrollo de la fase sintomática y las consecuencias de las infecciones a causa de la agresión sexual (41).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en exámenes sanguíneos estándar, que son capaces de detectar anticuerpos y antígenos para VIH. Si estos resultan reactivos, el Instituto de Salud Pública realiza métodos más específicos que permiten confirmar o descartar la infección por VIH.

El **test visual para VIH (test rápido)** es una oportunidad para facilitar el acceso al diagnóstico precoz, ya que no requiere de equipamiento ni infraestructura compleja y por ello puede ser realizado en distintos espacios e instancias, que cumplan los requisitos mínimos para su implementación, definidas por el Ministerio de Salud (89). En los establecimientos asistenciales de la Red Pública, se debe propiciar el acceso y disponibilidad al test visual.

Independiente de la técnica a aplicar, el examen de VIH debe ser siempre ofrecido o solicitado con orientación e información previa, con firma de carta de manifestación de Voluntad (consentimiento informado) y con consejería a la entrega del resultado (90).

En el caso específico de las **personas entre 14 años y menores de 18 años**; se debe aplicar lo dispuesto en el Decreto 23, del 2 de julio de 2019, que modifica el Reglamento 182 del año 2005 (90).

En el contexto de la técnica visual/rápido para VIH, cada adolescente puede acudir al establecimiento de APS **de su preferencia, independiente de criterios de territorialidad o de su previsión** y solicitar este examen, el cual se espera esté disponible de manera inmediata. De no poder realizarse en ese momento, la persona será informada de esta situación señalando el día y horario de disponibilidad de la prueba.

Infecciones de transmisión sexual (ITS):

Solicitar exámenes en caso que los y las adolescentes presenten síntomas y signos tales como:

- Lesiones genitales como verrugas, lesiones ampollares o heridas
- Secreción uretral, vaginal o anal
- Disuria
- Prurito genital
- Cervicitis

- Orquitis
- Epididimitis
- Estenosis uretral
- Prostatitis aguda o crónica
- Dolor abdominal bajo asociado o no a menstruaciones, flujo vaginal, y/o dispareunia.

Solicitar los siguientes exámenes:

- Serología no treponémica para detección de Sífilis: VDRL o RPR.
- PCR para detección de Gonorrea y Chlamydias.
- Tinción de Gram y Cultivo *Neisseria gonorrhoeae* (presencia de secreción anormal).
- Estudio de flujo directo para *Trichomonas* (presencia de flujo genital atípico).
- Serología para Hepatitis B: Antígeno de Superficie (HbsAG)
- Serología para Hepatitis C.

Si algún examen no está disponible en el establecimiento de Atención Primaria se debe derivar al establecimiento especializado donde esté centralizada la atención, diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (UNACESS).

4.3 EXAMEN GINECOLÓGICO Y PAPANICOLAOU (PAP)

Realizar un **examen ginecológico anual** en mujeres adolescentes sexualmente activas y derivar a consejería específica sobre factores de riesgo y protectores. En adolescentes recién iniciadas en actividad sexual penetrativa, se puede postergar hasta un año el control ginecológico. **No se justifica la toma de PAP periódico en mujeres menores de 21 años** (91).

El Control de Salud es una oportunidad propicia para entregar información acerca del origen del cáncer cervicouterino y de sus factores y cofactores de riesgo, así como la promoción acerca de los beneficios de la vacuna VPH.

Principal factor de riesgo (92):

- Infección persistente por algunos de los genotipos oncogénicos de VPH
- Inmunosupresión o positividad para VIH
- Tabaquismo
- Multiparidad (3 o más partos)
- Historia de múltiples parejas sexuales
- Uso de anticonceptivos durante largos periodos de tiempo.
- Otros factores de riesgo



CAPÍTULO V. INMUNIZACIONES.

Consideraciones para la inmunización:

- Profesional que realice el Control de Salud Integral debe revisar el calendario de inmunizaciones, según la normativa ministerial vigente¹⁴.
- Las vacunas son gratuitas según edad o curso, tanto para los que se encuentran en el sistema formal y los no escolarizados.
- La vacunación escolar se desarrolla durante el segundo semestre de cada año y aquellos/as adolescentes que por algún motivo no reciban la vacuna, podrán acudir a un vacunatorio público o privado en convenio con la SEREMI de salud correspondiente (93).
- La vacunación escolar corresponde a una medida instruida por Decreto Ministerial, esto implica que tiene carácter obligatorio y no corresponde aplicar un procedimiento de consentimiento informado. No obstante, se debe informar a padres, cuidadores y apoderados, según corresponda, a través de una carta del establecimiento de salud con el objetivo y fecha planificada (93).

A continuación, **calendario 2021 para población escolar**:

VACUNACIÓN ESCOLAR		
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubeóla y parotiditis.
	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos convulsiva.
4º Básico	VPH (1ª dosis)	Infecciones por Virus Papiloma Humano.
5º Básico	VPH (2ª dosis)	Infecciones por Virus Papiloma Humano.
8º Básico	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos convulsiva.
GESTANTES		
Desde las 28 semanas de gestación.	dTp (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos convulsiva.

En caso de emergencia sanitaria por COVID-19:

Según el Ordinario B27/1389 del 6 de mayo de 2020 (94), la continuidad de la estrategia del Programa Nacional Inmunización sigue vigente para evitar brotes. En caso de no poder realizar las acciones coordinadas con los establecimientos educacionales, se debe proceder a planificar estrategias de rescates (95).

La pertinencia de la vacunación escolar extramural debe ser evaluada según la situación epidemiológica propia del contexto local y utilizando todas las recomendaciones brindadas por la autoridad sanitaria.

14- Para más información, revisar: <https://vacunas.minsal.cl/>



Fuente: Elaboración propia, en colaboración con el Centro de Salud Integral Adolescente, Huechuraba. MINSAL.

CAPÍTULO VI.

RECOMENDACIONES PARA UNA PRÁCTICA CLÍNICA PERTINENTE A POBLACIONES ESPECÍFICAS.

El Programa considera importante avanzar en la adecuación de las prácticas clínicas desde la pertinencia cultural, especialmente, en adolescentes migrantes, refugiados y refugiadas y/o pertenecientes a pueblos indígenas u originarios, como también en situación de discapacidad y/o con vulneración de derechos. Pues es en estas poblaciones donde se observan mayores brechas e indicadores negativos de salud asociados, por ejemplo, a alta deserción escolar, limitado acceso a los servicios de salud, entre otros (96).

En el año 2016, la OMS/OPS publica el documento de “Normas o estándares globales de calidad para la atención de salud integral de adolescentes”, en el que se define el grado de calidad necesario que deben tener los servicios de salud describiendo, además, las características de éstos para satisfacer las necesidades de adolescentes, aminorando de esta forma las barreras que presentan los servicios de salud (97).

Dentro de estos estándares, la Norma N°6, hace explícitamente alusión a la equidad, estableciendo que se debe proveer prestaciones y atención de calidad para cada adolescente, independiente de su capacidad de pago, edad, sexo, nivel educacional, origen étnico, orientación sexual, entre otros; siendo necesario ampliar el contexto del abordaje intercultural en esta etapa de vida.

Por tanto, en el presente capítulo, se desarrollan aspectos y acciones para brindar una atención integral en el contexto del Control de Salud, desde un enfoque de pertinencia cultural, esperando que estas consideraciones puedan servir al equipo de salud, principalmente, del primer nivel de atención que tengan en su territorio adolescentes con vulneración de derechos, en situación de discapacidad, o mayor población migrante o de pueblos originarios, pero siendo referencial también para los otros niveles de atención.

La salud con pertinencia cultural, sin lugar a dudas, constituye un desafío para los proveedores del sistema de salud. En términos conceptuales, la pertinencia cultural en salud se deriva del principio del derecho a la diferencia y quiere decir “adecuado a la cultura”. En el caso de su aplicación en el Sistema de Salud Público de Chile, el horizonte es que el propio sistema sea el que conceptualice, organice e implemente su quehacer, teniendo como referencia los conocimientos, prácticas y los valores de la cosmovisión en salud de los pueblos originarios y poblaciones migrantes, de tal modo que el sistema de salud se adapte, respete las formas de vida de los pueblos originarios (y no sean estos quienes tengan que modificar o abandonar sus prácticas socioculturales), y realizar los esfuerzos para comprender y, por lo tanto, adecuarse a las lógicas de funcionamiento del sistema de salud público. En este sentido, la pertinencia cultural exige permanentemente al sistema de salud y a quienes los componen hacer adecuaciones de sus propias prácticas y de su cultura organizacional, además de instalar constantemente competencias en los equipos de salud.

6.1 COMPETENCIA CULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD DIFERENCIADOS PARA ADOLESCENTES.

Existen dos fenómenos articulados que determinan la necesidad de desarrollar competencias interculturales en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Por un lado, los movimientos migratorios y, por otro lado, los diferentes pueblos originarios que habitan el país, cada uno de ellos con una diversidad cultural y construcción social de los sistemas médicos (etiologías de salud). Lo anterior, exige incorporar modelos teóricos y de práctica que permitan brindar una atención en salud oportuna, de calidad y pertinente a las comunidades a quienes se dirigen las acciones, considerando la diversidad existente (98).

La competencia cultural.

De acuerdo a Bernales et al., la competencia cultural en salud es entendida como:

“La habilidad que deben poseer los trabajadores y funcionarios de la salud para incorporar una visión del contexto social y cultural de cada usuario, incrementando así la posibilidad de lograr una real comunicación y atención integral” (94).

Por su parte, Larry Purnell, que reconoce la diversidad en creencias, prácticas y hábitos en salud, define la competencia cultural como:

“La adaptación de la atención médica de una manera consciente, a través de los conocimientos, actitudes, conductas e incluso políticas que capacitan a un profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales” (99).

Lo anterior, debiese utilizarse para la interacción entre toda persona y los equipos de salud, sin embargo, es aún más importante desarrollarla y emplearla cuando ambas partes se reconocen como pertenecientes a grupos diferentes, como, por ejemplo, cuando el equipo de salud y el o la usuaria poseen distinta nacionalidad o se declare como perteneciente a un pueblo originario (100).

En este sentido, la *International Society for Social Pediatrics and Child Health* (101), ha planteado que para que un encuentro clínico sea exitoso y de calidad, debe existir comunicación entre los NNA, el adulto responsable y el equipo de salud. En este contexto, se ha relevado, por ejemplo, el rol de los facilitadores interculturales en el sistema de salud para ayudar a los equipos clínicos a identificar y explicar distintos conceptos y necesidades en salud, lo que influye en un diagnóstico certero, tratamiento pertinente y cuidado profesional de calidad (102-104), toda vez que se logra desarrollar una atención con una actitud respetuosa, no juzgadora y consciente de los propios prejuicios que impactan en la atención (105).

Los servicios de salud con pertinencia cultural son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación, es decir, ofrecen atención tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de los territorios en donde se interviene y se brinda atención.

Esto debe incluir:

- La **adaptación** de todos los procesos de la atención a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias).
- La **valoración e incorporación de la cosmovisión** y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones

asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas y/o países, según establece el Artículo 7, de la ley 20.584.

Acorde a lo anterior, se requiere de consideraciones específicas para el curso de vida, de acuerdo con los lineamientos generales de atención en salud con pertinencia cultural. Y, en el caso de adolescentes, se espera que:

- Se entregue una atención, tanto para él o ella y su acompañante, con respeto a su cosmovisión y etiología de salud.
- Si ha recibido algún tratamiento por un agente de salud tradicional, ésta debe respetarse.
- No se impongan visiones biomédicas de lo que se debe cumplir como requisito para cada etapa, respetar las características del curso de vida, de acuerdo a su propia cultura y/o pertenencia a pueblos originarios.
- Exista una actitud de escucha activa para desarrollar la amplitud de pensamiento y de buena disposición, para no imponer nuestro sistema de ideas y conocimientos sobre las otras personas.
- Se considere el proceso histórico de la relación entre el sistema de salud occidental y los sistemas de salud asociados a los distintos pueblos originarios.
- Se despoje de prejuicios y sesgos culturales sobre otras formas de entendimiento de la vida y del mundo.
- Se respete las solicitudes de derivación del adolescente con los agentes de salud tradicionales.
- Se generen y/o fortalezcan mecanismos de información sobre el sistema de salud orientado a población adolescente migrante y/o de pueblos originario, en donde se comunique en un lenguaje simple, claro y con pertinencia al idioma o lengua, los requisitos y pasos para la inscripción en los Centros de Salud y recibir las prestaciones de la canasta del Plan de Salud Familiar, específicamente, el Control de Salud Integral Adolescente.
- Se resguarden aspectos de forma y buen trato a adolescentes migrantes y/o de pueblos originario desde el sector salud, a través de estrategias de capacitación y sensibilización, rechazando toda forma de discriminación en la atención.
- Se fortalezcan acciones de sensibilización y entrenamiento a los equipos de salud relacionados con SSR y/o salud mental, en necesidades y pertinencias específicas de adolescentes migrantes y/o de pueblos originario.
- Se promuevan acciones de promoción y prevención en salud mental al interior de los establecimientos educacionales, facilitando los mecanismos de derivación a especialistas de salud mental en adolescentes migrantes y/o de pueblos originario.
- Durante la realización del Control de Salud Integral del Adolescente, la pregunta por nacionalidad y/o pertenencia a pueblo originario corresponde al conjunto mínimo básico de datos de identificación de la persona. Es una pregunta tan clave y relevante como la edad y el sexo.
 - * Es una pregunta de carácter universal, lo que significa que debe ser realizada a todo adolescente, en los establecimientos del territorio nacional.
 - * La pregunta debe ser formulada en los términos en que aparece, sin interpretaciones ni modificaciones. Es importante tener el cuidado de mantener un estándar en la forma en cómo se realiza la pregunta, procurando que su formulación respete la estructura de la pregunta.
- La atención de SSR del adolescente migrante y/o de pueblos originarios también considere enfoque de género, enfoque de derechos y enfoque territorial, respetando las diversidades al interior de las distintas colectividades de pertenencia.
- Se disponga información en formato póster acerca de deberes y derechos de los y las adolescentes, respetando la pertinencia cultural en la forma en la que los mensajes se entregan (por ejemplo, idioma o elementos gráficos), acerca de servicios disponibles, normativas de protección de la

confidencialidad de la información, como 'navegar' dentro del sistema de salud, ubicación de su CESFAM más cercano, acceso a facilitador intercultural en caso de hablar idioma distinto a español, entre otros (106).

- Sea considerada la historia de migración y/o el rol tradicional que puede tener cada adolescente dentro de su núcleo al momento de realizar valoración familiar (107,108) con apoyo de instrumentos como genograma, ecomapa y/o APGAR familiar (Anexo N°21), entre otros. A través de estas actividades, se puede identificar, por ejemplo, el nivel de aculturación dentro de la familia o los roles y relaciones con miembros que se encuentran dentro o fuera del país (44,45). Permite, además, identificar redes de apoyo para el cuidado de las y los adolescentes en el hogar.
- Los instrumentos que se utilizan en la supervisión de salud deben ser sometidos a validación cultural de expertos/as (109,110), evitando la estandarización de patrones o modelos de desarrollo únicos.
- En países con un alto porcentaje de población migrante, como Australia, los servicios de salud cuentan con instrumentos traducidos a diversos idiomas, pero también han enfatizado que la manera en que los profesionales comunican a la o el adolescente y/o padres/madres o cuidadores/as el objetivo de la evaluación y su significado, siendo estos aspectos clave para favorecer el acceso a estos screening y potencial derivación en caso de riesgo.

6.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CONTROL DE SALUD ADOLESCENTE CON PERTINENCIA CULTURAL.

a) El personal de salud registra la variable de pertenencia pueblos originarios y/o migratoria:

- Registro del código de la variable de pertenencia a pueblos originario, según normativa vigente (111).
- Cuenta con reportes mensuales de atención de cada adolescente en servicios diferenciados por pertenencia a pueblo originario y/o migración, analiza las brechas e identifica las necesidades de cada adolescente.
- En el caso de Chile y sus pueblos originario, la respuesta podrá ser cualquiera de los pueblos originario codificados al momento y reconocidos en la Ley N°19.253 (Mapuche, Aimara, Rapa Nui, Atacameño, Quechua, Colla, Diaguita, Chanco, Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán).
- No olvidar que la pregunta es estandarizada, universal y de autoidentificación.

b) Contar con ambientación y ajustes pertinentes y adecuados en el lugar de atención de cada adolescente, especialmente, en el caso de Servicios de Salud presentes en territorios de alta concentración de pueblos originarios:

- La ambientación del lugar de atención para adolescentes tiene materiales de acuerdo a la cultura local, por ejemplo: colores, cuadros, imágenes o señalética en idioma local, símbolos representativos del mensaje que se quiera transmitir, entre otros.
- Los y las adolescentes participan en la adecuación de su ambiente.
- El horario de atención es definido según la disponibilidad de los y las adolescentes y tomando en consideración las realidades territoriales (conectividad, accesibilidad, entre otros).

c) El equipo multidisciplinario de atención integral para adolescentes tiene competencias en salud intercultural.

- Se dispone de un plan de capacitación continua, que considere contenidos desde el enfoque de interculturalidad en salud, con el objetivo de avanzar en los conocimientos y sensibilización en los profesionales que atienden adolescentes.

- El plan de capacitación del establecimiento de salud incluye la salud intercultural como parte de su programación.
- Se propicia el trabajo interdisciplinario del equipo de sector, dando cabida a las perspectivas de profesionales del área de la salud, gestión administrativa y ciencias sociales.
- Se propicia una actitud de escucha activa cuando se relatan experiencias personales y/o cuando se presentan las demandas o un problema que se quiere resolver.
- No se imponen los conocimientos en forma jerárquica, se consideran todas las ideas.
- Se produce una conversación que permita generar propuestas que consideren la realidad sociocultural de cada adolescente.

e) Elabora y utiliza materiales educativos de acuerdo a la realidad local, con la participación de los y las adolescentes. Además, fomenta la valoración cultural realizando actividades educativas y recreativas en la misma comunidad.

- Los materiales impresos (dípticos, afiches, etc.) y/o audiovisuales (videos, spots) relacionadas al Control de Salud, tienen imágenes culturalmente adecuadas y mensajes con pertinencia en el idioma, ya sea de pueblos originarios y/o de población migrante internacional.

Para proveer atención de salud en un ambiente culturalmente pertinente, se hace necesario que el equipo de salud sea consciente no sólo de la etapa del desarrollo y de las necesidades de cada adolescente, sino que también sean sensibles a la diversidad cultural, sin prejuicios ni discriminación, a través de lo cual tendrán mayor posibilidad de establecer relaciones basadas en la confianza con los y las usuarias, mayor capacidad de levantar diagnósticos básicos para una mejor toma de decisiones y, por tanto, responder a sus necesidades con mayor efectividad.

6.3 ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A PROGRAMAS DE RED DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA

Los y las adolescentes beneficiarios de algún programa de protección especializada, antes del Servicio Nacional de Menores (SENAME), como de justicia juvenil constituyen una prioridad nacional, ya que el Estado se hace cargo de velar por la restitución de sus derechos. En este sentido, es importante recordar que el ingreso de cualquier adolescente a un programa de protección, se produce en dos situaciones: vulneración a sus derechos o cuando los y las adolescentes cometen una infracción a la Ley. Ante una vulneración de derechos, dicho ingreso, corresponde a una medida de excepción decretada por Tribunales de Familia o Tribunales con competencia en Familia, debido a graves vulneraciones de derechos, motivo por el cual han debido ser separados de su grupo familiar de origen. En caso, que las y los adolescentes hayan cometido un delito en el marco de la Ley N°20.084, deben cumplir la sentencia decretada por el Sistema Judicial, en centros privativos de libertad o en medio libre.

Desde el punto de vista sanitario, los y las adolescentes que participan en programas de protección, presentan una prevalencia de trastornos mentales superior a la población general. En población general, un 22,6% de los niños, niñas y adolescentes (NNA) presenta trastornos mentales y en el estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva con población en protección por vulneración de derechos, existe una prevalencia de 69,1% de cualquier trastorno mental, siendo los más prevalentes el riesgo de suicidio (45,3%), dependencia de drogas (40%) y trastornos de conducta (disocial 25,7% y negativista desafiante 23,5%) (112).

En adolescentes que se encuentran cumpliendo algún tipo de condena en centros cerrados o semi-cerrados (CIP-CRC-CSC), la prevalencia de trastornos mentales es de un 86,3% (113), siendo los más frecuentes los trastornos asociados al consumo de sustancias de abuso (75,5%), los trastornos disruptivos (37,8%, donde el 27,7% corresponde a trastorno de conducta y el 27,1% a trastorno oposicionista desafiante) y el trastorno por déficit atencional (25,6%). La comorbilidad psiquiátrica se presentó en un 67,7% de los adolescentes, con 2 o más trastornos comórbidos (113). Además, en esta población, se evidencia un coeficiente intelectual con mayor proporción de adolescentes y jóvenes con un desempeño inferior al de su grupo etario. En efecto, el 69,9% obtiene un resultado calificado como deficiente, 19,9% referido como bajo lo normal, 8,2% se encuentra en un rango denominado normal y un 2% en rango normal superior (112). En relación a la presencia de conductas auto lesivas, ideación suicida e intento de suicidio, un 59,7% de adolescentes y jóvenes se han causado daño a sí mismos y un 78,7% piensa en dañarse o suicidarse (112).

Otro importante antecedente es que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que se encuentran en programas de protección tienen un riesgo de morir por lesiones autoinflingidas 2,3 veces mayor que la población general en dicho grupo etario y 4,8 veces mayor por agresiones¹⁵.

Para el año 2012 existía una brecha asistencial de 88,9% para responder a las necesidades de salud mental de NNA en protección por vulneración de derechos (114).

Entonces, a partir de los resultados de varios estudios mencionados, adolescentes y jóvenes que se encuentran en algún programa de protección, tanto de la línea técnica de protección como de justicia juvenil, tienen mayores problemas de salud que sus pares, ya sea por la discontinuidad de la atención o por sus condiciones personales y/o familiares (115).

Por ello, el Control de Salud Integral es una oportunidad para la detección precoz y definir en conjunto, el abordaje más apropiado, centrado en la persona, de acuerdo a los riesgos y necesidades particulares de cada adolescente, ya que en este grupo en particular, se suman otros determinantes sociales de la salud, como los factores contextuales, familiares, personales, económicos, sociales u otros que aumentan la carga de enfermedad.

Desde el sector de salud, a través del Control de Salud Integral, se busca promover y acompañar el desarrollo integral de los y las adolescentes para que alcancen el máximo potencial de sus capacidades, generando mecanismos intersectoriales que permitan detectar situaciones de riesgo y actuar a tiempo, de forma colaborativa entre los diferentes equipos institucionales que trabajan con el mismo adolescente y su familia. Sin duda, retomar la trayectoria de desarrollo, contribuirá a mejorar su calidad de vida y bienestar psicosocial.

A modo de organizar las acciones para la continuidad del cuidado, se ha desarrollado la estrategia de **vinculación APS-SENAME**, la cual se define como el proceso que garantiza el acceso a las prestaciones y actividades de salud contempladas en el Plan de Salud Familiar. Es una estrategia nacional implementada en todos los establecimientos de la red de Atención Primaria (CESFAM, CECOSF, postas de salud rural, consultorios urbanos, rurales y Hospitales Comunitarios de Familia), que implica la incorporación de este grupo específico a la población bajo control del establecimiento para coordinar los servicios sanitarios, orientados a la anticipación de problemas de salud, prevención primaria y secundaria y resolutivez de las necesidades particulares de cada adolescente y joven que participa en programas de protección tanto del área de protección como de justicia juvenil.

15- Fuente: Deis, 2018.

En los Servicios de Salud donde se implementa el “Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental para NNAJ con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente” (SISI), esta vinculación APS-SENAME es potenciada con el financiamiento entregado para ejecutar el “Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas SENAME”, cuyo propósito es mejorar sus condiciones de salud. El programa refuerza atenciones del equipo de sector, tanto en salud general (profesionales de medicina, enfermería, matronería y nutrición) como salud mental en APS (profesionales de medicina, psicología y trabajo social)¹⁶, facilitando no sólo la disponibilidad de horas de atención según necesidad, sino también las coordinaciones locales para actuar de manera preventiva y no cuando el daño está instalado. Las estrategias para la atención de salud general y la atención de salud mental en APS, son dos:

- Atenciones que se realizan en el establecimiento de atención primaria, según el domicilio del NNAJ para todos aquellos que se encuentran en programas ambulatorios (de protección y justicia juvenil) y en residencias de protección.
- Atenciones que debe realizar el equipo de salud de APS en el establecimiento privativo de libertad CIP-CRC. En este caso es el equipo el que debe trasladarse al centro CIP-CRC.

16- A diciembre de 2020, 22 Servicios de Salud a nivel nacional han implementado el Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental para NNAJ con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (SISI): Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Viña del Mar-Quillota, Valparaíso-San Antonio, O'Higgins, Maule, Concepción, Biobío, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Reloncaví, Aysén, Magallanes, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Occidente, Metropolitano Central, Metropolitano Oriente y Metropolitano Sur.



Fuente: Elaboración propia, en colaboración con el Centro de Salud Integral Adolescente, Huechuraba. MINSAL.

CAPÍTULO VII. ACCIONES COMPLEMENTARIAS.

7.1 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES TRANS Y GÉNERO NO CONFORME.

La adolescencia tiene como característica el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Este hito podría generar en adolescentes trans y género no conforme una instancia de vulnerabilidad en la esfera emocional y social, asociado a poseer características corporales que no coinciden con su identidad. Asimismo, este cambio corporal puede aumentar las expectativas del rol social y de las expresiones aceptadas culturalmente para el género femenino y masculino. En este sentido, la menarquia, el crecimiento del vello y del busto, el cambio en la voz, pronunciamiento de caderas o de hombros, entre otros, agudizarán la no conformidad de género que presentaban desde la infancia, mientras que para otros/as adolescentes, gatillará de manera clara la conciencia de incompatibilidad entre el sexo asignado al nacer con la identidad percibida, pudiendo generar en ambos casos una carga de ansiedad y malestar emocional (116).

Las adolescencias, específicamente por sus identidades y expresiones de género diversas, han sido y son escasamente aceptadas, generando exclusión social y con ello la vulneración constante de sus derechos como personas (117).

A través de la Circular N°34 y N° 21, los años 2011 y 2012 respectivamente, el Ministerio de Salud ha entregado indicaciones en relación al respeto del nombre social, con el propósito de homogeneizar la forma de comunicación y trato a las personas trans y de la disidencia sexual, en los distintos establecimientos de la red asistencial (116,118).

En la actualidad, tras la entrada en vigor de la Ley 21.120 (119), que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género y el Reglamento 42.441, establece el acceso a un Programa de Acompañamiento, con un enfoque no patologizante y en consonancia con la autonomía progresiva de los y las adolescentes. Además, acorde a esta Ley, a partir de los 14 años adolescentes podrán acceder a la posibilidad de cambio legal de nombre y sexo registral, lo cual podría generar otras instancias de apoyo para el proceso (120).

Desde el Control de Salud Integral, y con el propósito de contribuir a maximizar el bienestar, salud y realización personal de cada adolescente, se espera que el personal de salud que realice la atención, considere la manifestación de necesidad de acompañamiento y brinde un apoyo oportuno para la afirmación de su identidad, para transitar por rutas seguras y para el logro de un confort personal duradero con su identidad de género (121).

Acceso al Programa

El ingreso al programa de acompañamiento podrá ser en cualquier momento de la infancia y adolescencia. Una vez ingresado/a, podrá continuar en el programa hasta cumplir mayoría de edad y/o hasta que él o ella lo decida.

Podrán acceder al Programa de Acompañamiento los y las adolescentes cuya identidad de género no coincida con su sexo y nombre registral, y sus familias, que cumplan las siguientes condiciones (Voluntariedad: la decisión de acceder al Programa y a sus acciones, será siempre voluntaria. En ningún caso, accederá si es que manifiesta su oposición.

- Solicitud de acceso: debe ser realizada por cada adolescente durante el Control de Salud Integral o de forma espontánea, de acuerdo con su edad y grado de madurez. La solicitud de acceso también puede ser realizada por la familia, con la voluntad expresa del o la adolescente.

- Información al representante legal: a voluntad de la o el adolescente de participar en el programa, se informará del ingreso al Programa, esto no implica solicitar su autorización. Si tuviere más de un representante legal, sólo se informará al que el/la adolescente señale. La entrega de información debe ser registrada en la ficha clínica.
- Firma de formulario de manifestación de voluntad: el/la adolescente debe expresar de forma escrita su intención, mediante firma de formulario de manifestación de voluntad. En este sentido, es importante asegurar/cerciorarse/precaver que el/la adolescente cuente con una figura adulta perteneciente a su grupo familiar, que participe junto a él o ella del proceso, pudiendo ser su padre y/o madre, como también otro familiar (hermano/a, tío/a, abuelo/a, etc.).

7.2 PROGRAMA ELIGE VIDA SANA.

El Programa Elige Vida Sana, siendo una línea del Sistema Elige Vivir Sano, busca potenciar los pilares de alimentación saludable, actividad física, vida en familia y vida al aire libre. Para esto entrega herramientas para la sustentabilidad de los cambios en el tiempo a toda persona con sobrepeso, obesidad y sedentarismo. El Programa realiza actividades de promoción y prevención para población de 6 meses a 64 años que sean beneficiarios de FONASA, en relación a actividad física y alimentación saludable, a través de profesionales de nutrición, psicología y de actividad física para que, junto con reforzar las actividades preventivas y promocionales, trabajen bajo un enfoque comunitario e interdisciplinario.

Los y las adolescentes deben ser derivadas a partir de la prestación Control de Salud Integral del Adolescente, control del embarazo y post parto. También aquellos y aquellas con discapacidad también podrán ser derivados/as y las actividades tendrán que ser modificadas, según la condición.

Para ingresar al Programa el o la adolescente debe contar con, al menos, uno de los siguientes criterios:

- Sobrepeso u obesidad, según normas ministeriales.
- Perímetro de cintura aumentado.
- Obesidad severa u obesidad mórbida.
- Adolescente menor de 15 años con Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 y/o hipertensión.
- Adolescente gestante o puerpera con sobrepeso u obesidad. También aquellas con resistencia a la insulina, pero no con DM gestacional o Hipertensión.

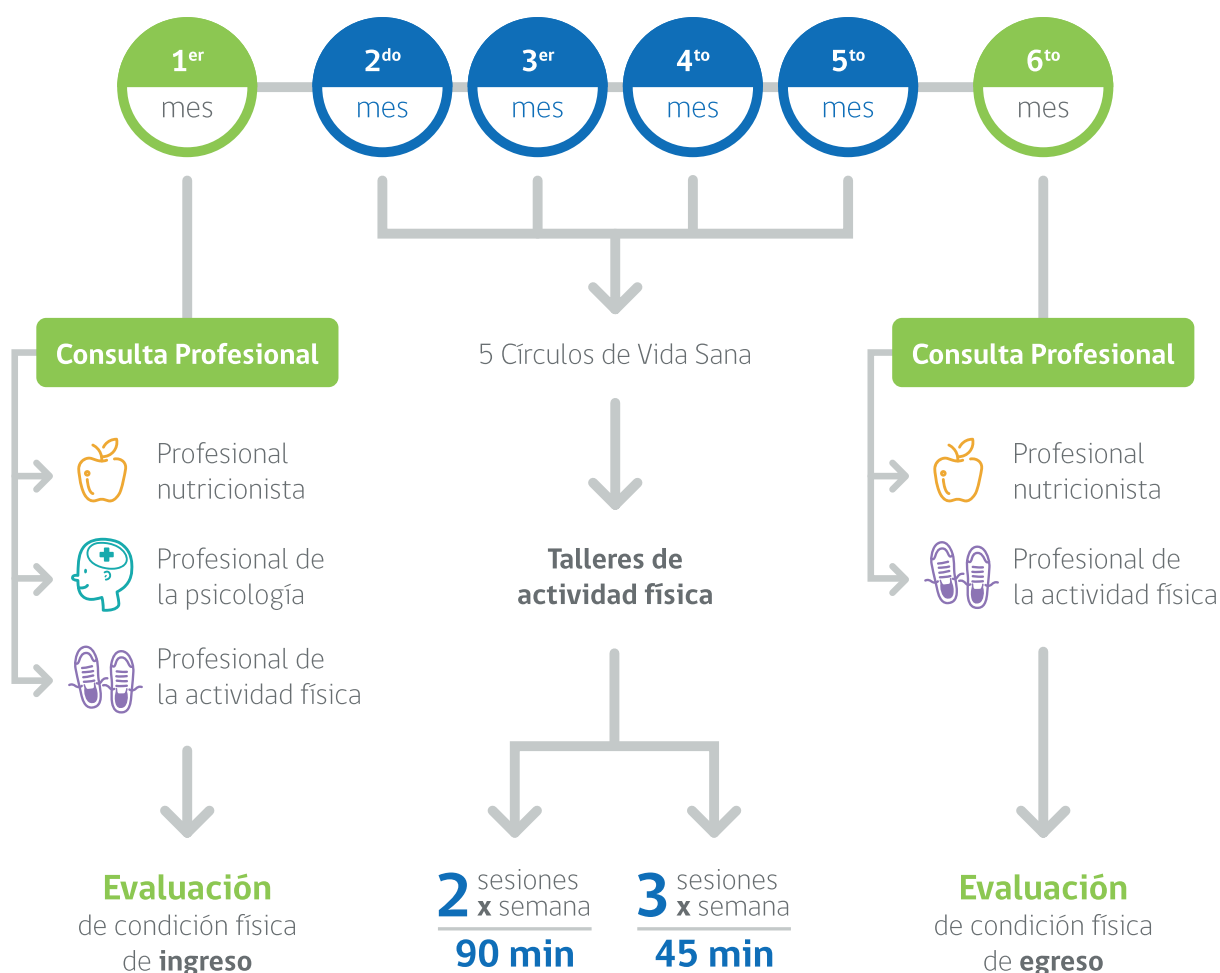
Los **criterios de exclusión** del Programa consideran:

- Obesidad secundaria, que contraindique el ingreso al Programa.
- HTA en adolescentes mayores de 15 años.
- DM I y II, en adolescentes mayores de 15 años.
- Eventos cardiovasculares (angina inestable o infarto agudo al miocardio, accidente vascular encefálico u otro semejante).
- Insuficiencia orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.).
- Patología oncológica con tratamiento actual o reciente.
- Cualquier otra patología que, a juicio del/la profesional evaluador/a, represente contraindicación de ingreso al Programa.

Antes de ingresar al Programa deben tener exámenes y el profesional de medicina determinará su ingreso, en consideración de los criterios de inclusión, exclusión, los antecedentes familiares de salud y cualquier otra patología que a su juicio represente contraindicación.

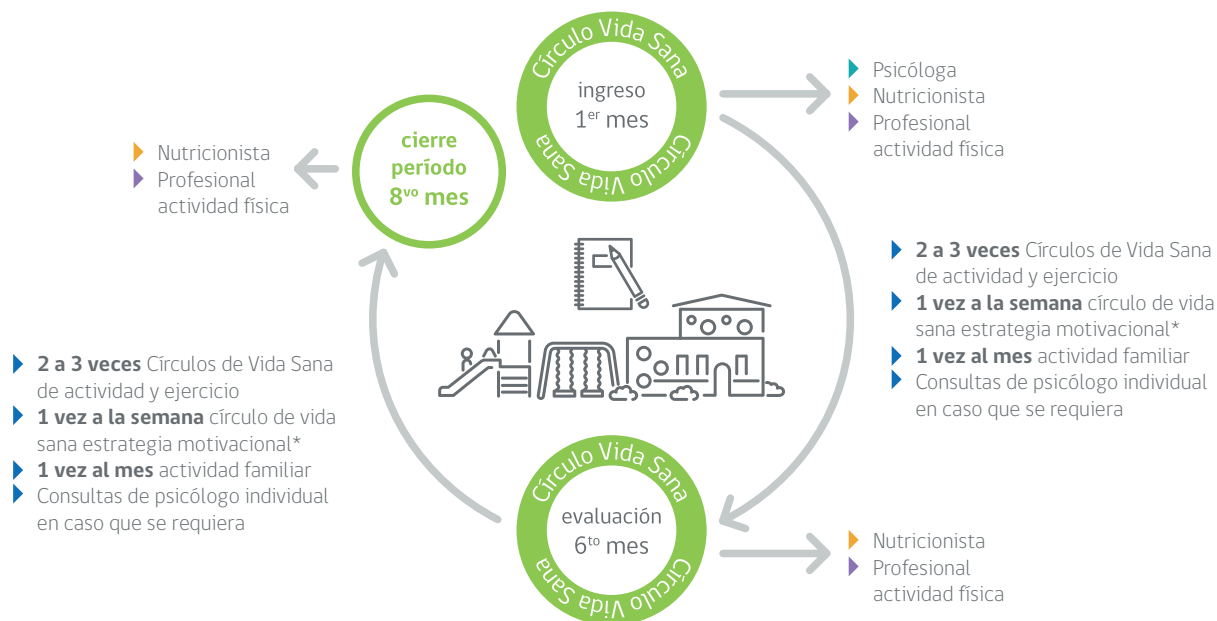
Para adolescentes, el Programa tiene dos modalidades para desarrollarse, puede ser dentro de la comunidad, en donde se realizan los talleres en un Centro de Salud o en algún espacio comunitario (ver Figura N°6), y en Establecimientos Educacionales, donde los profesionales del programa seleccionan cursos con mayor índice de malnutrición por exceso y son intervenidos en el mismo recinto educacional, permaneciendo 8 meses a cargo del equipo multidisciplinario (ver Figura N°7).

Figura N°5: Dinámica de ejecución para usuarios y usuarias del Programa Elige Vida Sana en la comunidad, de seis meses.



Fuente: Programa Elige Vida Sana.

Figura N°6. Dinámica de ejecución para usuarios y usuarias del Programa Elige Vida Sana en Establecimientos Educacionales, de ocho meses.



Fuente: Programa Elige Vida Sana.

Se espera que, al terminadas las intervenciones, cada adolescente mejore 0,2 puntos del ZScore de IMC, disminuya su perímetro de cintura y mejore su condición física.

7.3 PROGRAMA ODONTOLÓGICO.

Las enfermedades bucales representan un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia, alto costo de su tratamiento y el impacto que pueden tener en la calidad de vida de los individuos. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2016, un 7,9% de los adolescentes de 15 a 19 años siente que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre.

Entre las enfermedades que afectan la cavidad bucal, la caries dental es la patología bucal más prevalente en la población y una de las principales causas de pérdida de dientes, junto a la enfermedad periodontal, siendo más relevante la primera de ellas, y a pesar de ser una enfermedad prevenible, su prevalencia y severidad aumenta sostenidamente con la edad¹⁷.

La cartera de prestaciones odontológicas para adolescentes que se atienden en atención primaria es amplia y considera actividades promocionales, preventivas y recuperativas, como se detalla a continuación:

17- <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCSaludoralenadolescentesEnero2014.pdf>

7.3.1 CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO)

La adolescencia representa, desde el punto de vista sanitario, un período crítico de enormes oportunidades para la promoción en salud y consolidación de formas de vida saludable. Si se logran instaurar estas prácticas, el beneficio puede persistir durante la edad adulta. En este contexto, a partir del 2021 se amplía el rango etario del Programa CERO, incorporándose a la población adolescente, con el fin de contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la población adolescente.

Uno de los propósitos de este programa es mantener en control odontológico a la población adolescente, promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de caries, con el fin de lograr disminuir la prevalencia y severidad del daño por caries en población adolescente.

La estrategia consiste en el seguimiento realizado a través de controles a población de 10 a 19 años, con o sin patologías orales, para mantenerlas sana o de detectar y/o intervenir en forma temprana a los que están enfermos.

Ingreso al programa

Ingresa a Programa CERO los beneficiarios de FONASA y/o PRAIS, por única vez, a partir de los 6 meses de vida hasta los 19 años 11 meses y 29 días, quienes deben asistir al menos una vez al año a control con odontólogo, según riesgo cariogénico presentado. Este programa no es excluyente para el ingreso a otros programas de odontología¹⁸.

Los controles odontológicos incluyen:

- Examen de salud bucal.
- Aplicación de pauta de riesgo odontológico una vez al año.
- Promoción de estilos de vida saludable y prevención de conductas de riesgo centradas en la persona adolescente.
- Educación sobre cuidado de la salud oral.
- Aplicación de medidas preventivas y de control precoz.

Los ingresos a control odontológico son de derivación interna de Establecimiento de Salud por odontólogos, otros profesionales, técnicos o personal de SOME. La derivación al programa es a todo beneficiario que cumpla con requisito de la edad y previsión, independiente de si tiene o no patologías bucales.

Se podrá generar derivación a CERO adolescentes a partir de controles de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años, espacios amigables, urgencias odontológicas, consultas de morbilidad odontológica, programas de reforzamiento en APS, entre otros.

En los casos en que, durante los controles odontológicos, se detecte algún problema de salud bucal que requiera medidas terapéuticas, este debe ser derivado a consulta de morbilidad para que reciba el tratamiento requerido.

7.3.2 CONSULTAS DE MORBILIDAD ODONTOLÓGICA

Corresponde a la atención odontológica que se otorga a solicitud del paciente, con el objetivo de dar solución a un problema puntual de salud oral que éste demande. Esta prestación incluye anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. La consulta no contempla límite de edad y el paciente puede recibir más de una consulta de morbilidad al año.

7.3.3 GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El tercer régimen de patologías GES, bajo el Decreto Supremo N° 44 con fecha 01-07-2007, incorpora las Urgencias Odontológicas Ambulatorias, debido al gran daño bucal acumulado en la población chilena y a la alta demanda originada. Esta atención va dirigida a todo beneficiario FONASA o PRAIS que presente una urgencia dental ambulatoria en relación a 8 diagnósticos definidos en el Decreto, sin distinción de edad.

La Urgencia Odontológica Ambulatoria, se define como un conjunto de patologías buco máxilo faciales de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención y requieren un tratamiento odontológico inmediato e impostergradable. Las patologías garantizadas son:

- Pulpitis.
- Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico.
- Absceso de espacios anatómicos buco maxilofaciales.
- Pericoronaritis aguda.
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis ulceronecrótica aguda.
- Complicaciones post exodoncia (hemorragia post exodoncia y alveolitis).
- Traumatismo dentoalveolar.

El Decreto Supremo N° 01 con fecha 27-02-2010, del cuarto régimen de patologías GES incluye la garantía de "Salud Oral Integral de la Embarazada", la estrategia consiste en dar altas odontológicas a embarazadas, en las que se incluyen a las gestantes adolescentes. Estas altas corresponden a pacientes que han finalizado su tratamiento integral, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde.

Ingreso al programa

Podrán acceder al programa aquellas usuarias beneficiarias de FONASA o PRAIS que controlen o no su embarazo en el centro de salud, una vez confirmada su condición de embarazo y el inicio del tratamiento se realiza dentro de 21 días desde la solicitud de atención¹⁹.

7.3.4 PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El programa **Odontológico Integral** es un programa que busca contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en Atención Primaria de Salud de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal. Este programa consta de 4 componentes, entre los que se encuentra “la atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media”. La estrategia consiste en la atención odontológica a estudiantes de enseñanza media en establecimientos de APS, en establecimientos educacionales o a través de unidades dentales móviles.

Ingreso al programa

Podrán ingresar al programa estudiantes que cursen educación media y/o su equivalente, tanto de colegios municipales, particulares subvencionados del sistema regular de educación, del sistema de normalización de estudios (escuelas nocturnas) y de escuelas especiales siempre que sean beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS)²⁰.

El programa **Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica** agrupa todas las actividades o prestaciones destinadas a mejorar la disponibilidad de atención de nuestros usuarios en horarios compatibles y a resolver demanda de algunas de las especialidades más requeridas por la red que pueden desarrollarse en la Atención Primaria de Salud. Este programa consta de 4 componentes, en los que se incluye la “Resolución de Especialidades Odontológica en APS”. Para las especialidades de endodoncia y periodoncia, el programa considera a todo beneficiario legal del sistema público de salud (FONASA y/o PRAIS), desde los 15 años, siempre que cumpla con los criterios de inclusión locales para tratamientos de estas especialidades.

Ingreso al programa

Existen criterios de priorización para el ingreso al programa²¹:

- Pacientes en lista espera en SIGTE
- Beneficiarios pertenecientes al Subsistema Seguridades y Oportunidades (Ex Chile Solidario); beneficiarios Calle, Caminos, Vínculos y Familia.
- Beneficiarios de la estrategia “Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuarto Año de Educación Media” para la estrategia de endodoncia.
- Paciente diabético, que se encuentra bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular y que los resultados del examen periodontal básico son 3, 4 o * para la estrategia de periodoncia.

20- Orientaciones Técnico Administrativas para la ejecución del Programa Odontológico Integral 2021

21- Orientaciones Técnico Administrativas para la ejecución del Programa Mejoramiento del Acceso 2021



Fuente: Elaboración propia, en colaboración con el Centro de Salud Integral Adolescente, Huechuraba. MINSAL.

CAPÍTULO VIII. INTERSECTORIALIDAD.

La acción intersectorial corresponde a una estrategia que vincula a los distintos sectores, instancias y acciones, mediante un trabajo colaborativo y coordinado, con el propósito de alcanzar de manera más eficiente y eficaz los objetivos de políticas públicas. En este caso, la supervisión de salud integral de la población adolescente, responsabilidad del Ministerio de Salud, no podría ser lograda sin la colaboración de otros sectores.

La vinculación con sectores, como Educación, JUNAEB y Municipio, entre otras, pretenden potenciar sus acciones, aportar al bienestar y calidad de vida de esta población. En este sentido, se incorpora un trabajo preventivo, con componentes de detección temprana, diagnóstico oportuno y derivaciones a la red de Atención Primaria, con el fin de mejorar la cobertura y la accesibilidad a los servicios de salud ofertados en Atención Primaria para adolescentes.

Por ello, las acciones de articulación corresponden a mecanismos de coordinación y vinculación efectiva entre los establecimientos de Atención Primaria con diferentes equipos del intersector, con el objetivo de asegurar el acceso oportuno a la atención de salud y la continuidad de los cuidados de los y las adolescentes. El énfasis es el trabajo integrado y el esfuerzo conjunto de los equipos de cada institución para ajustar las acciones necesarias y optimizar el uso de recursos existentes en la red, a fin de mejorar la condición de salud del o la adolescente y su familia.

Desde el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario, la articulación permite a los equipos integrar estrategias para la promoción de salud, prevención de enfermedades, tratamiento y/o rehabilitación; dando respuesta a las necesidades de cada adolescente y también fortalecer las competencias técnicas de los integrantes de los equipos.

Asimismo, existen otras acciones promocionales (ver Anexo N°22) para mejorar la situación de salud de esta población, de forma directa e indirecta, donde se espera que puedan interconectarse e integrarse en la entrega de atención durante el Control, tanto en el CESFAM como en los Espacios Amigables.

Se espera de los equipos de salud:

- Diseñar, implementar y evaluar periódicamente el plan de acción territorial, en conjunto con el intersector y la oferta disponible.
- Desarrollar estrategias comunicacionales, que hagan de la red un recurso visible a los ojos de los y las adolescentes, de las autoridades, de los prestadores de servicios y de las organizaciones comunitarias.
- Sostener reuniones de coordinación territorial entre SEREMI, Servicio de salud, Instituciones estatales, organizaciones comunitarias de los distintos sectores, con el propósito de:
 - * Conocer los programas y oferta en curso para potenciar y coordinar las actividades en desarrollo.
 - * Construir planes de trabajo anuales, entre el centro de salud y los establecimientos educacionales del territorio, para la atención de salud de adolescentes.
 - * Coordinarse con JUNAEB, tanto en la derivación como en la entrega de prestaciones, para no duplicar esfuerzos ni sobre intervenir.

- * Generar estrategias de promoción de la oferta de la realización del Control de Salud Integral del Adolescente, en la comunidad escolar (estudiantes, docentes, padres/madres y apoderados/as).
- * Realizar acciones intersectoriales, en un marco de derechos, que permita reconocer a los y las adolescentes como sujetos de derecho, con autonomía progresiva y aseguramiento de la confidencialidad.



Fuente: Elaboración propia, en colaboración con el Centro de Salud Integral Adolescente, Huechuraba. MINSAL.

CAPÍTULO IX.

ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL.

A modo de recomendación, se precisa para el Control de Salud Integral de Adolescentes la cobertura, concentración y rendimiento:

ACTIVIDAD	COBERTURA	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO	INSTRUMENTO
Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años).	100%	1	45 minutos.	Profesionales médicos(as), enfermeras(os) y matronas(es), apoyadas/os por personal técnico.

La realización de este Control de Salud Integral debe ser de acuerdo a las Orientaciones Técnicas, descritas en este documento, con el objetivo de optimizar y desplegar oportunamente las acciones preventivas que se realizan a partir de esta actividad.

En este contexto es primordial evaluar el cumplimiento de ciertos criterios de calidad, relacionados con los aspectos clínicos y de gestión del Control de Salud Integral (ver Anexo N°23), al menos 1 vez al año. Dicha evaluación se enmarca dentro de un plan de mejora continua, que permita establecer estrategias para disminuir gradualmente las brechas presentadas. Es importante que participen en este proceso SEREMIS, Servicios de Salud y profesionales de Espacios Amigables. También la pauta de evaluación propuesta se puede utilizar para la autoevaluación del proceso de atención.

9.1 CONTROL REMOTO A ADOLESCENTES.

Para asegurar el rol de la Atención Primaria en el ámbito de la adolescencia y cumplir con los objetivos orientados al manejo de problemas o necesidades de salud y a educación para la salud en este grupo etario, se hace necesario utilizar estrategias que permitan realizar esta labor sin exponer a las personas a un mayor riesgo de contagio y que cautelen también la salud en el contexto de la pandemia.

La Atención Primaria debe adaptarse con medidas a corto y medio plazo, que podrían mantenerse a lo largo del tiempo, dependiendo de las fases de la Pandemia COVID-19.

En situación de emergencia sanitaria, **es factible realizar el Control de salud de manera remota, aunque no reemplaza el Control de Salud Integral presencial**, ya que no es posible realizar las actividades relacionadas con el examen físico (a excepción de la evaluación del desarrollo puberal con los estadios de Tanner, cuando se hace mostrando una imagen de autoidentificación). No obstante, permite pesquisar riesgos e intervenir de manera oportuna y se completará una vez que se retomen las prestaciones presenciales.

El control remoto permite pesquisar riesgos, principalmente, en las áreas de salud mental y salud sexual reproductiva, mantener o establecer un vínculo con el/la adolescente, reforzar conductas protectoras e intervenir de manera oportuna.

Para el caso de la población adolescente bajo control, se recomienda priorizar aquellos que en su historia clínica presenten riesgos, como adolescentes con:

- Antecedentes de riesgo de suicidio.
- Trastorno de salud mental que presentan una evolución prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.
- Sospecha diagnóstica en la categoría de trastorno mental grave o severo.
- Otros problemas o trastornos de salud mental, que el equipo considere en situación de riesgo y que requieren un seguimiento más intensivo.
- Vulneración de derechos y que se encuentren en centros cerrados o situación de calle.

Cada adolescente requiere ser pesquisado para ser atendidos en forma integral por el equipo de sector, ajustar su Plan de Cuidado Integral y, en caso de ser necesario, derivar a otro nivel de atención.

Para la población inscrita sin control previo o no vigente, se recomienda promover la atención remota, especialmente si se ha pesquisado algún factor de riesgo en otra prestación entregada

Se debe considerar que una **vez que la situación sanitaria se normalice, el Control de Salud debe ser realizado de manera presencial**, a fin de contar con un diagnóstico completo del estado de salud del adolescente. Para ello, se recomienda convocar tanto directamente a los y las usuarias (vía rescate telefónico u otros) como a través de otros medios, acorde a la realidad local (pancartas, comunicación con grupo de adolescentes, redes sociales, etc.).

Independientemente de la forma en que se realice el Control de Salud Integral, se debe tener en cuenta las orientaciones respectivas vigentes.

En el documento Recomendaciones para la modalidad atención remota en salud de Adolescentes de la División de Atención Primaria (2021) se establecen las siguientes definiciones:

- **Llamadas telefónicas o video llamadas:** Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real), vía llamada telefónica o video llamada, que realiza el equipo con las/os usuarias. En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por cada adolescente). En adolescentes entre 14 y 17 años se debe dejar explicitado con este que, bajo ciertas condiciones, se contactará al adulto responsable. Las llamadas que no sean respondidas o en las cuales no se contacte a la persona, no podrán ser consideradas como llamadas efectivas, no siendo consideradas en este registro REM.
- **Mensajería de texto:** Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza el equipo con las y los usuarios. En los casos de los adolescentes menores de 14 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por cada adolescente). En los adolescentes entre 14 y 17 años se debe dejar explicitado con éste que, bajo ciertas condiciones, se contactará al adulto responsable. Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Aspectos relevantes para su coordinación y realización:

- Contáctese previamente con el/la adolescente vía telefónica para concertar la realización del Control de Salud.
- Evalúe y acuerde con cada adolescente la fecha, hora y las condiciones mínimas que se requieren para el resguardo de la privacidad necesaria para la realización de la actividad.
- Considere que, para la atención de adolescentes menores de 14 años, el contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente).
- Al momento de realizar la atención, preséntese (nombre, centro, profesión y objetivo de la prestación). Si es posible, muestre su credencial, antes de iniciar la entrevista.
- Si es el o la adolescente quien se comunica telefónicamente al centro de salud, pídale el número telefónico del cual está llamando, para volver a comunicarse en caso de que la llamada se corte.
- Consulte y utilice el nombre social y el pronombre con el que quiere ser llamado el o la adolescente. Registre dicha información para que esté en conocimiento de todo el equipo de sector.
- Explícite el manejo de la confidencialidad de la atención y los límites de ésta, es decir, que en situaciones de riesgo vital o problema grave que afecte su salud, tendremos que informar a un adulto y a otros profesionales.
- Verifique la vigencia de los referentes significativos (adulto responsable) que aparecen registrados en el Control de Salud Integral realizado en años anteriores.
- Revise el tarjetero y las principales variables que en el actual período y contexto podrían haber variado y sobre las cuales se debería focalizar la llamada telefónica; ej. riesgos ya pesquisados, salud mental, situación académica, familiar, habitacional u otras.
- Para poder realizar la entrevista (Control), consulte si cuenta con un lugar donde pueda responder de manera privada. En el caso de que esté presente un adulto responsable, pregunte al adolescente si está de acuerdo con que el adulto responsable participe de la entrevista y, de ser así, señale que durante la sesión se le solicitará al adulto responsable tener un espacio de conversación a solas con el o la adolescente.
- Clarificar a cada adolescente que, finalizado el Control, es importante conversar con algún adulto (madre, padre o tutor legal u otro mayor de 18 años) explicando la conveniencia de ello: "esta acción busca asegurar su protección y cuidado". En caso que no quiera que se contacte a un adulto, conversar las razones de ello, no forzar y brindar la atención.
- Adecuar la entrevista según la etapa de desarrollo evolutivo del adolescente. Considerar las recomendaciones señaladas en las Guías Anticipatorias para la adolescencia (122).
- Considere siempre una etapa de cierre y definición de las acciones a seguir, de acuerdo a la situación pesquisada, registrada en el sistema y en algunos casos con derivación asistida.
- En caso que el o la profesional evalúe la necesidad de derivación intra establecimiento y otros dispositivos de la red territorial, se deberá realizar la coordinación y dar seguimiento para garantizar la derivación efectiva, en el marco de la continuidad de los cuidados.
- Dado que la mayor parte de las atenciones remotas se realizan durante el periodo de teletrabajo del equipo de salud, es importante que ese Control se vea reflejado en la agenda que lleva el SOME (no solo agendar lo presencial). Para ello, se deberá reforzar a los SOME para que, toda vez que un/a adolescente acuda al establecimiento de salud, (independiente del motivo) y no cuente con Control vigente sea agendado de manera inmediata.

Si el o la adolescente refiere que no puede hablar durante la entrevista y de alguna manera señala a través del lenguaje (silencio, voz nerviosa) posible riesgo, debemos calmarle y decirle que nuestro interés es ayudarlo si está viviendo una situación difícil (vulneración de derechos, violencia). Indicar que se le preguntará por algunas situaciones para saber qué ocurre y para poder ayudarlo, para ello solo necesitamos que responda "Sí" o "Claro", y "No" cuando no corresponde a la situación que vive, u otra señal en caso de videollamada.

Preguntar por maltrato físico, maltrato psicológico, agresión sexual, violencia intrafamiliar, consumo de drogas, ideación, intento y planificación suicida.

- Ofrecer que pueda concurrir al centro (inmediatamente). Si verbaliza alguna vulneración de derechos, explorar nombre y teléfono de algún adulto significativo o que lo pueda acoger para contactarlo (que no sea el que ejecuta la vulneración) y citarlos al Centro de salud de inmediato.
- En casos de alto riesgo (agresión sexual intrafamiliar, maltrato grave, explotación sexual, u otro riesgo), convocar a equipo a una reunión inmediata de supervisión de caso riesgo, para definir plan de cuidados integral que incluya seguimiento, según caso, realizar denuncia a Fiscalía o Tribunales de Familia o coordinar acciones con la red de protección para acciones inmediatas.
- Recomendar al adolescente, que pueda buscar al apoyo de algún adulto en quien confíe, mientras se coordinan las acciones.

TIPO DE ATENCIÓN	CONTROL REMOTO ADOLESCENTE
POBLACIÓN	10 a 19 años
ASPECTOS A PRIORIZAR EN EL SEGUIMIENTO REMOTO (contenidos en Ficha CLAP)	
1. Antecedentes generales: Corroborar la dirección y teléfono de contacto de una persona adulta responsable.	
2. Antecedentes personales: - Revisar si se encuentra con las vacunas al día. - Preguntar si en los últimos tres meses ha tenido accidentes, ha usado algún medicamento, si tiene problemas de salud mental y si ha sufrido violencia.	
3. Antecedentes familiares: - Preguntar si en los últimos tres meses algún familiar ha tenido problemas de salud mental, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas y problemas judiciales.	
4. Familia y Vivienda: - Estresores y preocupaciones familiares: maltrato psicológico y/o físico por descuido/negligencia. - Testigo de violencia de pareja en padres (psicológica, física o sexual) - Si corresponde, preguntar si sigue viendo con familia reportada en el Control anterior (quién quiénes). - Si hay personas nuevas que viven en la casa (quién/quienes) - Si comparte cama (con quién/es) - Percepción familiar en el último mes.	
5. Educación: - Evaluar situación académica, cómo ha enfrentado y si se ha logrado adaptar a la educación remota. - Preguntar si está en el colegio actualmente, aunque su establecimiento educacional esté cerrado. Colegio en que estudia. Si cuenta con las guías y materiales para hacer las tareas (pc, celular, acceso internet, o guías en papel), razones por las cuales no ha cumplido con sus tareas escolares.	
6. Trabajo: - Preguntar si está trabajando actualmente. - Tipo de trabajo (riesgo contagio Covid-19).	
7. Vida Social: - Preguntar si tiene amigos, si ve a los amigos, formas de contacto (celular, internet, videojuegos, visitas, etc.). - Indagar acerca de la posibilidad de estar vivenciando Grooming, Ciberacoso y/o Sextortion.	
8. Hábitos/ consumo: - Evaluar horarios de descanso y dificultad de conciliar el sueño. - Supervisar el acceso a alimentos y el estado nutricional. Reforzar pautas de alimentación saludable. - Evaluar sedentarismo; horas de actividad física, según su espacio disponible (patio, parque o plaza cerca) y/o para la salud emocional otras actividades como deporte, yoga, música, artes plásticas, etc. - Evaluar el tiempo de uso de pantallas. - Consultar y reforzar uso de dispositivos de seguridad vial. - Evaluación consumo y tamizaje Crafft	

9. Gineco / Urológico:

- Preguntar por menarquia, si antes no había alcanzado este desarrollo puberal.
- Fecha de última menstruación
- Flujo patológico
- Antecedentes de gestaciones
- Realizar prevención y promoción de los cuidados de la salud sexual durante las consultas, que incluya las ITS.
- Preguntar si ha presentado alguna ITS, en caso positivo preguntar si recibió tratamiento. Ofertar el testeo para VIH y otras ITS. Entregar horarios y lugares de testeo.

10. Sexualidad:

Garantizar el acceso a atención de adolescentes y jóvenes que lo requieran. Durante la pandemia, estas prestaciones, consideradas desde un principio como esenciales, no deben ser interrumpidas.

- Preguntar sobre intención de conducta sexual
- Preguntar si hay pareja sexual. En caso de ser sí, formas de contacto (celular, internet, se visitan, etc.).
- Uso de anticoncepción. Considerar la entrega de métodos de anticoncepción por un plazo de tres meses. Si el método que la persona utiliza no se encuentra disponible, deben facilitarse otras opciones anticonceptivas. Evaluar adherencia. Posibles efectos adversos. Ante el recambio del método evaluar seguimiento virtual o telefónico.
- Reforzar el uso del condón.
- Fomentar el uso del doble método siempre (preservativo + otro método anticonceptivo)
- Consultar por **violencia de pareja y/o sexual**.
- Brindar contención y atención sin demora a las víctimas de violencia.
- Apoyar a las personas que sobreviven a una situación de violencia sexual y brindarles asistencia de salud mental y apoyo psicológico.
- Garantizar la disponibilidad de anticonceptivos de emergencia, la profilaxis contra el VIH y el tratamiento de las ITS.

11. Situación psicoemocional

- Partir preguntando cómo está, cómo se ha sentido, cómo ha experimentado este tiempo de pandemia, si ha habido cambios en su rutina, etc.
- Indagar sobre su conformidad con aspecto físico, si ha notado cambios en el último año.
- Presencia de planes o proyectos futuros.
- Indagar estado de ánimo, ansiedad u otros aspectos de bienestar emocional, tanto en relación con su entorno familiar como en lo que respecta a su situación social y escolar.
- Evaluar la presencia de riesgo suicida.
- Identificación de un adulto referente con quien cuenta el adolescente

12. Emitir diagnóstico integral.

13. Proponer un plan inicial de intervención según el diagnóstico establecido. Realizar las derivaciones internamente por mail u otra plataforma virtual del centro, dispuesta para estos fines e informar que profesionales les contactaran.

DURACIÓN	45 minutos. Si es necesario se puede hacer dos llamadas.
PROFESIONAL	Profesional de medicina, enfermería, obstetricia u otro/a.
MATERIAL	Computador (habilitado para teletrabajo) o Celular.
REGISTRO	- REM SA 32 Sección J - Registro CRAFFT Rem A03 Sección D1. - Si realiza intervención motivacional o consejería breve posterior a tamizaje CRAFFT registrar en REM SA27 Sección G.

ANEXOS

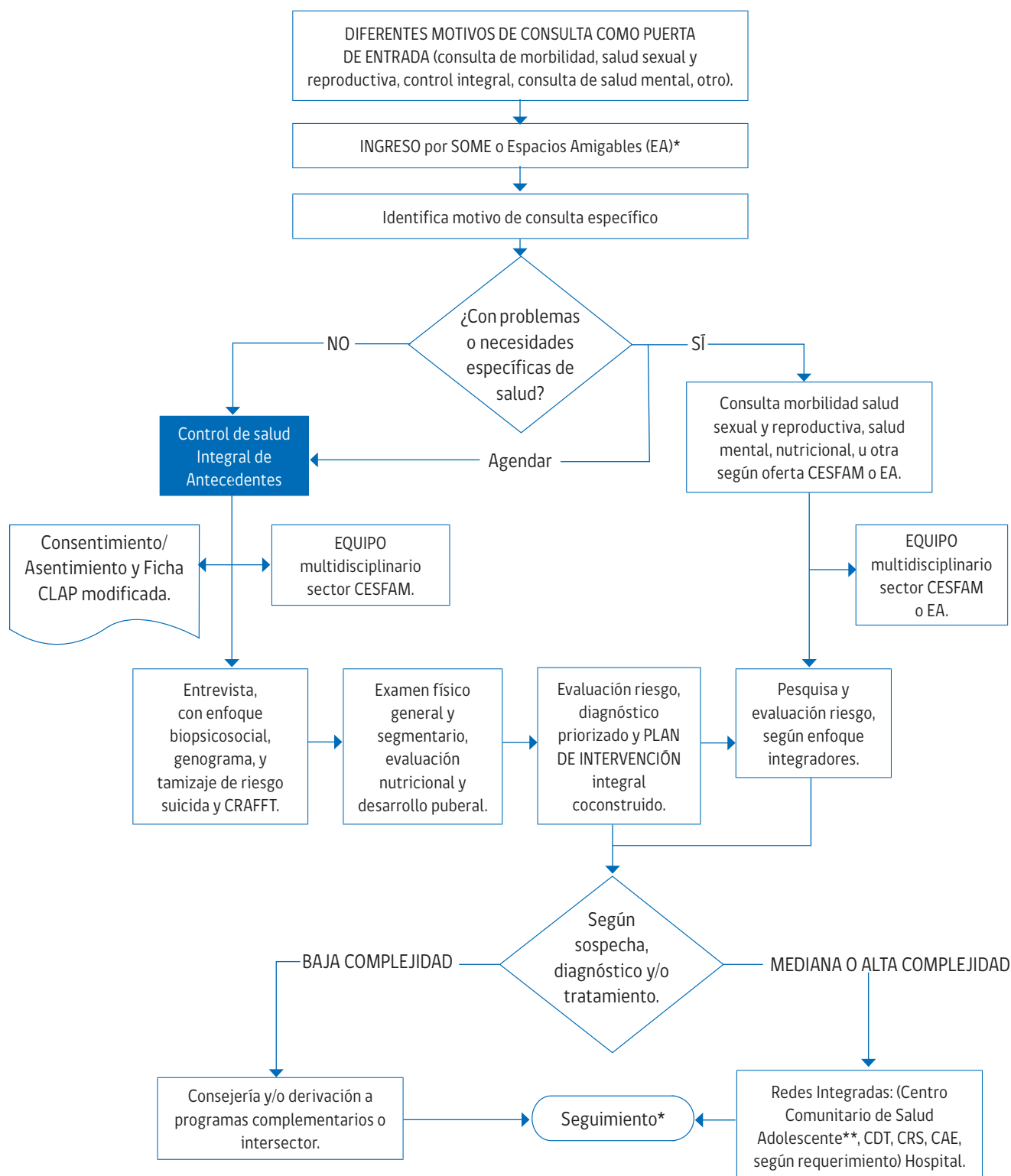
Salud sexual, prevención de embarazo e IT

La sexualidad es una parte importante en tu vida como persona. Si tienes alguna pregunta o preocupación sobre tu sexualidad, consulta a un profesional del Equipo de Salud Integral Adolescente.

Informate de tus derechos sexuales y reproductivos. Si necesitas ayuda, consulta a tus padres, profesional de salud o a un profesional del Equipo de Salud Integral Adolescente.

ANEXO N°1: Flujograma Control de Salud Integral.

FLUJOGRAMA EN ATENCIÓN DE SALUD PRIMARIA PARA ADOLESCENTES



* Gestor de salud, en caso de no contar con Espacio Amigable, un profesional del equipo CESFAM realiza esta función.

** Derivar mediana complejidad, si la comuna cuenta con este Servicio.

ANEXO N°2:

NOMBRES		NOMBRE SOCIAL		Centro de Salud		Código	
APELLIDOS (paterno y materno)				Control en Establecimiento		educacional ☐ de Salud ☐ otro ☐	
DOMICILIO (calle, número, comuna)				Establecimiento educacional			
				H.C.N°			
FECHA NACIMIENTO		RUN		TEL FIJO		domicilio ☐ recado ☐	
				CEL		569	
BENEFICIARIO DE PROGRAMA PROTECCIÓN SOCIAL ☐ sí ☐ no				CORREO ELECTRÓNICO			
ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD/ES		PUEBLO ORIGINARIO		SEXO	
casado/a ☐ separado/a ☐ unión civil ☐ soltero/a ☐ conviviente ☐ viudo/a ☐		solo chilena ☐ chilena y otra ☐ otra/s ☐		☐ no ☐ sí		☐ mujer ☐ hombre ☐ intersex	
¿Cuál?		¿Cuál?					
CONSULTA PRINCIPAL		N°		FECHA		EDAD	
						años	
						meses	
Motivo de consulta según adolescente:				Motivo de consulta según acompañante:			
1.				1.			
2.				2.			
3.				3.			
Descripción motivo de consulta							
ANTECEDENTES PERSONALES		1. PERINATALES NORMALES		2. ALERGIAS		3. VACUNAS PNI COMPLETA	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐	
		7. CIRUGIA/ HOSPITALIZAC.		8. USO MEDICAMENTOS		9. PROBLEMAS SALUD MENTAL	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐	
		10. VIOLENCIA		11. ANT. JUDICIALES		12. OTRO	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐	
Observaciones (Indique número y comentario)							
ANTECEDENTES FAMILIARES		1. ENF IMPORTANTES		2. OBESIDAD		3. PROBLEMAS SALUD MENTAL	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐	
		4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		5. ALCOHOL Y OTRAS DROGAS		6. MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐	
		7. JUDICIALES		8. OTROS			
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		no ☐ no sé ☐ sí ☐			
Observaciones (Indique número y comentario)							
FAMILIA		3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN				DIAGRAMA FAMILIAR	
1. VIVE		ninguno ☐ básica ☐ media ☐ superior ☐					
solo/a ☐ madre ☐ padre ☐ en institución con otros ☐		Madre o sustituta ☐ Padre o sustituto ☐ Pareja ☐					
especifique:		4. OCUPACIÓN					
		Madre o sustituta ☐ Padre o sustituto ☐ Pareja ☐					
2. COMPARTE CAMA		5. PERCEPCIÓN SOBRE SU FAMILIA					
no ☐ sí ☐ ¿Con quién?		buena ☐ regular ☐ mala ☐ No hay relación ☐					
VIVIENDA		Observaciones				Observaciones (Indique número y comentario)	
Condiciones Sanitarias ☐ Hacinamiento ☐							
EDUCACIÓN		1. ESTUDIA		2. MODALIDAD DE ESTUDIO		4. GRADO O CURSO	
		no ☐ no sé ☐ sí ☐		☐ Remota ☐ Presencial ☐ Mixta		6. PROBLEMAS EN INST. EDUCATIVA	
		No escolarizado ☐ Básica ☐ Media ☐ Superior ☐		3. CLASES VIRTUALES		7. VIOLENCIA ESCOLAR Y/O BULLYING	
		horas por día		5. AÑOS REPETIDOS		8. DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN	
		Causa		Causa		no ☐ sí ☐	
						Causa	
						mejor ☐ peor ☐ igual ☐	
Observaciones (Indique número y comentario)							
TRABAJO		1. TRABAJO		2. SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO		3. RAZÓN DE TRABAJO	
		no ☐ sí ☐ Peores formas ☐ horas por semana ☐		no ☐ sí ☐		☐ Económica ☐ Autonomía ☐ Me gusta ☐ otra ☐ n/c	
						4. LEGALIZADO	
						no ☐ sí ☐ n/c ☐	
						5. TIPO DE TRABAJO	
Observaciones (Indique número y comentario)							
VIDA SOCIAL		1. ACEPTACIÓN		2. AMIGOS		3. ACTIVIDAD FÍSICA	
		☐ aceptado ☐ ignorado ☐ rechazado ☐ no sabe		no ☐ sí ☐		horas por semana	
						¿Cuáles?	
						4. EXPOSICIÓN A PANTALLAS	
						(TV, celular, Tablet, PC)	
						horas por día	
						5. ACCESO A: Redes Sociales	
						no ☐ sí ☐	
						Plataformas virtuales ☐ sí ☐ no ☐	
						6. OTRAS ACTIVIDADES	
						no ☐ sí ☐	
						¿Cuáles?	
						7. VIOLENCIA VIRTUAL	
						(cyberbullying, grooming, extorsión sexual, etc.)	
						no ☐ sí ☐	
Observaciones (Indique número y comentario)							

HÁBITOS/ CONSUMO	1. SUEÑO NORMAL no ☐ sí ☐ horas por día	4. COMIDAS FAMILIARES nº comidas/día	7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFTT) A. ¿En los últimos 12 meses has consumido? alcohol: sí ☐ no ☐ marihuana: sí ☐ no ☐ otra sustancia: sí ☐ no ☐ Pje total B: 			
	2. TABACO no ☐ sí ☐	5. ALIMENTACIÓN INADECUADA no ☐ sí ☐	B1. ¿Alguna vez has andado en AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas? sí ☐ no ☐	B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas? sí ☐ no ☐	B5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas? sí ☐ no ☐	B6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol? sí ☐ no ☐
	3. SEGURIDAD VIAL no ☐ sí ☐	6. ALIMENTACIÓN ESPECIAL no ☐ sí ☐	B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? sí ☐ no ☐	B3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO? sí ☐ no ☐		
Observaciones (Indique número y comentario)						
GINECO/ UROLOGICO	1. MENARCA / ESPERMARCA no ☐ sí ☐ años meses	2. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN no ☐ sí ☐ Fecha	3. RITMO MENSTRUAL Duración n/c ☐ n/s ☐ Periodicidad n/c ☐ n/s ☐	5. FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no ☐ sí ☐	6. ITS / VIH no ☐ sí ☐ ¿Cuáles? Tratamiento ☐ sí ☐ no ☐ n/s ☐ Tratamiento contactos ☐ ☐ ☐	7. EMBARAZO 8. HIJOS/AS 9. ABORTOS
	Observaciones (Indique número y comentario)					
SEXUALIDAD	2. CONDUCTA SEXUAL ☐ postergadora ☐ anticipadora ☐ activa edad de inicio	3. RELACIONES SEXUALES no ☐ sí ☐	5. USO DE CONDÓN ☐ siempre ☐ a veces ☐ nunca ☐ n/c	6. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES ☐ no ☐ sí ☐ n/c	7. USO DE MAC ☐ siempre ☐ a veces ☐ nunca ¿Cuál? Consejería uso MAC no ☐ sí ☐ Doble método no ☐ sí ☐	8. ACO de emergencia no ☐ sí ☐ 9. IVE no ☐ sí ☐
	1. PAREJA Orientación Sexual:	4. PRÁCTICAS SEXUALES sí ☐ no ☐ vía vaginal ☐ vía oral ☐ vía anal ☐			10. VIOLENCIA DE PAREJA sí ☐ no ☐ física ☐ sexual ☐ psicológica ☐	11. VIOLENCIA SEXUAL no ☐ sí ☐ Reparación no ☐ sí ☐
Observaciones (Indique número y comentario)						
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL ☐ conforme ☐ crea preocupación ☐ Impide relación con los demás	2. VIDA CON PROYECTO ☐ claro ☐ confuso ☐ ausente	3. ESTADO DE ÁNIMO no ☐ sí ☐ Tranquilo ☐ Desanimado ☐ Nervioso/ estresado ☐ Irritable ☐	4. RIESGO SUICIDA no ☐ sí ☐ Deseo estar muerto/a (último mes) ☐ Ideación suicida (último mes) ☐ Intento suicida (últimos 3 meses) ☐ Suicidio amigo/a o familiar cercano ☐	5. REFERENTE ADULTO/A madre ☐ familiar ☐ padre ☐ ninguno ☐ otro ☐ nombre teléfono correo	
	Observaciones (Indique número y comentario)					
EXAMEN FÍSICO	1. PESO (kg) DE	2. TALLA (cm) DE	3. PER. CINTURA percentil	4. IMC DE	5. PRESIÓN ARTERIAL normal ☐ anormal ☐	6. TANNER genital con foto ☐
	7. ASPECTO GRAL normal ☐ anormal ☐	8. PIEL normal ☐ anormal ☐	9. AGUD. VISUAL normal ☐ anormal ☐	10. AGUD. AUDITIVA normal ☐ anormal ☐	11. SALUD BUCAL normal ☐ anormal ☐	12. TIROIDES normal ☐ anormal ☐
Observaciones (Indique número y comentario)						
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL				DETECCIÓN DE RIESGO ☐ Riesgo SSR ☐ Riesgo suicida ☐ Riesgo social ☐ Riesgo psicoemocional ☐ Violencia ☐ Riesgo OH/drogas ☐ Malnutr. por déficit ☐ Malnutr. por exceso ☐ Riesgo Deserción Escolar ☐ Otro:		
INDICACIONES				INTERCONSULTAS		

Nombre responsable/profesión _____ Fecha próxima visita _____

ANEXO N°3: Asentimiento para adolescentes (menores de 18 años).



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS

CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES

He sido informado/a que el Centro de Salud _____ está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes", en mi establecimiento educacional, este Control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar mi estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este Control dura aproximadamente 45 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán una evaluación nutricional (medirán talla, peso y perímetro de cintura, con ropa y sin zapatos), evaluación musculoesquelética, medirán presión arterial y examen visual.

Mis datos personales y el desarrollo del Control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo mi vida o la de terceras personas, o cualquier otra situación grave para mi salud (ideación o intento suicidio, abuso sexual, maltrato, enfermedad Garantía Explicita en Salud-GES). Frente a esta situación el equipo de salud me informará de las acciones que se realizarán en mi beneficio, que incluye informar a padre/madre/tutor legal.

Si soy beneficiario/a de FONASA se me ha informado que en caso de necesitar otra atención seré derivado/a a la red de salud pública. Si soy ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud.

También he sido informado/a que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución.

Para la realización del Control en mi establecimiento de educación, sé que debo contar con la autorización de mi padre/madre/tutor legal, y este requisito es sólo para este Control y no es necesario para las atenciones que se den en el centro de salud.

Estoy en conocimiento de la plena libertad que tengo para aceptar o rechazar participar en este Control de salud, previa y durante el mismo. Si no acepto participar, no perderé mis beneficios como usuario/a del establecimiento de salud, así como tampoco afectará en mi colegio y, en ningún caso, seré sancionado/a ni juzgado/a por ello.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este Control y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, por lo que doy mi asentimiento para que los/as profesionales realicen las acciones que son parte de este Control de Salud Integral.

NOMBRE DE LA O EL ADOLESCENTE:		
RUT:		
ACEPTO PARTICIPAR:	SI	NO
FIRMA:		

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL:
RUT:
FIRMA:

_____ de _____ de 20__

ANEXO N°4: Consentimiento para adolescentes (mayores de 18 años).



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES MAYORES DE 18 AÑOS

CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES

He sido informado/a que el Centro de Salud _____ está realizando el “Control de Salud Integral de Adolescentes”, en mi establecimiento educacional, este Control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este Control dura aproximadamente 45 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán una evaluación nutricional (medirán talla, peso y perímetro de cintura, con ropa y sin zapatos), evaluación musculoesquelética, medirán presión arterial y examen visual.

Mis datos personales y el desarrollo del Control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo mi vida o la de terceras personas o cualquier otra situación grave para mi salud (ideación o intento suicidio, abuso sexual, maltrato, enfermedad Garantía Explicita en Salud-GES). Frente a esta situación el equipo de salud me informará de las acciones que se realizarán en mi beneficio.

Si soy beneficiario/a de FONASA se me ha informado que en caso de necesitar otra atención seré derivado/a a la red de salud pública. Si soy ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud.

También he sido informado/a que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución.

Estoy en conocimiento de la plena libertad que tengo para aceptar o rechazar participar en este control de salud, previa y durante el mismo. Si no acepto participar, no perderé mis beneficios como usuario/a del establecimiento de salud, así como tampoco afectará en mi colegio y, en ningún caso, seré sancionado/a ni juzgado/a por ello.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este Control y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, por lo que doy mi asentimiento para que los/as profesionales realicen las acciones que son parte de este Control de Salud Integral.

NOMBRE DE LA O EL ADOLESCENTE:		
RUT:		
ACEPTO PARTICIPAR:	SI	NO
FIRMA:		

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL:
RUT:
FIRMA:

_____ de _____ de 20__

ANEXO N°5:

Consentimiento informado para madre, padre o tutor legal.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

SOBRE CONTROL DE SALUD INTEGRAL

He sido informado/a que el Centro de Salud _____ está realizando el "Control de Salud Integral de Adolescentes" en los establecimientos educacionales. Este Control es para adolescentes entre los 10 y 19 años, el cual permitirá evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, así otorgar manejo inicial y derivación oportuna, según corresponda a los problemas o necesidades detectadas.

Este Control dura aproximadamente 45 minutos y es realizado por profesionales del Centro de Salud, quienes me realizarán preguntas sobre mi salud, me realizarán una evaluación nutricional (medirán talla, peso y perímetro de cintura, con ropa y sin zapatos), evaluación musculoesquelética, medirán presión arterial y examen visual.

La información compartida por el o la adolescente y el desarrollo del Control serán confidenciales. La confidencialidad sólo se abrirá en caso de detectar cualquier situación que ponga en riesgo su vida o la de terceras personas, o cualquier otra situación grave que amerite que yo esté en conocimiento (ideación o intento suicidio, consumo problemático de alcohol o drogas, enfermedad Garantía Explícita en Salud - GES, entre otras). Frente a esta situación el equipo de salud informará a la o el adolescente y tomará contacto conmigo para informar la situación y las acciones que se realizarán para resguardar su salud.

En caso de que la o el adolescente sea beneficiaria/o de FONASA y necesite otra atención, se me ha informado que será derivado/a a la red de salud pública. Si es ISAPRE, se me dará información para que pueda acudir a ese sistema de salud. También he sido informado/a que los datos obtenidos podrán ser usados de forma confidencial por el Ministerio de Salud, y estarán sólo a disposición de esta institución.

Manifiesto que he entendido en qué consiste este Control, y estoy satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas, y en caso de no aceptar, esto no afectará los beneficios que la o el adolescente tiene como usuario/a de el establecimiento de salud, así como tampoco le afectará en su colegio y en ningún caso podrá ser sancionado/a ni juzgado/a por ello.

Por lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del Control de Salud de la o el adolescente, en su establecimiento educacional.

Si el o la adolescente no brinda su asentimiento o consentimiento para la realización del Control, prevalecerá esta decisión pese a su autorización como padre/madre/tutor legal.

En caso de no aceptar, debo entregar este consentimiento firmado a la dirección del colegio.

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR:		
RUT:		
AUTORIZA A PARTICIPAR:	SI	NO
FIRMA:		

NOMBRE DE LA O EL PROFESIONAL:
RUT:
FIRMA:

_____ de _____ de 20__

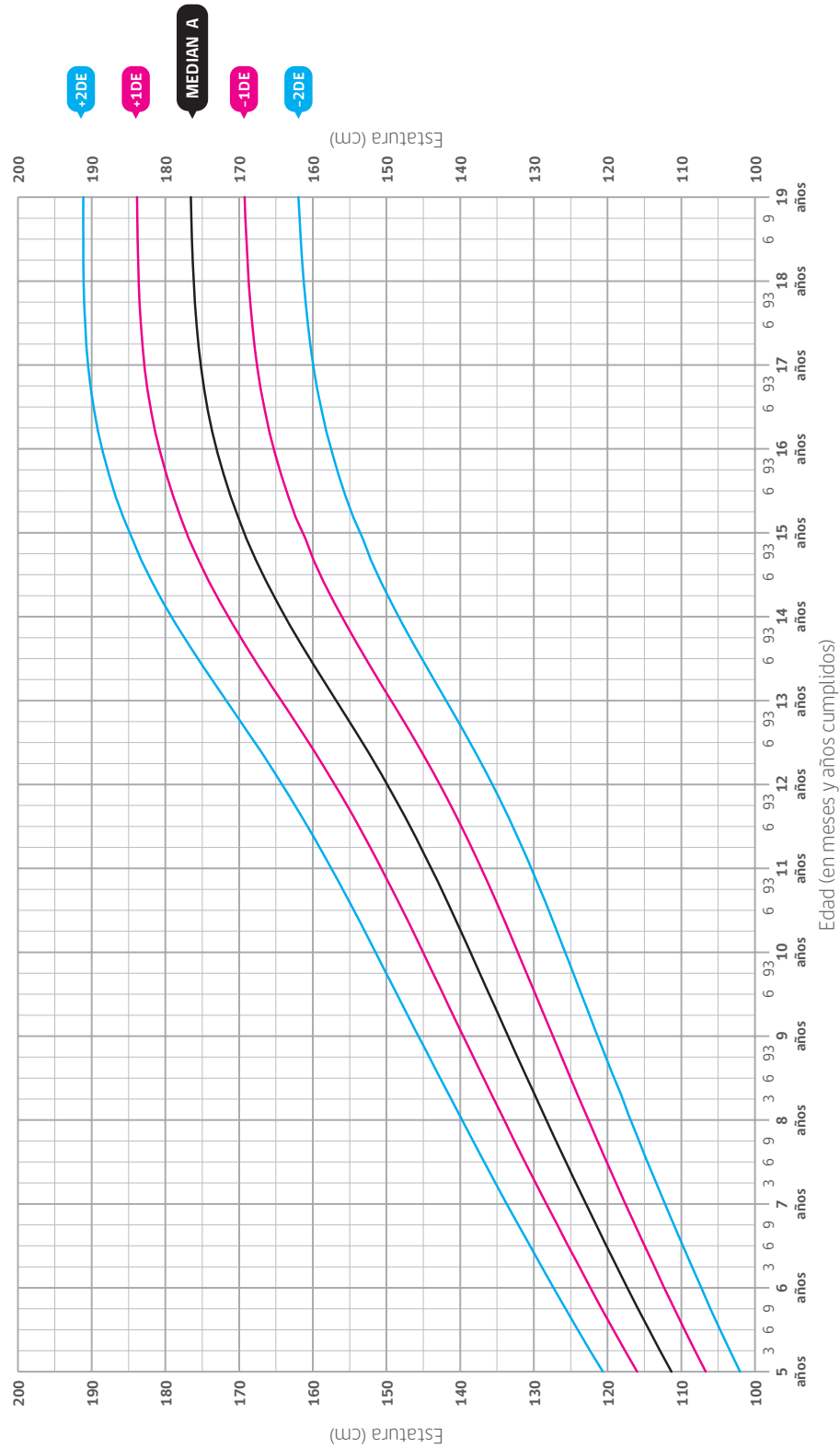


Estatura por edad en niños y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años

ME DI A N A Y D E S V I A C I Ó N E S T Á N D A R

Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años



Fuente: Patrones de crecimiento de escolares y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años. OMS 2017.

ANEXO N°6: Curva antropométrica de Talla por Edad (T/E) para adolescentes hombres.

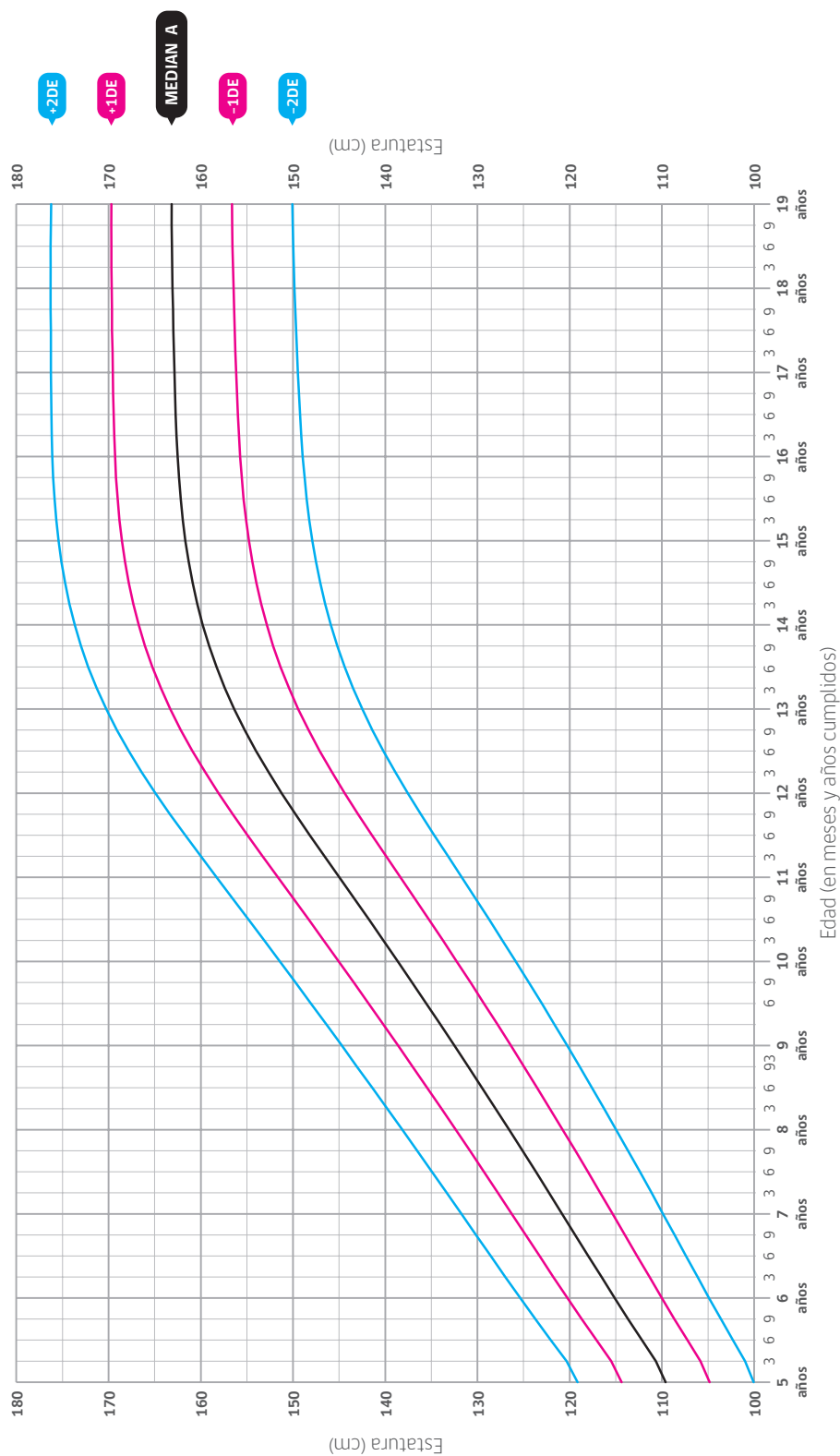
Estatura por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años

ME DI A N A Y D E S V I A C I Ó N E S T Á N D A R



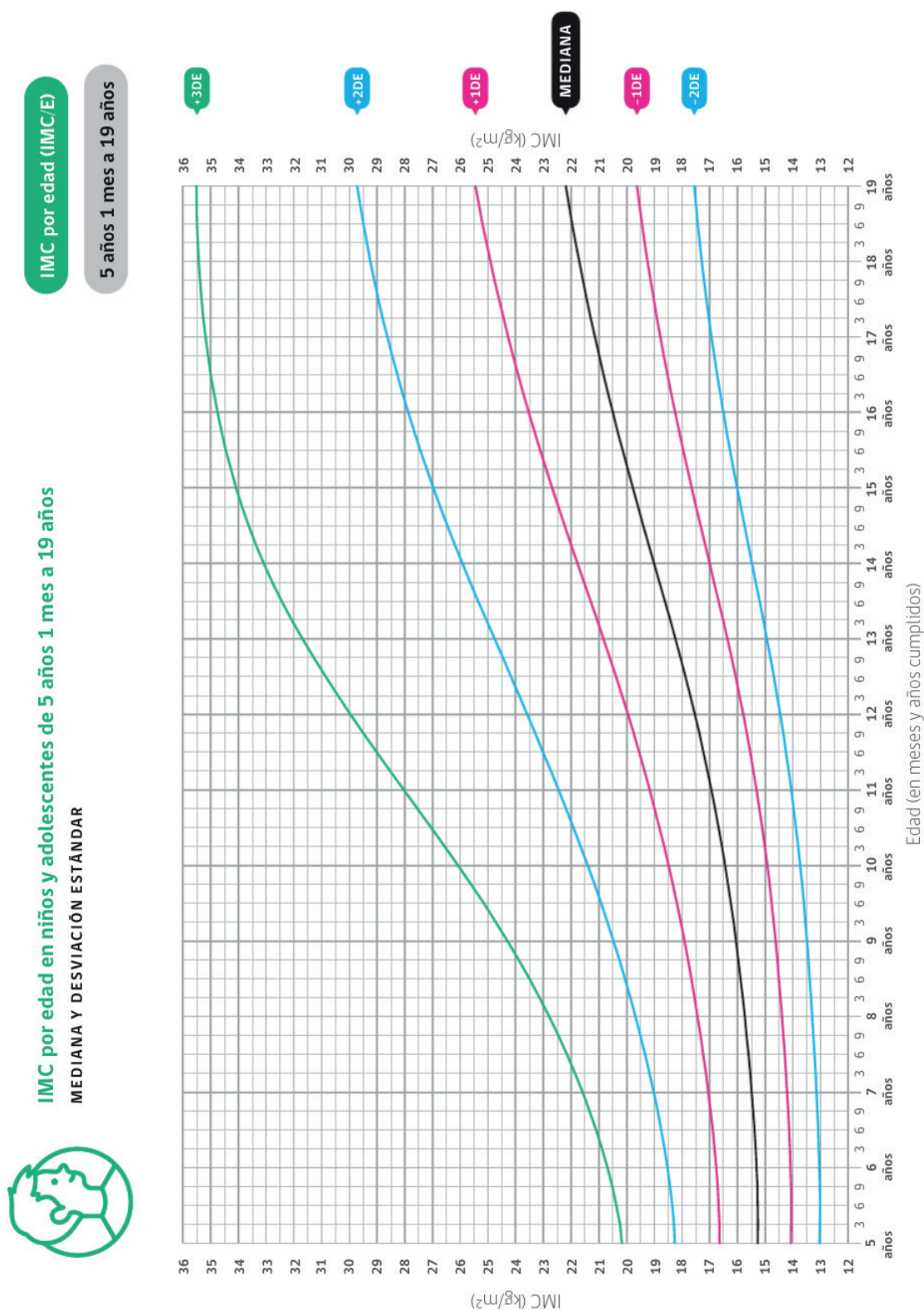
Talla por edad (T/E)

5 años 1 mes a 19 años



Fuente: Patrones de crecimiento de escolares y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años. OMS 2017.

ANEXO N°8: Curva antropométrica de IMC por Edad (IMC/E) para adolescentes hombres.



Fuente: Patrones de crecimiento de escolares y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años. OMS 2017.

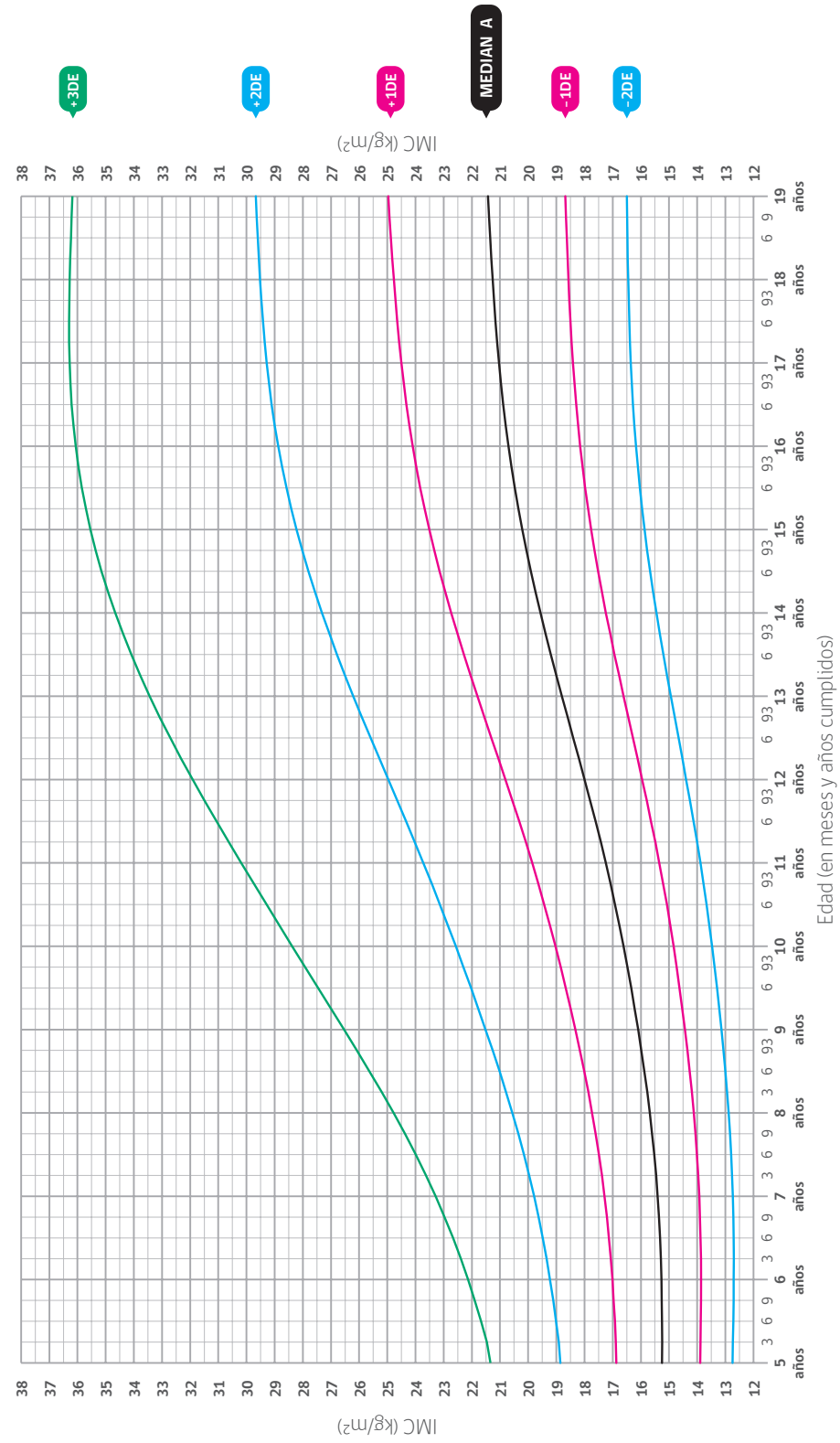


IMC por edad en niñas y adolescentes de 5 años 1 mes a 19 años
MEDIAN Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR

IMC por edad (IMC/E)

5 años 1 mes a 19 años

ANEXO N°9: Curva antropométrica de IMC por Edad (IMC/E) para adolescentes mujeres.



Fuente: Patrones de crecimiento de escolares y adolescentes entre 5 años 1 mes y 19 años. OMS 2017.

ANEXO N°10:

Tabla de valores de referencia para perímetro de cintura.

PERÍMETRO DE CINTURA												
Edad (años)	Percentiles para hombres						Percentiles para mujeres					
	10	25	50	75	85	90	10	25	50	75	85	90
10	58,5	61,6	65,9	73,3	79,3	83,3	57,7	61,3	66,1	74,0	80,5	84,5
11	60,2	63,6	68,2	76,3	82,9	87,3	59,4	63,3	68,4	77,0	84,1	88,5
12	62,0	65,6	70,4	79,3	86,5	91,3	61,2	65,3	70,8	80,0	87,8	92,5
13	63,8	67,6	72,7	82,3	90,1	95,2	63,0	67,2	73,1	83,0	91,4	96,5
14	65,6	69,6	75,0	85,2	93,7	99,2	64,7	69,2	75,4	86,0	95,0	100,5
15	67,4	71,6	77,3	88,2	97,3	103,2	66,5	71,2	77,7	88,9	98,7	104,5
16	69,2	73,6	79,5	91,2	100,9	107,2	68,2	73,2	80,1	91,9	102,3	108,5
17	71,0	75,6	81,8	94,2	104,5	111,2	70,0	75,2	82,4	94,9	106,0	112,5
18	72,8	77,6	84,1	97,1	108,1	115,1	71,8	77,2	84,7	97,9	109,6	116,5

Fuente: Fernández JR, Brown MB, López-Alarcón M, et al. Changes in Pediatric Waist Circumference Percentiles Despite Reported Pediatric Weight Stabilization in the United States. *Pediatr Obes.* 2017.

ANEXO N°11: Tabla de presión arterial para adolescentes mujeres.

Edad (años)	Percentil de Presión Arterial	Presión Arterial Sistólica (mmHg)							Presión Arterial Diastólica (mmHg)						
		<< Percentil de talla >>							<< Percentil de talla >>						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
Talla en cm		129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8
10	Percentil 50	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	62
	Percentil 90	109	110	111	112	113	115	113	72	73	73	73	73	73	73
	Percentil 95	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	Percentil 95 + 12 mmHg	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
Talla en cm		135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160
11	Percentil 50	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	Percentil 90	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	Percentil 95	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	Percentil 95 + 12 mmHg	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
Talla en cm		142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4
12	Percentil 50	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	Percentil 90	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	Percentil 95	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	Percentil 95 + 12 mmHg	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
Talla en cm		148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2	148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2
13	Percentil 50	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	66
	Percentil 90	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	Percentil 95	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	Percentil 95 + 12 mmHg	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
Talla en cm		150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1	150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1
14	Percentil 50	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	Percentil 90	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77
	Percentil 95	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	Percentil 95 + 12 mmHg	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94
Talla en cm		151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173	151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173
15	Percentil 50	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	Percentil 90	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	Percentil 95	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	82	82	82	82
	Percentil 95 + 12 mmHg	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
Talla en cm		152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4	152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4
16	Percentil 50	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	Percentil 90	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	Percentil 95	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	Percentil 95 + 12 mmHg	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
Talla en cm		152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7	152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7
17	Percentil 50	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	Percentil 90	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	Percentil 95	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	Percentil 95 + 12 mmHg	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94

Fuente: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

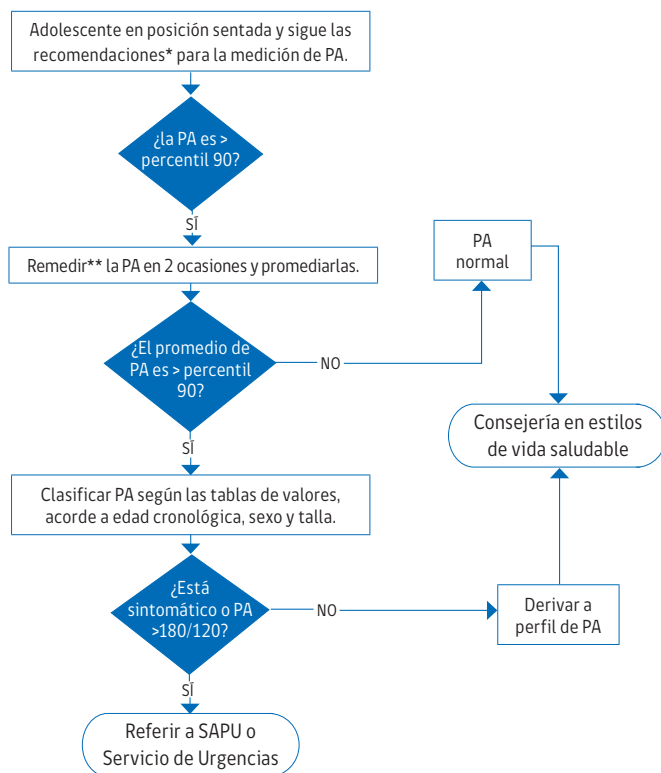
ANEXO N°12:

Tabla de presión arterial para adolescentes hombres.

Edad (años)	Percentil de Presión Arterial	Presión Arterial Sistólica (mmHg)							Presión Arterial Diastólica (mmHg)						
		<< Percentil de talla >>							<< Percentil de talla >>						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
Talla en cm		130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7	130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7
10	Percentil 50	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	Percentil 90	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	Percentil 95	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	Percentil 95 + 12 mmHg	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90
Talla en cm		134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6	134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6
11	Percentil 50	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	Percentil 90	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	Percentil 95	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	Percentil 95 + 12 mmHg	126	126	128	130	132	135	136	89	90	89	90	90	90	90
Talla en cm		140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5	140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5
12	Percentil 50	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	Percentil 90	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	Percentil 95	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	Percentil 95 + 12 mmHg	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91
Talla en cm		147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4	147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4
13	Percentil 50	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	Percentil 90	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	Percentil 95	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	Percentil 95 + 12 mmHg	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
Talla en cm		153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1	153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1
14	Percentil 50	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	Percentil 90	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80
	Percentil 95	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	Percentil 95 + 12 mmHg	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
Talla en cm		159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2	159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2
15	Percentil 50	108	110	112	113	114	114	114	31	62	64	65	66	67	68
	Percentil 90	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	Percentil 95	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	Percentil 95 + 12 mmHg	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
Talla en cm		162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4	162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4
16	Percentil 50	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	Percentil 90	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	Percentil 95	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	Percentil 95 + 12 mmHg	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98
Talla en cm		163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5	163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5
17	Percentil 50	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70
	Percentil 90	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83
	Percentil 95	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87
	Percentil 95 + 12 mmHg	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

Fuente: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):e20171904.

ANEXO N°13: Flujograma de actuación frente a evaluación de presión arterial.



* Recomendaciones para la toma de presión arterial (PA) en adolescentes (73):

- Reposo: al menos, 5 minutos de reposo, sin cafeína ni tabaco 30 minutos previos y evacuar vejiga en caso necesario.
- Posición: brazo (preferencia derecho) debe estar apoyado, de manera que la fosa antecubital esté al lado del corazón.
- Selección del manguito: este debe cubrir al menos el 80% del brazo, a la altura del punto medio del olecranon y el acromion. De ancho, debe equivaler al 40% de la circunferencia.

** Se recomienda que la medición sea a través de la técnica de auscultación, es decir, con el fonendoscopio y a través de los ruidos de Korotkoff. De utilizarse uno automático, deberá comprobarse mediante la técnica auscultatoria.

La pesquisa o perfil de presión arterial se realiza acorde a la "Guía Clínica de Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años o más"(123). Esta indica:

- Realizar dos mediciones adicionales en cada brazo, separados por al menos 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días (124).
- Si los valores difieren por más de 5 mmHg, se debe tomar lecturas adicionales hasta estabilizar los valores (125).

Se clasificará como hipertenso a personas cuyo promedio de mediciones sea mayor o igual al percentil 90, según las tablas acorde a edad, sexo y talla.

ANEXO N°14: Tabla de evaluación de agudeza visual.

JUNAEB | Servicios
PROGRAMA | Médicos

Tabla Optotipos, Tamizaje Visual



0,05

Esta es la E que debe usarse para enseñar al niño las 4 direcciones

Línea 1



0,1

Línea 2



0,3

Línea 3



0,5

Línea 4



0,67

ANEXO N°15: Grados de Tanner para adolescente de sexo femenino.

Interpretación de edad biológica en mujeres, de acuerdo al desarrollo mamario según Estadios de Tanner

Estadio de Tanner	Desarrollo mamario en la mujer durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1		Prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.	< 10 años 6 meses
Grado 2		Se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, con aumento del diámetro de la areola. Es la etapa de la aparición del botón mamario.	10 años y 6 meses
Grado 3		Se caracteriza por crecimiento de la mama, con pigmentación de la areola y se visualiza que la mama y la areola tienen un solo contorno.	11 años
Grado 4		Existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y sollevantada, por lo que se observa un doble contorno (areola y mama).	12 años, si no hay menarquia
Grado 5		La mama es de tipo adulto, en la cual el pezón protruye y la areola se retrae y tiene el mismo contorno que la mama.	12 años y 8 meses

Fuente: Patrones de crecimiento para la evaluación de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. MINSAL 2018.

ANEXO N°16: Grados de Tanner para adolescente de sexo masculino.

Interpretación de edad biológica en hombre, de acuerdo al desarrollo feital según Estadios de Tanner

Estadio de Tanner	Desarrollo genital en el hombre durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1		Los testículos tienen un volumen menor a 4 cc, escroto y pene tienen características infantiles.	< de 12 años
Grado 2		El pene no se modifica, mientras los testículos aumentan ligeramente de tamaño alcanzando un volumen testicular de 4 a 8 cc; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura haciéndose más laxa.	12 años
Grado 3		Se inicia el crecimiento del pene en longitud, los testículos tienen un volumen entre 6 y 12 cc y el escroto está más laxo.	12 años 6 meses
Grado 4		Hay mayor crecimiento del pene, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos están entre 15 y 20 cc y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	13 años 6 meses
Grado 5		Los genitales tienen forma y tamaño semejante a los de un adulto. Volumen testicular promedio de 25 cc.	14 años 6 meses

ANEXO N°17: Elaboración de Genograma familiar.

Corresponde a un instrumento que permite la representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional, y tiene por objetivos descubrir patrones familiares de conducta y enfermedad, conocer el contexto, historia y relaciones familiares; y evaluar factores psicosociales, como escolaridad, trabajo, enfermedades, etc. (126,127).

Para su elaboración, se debe trazar tres niveles: estructura familiar, información importante sobre la familia: fechas relevantes (nacimiento, muertes, matrimonio, etc.), ocupación, edad, entre otras; y relaciones familiares (126,128).

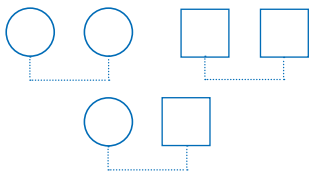
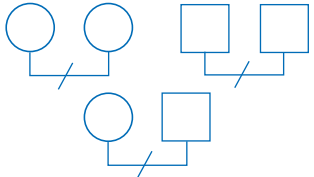
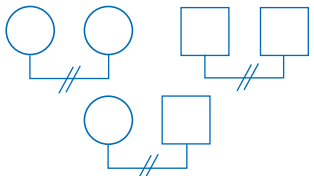
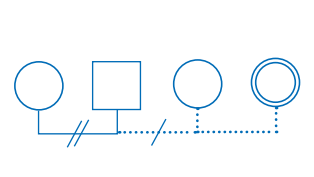
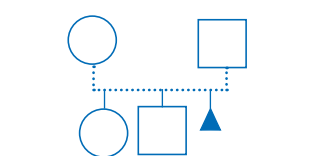
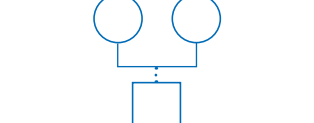
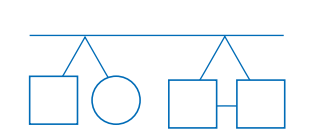
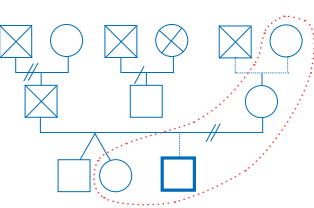
A continuación, algunos detalles y símbolos de los tres niveles para usar en el Control de Salud:

1. Estructura Familiar (126):

Símbolo	Descripción y ejemplos
	Miembro de la familia que vive como mujer ²² .
	Miembro de la familia que vive como varón ²³ .
	Miembro de la familia que se identifica como un género no binario (129).
	Persona que consulta, en este caso la o el adolescente. Debe tener doble línea.
	Miembro de la familia fallecido/a. Se coloca una "X" dentro del símbolo.
	Embarazo. Se especifica con triángulo.
	Parto de feto muerto. Se coloca una "X" dentro del símbolo (más pequeño).
	Aborto espontáneo. Se especifica con círculo negro.
	Aborto provocado. Se especifica con solo una "X".

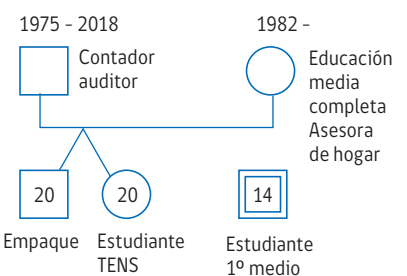
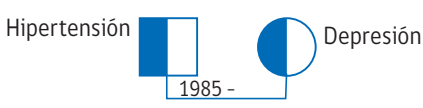
22- Incluye personas asignadas con este sexo al nacer, como aquellas trans que su identidad es de mujer.

23- Incluye personas asignadas con este sexo al nacer, como aquellas trans que su identidad es de varón.

	Las relaciones se representan por líneas que conectan dichos miembros. Si la pareja no se encuentra casada o unida civilmente, se utiliza la línea de puntos.
	Las relaciones interrumpidas se representan con una línea para la separación.
	Las relaciones interrumpidas se representan con dos líneas para el divorcio o fin de la unión civil.
	Las relaciones múltiples, uniones o matrimonio pueden representarse, desde la izquierda, la más antigua hasta la relación actual, más cercana al miembro de la familia. Por ejemplo, acá una mujer con una primera relación (matrimonio o unión civil) con una mujer, posterior una relación (sin vínculo legal) con un hombre y, actualmente, una relación (sin vínculo legal) con una mujer.
	Cuando hay varios/as hijos/as, se representa desde la izquierda a derecha de mayor a menor. En el ejemplo, una pareja sin vínculo legal, con una hija (la mayor), un hijo y un embarazo.
	Cuando hay un hijo/a adoptado/a, se representa con una línea de puntos para conectar. En el ejemplo, una pareja con vínculo legal, con un hijo adoptado.
	Los y las hijas mellizas se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los progenitores y en el caso de ser monocigóticos (gemelos), se conectan por una barra. En el ejemplo, se ve un hombre y mujer (mellizos) a la izquierda y, a la derecha, dos hermanos (gemelos).
	Para representar quiénes viven en el hogar, se debe encerrar a los miembros dentro de una línea de puntos. En el ejemplo, se representa una familia en la que vive una abuela, una madre, una hermana y la persona principal del Control, un hombre.

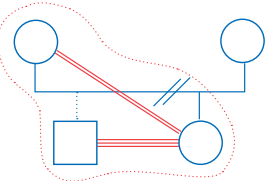
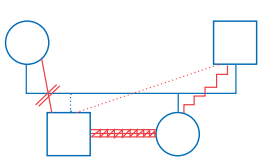


2. Información relevante para la familia (126,130):

Símbolo	Descripción y ejemplos
 1975 - 2018 Contador auditor 1982 - Educación media completa Asesora de hogar 20 Empaque 20 Estudiante TENS 14 Estudiante 1º medio	Con el objetivo de brindar información demográfica, se pueden incluir las edades (dentro de la figura que representa a las personas), fechas de los nacimientos (sobre la persona), ocupaciones y nivel cultural (información que puede estar al costado o de forma inferior).
 2018 - 2019 Argentina	En consideración de los procesos migratorios, se puede agregar un símbolo "S" (invertido), para explorar la experiencia de migración (130). En el ejemplo, se representa un hombre, que migró por un año a Argentina, entre el 2018 al 2019.
 2018 Haiti	En consideración a la migración, se puede agregar una doble "S" (invertida), para explorar la experiencia previa a la migración, la migración como tal y la transición cultural (130). En el ejemplo, una mujer que migró desde Haití en 2018.
 Hipertensión 1985 - Depresión	Para la representación de enfermedades físicas o mentales, se puede realizar a través de que la mitad del símbolo de la persona esté en negro, más la descripción al costado. En el ejemplo, una pareja con vínculo legal desde 1985 en que el hombre tiene hipertensión y la mujer depresión.

Toda información relevante recogida puede situarse junto a su símbolo en el genograma, como el funcionamiento, lo emocional y el comportamiento de distintos miembros de la familia. También puede especificarse sucesos críticos, como cambios de relaciones, migraciones, fracasos, éxitos u otro evento normativo o no normativo de la historia de la familia.

3. Relaciones familiares (126):

Símbolo	Descripción y ejemplos
	La representación gráfica de distintos tipos de relaciones se realiza a través de la unión entre dos miembros de la familia. En el ejemplo, las tres líneas representan a hermanos con una relación "fusionada" y una madre e hija con una relación "unida".
	En el ejemplo, se ve una relación distante entre padre e hijo representada a través de una línea punteada; un "quiebre" entre la madre e hijo, a través de una línea cortada en el medio; una relación "conflictiva" entre padre e hija, a través de una línea quebrada o zigzagueada; y una relación "fusionada y conflictiva" entre hermanos, a través de tres líneas paralelas que en su interior contiene una línea quebrada o zigzagueada.

ANEXO N°18: Instrumento CRAFFT.

CRAFFT, es un acrónimo en inglés que hace referencia a seis aspectos o dimensiones que son evaluadas: CAR/ auto; RELAX/relajarse; ALONE/solo; FORGET/olvidar; FRIENDS/amigos; TROUBLE/problemas (51,131).

Se espera que, durante la entrevista, cada profesional establezca un espacio confidencial y privado que permita abordar las respuestas con la mayor honestidad posible. Para implementar el CRAFFT, es importante explicitar la confidencialidad y solicitar al o la adolescente enfocarse específicamente en los últimos 12 meses.

El instrumento CRAFFT tiene dos partes:

En la **PARTE A** se indaga por el uso de alcohol y otras drogas. Los resultados del instrumento deben ser interpretados de acuerdo a tramos de edad:

- Entre los 10-13 años, cualquier respuesta positiva en la PARTE A, es decir, cualquier consumo, debe considerarse como de ALTO RIESGO y, de esa manera, conducir directamente a una REFERENCIA ASISTIDA para evaluación clínica e intervención por el equipo vinculado al programa de salud mental integral.
- Entre los 14-19 años, cualquier respuesta positiva a la parte A, lleva a la PARTE B, que incorpora las seis preguntas CRAFFT y que determinan el riesgo del consumo.

Los resultados de la **PARTE B** determinan 3 niveles de riesgo:

- **Bajo riesgo:** corresponde al no consumo de alcohol y otras drogas y debe continuarse con una "intervención mínima", reforzando la abstinencia y entregando información.
- **Riesgo:** corresponde a adolescentes que usan alcohol y otras drogas, pero el nivel de riesgo intermedio, que pueden ser abordado sin recurrir a profesionales especialistas, a través de una "intervención motivacional".
- **Alto riesgo:** corresponde a consumos que presentan mayores indicadores de riesgo. En estos casos, debe realizarse una "derivación asistida" para evaluación clínica e intervención por el equipo vinculado al programa de salud mental, prestación denominada "evaluación y confirmación diagnóstica", la cual es realizada por profesional de medicina junto con algún integrante del equipo de sector (profesional de psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional).

En caso de ser confirmado un trastorno por consumo de sustancias, se deberá derivar a la o el adolescente al programa pertinente a su situación, de acuerdo a la oferta existente en el territorio.

Como parte de este enfoque, se recomienda evitar "trampas" durante la intervención, como mantener el diálogo solo a través de preguntas-respuestas o de confrontar-negar, tomar postura de experto (dar soluciones y respuestas, aconsejar), etiquetar, focalizar prematuramente en un tema y no respetar la agenda del o la adolescente y, particularmente, culpar.

Por último, mantenga un enfoque de intervención motivacional. Esta consiste en un estilo de comunicación colaborativo, diseñado con la convicción que la motivación es evocada en el otro y no impuesta, a través del recuerdo y exploración de las vivencias y argumentos de la persona, en un ambiente de aceptación y compasión

Las preguntas CRAFFT

crafft (car, relax, alone, forget, friends, truble)

"Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie.

PARTE A:

Durante los últimos 12 meses

1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?	SÍ	NO
2. ¿Has fumado marihuana o cannabis?	SÍ	NO
3. ¿Has usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	SÍ	NO

NO (a todas las preguntas anteriores) pasar a la pregunta B1 solamente	SÍ (a una o más de las preguntas anteriores) 10-13 años: realizar REFERENCIA ASISTIDA 14-19 años: Hacer las 6 preguntas CRAFFT
--	---

PARTE B:

Preguntas CRAFFT

B1. ¿alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	SÍ	NO
B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE , sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	SÍ	NO
B3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO ?	SÍ	NO
B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	SÍ	NO
B5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	SÍ	NO
B6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	SÍ	NO

PUNTAJE CRAFFT Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada si
--

0 punto	1 punto	2-6 puntos
INTERVENCIÓN MÍNIMA	INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL	REFERENCIA ASISTIDA
Refuerce la conducta de no consumir. Entregue información	Recomiende el no consumo. Entregue información y discuta estrategias para apoyar un cambio en el consumo	El consultante podría tener algún problema o trastorno relacionado con el consumo. Realice la referencia asistida y haga de todas maneras una INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

ANEXO N°19: Detección de riesgo suicida

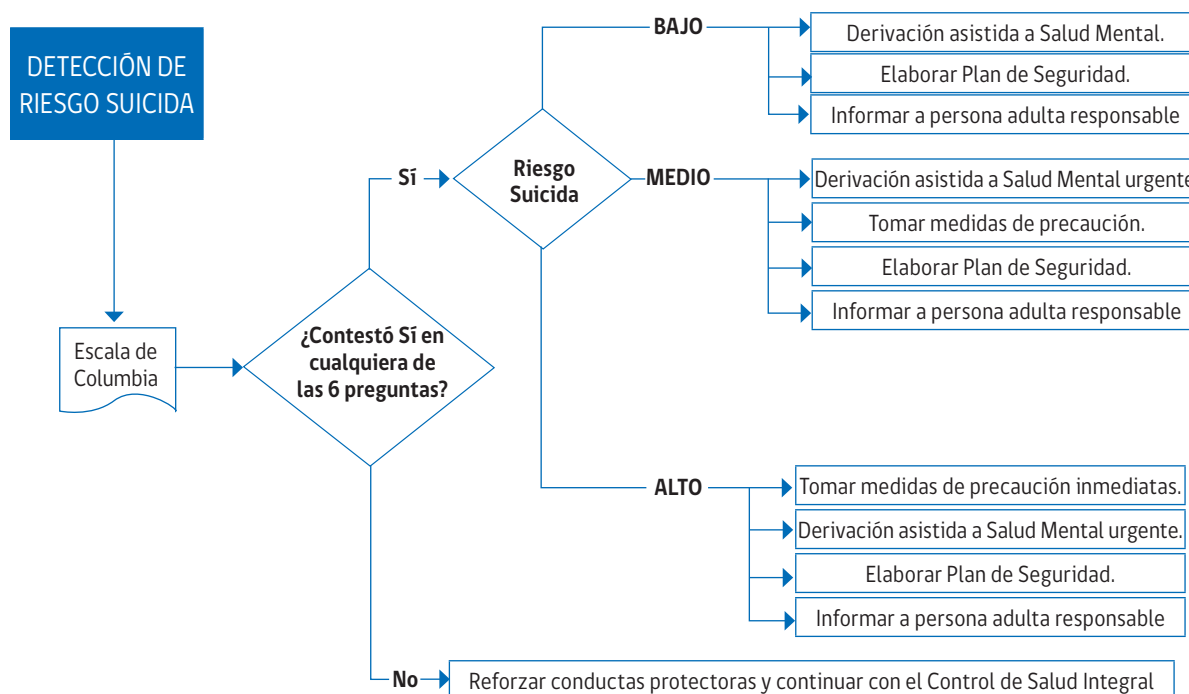
ESCALA DE COLUMBIA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)²⁴.

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes	
	SÍ	NO
1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar? La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerta o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormida y no despertar.		
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida (por ejemplo, "He pensado en suicidarme"), sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).		
Si la respuesta es "SÍ" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6 Si la respuesta es "NO" continúe a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? La persona confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método, pues en este caso existe la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuestas del tipo: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría".		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y la persona refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de ideas suicidas sin intención en respuestas como "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan? Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y la persona tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.		
Siempre realice la pregunta 6		
6) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida? Pregunta de conducta suicida: Ejemplos: ¿Has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio?, ¿has sacado remedios del frasco o caja, pero no las has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, subido al techo pero no has saltado al vacío?; o ¿realmente has tomado remedios, has tratado de dispararte con una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.?	Alguna vez en la vida	
	En los últimos 3 meses	
Si la respuesta es "SI": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?		

24- Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vania Martínez 2017.

* Si durante el Control de Salud se detecta señales de alerta o respuesta a los ítems de suicidio en ficha CLAP, riesgo suicida, el o la profesional que realiza el control debe realizar evaluación del nivel de riesgo a través de la Escala de Columbia y realizar las acciones indicadas.

Responde SÍ al ítem 1 o 2	Derivación asistida a salud mental. Elaborar Plan de Seguridad.
Responde Sí al ítem 3 e ítem 6 más allá de 3 meses	Derivación asistida a salud mental en el mismo día, considerar medidas de precaución para el riesgo suicida. Elaborar Plan de Seguridad.
Responde SÍ al ítem 4, 5 y 6 tres meses o menos	Medidas de precaución para el riesgo suicida inmediatas. Derivación asistida a salud mental en el mismo día. Elaborar Plan de Seguridad.



En caso de que el/la adolescente se encuentre en crisis y manifieste intención de llevar a cabo un plan para acabar con su vida durante la entrevista, coordinar atención inmediata por equipo de salud mental o en el servicio de urgencia correspondiente, e informar al adulto responsable. Nunca dejar ir a un adolescente que haya manifestado intención suicida en el marco de un control de salud.

ANEXO N°20: Plan de Seguridad ante riesgo suicida

El Plan de seguridad corresponde a un proceso de planificación que permite tanto al profesional de salud como al o la adolescente identificar actividades que pueden prevenir el suicidio, priorizando esfuerzos para lograr un mejor impacto.

PLAN DE SEGURIDAD

Nombre		Fecha	
--------	--	-------	--

PASO1: RECONOCER SEÑALES DE ALERTA

¿Cómo voy a saber cuándo usar este plan de seguridad?
¿Cuáles son mis señales de alerta?

Este plan será utilizado cuando:
1.
2.
3.

PASO 2: UTILIZAR ESTRATEGIAS INTERNAS

¿Qué es lo primero que puedo intentar por mí mismo/misma en caso de una crisis?
¿Cómo me puedo distraer?

Lo primero que voy a intentar será:
1.
2.
3.

PASO 3: RECURRIR A CONTACTOS SOCIALES

¿Quién es alguien que usualmente me hace sentir bien, me distrae, me sube el ánimo, me cuenta cosas interesantes? No es necesario contarle sobre los pensamientos suicidas.

Personas que me distraen/suben el ánimo:	
1.	Fono:
2.	Fono:
3.	Fono:

PASO 4: FAMILIARES O AMIGOS QUE PUEDEN AYUDAR A RESOLVER LA CRISIS

¿Quién de mis familiares o amigos me puede ayudar a sobrellevar la crisis?

Personas que me pueden ayudar a superar la crisis:	
1.	Fono:
2	Fono:
3.	Fono:

PASO 5: CONTACTAR AYUDA ESPECIALIZADA

¿A quién debo contactar en caso de que las estrategias anteriores fallen y aún tenga pensamientos suicidas?

Contactos de emergencia:	
1.	Fono:
2.	Fono:
3. Salud Responde opción 1 (las 24 hrs. del día)	Fono: 600 360 7777

PASO 6: REDUCCIÓN DE MEDIOS

¿Cómo puedo protegerme de hacerme daño? ¿Qué cosas debo alejar de mi alcance?

Lo que podemos hacer para limitar el acceso a medios es:	
1.	
2.	
3.	

Tareas a llevar a cabo por el equipo

- Mantener siempre la calma, escuchar de forma activa, no prejuiciosa, expresar preocupación y ofrecer ayuda.
- Evitar a toda costa dar consejos o sermones que defienden el "valor de la vida", que provocan sentimientos de culpa o que no ayuden al/la adolescente. Siempre se debe considerar seriamente cualquier amenaza de suicidio.
- Indicar que además del apoyo que se le está dando en ese momento, también es necesario que acceda a atención en salud mental, donde podrán desarrollar estrategias que alivien su malestar.
- Dado que existe riesgo vital, acordar con el/la adolescente como se informará a su familia respecto a las señales de alerta detectadas. Explicitar claramente que sólo se informará a sus padres/cuidadores sobre la presencia de señales de alerta de riesgo suicida y la necesidad de

atención de salud, manteniendo la privacidad sobre información sensible que no quiera o tenga temor de compartir con ellos.

- Puede ocurrir que el estudiante rechace que se comunique a la familia sobre la situación y/o la derivación a la atención de salud mental, ante lo cual se debe reforzar la idea de la importancia de ambos pasos, resaltando que es por su propio beneficio y que en todo momento podrá contar con el apoyo del equipo.
- Elaborar Plan de Seguridad en conjunto con el adolescente e involucrar a la familia en su construcción y participación en la toma de medidas de seguridad.
- Al derivar a salud mental, incluir el plan de seguridad trabajado conjuntamente, para dar continuidad a este por parte de los profesionales de salud mental.

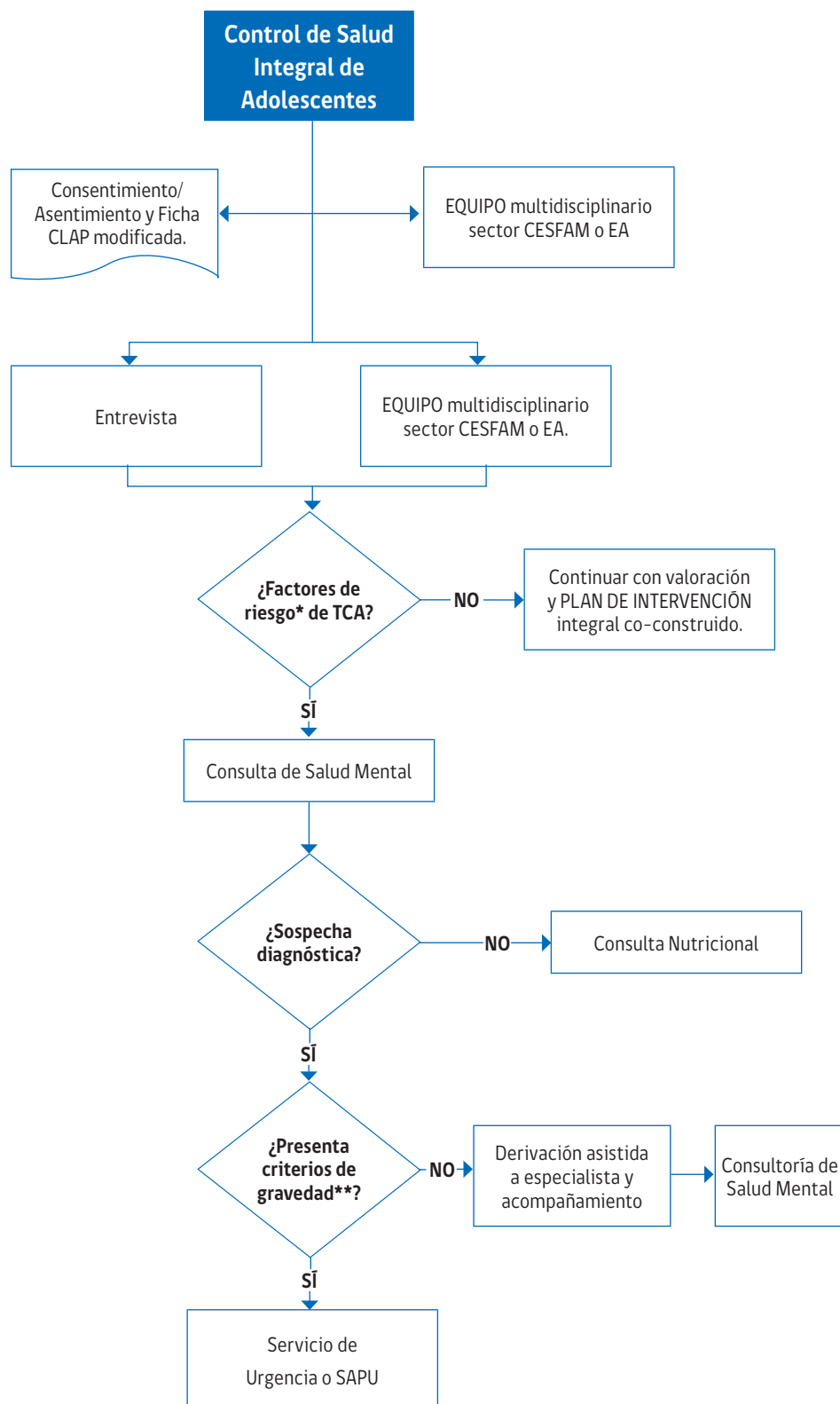
Siempre tener presente

Resguardar la información entregada por el o la adolescente al momento de informar a la familia del riesgo de suicidio detectado, dando cuenta sólo de las señales de alerta observadas y la necesidad de atención, sin entregar información sensible que no haya sido autorizada para compartir.

Considere que en algunas situaciones, el develar cierta información puede aumentar el riesgo de suicidalidad de la mano con un aumento de estrés (ej. estudiantes LGTBI, embarazo, etc.).

En este sentido, conviene utilizar intervenciones como la siguiente: "Yo no sé exactamente los que estás experimentando, me imagino que puede ser algo privado y de seguro muy doloroso. Nosotros queremos proteger tu vida, y para eso tenemos y queremos comunicar a tu familia tus pensamientos de hacerte daño. Pero lo que te está pasando más allá de eso y lo que quizá explica que te sientas tan desesperanzado/a, eso es algo que tú tienes que decidir hablar, con alguien en el que confíes y con un profesional que te pueda ayudar".

ANEXO N°21: Manejo frente a sospecha de un trastorno de conducta alimentaria (TCA).



***Factores de riesgo para sospecha (60,133):**

- Bajo peso o sobrepeso para su edad.
- Cambios en los hábitos alimentarios con restricción o selectividad de algunos alimentos.
- Pesquisas de signos durante el examen físico (caída de pelo, desgaste esmalte dentario, entre otras) y signo de Russell (callosidades en los nudillos de los dedos de las manos por los vómitos autoprovocados).
- Episodios de atracones y/o comportamientos compensatorios y/o purgas recurrentes (evaluar gatillantes y cronicidad).
- Ejercicio excesivo y/o compulsivo sin un motivo aparente y que puede, o no, condecirse con su físico.
- Cambios de peso en periodos breves, sin justificación
- Disminución o ganancia de peso abruptas.
- Fluctuaciones de peso sustanciales en cortos periodos, sin justificación evidente.
- Retraso del crecimiento o del desarrollo puberal no explicados.
- Alteraciones menstruales de causa no clara.
- Disconformidad en relación a imagen corporal, miedo, preocupación y/o ansiedad frente a la evaluación del peso.
- Otras conductas no saludables para el control del peso (Ej: uso de laxantes, diuréticos, quemadores de grasa, ayunos, fármacos anorexígenos, entre otras).

****Criterios de gravedad (61,62):**

- Desnutrición severa (peso igual o bajo el 85% del peso ideal para la edad, sexo y estatura).
- Deshidratación
- Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hiposfosfatemia).
- Arritmias cardíacas.
- Inestabilidad fisiológica.
 - * Bradicardia severa (<50 latidos por minuto en el día y <45 en la noche).
 - * Hipotensión (<80/50 mm Hg)- Hipotermia (temperatura corporal <35.5°).
 - * Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg).
- Detención en el crecimiento o desarrollo.
- Fracaso de tratamiento ambulatorio.
- Rechazo agudo a alimentación.
- Atracones y purgas incontrolables.
- Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. Síncope, mareos, fallas cardíacas, pancreatitis, etc.).
- Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda)
- Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (ej. depresión severa, trastorno obsesivo compulsivo, disfunción familiar severa).

ANEXO N°22: APGAR familiar.

El APGAR familiar es un cuestionario de tamizaje autoadministrado que tiene cinco preguntas y tres posibles respuestas. Busca reflejar la percepción y grado de satisfacción de la persona sobre el funcionamiento de su familia (127). Este instrumento fue validado y adaptado a la población chilena, es de fácil aplicación e interpretación y requiere poco tiempo.

Las cinco áreas de funcionamiento familiar que evalúa son (127):

- A. Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis.
- P. Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.
- G. ("Growth") Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.
- A. Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.
- R. Capacidad de resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios.

Preguntas	Casi siempre (2 puntos)	A veces (1 punto)	Casi nunca (0 puntos)
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?			
¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

El puntaje final es de 0 a 10, y se interpreta a través de las siguientes categorías de funcionalidad familiar:

- * Familias altamente funcionales (7 a 10 puntos).
- * Familias moderadamente funcionales (4 a 6 puntos).
- * Familias severamente disfuncionales (0 a 3 puntos).

Los resultados obtenidos, a través de la percepción de una persona, no constituyen un diagnóstico de la familia ya que cada persona tiene una percepción particular del funcionamiento de su familia. Su análisis permite cotejar con la persona esta percepción la que puede ser comparada con APGAR efectuados a otros integrantes de la familia.

ANEXO N°23: Oferta intersectorial.

PROGRAMAS DE JUNAEB.

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) dispone de oferta para la población adolescente. A continuación, la descripción:

Programa de Salud Oral:

Edad grupo Objetivo o beneficiarios	Estudiantes de Pre-kínder a Octavo año Básico matriculados en establecimientos educacionales (municipales o particulares subvencionados) adscritos por convenio a los Módulos Dentales. <i>Quedan excluidos de la atención odontológica entregada en el Módulo Dental, alumnos y alumnas que, aun cumpliendo estos requisitos, están cubiertos por la Garantía GES o AUGES de "Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años" del Ministerio de Salud (alumnos cuyas edades están comprendidas entre los 6 años y los 6 años 11 meses 29 días).</i>
Descripción de la oferta	El programa de salud oral cuenta con dos componentes: Primer Componente: Se encarga de la atención integral odontológica para estudiantes de establecimientos municipales y particulares subvencionados de Pre-Kínder a 8° básico mediante acciones clínicas, preventivas y educativas que contribuyan a mejorar su salud bucal que favorezcan la igualdad de oportunidades. El Programa de Salud Oral de JUNAEB, dentro de su modelo de atención, desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, otorgando atenciones en los Módulos Dentales correspondientes a Ingresos y Controles. Los Ingresos corresponden a acciones destinadas a la recuperación del daño buco-dentario acumulado, como consecuencia de Caries y Gingivitis, en la población escolar que ingresa al Pre- Kínder, Kínder y/o Primero Básico (no GES), a los Módulos Dentales. Los Controles, consisten en atenciones sucesivas y sistemáticas, que se inician desde Kínder (cuando el alumno ha recibido su Ingreso en Pre-Kínder), y luego, en 1° (cuando no pertenece al GES), 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° y 8° Básico. Segundo Componente: Entrega de leche con flúor a los alumnos de 1° a 8° básico que reciben el Programa de Alimentación Escolar de Junaeb en establecimientos educacionales rurales sin acceso a agua potable fluorurada. Criterios de selección: Pertenecer a escuelas rurales que no cuentan con agua potable fluorurada entre las regiones de Coquimbo y Magallanes (las regiones del norte se excluyen ya que tienen flúor contenido en forma natural en el agua).

Programa de Servicios Médicos:

Grupo Objetivo o beneficiarios	Atención integral que aborda a personas entre 4 a 26 años, en los ejes temáticos de participación y educación, detección, atención médica especializada, tratamiento y vigilancia de las condiciones descritas previamente.
Descripción de la oferta	Programa orientado a mejorar las condiciones de Salud, visual, auditiva y postural de Estudiantes de Establecimientos públicos y subvencionados por el Estado, a través de acciones de educación, detección, atención y tratamiento médico especializado, resolviendo problemas de Salud vinculados al desempeño e integración del escolar durante toda la trayectoria educativa.

Escuelas saludables para el aprendizaje:

Grupo Objetivo	Estudiantes desde los niveles parvulario, enseñanza básica, enseñanza media y especial.
Descripción de la oferta	El programa permite aumentar el acceso de estudiantes que cuenten con matrícula en establecimientos públicos y subvencionados por el Estado, a espacios de promoción de hábitos de vida saludable, a través acciones recreativas, tanto al interior como fuera de los establecimientos educacionales.

PROGRAMAS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL DEPORTE

El Instituto Nacional del Deporte (IND) dispone de oferta para la población adolescente. A continuación, la descripción:

Jóvenes en Movimiento:

Edad grupo Objetivo	Personas entre 15 a 29 años.
Descripción de la oferta	Es un subcomponente de Actividad Física y Deporte del Programa Deporte de Participación Social, implementado por el Instituto Nacional del Deporte (IND).

Creer en Movimiento:

Edad grupo Objetivo o	Personas de 12 a 18 años.
Descripción de la oferta	El Programa Creer en Movimiento se lleva a cabo a través de su componente Escuelas de Elección Deportiva, el cual implementa talleres de actividad física y deporte, estableciendo alianzas con establecimientos municipales y particulares subvencionados con gratuidad.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SENDA

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), dispone de oferta para la población adolescente. A continuación, la descripción:

PrePARA²⁵:

Edad grupo Objetivo o beneficiarios	4 a 17 años 11 meses.
Descripción de la oferta	El programa PrePara2 es una intervención multimodal (grupal, individual, familiar) y multinivel (prevención universal, selectiva e indicada), orientada al trabajo en establecimientos educacionales, sus estudiantes y otros miembros de la comunidad escolar. Su propósito consiste en aumentar factores protectores y disminuir factores de riesgo en relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas en la población objetivo.

OFICINA LOCAL DE LA NIÑEZ (OLN).

El Ministerio del Desarrollo Social y Familia, dispone de la Oficina local de la niñez (OLN) para la población adolescente. A continuación, la descripción:

Edad grupo Objetivo o beneficiarios	Desde su gestación hasta los 18 años de edad, e incorpora a la familia de el o la niña, niño o adolescente.
Descripción de la oferta	La OLN es el dispositivo a nivel local (comunal) encargado de la promoción, prevención y protección de vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA), a través de la detección de factores de riesgo y la realización de acciones atinentes y oportunas para su mitigación.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

El Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SernamEG) dispone de oferta para población adolescente. A continuación, la descripción:

Programa de prevención de violencia contra las mujeres:

Edad grupo Objetivo o Beneficiarios	14 a 29 años y personas (18 y más) adultas que se vinculan con jóvenes como cuidadores o profesionales que brindan atención.
--	--

25- Anteriormente, llamada "Actuar A Tiempo" y "Programa de Prevención en Establecimientos Educacionales".

Descripción de la oferta	- Sensibilizaciones/Conversatorios: Charlas, talleres o video llamadas, para jóvenes entre 14 a 29 años, en donde se revisan aspectos generales de la Violencia de Género y contra las Mujeres. - Monitoras/es Juveniles: Cursos o talleres (presenciales y virtuales), de 12 horas pedagógicas de duración, certificados, cuyos contenidos de formación corresponden a: Juventudes, Género No Binario y Prevención de la Violencia contra las Mujeres. - Agentes Preventivos: Cursos o talleres (presenciales y virtuales), de 16 horas pedagógicas de duración, certificados, cuyos contenidos de formación corresponden a: Juventudes, Género No Binario y Prevención de la Violencia contra las Mujeres. - Redes y Mesas comunales de Prevención contra la Violencia hacia las Mujeres: Estas redes o mesas pueden estar compuestas por instituciones u organizaciones locales (formales y no formales).
---------------------------------	---

Programa Mujer, Sexualidad y Maternidad (MSM):

Edad grupo Objetivo o beneficiarios	Jóvenes de ambos sexos de 14 a 19 años.
Descripción de la oferta	Son talleres de fortalecimiento de autoestima, autocuidado, y de promoción de derechos sexuales y reproductivos. El objetivo es promover la autonomía física de las personas jóvenes por medio de espacios de reflexión y formación en torno a la sexualidad y proyecto de vida, abordando temas como, género, sexualidad, autoestima, autocuidado, toma de decisiones, prevención en salud y derechos en estos ámbitos. Utilizan metodología participativa. Los talleres presenciales tienen una duración de 10 horas mínimo y los no presenciales de 3 horas mínimo.

SISTEMA LAZOS.

La Subsecretaría de prevención del Delito dispone de oferta para población adolescente. A continuación, la descripción:

Edad grupo Objetivo o beneficiarios	Adolescentes de 10 a 17 años, 11 meses.
Descripción de la oferta	Lazos contempla la ejecución de 4 componentes, siendo estos: Detección Temprana (EDT): dupla psicosocial que acompaña a los NNA y sus familias derivados al componente durante el proceso completo de evaluación; el cual incluye dentro de sus pasos la detección, evaluación o diagnóstico, derivación y posterior seguimiento. EDT evalúa a los NNA por medio de instrumentos específicos y en función de los resultados realiza las siguientes acciones:

- Derivar al programa de tratamiento y/o la red comunal, según necesidades detectadas en el NNA y su grupo familiar.
- Hacer seguimiento y gestión de los casos derivados o en lista de espera de algún componente del Sistema Lazos.

En todos los casos proveerá un informe, con sus determinantes y sugerencias de líneas de intervención en función del mismo. Cabe señalar que la evaluación es voluntaria, confidencial y se realiza contra consentimiento del cuidador u adulto responsable.

La duración del ciclo completo de acompañamiento a un NNA y su familia es de un máximo de 6 meses; considerado desde el primer contacto a su diagnóstico, derivación, tratamiento y evaluación de cierre post intervención.

Triple P: intervención psicosocial cuyo objetivo es fortalecer los conocimientos, habilidades y confianza de crianza de padres y cuidadores de NNA que presenten carencias en estas dimensiones, para prevenir el desarrollo de problemas conductuales, que incidan en el involucramiento de éstos en actividades delictivas.

La intervención es familiar, se realiza por medio del trabajo con padres o cuidadores a cargo de NNA, y se implementa por medio de:

- Seminarios son la base del modelo, se trabajan temas como estrategias de estimulación y comunicación, aportan una comprensión a los cuidadores respecto de la conducta de los niños.
- Ciclos de 4 sesiones de intervención individual para padres o cuidadores de NNA que presenten problemas específicos de comportamiento de sus hijos.
- Ciclos de 8 sesiones de atención grupal para padres o cuidadores con dificultades generales de crianza y manejo en múltiples contextos y conductas.

La intervención tiene una duración promedio de 2 meses respecto al ciclo de intervención del programa.

Familias Unidas: intervención psicosocial familiar cuyos objetivos son mejorar la comunicación efectiva, aumentar el involucramiento de los padres en la vida de los NNA, aumentar el monitoreo parental y el manejo efectivo de conductas y potenciar el desarrollo de relaciones cálidas y de apoyo en la familia. Todas estas habilidades se relacionan con una respuesta eficaz para prevenir conductas arriesgadas asociadas a futura participación de riesgo delictual.

La intervención tiene una duración promedio de 3 meses respecto al ciclo de intervención del programa.

Terapia Multisistémica: tratamiento intensivo, familiar, dirigido a NNA que presentan un riesgo delictual alto incorporando a la familia en la intervención. Es un modelo de terapia altamente especializado, que se desarrolla en el hogar (elimina las barreras de acceso al servicio) y que se implementa en modalidad 24x7, con atención telefónica y presencial. Los terapeutas (psicólogos) abordan intensivamente factores de riesgo delictual a nivel individual, familiar, de pares y comunitario, de acuerdo a las necesidades (o riesgos presentes) en el NNA. De esta forma se busca mejorar el funcionamiento familiar, para que los cuidadores cuenten con adecuadas estrategias parentales y los NNA desarrollen estrategias, para reducir problemas conductuales relacionados con la participación en actividades delictuales, se mantengan en el sistema educativo y viviendo en su hogar.

ANEXO N°24: Pauta de evaluación de calidad del Control de Salud Integral.

A continuación, se establecen los criterios de calidad a evaluar del Control de Salud Integral para determinar si la atención profesional cumple o no con los estándares requeridos en este documento.

Establecimiento:		Director/a:	
Profesional que realiza el control:		Fecha Control auditado:	
Rut usuario/a:		Fecha visita o auditoria:	
Profesional que audita:			

N°	Criterios de calidad	SÍ	NO
1	El Control de Salud Integral realizado se registra en ficha Integral CLAP/OPS/OMS actualizada.		
2	Las Orientaciones Técnicas del Control de Salud Integral vigente se encuentran disponibles para los equipos de salud.		
3	Los y las profesionales que realizan el Control de Salud Integral cuentan con capacitación para ello.		
4	El Control de Salud Integral utiliza los instrumentos de evaluación definidos en las Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral vigentes: curvas antropométricas OMS 2007, tablas de presión arterial, tabla de optotipos de JUNAEB, tablas de evaluación grados de Tanner.		
5	Se cuenta con el equipamiento básico para la realización del Control de Salud Integral según Orientaciones Técnicas vigentes: balanza, antropómetro, esfigmomanómetro, huincha de medir.		
6	La Ficha CLAP utilizada en el Control de Salud Integral, se encuentra anexada en ficha clínica y / o en registro electrónico, según corresponda.		
7	Existen mecanismos de coordinación entre la red integrada de salud y el intersector.		
8	Se solicita consentimiento / asentimiento informado para los y las adolescentes y consentimiento para padres/ madres o tutores, en el caso de ser realizado el Control de Salud Integral en establecimientos educacionales.		
9	El Control de Salud Integral realizado contempla llenado de anamnesis biopsicosocial individual y familiar, según Orientaciones Técnicas.		
10	Aplica CRAFFT y registra intervenciones según resultado		
11	Se realiza el examen físico, según Orientaciones Técnicas.		
12	Se registra la detección de riesgo suicida, SSR, consumo OH - drogas, nutrición por déficit o exceso, social, psicoemocional, deserción escolar, violencia u otro y se integra en la impresión diagnóstica integral.		
13	Se establece una hipótesis diagnóstica o diagnóstico integral priorizado usando criterios CIE 10 o vigente.		
14	Se propone un plan de intervención integral inicial y priorizado según hipótesis diagnóstica o diagnóstico formulado.		
15	El o la adolescente con detección de riesgo, problema y/o necesidades de salud, fue derivado según corresponda.		
16	Se registran indicaciones e interconsultas		
17	El o la adolescente controlada es referida a Consejerías en SSR para prevención de embarazo o ITS, según guía práctica de Consejería en SSR para adolescentes.		
18	Se registra nombre responsable, profesión y firma del profesional que realiza el Control de Salud Integral.		
19	El registro en la ficha clínica es legible y sin uso de siglas no universales.		
20	Se registran acciones de seguimiento del Control de Salud Integral en el tarjetón poblacional y rescate de adolescentes inasistentes.		

Cumplimiento: (cada alternativa SÍ equivale a puntaje 1. NO, es cero puntos)

> 80 % = Cumple con el estándar de las Orientaciones Técnicas.

60-80% = Necesita mejorar. Se sugiere que el equipo revise las situaciones problema detectadas.

< 60% = Necesita una mejora considerable y revisar las Orientaciones junto al equipo.



**APRUEBA “ORIENTACIONES TÉCNICAS
PARA EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE
ADOLESCENTES 2021”.**

SANTIAGO, - 4 ENE 2022

EXENTA N° 4 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 4 del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en artículos 5, 6, 25 y 27 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento orgánico de dicha Cartera de Estado; en la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud; la Convención sobre los Derechos del Niño, promulgada por el Decreto N° 830/1990 del Ministerio de Relaciones Exteriores; en Memorándum N° B2/510 de fecha 18 de junio de 2021, de la Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades; y la Resolución N° 7, de 2019, y N°16 de 2020, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1° Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.

2° Que, la adolescencia es una etapa de la vida donde se producen importantes cambios y desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementen la salud y el bienestar de este grupo de personas.

3° Que, para abordar el bienestar y salud de adolescentes, el Ministerio de Salud ha contemplado estrategias y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2008 comenzó con la implementación de “*Espacios Amigables*”, espacios de atención diferenciados para el acompañamiento al desarrollo integral de adolescentes y

jóvenes, con acceso a la educación en salud sexual y afectiva y personalizada. Para el año 2018 esta estrategia comienza con 54 espacios amigables; hoy contamos con 348 espacios en todo el país.

4° Que, la formulación regulatoria y normativa ha sido un pilar fundamental del programa, consolidándose en el año 2012 con la elaboración del *Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes* del Ministerio de Salud. Posteriormente, se instala el *Control de Salud Integral de Adolescentes*, en los centros de salud y educación, convirtiéndose en la prestación que brinda una oportunidad única para que el equipo de salud pueda vincularse con el grupo de adolescentes en torno a actividades de promoción, prevención, detección precoz y diagnóstico oportuno, que permiten, a tiempo y de manera pertinente, iniciar la atención requerida.

5° Que, durante el mismo año se elaboran las primeras “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes” (Control Joven Sano), las cuales otorgan una mirada de calidad y equidad a la atención, estandarizando los procesos de atención que realizan día a día los profesionales de la salud en todo el país; como también sus actualizaciones, en las versiones del 2014 y 2016.

6° Que, en virtud de lo anterior se ha realizado una actualización de las Orientaciones Técnicas, acorde a los desafíos actuales, basado en la evidencia científica y la literatura más actualizada disponible, que respalda el desarrollo de acciones tempranas, oportunas, integrales e integradas, para impactar positivamente en la salud de adolescentes.

7° Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1° **APRUÉBASE** el documento denominado “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes 2021”, cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente resolución, el que consta de ciento treinta y un (131) páginas, todas ellas visadas por la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

2° El texto aprobado se mantendrá en poder del Departamento de Ciclo Vital de la División de Prevención y Control de Enfermedades, de la Subsecretaría de Salud Pública, el que deberá asegurar que sus copias y reproducciones sean idénticas al texto original que se aprueba por este acto

3° **PUBLÍQUESE**, por la División de Prevención y Control de Enfermedades, el texto íntegro de “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes 2021”, y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.

4° **REMÍTASE**, por el Programa Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes, un ejemplar impreso de “Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes 2021”, a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministro de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
- División de Atención Primaria
- División Jurídica
- Oficina de Partes

REFERENCIAS

1. INE. Síntesis de Resultados. Censo 2017. 2018; Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>.
2. A. Maturana. Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. REV MED CLIN CONDES., 2011;22(1):98-109.
3. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020 [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
4. Ministerio de Salud. Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes. Orientación Técnica para la Atención Primaria de Salud. 2018.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
6. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Salud de la Madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
7. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década [Internet]. 2014 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
8. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud [Internet]. 2005 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
9. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
10. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. Trad. al español: 1987. La Ecología del Desarrollo Humano. Barcelona, España: Ediciones Paidós; 1979.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018 [Internet]. 2010 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
12. Oficina del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. 2006.
13. Plummer ML, Baltag V, Strong K, Dick B, Ross DA, World Health Organization, et al. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation [Internet]. 2017 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255415/1/9789241512343-eng.pdf>
14. Chatterjee S, Baltag V, World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents [Internet]. 2015 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf
15. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Política de Igualdad de Género [Internet]. 2009 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>
17. Organización Mundial de la Salud. Género y salud [Internet]. 2018 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Equidad en Salud [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es
19. UNICEF Office of Research. Equidad para los niños. Una tabla clasificatoria de la desigualdad respecto al bienestar infantil en los países ricos [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/832-equidad-para-los-niños-una-tabla-clasificatoria-de-la-desigualdad-respecto-al-bienestar.html>
20. UNICEF. Reducir las diferencias. El poder de invertir en los niños más pobres [Internet]. 2017 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org/chile/files/2020-01/reducir_las_diferencias_el_poder_de_invertir_en_los_niños_mas_pobres.pdf
21. Ministerio de Salud [Chile]. Política de Salud y Pueblos Indígenas. 2006.
22. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud Propuesta para su identificación y superación. Documento regional - 2010. [Internet]. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente; 2010. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf>
23. Cook C. Challenging the Behavioural Model: Exploring Individual, Interpersonal, and Structural Predictors of Adolescent Dual Protection Use. [Canada]: University of Toronto; 2009.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Gente sana en entornos saludables: Informe anual del Director, 1996. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1997.
25. Espinoza M, Rodríguez C, Cabieses B. Manual para la participación en pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud. Ediciones PUC; 2019.
26. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública Méx. 2003;45:S132-9.
27. Milena AP, editor. Guía de Atención al Adolescente. 2015.
28. Dörr A, Gorostegui M, Bascuñan M. Capítulo 10: Pubertad y Adolescencia. En: Psicología general y evolutiva. 1a Edición. Mediterráneo; 2008. p. 270-301.
29. Kasinath H. Adolescence: search an identity. Journal on Educational Psychology. 2013;7(1):1-6.
30. Eddy Ives L. La identidad del Adolescente. Como se construye. Adolescere. 2014;II(2):14-8.
31. Breinbauer, C. Maddaleno, M. Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. 2005.
32. Ministerio de Salud. Circular N°A 15/11 Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://diprepe.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Atenci%C3%B3n-Adolescente-2016.pdf
33. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Inv Ed Med. 2(7):162-7.
34. Smith M. The Medical Interview: the three-function approach. Yale J Biol Med. 1991;64(5):546-7.
35. Arroba M. Taller de entrevista clínica. Pediatría Atención Primaria. junio de 2012;14(22):105-11.
36. Vázquez-Pizaña E. Aprendamos a Entrevistar Adolescentes. Acrónimos que se Proponen. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2014;31(1):38-45.
37. García-Tornel S, Gaspa J. Control de salud en la población adolescente. Pediatr Integral. 1997;2(3):285-95.
38. Bird J, Cohen-Cole SA. The Three-Function Model of the Medical Interview. Methods in Teaching Consultation-Liaison Psychiatry. 1990;20:65-88.
39. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEADSSS. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1 de mayo de 2017;55(5):24-7.
40. MINSAL-UNICEF. Guía Clínica Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual. 2010.
41. Ministerio de Salud, Servicio Médico Legal, Consejo Nacional de la Infancia, Ministerio Público de Chile, UNICEF. Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual [Internet]. 2016 [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: https://diprepe.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT-VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf

42. Levesque RJR, editor. Encyclopedia of Adolescence [Internet]. New York: Springer-Verlag; 2011 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9781441916952>
43. Costello J. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(6):710-7.
44. Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Health professional perceptions regarding screening tools for developmental surveillance for children in a multicultural part of Sydney, Australia. *BMC Fam Pract*. 02 de 2018;19(1):42.
45. Jaeger FN, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective--improving hospital care for migrant children. *BMC Health Serv Res*. 5 de octubre de 2013;13:389.
46. Committee on Substance Abuse. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*. 1 de noviembre de 2011;128(5):e1330-40.
47. Thorpe HHA, Hamidullah S, Jenkins BW, Khokhar JY. Adolescent neurodevelopment and substance use: Receptor expression and behavioral consequences. *Pharmacology & Therapeutics*. 1 de febrero de 2020;206:107431.
48. Nooner K, De Bellis M, Clark D, Thompson W, Brumback T. Longitudinal Impact of Life Events on Adolescent Binge Drinking in the National Consortium on Alcohol and Neurodevelopment in Adolescence (NCANDA). *Substance Use & Misuse*. 2020;55(11):1846-55.
49. Weigold IK, Weigold A, Russell EJ, Wolfe GL, Prowell JL, Martin Wagar CA. Personal Growth Initiative and Mental Health: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling & Development*. 2020;98(4):376-90.
50. Sterling S, Kline-Simon A, Satre D, Jones A, Mertens J, Wong A, et al. Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Adolescents in Pediatric Primary Care. A Cluster Randomized Trial. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2015;169(11). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2467333>
51. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes [Internet]. 2015 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-Detecci%C3%B3n-IM-y-referencia-drogas-adolescentes.pdf>
52. Dumon E, Portzky G, European Regions Enfacing Actions Against Suicide (EUREGENAS). Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>
53. Neinstein L. Chapter 1: Normal Physical Growth and Development. En: *Adolescent Health Care*. 3rd Edition. Williams and Wilkins; 1996.
54. Neinstein L. Chapter 2: Psychosocial Development in Normal Adolescents. En: *Adolescent Health Care*. 3rd Edition. Williams and Wilkins; 1996.
55. Zubarew T, Romero M, Poblete F. Capítulo 2: Desarrollo Psicológico y Social del Adolescente. En: *Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud*. 1a Edición. Ediciones Universidad Católica de Chile; 2003. p. 33-41.
56. Temboury MC. Desarrollo puberal normal: Pubertad precoz. *Pediatría Atención Primaria*. octubre de 2009;11:127-42.
57. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017;V(1):7-22.
58. Ministerio de Salud [Chile] DT, Elige Vivir Sano, Chile Crece Contigo. Patrones de crecimiento. Para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 19 años de edad. [Internet]. 2018 [citado 11 de marzo de 2020]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/07/2018.06.14-PAC_Interior-con-lineas-de-corte-14-juliov3.pdf
59. Ministerio de Salud. Norma para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años de edad [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://dipol.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/08/NORMA-EVALUACION-NUTRICIONAL-NI%C3%91OS.pdf
60. Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. enero de 2011;22(1):85-97.

61. Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2014;52(1):22-33.
62. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5º. Médica Panamericana; 2014.
63. Fernández JR, Bohan Brown M, López-Alarcón M, Dawson JA, Guo F, Redden DT, et al. Changes in pediatric waist circumference percentiles despite reported pediatric weight stabilization in the United States: Pediatric waist circumference percentiles in the US. *Pediatric Obesity.* octubre de 2017;12(5):347-55.
64. CDC. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Anthropometry Procedures Manual [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/2015-2016/manuals/2016_Anthropometry_Procedures_Manual.pdf
65. Schonhaut L, Aseff M. Capítulo 12: Examen del sistema musculoesquelético. En: *Semiología Pediátrica*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2010.
66. Larson N. Early onset scoliosis: What the primary care provider needs to know and implications for practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2011;23(8):392-403.
67. Pantoja TS, Chamorro LM. Escoliosis en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 1 de enero de 2015;26(1):99-108.
68. Departamento de Salud del Estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB. Salud en la Escuela. Guía para la comunidad educativa. 2017.
69. López-Fuenzalida A, Rodríguez Canales C, Reyes Ponce Á, Contreras Molina Á, Fernández Quezada J, Aguirre Polanco C. Asociación entre el estado nutricional y la prevalencia de pie plano en niños chilenos de 6 a 10 años de edad. *Nutrición Hospitalaria.* abril de 2016;33(2):249-54.
70. JUNAEB. Normas de Control de Patologías Oftalmológicas 2017. Programa Salud del Estudiante [Internet]. 2017 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2018/09/Normas-de-Control-de-Patolog%C3%ADas-Oftalmol%C3%B3gicas-.pdf>
71. García J, Sánchez F, Colomer J, Cortés O, Esparza M, Galbe J, et al. Valoración de la agudeza visual [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n71/1139-7632-pap-18-71-00267.pdf>
72. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas para la prevención y tratamiento de las enfermedades gingivales y periodontales [Internet]. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública; 2017 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_OT-enfermedades-gingivales-y-periodontales.pdf
73. de la Cerda F, Herrero C. Hipertensión Arterial en Niños y Adolescentes. *Protoc diagn ter pediatr.* 2014;1:171-89.
74. Ministerio de Salud. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular. 2017.
75. Pediatrics AA of. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al; Subcommittee on Screening and Management of High Blood Pressure in Children. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2017;140(3):e20171904. *Pediatrics* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 15 de septiembre de 2020];142(3). Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/142/3/e20181739>
76. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatra Integral.* 2017;XXI(4):233-40.
77. Muñoz M. Actitud a seguir ante una Ginecomastia puberal. *Adolescere.* 2013;XII(1):32-5.
78. Carolina Sepúlveda R, Verónica Mericq G. Mecanismos reguladores de la pubertad normal y sus variaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes.* enero de 2011;22(1):27-38.
79. Barrionuevo P, Nabhan M, Altayar O, Wang Z, Erwin PJ, Asi N, et al. Treatment Options for Hirsutism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1 de abril de 2018;103(4):1258-64.
80. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building*

- a Foundation for Better Understanding [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 [citado 15 de septiembre de 2020]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/>
81. American Academy of pediatrics. Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2010;217-27.
 82. Bockting W. From construction to context: Gender through the eyes of the transgender. SIECUS Report. 1999;1(Oct/Nov):3-7.
 83. Todo Mejora. Enseñando diversidad. Manual de apoyo a profesores, tutores y apoderadxs para enseñar sobre diversidad, orientación sexual e identidad y expresión de género a niñas y adolescentes entre 9 y 12 años [Internet]. 2017 [citado 17 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://todomejora.org/wp-content/uploads/2017/03/ensenando_diversidad_TM.pdf
 84. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad [Internet]. 20.418 feb 2, 2010. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Ley-20418.pdf
 85. Ministerio de Salud. Orientación técnica dislipidemias. 2018;
 86. Salas P, Gonzalez C, Carrillo D, Bolte L, Aglony M, Peredo S, Ibarra X, Rojo A, Delucchi A, Pinto V, Saieh C, Ceballos M. Hipertensión arterial en la infancia. Recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Parte 1. Rama de Nefrología Infantil, Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2019;90(2):209-16.
 87. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th Ed. American Academy of Pediatrics [Internet]. 2017; Disponible en: American Academy of Pediatrics
 88. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents; National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. 2011;Pediatrics.
 89. Ministerio de Salud. Directrices para detección del VIH a través de Test Visual/Rápido en acciones intra y extramuro [Internet]. 2018 [citado 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Resolucion-test-r%C3%A1pido-VIH.pdf>
 90. Ministerio de Salud. Modifica Decreto N°182 de 2005, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento del examen para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Decreto N°23 jul 2, 2019 p. 6.
 91. US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 21 de agosto de 2018;320(7):674-86.
 92. CDC. ¿Cuáles son los factores de riesgo de cuello uterino? [Internet]. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2020 [citado 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/basic_info/risk_factors.htm
 93. Ministerio de Salud. Resumen Lineamientos Técnicos Operativos Vacunación Escolar [Internet]. Departamento de Inmunizaciones; 2020 [citado 26 de enero de 2021]. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Resumen-lineamientos-Vacunacio%CC%81n-Escolar-2020.pdf>
 94. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Recomendaciones para la vacunación escolar extramural durante la pandemia COVID-19 [Internet]. Ordinario B27 No1389 may 6, 2020. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Ord-B27-N%C2%B0-1389-Recomendaciones-para-la-vacunacion-escolar-extramular-durante-pandemia-covid19-6-mayo-2020.pdf>
 95. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales [Chile]. Refuerza recomendaciones para la estrategia de vacunación escolar 2020 [Internet]. Ordinario B27 No3488 ago 25, 2020. Disponible en: <https://vacunas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Ord-B27-N%C2%B03488-Refuerza-recomendaciones-para-la-estrategia-de-vacunacio%CC%81n-escolar-25-agosto-2020.pdf>
 96. Ministerio de Salud. Sistematización 1er Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud [Internet]. 2020 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/ENCUENTRO-ADOLESCENTES-Y-JO%CC%81VENES-MIGRANTES-final.pdf>

97. OPS/OMS/ONUSIDA. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes. OPS; 2016.
98. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cad Saúde Pública*. 10 de enero de 2019;35(1):e00120818.
99. Marrera C. Competencia cultural: enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *ENE Revista de Enfermería*. 2013;7(2):1.
100. Markus H, Kitayama S. Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution. *Perspectives on Psychological Science* [Internet]. 2010 [citado 22 de diciembre de 2020];5(4). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691610375557>
101. ISSOP Migration Working Group. ISSOP position statement on migrant child health. *Child Care Health Dev*. enero de 2018;44(1):161-70.
102. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. agosto de 2003;118(4):293-302.
103. Betancourt J, Green A, Carrillo J, Park E. Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends. *Health Affairs* [Internet]. 2005 [citado 22 de diciembre de 2020];24(2). Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.24.2.499>
104. Sepúlveda C, Cabieses B. Estudio cualitativo del rol de los facilitadores interculturales en la atención de salud de migrantes internacionales en dos comunas de la Región Metropolitana: Quilicura y Santiago [Internet] [Tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas]. Universidad de Chile; 2019 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/170509>
105. Gil M, Solano M. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2017;49(9):549-56.
106. Salehi R, Hynie M, Flicker S. Factors Associated with Access to Sexual Health Services Among Teens in Toronto: Does Immigration Matter? *J Immigrant Minority Health*. 1 de agosto de 2014;16(4):638-45.
107. Schlecht J, Lee C, Kerner B, Greeley M, Robinson C. Prioritizing programming to address the needs and risks of very young adolescents: a summary of findings across three humanitarian settings. *Conflict and Health*. 14 de noviembre de 2017;11(1):31.
108. Kågesten AE, Zimmerman L, Robinson C, Lee C, Bawoke T, Osman S, et al. Transitions into puberty and access to sexual and reproductive health information in two humanitarian settings: a cross-sectional survey of very young adolescents from Somalia and Myanmar. *Confl Health*. 2017;11(Suppl 1):24.
109. Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: qualitative findings from the «Watch Me Grow» study. *BMC Health Serv Res*. 22 de marzo de 2017;17(1):228.
110. Woolfenden S, Posada N, Krchnakova R, Crawford J, Gilbert J, Jursik B, et al. Equitable access to developmental surveillance and early intervention--understanding the barriers for children from culturally and linguistically diverse (CALD) backgrounds. *Health Expect*. diciembre de 2015;18(6):3286-301.
111. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas pertinencia cultural en los sistemas de información en salud [Internet]. 2018 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/Noticias/2018.08.28_OT%20PERTINENCIA%20CULTURAL_web.pdf
112. Fundación Tierra Esperanza. Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en CIP-CRC [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.tdesperanza.cl/?page_id=13
113. Gaete J, Labbé N, Allende C, Valenzuela E. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley en Chile. *Rev Med Chile*. 2014;142:1377-84.

114. Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, SENAME. Estudio diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva. Presentación de resultados. 2012 oct.
115. Comisión de Familia de la Cámara de Diputados. Informe de la Comisión de Familia constituida en investigadora para recabar información y determinar responsabilidades en las denuncias sobre hechos ilícitos ocurridos en hogares del Servicio Nacional de Menores [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SI&prmID=10254&formato=pdf>
116. Ministerio de Salud [Chile]. Circular N°21. Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial. jun 14, 2012.
117. Argitalpen Zerbitzu Nagusia EJ. Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016.
118. Ministerio de Salud [Chile]. Circular N°34. Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual en establecimientos de la red asistencial. sep 13, 2011.
119. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [Chile]. Ley 21120. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género [Internet]. dic 27, 2019. Disponible en: <https://www.leychile.cl/N?i=1126480&f=2019-12-27&p=>
120. Ministerio de Desarrollo Social [Chile]. Aprueba reglamento del artículo 26 inciso primero de la Ley N°21120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género [Internet]. ago 29, 2019. Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2019/08/29/42441/01/1645291.pdf>
121. World professional association for transgender health (WPATH). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and GenderNonConforming People [Internet]. Disponible en: www.wpath.org
122. Ministerio de Salud. Guías Anticipatorias para la Adolescencia [Internet]. 2016 [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CARPETA-ADOLESCENCIA.pdf>
123. Ministerio de Salud [Chile]. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más [Internet]. 2010 [citado 17 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4341c44a9e04001011f0113b9.pdf>
124. Perloff D, Grim C, Flack J, Frohlich E, Hill M, McDonald M, et al. Human Blood Pressure Determination by Sphygmomanometry. *Circulation*. 1993;88:2460-70.
125. Murlow C. Evidence-based Hipertensión. London: BMJ Books; 2001.
126. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la Evaluación Familiar. 5ª edición. Barcelona: Gedisa; 2005.
127. Ministerio de Salud [Chile], Organización Panamericana de la Salud (OPS). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. 2013.
128. Gobierno de Chile. Procedimiento de construcción de genogramas [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mediacionchile.cl/media/2015/11/procedimiento-de-construccion-de-genograma.pdf>
129. Belous CK, Timm TM, Chee G, Whitehead MR. Revisiting the Sexual Genogram. *The American Journal of Family Therapy*. julio de 2012;40(4):281-96.
130. Yznaga S d. Using the Genogram to Facilitate the Intercultural Competence of Mexican Immigrants. *The Family Journal*. abril de 2008;16(2):159-65.
131. Dhalla S, Zumbo B, Poole G. A Review of the Psychometric Properties of the CRAFFT Instrument: 1999-2010. *Current Drug Abuse Reviews*. 2011;4(1):57-68.
132. Suicide Prevention Resource Center (SPRC). Mi plan de seguridad personal [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.sprc.org/sites/default/files/T.Safety_plan_Spanish_051612.pdf
133. Almonte C, Montt M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. 3a. Edición. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2019.

