

Líneas de Gestión

EN ATENCIÓN PRIMARIA

Líneas de Gestión EN ATENCIÓN PRIMARIA

VOLUMEN 5

atención integral al joven



Atención Integral al Joven

Atención Integral al Joven



Grupo de Trabajo y Colaboradores:

Ana Rosa Arribas Gutiérrez
Enfermera del Centro de Salud de Bargas

Juan José Villazán Cuevas
Pediatra del Centro de Salud de Bargas

Francisco Jimenez Torres
Medico de Familia del Centro de Salud de Bequerencia

M^º del Mar Carrasco Aguado
Enfermera del Centro de Salud de Bequerencia

Adolfo Garcia Garcia
Trabajador Social del Centro de Salud de Palomarejos

Montserrat Aguilera Cabello
Trabajadora Social del Centro de Salud de Silleria

Fructuoso Rodríguez Muñoz
Enfermero del Centro de Salud de Valmojado

Eugenio González Nuño
Medico de Familia del Centro de Salud de Dos Barrios (Ocaña)

M^º Luisa Lozano Placer
Medico de Familia del Centro de Salud de Cobisa (Sta Barbara)

Coordinación y tratamiento de contenidos:

M^º de Gracia Viseu Pinheiro
Coordinadora de Equipos. Gerencia de A P de Toledo

Amparo Sánchez Ramiro
Técnico de Salud. Gerencia de A P de Toledo

Esther Aguirre de la Peña
Coordinadora de Equipos de Enfermería. Gerencia de A P de Toledo

Verónica Aguilera Cabello
Responsable de Comunicación. Gerencia de A P de Toledo

Edita:

**SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha/
Gerencia de Atención Primaria de Toledo**

Diseño y maquetación:

Rail Comunicación

Depósito legal:

TO-857-2007

PRESENTACIÓN

Nuestros jóvenes parecen gozar del lujo, son mal educados y desprecian la autoridad. No tienen respeto a los adultos y pierden el tiempo yendo y viniendo de un lado para otro. Están prestos a contradecir a sus padres, tiranizar a sus maestros y a comer desafortadamente.

Sócrates (siglo IV a. C.)

La adolescencia y primera juventud, esa(s) confusa(s) etapa(s) de imprecisos y borrosos límites, debiera(n) ser tal vez uno de los mejores períodos de la vida de un ser humano. La mayoría de las funciones tanto físicas como psicológicas están en plenitud: fuerza, reflejos, rapidez, memoria... es cuando disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real. Es en esta etapa cuando las ideas nuevas, el arte y las creencias tienen un mayor impacto en nuestra imaginación, en nuestro espíritu, condicionando nuestra evolución posterior.

Es sabido que las condiciones culturales y sociales en que se desarrollan los seres humanos han ido cambiando rápidamente en los últimos miles y más aún en los últimos cientos de años. En opinión de muchos expertos ello ha venido a dificultar la expresión de algunos de los rasgos prevalentes seleccionados para cada género, causando por lo tanto un alto grado de estrés durante la adolescencia, que se traduce en muchas de las manifestaciones y de la patología típica de este período de la vida.

El resultado de ello es que, en gran medida, como señalaba Sócrates hace casi 25 siglos, los jóvenes no hayan gozado de muy buena fama ya desde periodos remotos de nuestra sociedad, aunque posiblemente sea la adaptación a esta moderna sociedad "líquida" del siglo XXI lo que más contribuya a esta "mala prensa" en la actualidad.

Para comprender mejor el desarrollo de los jóvenes y adolescentes, de los que se ocupa esta GUÍA DE APOYO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL AL JOVEN que publica la Gerencia de Atención Primaria de Toledo, suelen dividirse sus fases madurativas en: adolescencia temprana (11-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-21 años). Durante este periodo de tiempo los adolescentes deben conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo social, la aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de su propia identidad, sexual, moral y vocacional.

Ninguna definición será nunca lo suficientemente buena como para describir adecuadamente a cada joven y a cada adolescente; no son un grupo homogéneo y presentan una gran variabilidad en su maduración. Además los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y pueden ocurrir retrocesos, sobre todo en momentos de estrés.

Los profesionales sanitarios de Atención Primaria se encuentran en una posición privilegiada para poder ayudar tanto a los jóvenes y adolescentes como a sus padres, para que esta maduración sea “emocionante” y enriquecedora, en un proceso evolutivo dirigido a conseguir personas maduras, competentes y exitosas, para hacer frente a los retos y exigencias que plantea la vida en común.

Si los niños que hemos atendido y hemos visto crecer desde el nacimiento consiguen “superar” adecuadamente las fases evolutivas de la maduración humana, podrán participar productivamente y disfrutar de ello, desarrollando todo su potencial en nuestra sociedad.

Quiero agradecer el excelente trabajo desarrollado por los autores de esta Guía, así como felicitar a la Gerencia de Atención Primaria de Toledo por esta iniciativa, que nos permite contar con una nueva herramienta que contribuirá a mejorar la atención a los jóvenes y adolescentes, incrementando la calidad asistencial y permitiendo alcanzar los objetivos señalados.

Joaquín Chacón Fuertes
Director Gerente del SESCAM

PRESENTACIÓN

Presentamos este instrumento de apoyo a la práctica clínico-sanitaria que concentra los elementos necesarios para que cada profesional y cada zona de salud pueda disponer, de acuerdo a sus características, de la mejor atención integral al joven acorde a sus necesidades.

Este documento pretende apoyar el trabajo del profesional y, al mismo tiempo, transmitir el interés real del Área de Toledo sobre la atención integral del joven llenando el vacío que hasta ahora existía en nuestro Área Sanitaria.

Durante la Semana Internacional de Atención al Joven, celebrada en Toledo hace dos años, tuvimos la ocasión de conocer a través de sus reconocidos ponentes la escasa o, en muchos casos, inapreciable atención específica que se venía prestando al joven por los sistemas de salud europeos más avanzados.

Tenemos el orgullo y la responsabilidad de haber sido nombrados, en dicho acto científico y a propuesta del Consejo Iberoamericano de Salud Escolar y Universitaria, Centro de Referencia Internacional de Atención al Joven. Un nombramiento que contó con el apoyo de instituciones de gran mayor prestigio dependientes de OMS/OPS, de la UIPES, del Texas Children Hospital...

Desde ese momento el Área Sanitaria de Toledo ha impulsado este tipo de iniciativas con la organización de jornadas científicas, constitución de grupos de trabajo compuesto por diferentes profesionales, redacción de un proyecto previo, etc. que dieran finalmente como resultado la elaboración de este documento de apoyo.

El contenido de esta guía, eminentemente práctica, aborda preferentemente aspectos sobre la atención sanitaria al joven en los centros de salud, aspectos a valorar en la consulta, modelos de entrevista más específica, los indicadores de riesgo en el joven y la historia clínica. Toda esta información está apoyada por la disposición de un total de once cuestionarios de mayor uso, como ayuda al diagnóstico de aquellos problemas sexuales más demandados, criterios para descubrir distintas conductas de riesgo, descripción de sus etapas y su ponderación.

De especial interés, por la fuerte demanda de nuestros profesionales, es el apartado correspondiente a los aspectos legislativos relacionados con el joven, el menor maduro, los derechos de los menores en la asistencia sanitaria, el consentimiento prestado, etc., Estos temas a veces son un gran desconocido en nuestro quehacer diario, lo que nos produce verdadera incertidumbre o duda.

Asimismo, se ha considerado que los profesionales deberían disponer de un mapa de recursos actualizado intersectorial, en el que se reseñan más de cien contactos que en su cartera de servicios contienen aspectos de interés para el joven.

Desde la Gerencia de Atención Primaria de Toledo queremos que el "adolesco-adolecere", ese etimológico "crecer a pesar de todo con dificultades", encuentre en los profesionales sanitarios de Atención Primaria ese elemento real de apoyo para consultar sus necesidades y dudas, valorar su potencial riesgo de enfermar y llegar a un diagnóstico y tratamiento precoz en aquellos casos necesarios. Todo ello en un espacio de confianza entre el joven y el profesional sanitario de nuestro Área.

Agradecer a los autores, grupos de trabajo, coordinadores del documento y profesionales de los equipos, muchas veces pioneros en este abordaje sanitario, su esfuerzo y colaboración para afrontar este nuevo proyecto, teniendo en cuenta la dificultad para tratar con eficacia la atención sanitaria al joven en el marco sanitario europeo. Un reto con el que nuestros profesionales han querido comprometerse y organizarse para recorrer un trayecto difícil pero lleno de ilusión y de perspectivas de futuro en Atención Primaria en el Área Sanitaria de Toledo.

Francisco Fernández Páez
Director Gerente
Atención Primaria de Toledo

ÍNDICE

1.	Introducción	9
2.	Justificación	11
	Características de la adolescencia	11
	Factores protectores y de riesgo	12
3.	Aspectos legislativos del menor	17
4.	Aspectos a valorar en la consulta joven de atención primaria	25
	Generalidades	27
	La atención al joven	27
	Desarrollo normal en adolescentes	28
	La entrevista al adolescente	30
	Técnicas de entrevista	32
	Estructura de la entrevista	34
	Consentimiento y Confidencialidad	35
	Historia Clínica	37
	Resumen	44
	Procedimientos de screening	45
	Indicadores de Riesgo	47
	Recomendaciones	53
	Al adolescente	53
	A los padres	56
5.	Evaluación	57
	Indicadores de cobertura	59
	Indicadores del proceso	59
	Indicadores de resultados	60
	Indicadores de calidad de la atención	61

6. ANEXO I	63
IMC	65
Grados de Tanner	69
Grados de Acné e indicaciones	73
Escoliosis	76
Trastornos de Conducta Alimentaria	77
Habilidades Sociales	79
Autoestima	81
Asertividad	83
Acoso escolar	88
7. ANEXO II	95
Técnica para desarrollar una buena comunicación	97
Cuestionarios de Entrevistas	100
Criterios y Cuestionarios para Conductas de Riesgo	104
sexualidad	104
tabaco	108
alcohol	110
consumo de sustancias	116
alimentación	118
Cuestionario General para Conductas de Riesgo	120
8. Recursos	125
9. Fichas de Recogida de Datos	153
10. Bibliografía	161

INTRODUCCIÓN

1.

La OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y define la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, cambia los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto y consolida la independencia socioeconómica. Fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Cuando hablamos de adolescencia, esta definición de la salud, cobra la importancia de meta a alcanzar, pues es en este periodo de la vida donde van a coincidir, los cambios propios de esta etapa, con la pérdida de valores éticos y morales de la sociedad en que vivimos que induce al adolescente a disfrutar plenamente de todo, cuanto antes y sin esfuerzo.

Esta actitud ante la vida implica conductas de riesgo que con frecuencia son las principales causas de morbi-mortalidad a estas edades: accidentes, consumo de sustancias tóxicas, enfermedades de transmisión sexual (ETS), gestaciones no deseadas, depresión, suicidios, etc.).

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo se considera "jóvenes" a las personas entre 15 y 29 años, representando este colectivo el 22,23% de la población española (8.855.000 de jóvenes).

En Castilla-LaMancha, hay 395.306 **jóvenes** con edades entre **15** y **29** años (20.8%), de los cuales 127.02 corresponden a Toledo (21.2%), según Instituto de Estadística de Castilla-La Mancha.

En los diversos análisis sobre población joven - situación sanitaria en los que se ha utilizado, como indicadores de salud, la mortalidad y morbilidad - se observa, en general, que éste colectivo goza de buena salud. Cuando el análisis se realiza desde el punto de vista de la promoción de la salud se ve que es en este periodo cuando se adquieren las esencias en términos de "capital de salud" o "salud futura".

El conocimiento de las alteraciones y problemas del joven y la consecuente intervención del Servicio de Salud sobre ello, podrían ayudar a prevenirlos y tratarlos adecuadamente evitando las consecuencias inmediatas en el individuo así como las repercusiones a largo plazo.



Dentro de la etapa de la juventud, especial importancia adquiere la etapa de la adolescencia donde se producen cambios bio-psico-sociales llevando al joven a una búsqueda de propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar y a contactar con los principales factores de riesgo.

La palabra adolescencia deriva del latín “adolesco-adolescere”, que significa “crecer a pesar de todo, con dificultades”. Es un periodo importante de la vida humana donde se producen cambios rápidos a nivel biológico, psicológico y social y en dependencia directa con factores culturales. Cada área de cambios es independiente pero todas están estrechamente vinculadas entre si.

Características de la adolescencia:

BIOLOGICAS

- Particularidades del crecimiento y desarrollo.
- Demandas nutricionales aumentadas.
- Capacidad de intimar sexualmente.
- Capacidad reproductiva.

PSICOLOGICAS

- Pensamiento abstracto.
- Búsqueda de autonomía emocional.
- Define vocaciones.
- Modifica relaciones interpersonales.
- Transforma escala de valores.
- Adopta nuevos roles.

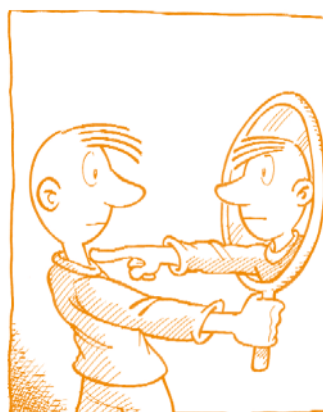
SOCIALES

- Pierde estatus infantil.
- Busca rol social y laboral.
- Tendencia grupal.
- Mantiene situación de independencia.

Es el momento de la vida en que comenzamos a aprender sobre el mundo que nos rodea y a encontrar nuestro lugar en él.

Busqueda de identidad

Las nuevas experiencias forman parte de esta “transición” a la vida adulta, algunas de las cuales pueden resultar arriesgadas o incluso peligrosas, porque establecen una serie de futuras conductas.



Factores protectores y de riesgo

El ser humano posee mecanismos que protegen (o no) de la posibilidad de desarrollar alteraciones en su funcionamiento biopsicosocial y mantienen o rompen el equilibrio salud-enfermedad. Estos mecanismos se denominan Factores protectores o de riesgo.

Se denominan **protectores** a aquellas características personales que facilitan al individuo evitar el desarrollo de manifestaciones psicopatológicas y **factores de riesgo** a circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad de que se produzca un problema.

El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad del daño (Prevención Primaria) y el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud (Prevención Primordial o acción de evitar la aparición y consolidación de las pautas de vida sociales, económicas y culturales que se sabe que contribuyen a producir un alto riesgo de enfermedad.).

Existen otros muchos factores pero se ha comprobado que los descritos en el cuadro contribuyen a que los jóvenes funcionen adecuadamente incluso en un ambiente adverso.

FACTORES PROTECTORES	
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> • poseer un sistema de valores. • actitud vital positiva. • metas escolares y/o laborales. • auto cuidado responsable. • habilidad para comunicarse.
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • tener cubiertas las necesidades básicas. • Favorecer la comunicación. • relación familiar no conflictiva. • presencia de valores positivos.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • fácil acceso a sistemas educacionales. • perspectivas laborales. • actividades saludables de ocio. • entorno saludable. • facilidad de acceso a la vivienda. • habilidad para resistir la presión del grupo.

El oportuno reconocimiento de los factores protectores y de riesgo coloca al profesional de atención primaria que atiende al joven en una posición privilegiada para identificar, precozmente, a aquellos más propensos a desarrollar conductas de riesgo y permite trazar un conjunto de acciones tendentes a evitar el desarrollo de las mismas.

FACTORES DE RIESGO	
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> • problemas escolares o laborales. • alteraciones emocionales. • consumo de tóxicos o drogas. • sexualidad no responsable. • problemas médicos (acné, dismenorrea). • pobre autoestima.
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • disfunción familiar (roles mal definidos monoparentales). • enfermedades. • separaciones traumáticas. • problemas de comunicación o relación familiar conflictiva. • ausencia de valores positivos.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos estudios. • pocas opciones de ocio. • existencia de grupos o bandas. • pocas perspectivas laborales. • dificultad de acceso a la vivienda.



Por otro lado, los adolescentes tienen derecho a poder hablar para resolver sus problemas de salud con unos profesionales sanitarios competentes, que conozcan bien las **características de estas edades** y tengan en cuenta:

A) QUE SUELEN PRESENTAR PROBLEMAS:

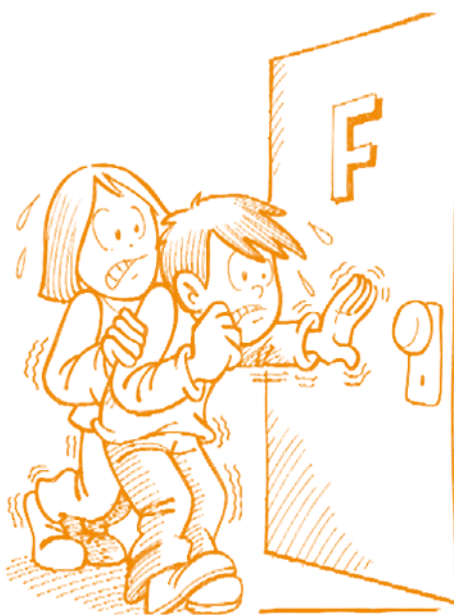
- **Emocionales:** en estudios recientes se ha demostrado que este tipo de problemas no suelen ser reconocidos ni por sus familiares ni amigos pero afectan el rendimiento escolar.
- **Sexuales:** derivados de cambios físicos rápidos en esta etapa especialmente para aquellos que son tímidos y que no desean hacer preguntas al respecto.
- **Conductuales:** Padres y hijos suelen quejarse cada uno de la conducta del otro (los padres sienten que han perdido el control o influencia sobre sus hijos y los hijos desean, por una parte que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites pero, por otra, toman a mal cualquier restricción en sus libertades y en la capacidad para decidir sobre sí mismos).
- **Escolares:** se pueden manifestar de manera orgánica (dolores de cabeza o estómago). Ante un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar la posibilidad de que esté siendo acosado por alguno de sus compañeros.
- **Con la ley:** en una minoría de gente joven. Hay que descartar la presencia de cultura familiar, de infelicidad o malestar emocional.
- **De alimentación:** el sobrepeso es una de las causas de infelicidad en los jóvenes y el hacer dieta puede agravar la situación. Es más importante que se sientan felices consigo mismos, estén gordos o delgados.
- **Consumos de sustancias:** de la minoría que lo hace, no irá más allá de la experimentación. El alcohol, la droga más utilizada por adolescentes, favorece el consumo de otras sustancias y el desarrollo de conductas no adecuadas. Se debe descartar el uso de cualquier tipo de droga cuando hay cambios repentinos y graves en la conducta.

B) LAS CARACTERÍSTICAS DE SU PATOLOGÍA:

- Puede ser real o imaginaria.
- Aceptan peor las enfermedades visibles (acné, ginecomastia), que otras más graves pero no visibles.
- Dan gran importancia a su desarrollo corporal e imagen.
- No les preocupa prevenir enfermedades futuras. Viven el presente.

Los adolescentes necesitan de forma perentoria una atención integral planificada y eficaz de sus problemas siendo el profesional de atención primaria motivado y con una formación adecuada, el adecuado para prestar dicha atención.

¿Vive el adolescente el futuro como una amenaza?





aspectos Legislativos

3.

Ante el estado y la sociedad, toda persona entre 0 y 18 años es considerada menor de edad. La ley clasifica de menores adultos a los jóvenes de 12 a 18 (si mujeres), y 14 a 18 (si varones). Reconoce que la condición de plena autonomía, como sujetos de derechos y obligaciones, no se adquiere de manera automática, dada la naturaleza evolutiva del ser humano, sino que es el resultado de un proceso, en el que el individuo avanza paulatinamente en el conocimiento de si mismo y en el reconocimiento y uso de sus potencialidades. Por esto los menores adultos gozan de capacidad relativa.

Para consentir en materia de procedimientos sanitarios debe de tenerse en cuenta tres elementos fundamentales:

- La urgencia e importancia misma del tratamiento.
- La intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño.
- La edad del menor.

De esta manera, **para los menores de 12 años**, quienes dan la autorización son los **padres** y en caso de los **menores adultos** la capacidad de autodeterminación es **relativa**, por lo cual debe ser complementada y perfeccionada por sus padres o representantes, configurándose una capacidad **compartida**.



Referente a la **madurez** de la persona, sea mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje. La madurez del menor no depende de la edad sino de la capacidad de comprender los pros y contras del tratamiento. Esta capacidad de tomar decisiones del menor queda a criterio del facultativo responsable de la asistencia. Se aconseja que el médico consulte a los representantes legales antes de realizar cualquier práctica.

Un menor de 16 años es lo suficientemente maduro para tomar decisiones pero en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de decisiones pero, únicamente, **cuando el menor lo autorice o cuando el médico entienda que éste no tiene una capacidad real para tomar la decisión médica.**

Los derechos de los **menores** en relación con la **asistencia sanitaria** vienen regulados por la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La determinación de mayoría de edad en materia sanitaria y valor jurídico del consentimiento prestado por los menores en el ámbito sanitario está regulado en:

- **Código Civil** que determina la mayoría de edad a los 18 años.

En el **art.162** declara: “los padres que ostentan la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados”, **excepto**:

- A actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por si mismo.
 - Aquellos en que existe conflicto de intereses entre los padres y hijo(a).
 - Los relativos a bienes que están excluidos de la administración de los padres.
- **Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** En su art.9.3c) expresa que “se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
 - Cuando el menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención en cuyo caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos.
 - En caso de mayor de 16 años o menores emancipados si la actuación es de riesgo “los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente”.

Esta ley hace referencia al valor jurídico del **consentimiento** prestado por los **menores en el ámbito sanitario**, estableciendo que el menor que sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención podrá consentir por sí mismo y cuando así no sea se otorgará el consentimiento a su representante legal.

En su **art. 9.4 limita el consentimiento de los menores** de edad en casos de:

- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Práctica de ensayos clínicos (regulados por RD 561/1993 de 16 de Abril y actualmente por RD 223/2004).
- Práctica de técnicas de reproducción humana asistida I.

Contempla también las **excepciones** a la necesidad de obtener el **consentimiento informado** en los casos de riesgo de salud pública (se debe de comunicar a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 h. de tomadas las medidas pertinentes siempre que se dispongan de internamiento obligatorio de personas) o de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y si no es posible conseguir su autorización o de sus familiares (se debe dejar constancia en la historia clínica de la decisión y comunicar a los familiares si es posible).

Con respecto a la información reconoce la importancia del derecho de **información** del paciente en la **relación clínico-asistencial**, siendo el titular de derecho de información el paciente, aunque se puede informar a las personas vinculadas a él, si este lo permite. En casos de minoría de edad o incapacidad se deberá informar a su representante legal (art. 5).

Contempla excepciones a la obligación de informar, independientemente de la edad y grado de madurez:

- En estados de necesidad terapéutica: el facultativo debe de comunicar su decisión a personas vinculadas al paciente y dejar constancia de su decisión en la historia clínica.
- Urgencia vital: se informará a sus familiares y si no es posible se actuará.
- Renuncia del paciente a recibir información: el facultativo debe hacer constar por escrito la renuncia del paciente a ser informado.

Respecto a la **intimidad y confidencialidad** este derecho está regulado y protegido por varias normas dispositivas:

- **Ley Orgánica 15/99** protege de las libertades públicas y derechos fundamentales de las personas, sobretudo el derecho al honor y a la intimidad personal y familiar y califica los datos relativos a la salud como datos especialmente protegidos.

- **Código civil (art. 162).**
- **Ley General de Sanidad.**
- **Código Penal.**
- **Ley 41/2002** aplica:
 - **Art.7** : expresa el derecho a la intimidad a todos los pacientes independientemente de la edad (“toda persona tiene el derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley”).
 - **Art.16:** pone de manifiesto en quien recae el deber de secreto (“el profesional tiene el deber de mantener la confidencialidad de los datos aportados por el paciente en el ámbito de la relación medico-paciente”).

Pero la ley contempla las **excepciones** a la prohibición de cesión de datos relativos a la salud en los de asistencia a menores en caso de:

- Violencia doméstica (lesiones, malos tratos y abuso sexual).
- Testigos de Jehová.
- Píldora postcoital.
- Voluntades anticipadas.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Conservación de historias clínicas.

Respecto a la sexualidad y la contracepción

El Código Penal considera abuso sexual no consentido por el menor el que se ejecuta con menores de 13 años, aunque éstos presten su consentimiento (art. 180.1 y 181.2), de lo que se deduce que a partir de los 13 años tiene capacidad para establecer libremente relaciones sexuales consentidas y de lo que se deduce la capacidad para adoptar las medidas anticonceptivas que se tengan por convenientes. Para ello no se necesita consentimiento de progenitor o tutor alguno, ya que la representación legal inherente a la patria potestad no se extiende a los actos relativos a derechos de la personalidad.

Un menor podrá acudir a los Servicios Públicos de Salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, dentro de la oferta de los servicios, y exigirlo como un derecho a la protección de su salud y a la asistencia, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad. Pero esta demanda anticonceptiva ha de provenir de quien esté capacitado para ello y esta capacidad, según el Código Civil no se identifica con una mayoría de edad, sino con la condición de madurez (capacidad de comprender las consecuencias



de su decisión sobre su integridad corporal y su salud, así como las eventuales repercusiones sobre su vida futura), lo que permite al menor de edad civil, prescindir de la intervención de sus representantes legales. **El juicio sobre la condición de madurez del “joven usuario” se deposita en el facultativo.**

En el caso de adolescentes menores de trece años, el médico al que se dirijan tiene la obligación de dar atención, reconociendo su condición de madurez/ capacidad y solicitando, en su caso, que le acompañe su representante legal.

Pero en la dispensación de la anticoncepción de emergencia o “píldora del día después” (AE) nos vamos a encontrar problemas éticos, médicos, deontológicos y jurídicos merecedores de comentario:

- La AE produce unos cambios que son contraceptivos porque inhiben la fecundación, y, otros que operan después de esta y han de ser tenidos como interceptivos o abortivos muy precoces.
- El médico puede rehusar prescribirla para lo cual podrá presentar objeción de conciencia a nivel individual, aunque está obligado a respetar las convicciones de la paciente, a quien no puede imponer su opinión siendo su obligación hacerle llegar, toda esta información sobre la AE.

Esto puede llevar al profesional a tomar dos posturas extremas, entre todas las posibles, ante una adolescente que nos reclama la AE en una consulta:

- Una es el rechazo absoluto a la petición de la joven, lo que puede llevar a un posible embarazo no deseado en una adolescente.
- Otra, acceder directamente a su petición, sin ningún otro tipo de medida, que puede llevar a la joven a un ejercicio muy temprano y poco responsable de la sexualidad.

Lo ideal en estos casos pasa por aprovechar la petición de auxilio de la joven para ayudarla a ejercer su sexualidad de modo responsable, utilizando la ocasión para valorar su preocupación, duda o conocimiento erróneo sobre el ejercicio de la sexualidad, de la anticoncepción y de la píldora del día siguiente, y evaluar la necesidad de ayuda que necesita dándole una información y educación adecuadas.

El médico de atención primaria es probablemente el más cualificado para atender este tipo de demanda, ya que puede conocer con aproximación su grado de madurez y sus circunstancias sociofamiliares. Esto le permitiría, además, si la menor consiente y el médico considera adecuada a la familia, implicar a los padres en este proceso y/o en el seguimiento posterior.

En la prescripción de anticonceptivos hay que admitir la validez del consentimiento de los adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden. El profesional debe tener en cuenta que la cuestión no es si él considera que el menor tiene madurez suficiente para tener relaciones sexuales sino si el menor ha decidido tenerlas. La situación definida como “**anticoncepción de emergencia**” no pertenece al pequeño número de situaciones de urgencia extremada en las que se pueda prescindir del consentimiento informado.

El profesional que considerará este procedimiento como abortivo debería advertirlo desde el principio, explicitando su objeción de conciencia al uso de esta píldora pero está obligado a ofrecer información y a derivar a algún otro compañero o recurso donde se le pueda prescribir medidas anticonceptivas para evitar riesgos. Teniendo en cuenta que la objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio y que los centros sanitarios están obligados a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud.

El **Servicio Jurídico del SESCAM** elaboró un **Informe relativo a La Objeción de Conciencia y Píldora Postcoital**, donde “se puede establecer que:

- La prescripción de la píldora del día después, constituye un “acto médico”.

- La prescripción de la píldora forma parte del contenido propio de las funciones de los médicos, y una prestación del Servicio Nacional de Salud.
- Los médicos, con carácter general, han de prestar atención sanitaria acorde con el estado de los conocimientos, las normas legales y deontológicas (art. 5.1 de la Ley 44/2003), y en particular gozan del principio de libertad de prescripción “atendiendo a las exigencias del conocimiento científico y la observancia de la ley” (art. 40.3.i) de la Ley 44/2003 y art. 106 del Decreto 2065/74).
- La libertad de prescripción constituye una manifestación del libre ejercicio de la profesión, lo que permite justificar la negativa de un facultativo a prescribir un fármaco determinado invocando razones de ciencia (por que sea desaconsejable para la salud del paciente) ó de conciencia.
- La negativa fundada en razones de conciencia se ha de conectar con el derecho a la objeción de conciencia, reconocido en el ámbito sanitario únicamente para los casos de interrupción del embarazo por el TC.
- La píldora del día después tiene un efecto anticonceptivo, y un supuesto efecto abortivo en cuanto coadyuva a evitar la implantación del óvulo fecundado en el útero, lo que algunos consideran como “vida latente”.
- No existe criterio unánime en la comunidad científica sobre el momento de inicio de la vida humana, lo que impide que el Derecho pueda terciar en discusiones de carácter eminentemente técnico.

A la vista de las premisas anteriormente descritas, cabe concluir afirmando que la negativa del facultativo a prescribir la píldora del día después puede constituir causa justificada por imperativos de índole ética, habida cuenta de la falta de un criterio estable que arroje luz sobre el inicio de la vida humana.

No obstante y en cualquier caso se ha de garantizar el derecho indiscutible que asiste a la mujer a no tener hijos, de modo que recae sobre el Servicio de Salud la obligación de proporcionar, previa planificación y previsión de efectivos, todos los medios precisos y adecuados que permitan facilitar la plena efectividad del derecho de la paciente; en los casos extremos en los que, en atención a la escasa densidad demográfica, tan solo exista un único facultativo responsable de prestar la atención sanitaria (por ejemplo agrupaciones de población dispersas ubicadas en zonas rurales alejadas), consideramos que debiera primar el derecho de la mujer sobre las objeciones de conciencia del profesional sanitario, sobre todo si se tiene en cuenta que no existe grado alguno de certeza a cerca de si el óvulo se ha fecundado ó no”.

Como resumen de lo anterior, se puede decir:

Menores de 12 años - Requiere la autorización de los padres o representantes legales.

12-16 años - Se aconseja consultar a los representantes legales antes de realizar cualquier actividad, siempre y cuando el menor lo autorice o el médico entienda que éste no tiene madurez.

- Hay que valorar madurez, es decir, la capacidad de comprender las consecuencias de su decisión sobre su salud, así como las repercusiones que pueda tener. Esta valoración queda a criterio del facultativo responsable pudiendo solicitar ayuda de psicólogo o psiquiatra para ello.
- Si el menor no autoriza la consulta con sus representantes legales y el facultativo valora que tiene madurez suficiente se debe prestar la asistencia. Si el profesional considera que no alcanza niveles de madurez puede negar la asistencia.

16-18 años – El consentimiento del menor es suficiente para la prescripción, a no ser que el facultativo considere al joven inmaduro con lo cual necesita el consentimiento de su representante legal.

Mayores de 18 años - Se considera legalmente adulto y, por lo tanto, responsable de sus decisiones y actos.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

El profesional que considere este procedimiento como abortivo debe advertirlo desde el principio, explicitando su objeción de conciencia. Está obligado a ofrecer información y derivar al joven a otro compañero o recurso donde se le facilite la prescripción.

RECORDAD QUE:

Siempre se debe **obtener el consentimiento firmado** del paciente, tras dar una información adecuada.

Además, se debe **dejar por escrito en la historia** los comentarios acerca de la información que se transmite y aquello sobre lo que se ha hablado.

4.

Aspectos a VALORAR EN LA CONSULTA JOVEN de Atención Primaria

GENERALIDADES:

La atención al joven.
Desarrollo normal en adolescente.

ENTREVISTA AL ADOLESCENTE

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD.

HISTORIA CLÍNICA

PROCEDIMIENTOS DE SCREENING

INDICADORES DE RIESGO

RECOMENDACIONES

Al adolescente.
A los padres.





aspectos a

VALORAR en La CONSULTA JOVEN de ATENCIÓN PRIMARIA

4.

Generalidades

LA ATENCIÓN AL JOVEN

El contexto en el que se plantea la Atención Integral al Joven, surge de una necesidad reconocida por la sociedad en general, de la problemática específica del joven, la cual se está incrementando de forma exponencial y que lleva un consumo importante de recursos sanitarios y sociales.

La población joven se consideró como sana (según tasas de mortalidad) y la definición tradicional de salud que entendía ésta como la ausencia de enfermedad contribuyó a reforzar esta creencia.

El enfoque de los jóvenes como grupo etéreo a considerar, surge al considerar su problemática estrechamente ligada a cambios que se están produciendo cada vez más rápidos en el ámbito social, cultural y económico y que empiezan a destacar hasta el punto de adquirir características de problemas de salud pública como: el embarazo en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, sida, el abuso de sustancias, etc.

Igualmente, el acceso de los jóvenes a los servicios de salud no han sido fáciles porque:

- La burocratización de los centros de atención a la salud complica la confidencialidad, que es la base de una buena relación entre el medico y el joven.
- La atención al joven necesita más tiempo disponible.
- Desconocen los recursos sanitarios a los que pueden acudir.
- El propio desarrollo psicológico del adolescente le lleva a negar o infravalorar un problema de salud física o mental.

Reconociendo la importancia de todos ellos y que están imbricados, al igual que en otras múltiples patologías, es preciso un enfoque sanitario en el que, además de plantear las tendencias preventivas y de promoción de la salud, se generen mecanismos y dispositivos de intervención asistencial sobre una patología ya existente o de “alto riesgo”, para las cuales es preciso una acción más incisiva y personalizada que reconozca las peculiaridades concretas del propio individuo.

La atención primaria se considera en una situación privilegiada para la integración de los programas de salud de los adolescentes y jóvenes.

Las características de la atención a este grupo de edad (según la Sociedad americana de Medicina para el Adolescente) serían la **disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación** que, dentro de una consulta y siguiendo un programa sanitario de atención integral al joven, en los temas prevalentes del mismo y teniendo en cuenta la patología asociada, ofrezca las medidas terapéuticas necesarias para la resolución propia o la derivación del mismo.

En TOLEDO, la atención al joven tendría como población diana los jóvenes entre 12 a 25 años, pertenezcan o no al área sanitaria, con el objetivo de elevar su estado de salud general.

Se pretende que los jóvenes encuentren en los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria un elemento de apoyo, donde ellos adquieran el protagonismo pudiendo acudir sólo o acompañado de personas de su confianza y expresar sus necesidades, dudas o temores.

La consulta debe ser abierta, dinámica, enfocada a la atención asistencial integral de la salud considerando que la adquisición de hábitos saludables y la prevención durante la adolescencia pueden evitar la cronicidad o secuelas en aquellos temas de salud que demandan los jóvenes (encuestas realizadas) tales como sexualidad, consumo de sustancias, salud mental (y otros).

Los objetivos específicos de cada tema o área tendrían la finalidad de ofrecer a la población joven:

- Un espacio donde manifiesten sus inquietudes y demandas sobre temas que les preocupan facilitándoles información, consejo y orientación.
- Detección o captación de “jóvenes de riesgo” o situaciones nocivas para la salud.
- Promoción, prevención y educación para la Salud con el fin de fomentar la toma de decisiones, asumiendo responsabilidades.
- Respuesta asistencial si requiere el caso, según protocolos consensuados AP-AE.
- Derivación, si necesaria, a otros recursos o profesionales especializados existentes en el área con coordinación previa a la misma con el fin de facilitar al joven el acceso a los mismos.
- Seguimiento posterior en consulta previa cita.

DESARROLLO NORMAL EN ADOLESCENTES

Estas pautas dan una idea general de las etapas de desarrollo del niño/a, y no una serie de requisitos de desarrollo para cada edad (según cada niño/a, algunas habilidades se desarrollan antes y otras después).

A. Desarrollo físico

- Puede crecer de repente al llegar la pubertad si es niña (en los niños esto normalmente ocurre uno o dos años después).
- Puede ser que se canse fácilmente y que aparezca perezoso.
- Puede aparecer desproporcionado.
- Se preocupa por su apariencia.
- Su apetito puede variar en forma pronunciada.
- Le gusta observar o participar en deportes competitivos.
- Demuestra un gran interés en aprender sobre los cambios que se producen en el cuerpo.
- Puede sentir curiosidad por las drogas, el alcohol y el tabaco.

B. Desarrollo emocional

- Puede sentir cambios emocionales drásticos y repentinos debido a la pubertad.
- Alterna entre momentos de madurez e inmadurez.
- Tiene tendencia a ocultar sus sentimientos.
- Se autocrítica y es muy sensible a las críticas de los demás.



C. Desarrollo social

- Busca la ayuda de sus padres, pero cuando se la ofrecen, la deniega.
- Critica a sus padres.
- Se preocupa por su prestigio y popularidad.
- Le gusta pertenecer a un grupo y parecerse a los demás.
- Es bastante caprichoso.
- Prefiere pasar el tiempo con amigos durante los fines de semana.
- Puede cambiar de amigos debido a diferentes niveles de madurez.
- Es consciente de la presencia del sexo opuesto.

D. Desarrollo mental

- Su nivel de atención y concentración es mucho mayor.
- Se esfuerza por tener éxito.
- Forma sus propias opiniones y las defiende.
- Empieza a entender los motivos detrás del comportamiento de los demás.

La entrevista al adolescente

Para establecer una buena relación, al profesional sanitario deben de gustarle los adolescentes, sentirse cómodo con ellos y saber que en general el (la) adolescente es una persona sana. En la entrevista al adolescente es importante no plantear solamente la recogida de información y detección de alguna patología pues podemos perder la única oportunidad para asesorar, corregir u orientar al joven.

En líneas generales, en la entrevista con adolescentes, es necesario:

a) Establecer una relación.

Es lo que dará lugar a que el/la joven adquiera confianza y se encuentre cómodo/a. Para ello hay que:

- Presentarse y saludar, mirándole.
- Comenzar con preguntas inofensivas sobre la salud.
- Dejarle hablar durante un rato, escuchando sus comentarios seriamente.
- Usar un lenguaje adecuado: ni lenguaje médico lleno de tecnicismos ni argot juvenil.

- Evitar las interrupciones: entrada de otra persona, llamadas por teléfono, etc.
- Evitar los silencios prolongados: debe haber fluidez en la conversación.

b) Asegurar la confianza

- Escribir poco y escuchar más, evitando escribir en las preguntas más sensibles.
- Complicidad en forme de símbolos: p. ej: Cambiar el bolígrafo por el lápiz en las preguntas que desea permanezcan ocultas a sus padres.
- Atención a claves no verbales: pueden dar idea de motivo oculto de consulta.
- Evitar juicios de valor: esperar que sea el (la) joven que emita sus propios juicios de valor: **“¿A ti que te parece?”**, **“¿Qué quieres decir con eso?”**, **“¿Cómo te sentiste?”**.

c) Claves no verbales

Pueden indicar el motivo oculto de consulta o posibles conductas o situaciones de riesgo (ropas, gestos, pausas, lloros, expresiones de cara,...)

- Tono de voz.
- Nerviosismo.
- Silencios.
- Mirada.
- Postura.

d) Explorar todas las áreas del/de la adolescente

Es útil un guión, como el acrónimo de García Tornel (F.A.C.T.O.R.E.S.) u otros.

e) Actuar como mediador

En ocasiones hay que comunicar al (la) adolescente que sería conveniente que sus padres se enteren de alguno de sus problemas, sobre todo si hay un riesgo importante para la salud del joven. Se le puede proponer una reunión a tres partes, apoyando el médico al adolescente. La confidencialidad no quiere decir complicidad.

f) Adoptar una postura neutral

Los adolescentes no siempre se presentan en la consulta con una postura de petición de ayuda sino que pueden adoptar posturas agresivas o desafiantes.

g) Favorecer la cita acompañado con amigos o amigas

Se sentirán más arropados y con personas de su mismo ambiente. Facilita que estos también pregunten cosas.

Si acuden con uno o ambos padres

Preguntar directamente al joven se prefiere pasar primero haciendo que los padres se queden fuera y luego entran acordando con el joven lo que se va a hablar con ellos o no le importa que pasen al mismo tiempo.

DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL ADOLESCENTE:

- **El adolescente hablador.** Esta situación puede usarse para evitar ser sincero y decir lo que realmente preocupa. Hay que captarla, dejarle hablar, pero no perderse en su laberinto y conducir la conversación hacia la reflexión personal.
- **El adolescente nervioso** Se da más en las chicas que temen tener que pasar una exploración ginecológica o cuando el tema a plantear tiene su grado de dificultad y temen la reacción del adulto al que le van a contar.
- **El adolescente silencioso.** Porque le hayan obligado a acudir al centro de salud, se siente culpable o temeroso de una regañina.
- **El adolescente provocativo y burlón.** Suele ocurrir cuando son inseguros, no controlan la situación y probablemente estén angustiados, adoptando la postura de comentar lo que les ocurre haciendo bromas o restando importancia a la situación.
- **El adolescente agresivo.** Dejarle que exprese el motivo del enfado y si la falta es del profesional o del servicio (quizá una espera muy larga), no es malo pedir excusas.
- **El adolescente lloroso.** Dejarle llorar y apoyarle de forma silenciosa, darle un pañuelo. Puede sentirse más aliviado y servir de acercamiento.

TÉCNICAS DE ENTREVISTA

Algunas técnicas recomendadas son:

- **Escucha activa**

Teniendo una actitud positiva y de aceptación del paciente en su totalidad.

- **Preguntas abiertas**

Mejor que las preguntas directas, facilitan la comunicación al no dar opción a un sí o no.

Ejemplos:

- Preguntas abiertas: “Cuéntame más acerca de ello”, “¿Qué significa eso para ti?”, “Este dolor, ¿qué te impide hacer?”. ¿Las drogas son muy frecuentes en el colegio?.
- Preguntas directas: “¿Aquello te hacía sentirte mal?”. “¿Tomas a veces drogas?”, “¿Eres sexualmente activo?”.

- **Respuestas espejo**

Se refieren a hacerse eco de lo que dice el adolescente. Ejemplos:

- “No me gusta la píldora, no quiero tomarla” “¿No te gusta la píldora? ¿no la quieres?” “No, mis amigas dicen que engorda”.
- “¿Cómo te sientes con tus padres” -“Los ignoro, los odio”. “¿Los ignoras, los odias?” -“Sí, porque nunca me escuchan y...”.



- **Resumir la entrevista**

Ayuda a clarificar el problema y/o anima al adolescente a que haga más comentarios.

Pedir al adolescente que explique algún comentario o frase. “¿Qué quieres decir con eso?”

- **Preguntas de interiorización**

“¿Qué cosas se te dan bien?”, “¿Qué haces cuando estás enfadado(a)?”. “¿Cuándo te sientes más feliz?”.

- **Apoyo y ánimo**

Reconocer el esfuerzo que ha podido costarle, acudir a la consulta.

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

La totalidad de la entrevista se compone de 3 fases:

Principio

Debe incluir las presentaciones, las preguntas abiertas, hablar de antecedentes por ejemplo para asegurar la confianza. Se debe dejar que hable y hay que comentar la sucesión de la misma y si se le va hacer exploración o no.

Centro

Se ocupa de la historia clínica, determinar los problemas y valorar conductas o situaciones de riesgo en que se encuentra.

Final

Este sería después de la exploración, en el caso de que se hubiera realizado.

- Se debe resumir motivos, diagnósticos y planes de actuaciones propuestas, implicándole en el mantenimiento o recuperación de su salud.
- Comentar cualquier recurso que esté a su alcance (si lo necesita), utilizando material de apoyo, disponible en consulta con el fin de promover conductas saludables.

- Concederle tiempo para que comunique sus últimas preguntas o preocupaciones.
- Fijar las citas de seguimiento, cuándo es recomendable que vuelva, informándole que el médico y los demás profesionales están a su disposición (citas imprevistas, llamadas por teléfono...).

Consentimiento y confidencialidad

EL CONSENTIMIENTO

En la historia clínica debe reflejarse la opinión de los/ as adolescentes respecto del motivo de consulta y del posible tratamiento. El consentimiento debe de ser dado por escrito después de explicar claramente a los/ as adolescentes las conveniencias del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y las otras alternativas que existen al mismo.

LA CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad aumenta la posibilidad de que los/ as adolescentes expongan sus necesidades, preocupaciones y pedidos de ayuda para afrontar problemas de salud como infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, depresión, consumo de drogas, etc.

Debe garantizarse que al menos una parte de la entrevista, se lleve a cabo a solas con el/la adolescente, y que las consultas de los padres será con el conocimiento de los hijos.

Son **excepción a la confidencialidad**:

- Situaciones de riesgo inminente de vida para el joven o para terceros (ej: intentos de suicidio, depresión severa).
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de realidad.
- Diagnóstico de enfermedad de gravedad (ej: linfoma, infección por VIH/SIDA,...).
- Embarazo.
- Drogodependencia.

En caso de tener que informar a los padres o adultos responsables se recomienda:

- Comunicar al adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto, acordando con el la forma de hacerlo.
- Ofertar un contacto previo con otro adulto referente y sugerido por el joven.

- Ver la posibilidad de postergar la información hasta lograr el consentimiento del joven.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos en que se presume una reacción familiar violenta.

El/los profesional/es del centro de salud, desde un enfoque integral, debe de tener la capacidad de articular sus actividades con otros profesionales o recursos de su zona y **promover en la consulta:**

- a) Autonomía para la toma de decisiones libres y responsables.
- b) La comunicación entre padres e hijos.
- c) Los derechos de los/as adolescentes dentro y fuera del centro de salud.
- d) La conciencia ciudadana y solidaria de los jóvenes.
- e) La Escolarización y capacidad de construir de proyectos.
- f) La Autoestima.
- g) La actitud crítica frente a sus propias conductas discriminatorias sobre situación social, raza, religión, orientación sexual, género y frente a los medios de comunicación.
- h) Sexualidad libre y responsable, independientemente de la orientación sexual.
- i) Hábitos saludables de ocio y tiempo libre.
- j) Garantizar la confidencialidad.
- k) Desarrollar su trabajo en el marco de consentimiento informado, negativa fundada.



Además, debe realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico biopsicosocial y las siguientes intervenciones preventivas:

- **Evaluación de aprendizaje para el autocuidado de la salud, según la edad.**
- **Consejos sobre hábitos de vida saludable tanto al joven como a los padres.**
- **Detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud.**

La perspectiva preventiva en la consulta implica transformar el modelo “curativo” de atención incluyendo medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad de enfermedad o lesión, promoviendo el desarrollo humano, desde una base de comunicación y ayudando a la construcción de hábitos saludables, mediante decisiones libres y responsables.



La historia clínica

El/la adolescente que demande atención de una patología o realice una consulta preventiva la entrevista debe abarcar todas las áreas y los entornos donde se desenvuelve la vida del/ de la adolescente: antecedentes personales y familiares, estructura familiar, educación, trabajo, vida social, hábitos de vida, sexualidad, situación psicoemocional y desarrollo cognitivo.

Para obtener información de todas las áreas en que se desenvuelve el/la adolescente, se puede utilizar el acrónimo, con la palabra **FACTORES** cuyas iniciales coinciden con la primera letra de las áreas a preguntar:

- **FAMILIA:** relación con padres/ hermanos, grado de satisfacción.
- **AMISTADES:** actividades, deportes, tipo de relaciones.
- **COLEGIO (Trabajo):** rendimiento, grado de satisfacción.
- **TOXICOS:** consumo tabaco, alcohol y otras drogas.
- **OBJETIVOS:** estudio, trabajo, familia, ideales, ilusión.
- **RIESGOS:** deportes, moto, coche, violencia, abuso sexual.
- **ESTIMA:** autoestima, valoración de propia imagen.
- **SEXUALIDAD:** información, identidad, precauciones,...

Es conveniente comenzar con preguntas generales, dejando los aspectos más delicados (consumos, sexualidad) para cuando la entrevista esté más avanzada explicando el motivo por el que se necesita hacer esas preguntas.

Si el profesional es psicólogo o trabajador social, deberá coordinar la entrevista con la realización, en el mismo momento, del examen físico al joven al menos una vez al año.

EXAMEN FÍSICO COMPLETO

Debe ser completo, incluyendo siempre antropometría y desarrollo puberal. De preferencia debe ser realizado sin la presencia de los padres, excepto situaciones especiales, como casos de abuso sexual. El control integral del crecimiento y desarrollo de los /as adolescente debe efectuarse al menos **una vez y evaluar lo siguiente:**

- **MEDIR PESO, TALLA (evaluar relación peso/ talla y talla/ edad).**

Proporciona información fundamentalmente acerca del aporte de nutrientes, siendo el crecimiento lineal continuo el mejor indicador de dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. El peso como parámetro aislado no tiene validez, debe expresarse en función de la edad y de la talla. La talla también debe expresarse en función de la edad y del desarrollo puberal.

- Talla baja: p5
- Talla normal: > p5 y < p95

Deben considerarse también las siguientes señales de alarma respecto a la talla:

- **Incremento en talla < 2,5 cm en 6 meses** (menor crecimiento de lo esperado para la edad).
- **Incremento en talla > 3,5 cm en 6 meses** (podría ser pubertad precoz).
- **Cambio, en crecimiento, entre dos controles** (ej: del p50-25 a p25-10).
- **T/E entre p5 y p10.**

Se debe de hacer con el/la adolescente descalzo y con la menor cantidad de ropa posible.

El **índice de peso para la talla (IPT)**, utilizado para diagnosticar obesidad y desnutrición en adolescentes, pudiendo calcularse de la siguiente manera:

$IPT (\%) = \text{peso actual} \times 100 / \text{peso aceptable}$
(peso aceptable = peso esperado (p 50) para la talla observada).

$IPT > 90\% \text{ y } < 110\% = \text{normal}$
 $IPT < 90\% = \text{desnutrición}$

$IPT > 110\% = \text{sobrepeso}$
 $IPT < 75\% = \text{desnutrición grave}$

- **VELOCIDAD DE CRECIMIENTO DE PESO Y TALLA**

Requiere de dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18. La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentil 10 y 90 para la edad. Este procedimiento se puede utilizar en la primera consulta si se tiene información de medidas de tallas anteriores. En adolescentes con talla baja se debe considerar siempre el estadio de Tanner, para la evaluación.

- **DETERMINAR ÍNDICE DE MASA CORPORAL ($imc = \text{peso} / \text{talla}^2$)**

Es considerado como el mejor indicador de estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad.

Ej: adolescente mide un metro cincuenta y dos (1,52) y pesa cuarenta y ocho kilos y medio (48,5), su IMC sería de:

$$IMC = \frac{48,50}{1,52 \times 1,52} = \frac{48,50}{2,31} = 20,99$$

Los puntos de corte sugeridos para diagnóstico nutricional son los siguientes:

- $IMC < 18.5$: indicativo de bajo peso o desnutrición.
- **$IMC > \text{o igual a } 18.5 \text{ y } < 24.9$: normopeso.**
- $IMC > \text{o igual a } 25 \text{ y } < 29.9$: indicativo de sobrepeso.
- $IMC > \text{o igual a } 30 \text{ y } < 34.9$: Obesidad clase I.
- $IMC > \text{o igual a } 35 \text{ y } < 39.9$: Obesidad clase II.
- $IMC > \text{o igual a } 40$: Obesidad clase III o mórbida.

Dado que el rango de normalidad del peso es muy amplio, deberán considerarse frente a un caso individual las siguientes **señales de alarma**:

- **Cambio de crecimiento del IMC en dos controles** (por ejemplo cambio del IMC desde percentil 50-75 a percentil 75-85).
- **Aumento del IMC > 1,5 puntos en 6 meses.**

Se reserva la clasificación de obeso para aquellos adolescentes que además de tener un IMC mayor a igual a 30 tengan un exceso de grasa subcutánea objetivado por la medición de pliegues cutáneos.

Aquellos adolescentes con relación P/T 110 a 120% o IMC entre 25 y 29.9 por edad y sexo requieren evaluación de condiciones de riesgo cardiovascular y educación alimentaria.

DEBEN SER DERIVADOS para manejo nutricional los adolescentes con:

- IMC igual o superior 30, o menor de 18.
- Relación P/T mayor de 120% o menor de 90%.

• **EVALUAR GRADOS DE TANNER**

Pubertad normal mujeres:

- De 9 a 16,5 años: aparece el botón mamario = GM II de Tanner.
- Luego y/o al mismo tiempo el vello pubiano = VP II de Tanner.
- Aceleración del crecimiento en el estadio Tañer III.
- Menarquia en Tanner III-IV.
- Desaceleración del crecimiento.

Pubertad normal varones:

- De 10 a 17,5 años: hay aumento del volumen testicular (>3cc) = Tanner III.
- Luego surge vello pubiano Posteriormente crece el pene, aparece vello axilar y facial.
- Luego ocurren los cambios de la voz.
- La primera polución corresponde a Tanner III-IV.
- Desaceleración del crecimiento.



SE DERIVARÁ para estudio si:

- Pubertad precoz si presencia de caracteres sexuales secundarios en:
 - niñas < de 8 años.
 - varones < de 9 años.
- Pubertad tardía si ausencia de caracteres sexuales secundarios en:
 - niñas > de 13 años.
 - varones > de 14 años.

• **MEDIR PRESIÓN ARTERIAL**

La evaluación de la presión arterial debe hacerse con el adolescente sentado. Se considera:

- **Presión arterial** entre 120-130/ 80-84 se puede considerar **normal**.
- **Presión arterial óptima** si es igual o menor a 120/80.

- **PIEL:**

Evaluar presencia y grado de acné y otras dermatosis comunes al adolescente.

- **MEDIR AGUDEZA VISUAL**

- **Indagar alteraciones de la AUDICIÓN**

Si hipoacusia o de factores de riesgo de hipoacusia solicitar audiometría.

- **EXAMEN DENTAL**

Evaluar higiene dental, caries, gingivitis, maloclusiones, pérdidas o traumas dentarios.

- **EXAMEN DE COLUMNA**

Evaluar presencia de escoliosis, hiper cifosis dorsal y/o hiperlordosis lumbar. En caso de escoliosis determinar si se trata de un trastorno funcional o verdadero. Adolescentes con curvas escolióticas mayores de 15 - 20 grados deben ser referidos si no han completado el crecimiento. En mujeres el crecimiento espinal se completa 18 a 24 meses postmenarquia.

- **EXAMEN DE TIROIDES**

Evaluar tamaño y consistencia de tiroides y presencia de nódulos.

- **EXAMEN GINECO-UROLÓGICO**

Evaluar periodicidad menstrual y características de las reglas, presencia y características de flujo genital o lesiones genitales. En mujeres informar acerca de auto examen de mamas. Evaluar presencia de displasia mamaria, quistes, nódulos mamarios, mastodinia y galactorrea.

En caso de adolescentes sexualmente activas examen ginecológico. Evaluar presencia de secreción vaginal fisiológica y educar en relación a medidas de higiene genital. En varones: Evaluar presencia de ginecomastia o presencia de lesiones genitales, simetría y masas testiculares. Instruir al adolescente a realizar auto examen testicular.

- **TERMINAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO**

Explorar cabeza, boca, cuello, tórax, cardiopulmonar, abdomen, génito-urinario, extremidades, y neurológico, evaluar evidencias de maltrato físico.



En resumen

SE RECOMIENDA en la consulta de atención integral al joven, a partir de los 12 años:

☐ **Interrogar:**

- Sobre trastornos de alimentación y obesidad.
- Acerca del consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- En cuanto a su conducta sexual.
- Respecto a síntomas depresivos y riesgo de suicidio.
- Respecto a abuso emocional, físico y sexual.
- Respecto a problemas escolares.

☐ **Examen de visión.**

☐ **Examen auditivo.**

☐ **Control de presión arterial:** al menos una toma entre los 14 y 16 años. Si es normal, se debe controlar cada 4-5 años.

☐ **Adolescentes sexualmente activos:**

- Citología (PAP) anual los dos primeros años. Si es normal repetir cada tres años.

☐ **Estudio de enfermedades de transmisión sexual (con consentimiento informado y consejo previo) si:**

- Promiscuidad sexual.
- Historia de ITS o pareja en riesgo de ITS.
- Uso de drogas.

Procedimientos de screening

I. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO FÍSICO Y PSICOSOCIAL. TÉCNICAS DE CRIBADO

- Medir peso y talla y registrar IMC.
- Progresos en el aprendizaje escolar.
- Desarrollo puberal.
- Explorar la agudeza visual mediante optotipos.
- Exploración bucodental.

II. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

- Conducta social en hogar y con amigos. Comunicación/ relación entre padres e hijo.
- Conductas alimentarias.
- Realizar anamnesis para identificar actividad sexual.
- Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco o drogas).

III. EN ADOLESCENTES SIN PRÁCTICAS SEXUALES

- Valorar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.
- Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
- Informar sobre recursos de anticoncepción en nuestro área de salud.

IV. EN ADOLESCENTES CON PRÁCTICAS SEXUALES

1. Identificar comportamientos y prácticas de riesgo y posibles abusos.
 - Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimientos y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
 - Valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de ITS.
 - Cuando esté indicado, proporcionar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) y/o Informar sobre recursos de anticoncepción en nuestro área de salud.
 - No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva.

2. Aconsejar, como primera elección, los preservativos masculinos de látex para relaciones esporádicas y éstos combinados con anticonceptivos orales para relaciones continuadas.
3. Comprobar vacunación contra la hepatitis B.
4. En el caso de las adolescentes que decidan continuar con su embarazo:
 - Derivar para su incorporación en el programa de seguimiento de embarazo.
 - Remitir, si procede, a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.



Indicadores de riesgo

FÍSICOS:

- Riesgo de **obesidad: IMC > 30**.
- Riesgo de **hiperlipidemia** y de **enfermedad coronaria**:
 - Enfermedad coronaria en pariente de primer grado(o abuelos) < de 55 años.
 - Colesterol o de triglicéridos > 240 mg/dl. y 135 mg/dl.
 - Hipertensión.
 - Historia familiar desconocida.
 - Diabetes, tabaquismo, sedentarismo.
 - Obesidad y consumo excesivo de grasas saturadas.
 - Uso de anticonceptivos orales.
 - Edad mayor a 19 años.
- Riesgo de **hipertensión: T.A.** > 130/85.

SEXUALIDAD

a) Factores de riesgo de embarazo:

- Menarquia a edad temprana.
- Baja autoestima.
- Estereotipos de géneros masculinos y femeninos.
- Ausencia o mala comunicación familiar.
- Falta de un adulto referente.
- Abuso sexual.
- Abandono escolar.
- Bajo rendimiento en la escuela.
- Presión de los pares.
- Abuso de alcohol y consumo de drogas.
- Inicio relaciones sexuales antes de los 16 años, embarazo y/o aborto previo.
- Deficiencias en la educación sexual.
- Ausencia de proyectos diferentes a la maternidad.



b) Factores de riesgo de ITS e infección por VIH:

- Edad temprana de inicio de relaciones sexuales.
- No uso de preservativo en todas las relaciones sexuales.
- Pareja con ITS conocida.
- Múltiples compañeros sexuales; cambio frecuente de pareja sexual.
- Uso de tatuajes propios o de la pareja.
- Transfusiones previas.
- Consumo de drogas intravenosas en grupo.
- Consumo de alcohol.
- Historia previa de ITS.
- Abuso sexual.
- Adolescentes que viven en las calles o en instituciones.
- Antecedentes de prostitución.

c) Indicadores de sospecha de abuso sexual (antecedentes):

1. En la infancia temprana:

- Conductas hipersexuadas y/o autoeróticas.
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).
- Conductas regresivas.
- Retraimiento social.
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas.
- Fenómenos disociativos.

2. En la niñez y/o en la preadolescencia:

- Cambios bruscos en el rendimiento escolar.
- Problemas con figuras de autoridad.
- Mentiras.

- Fugas del hogar.
- Delincuencia.
- Coerción sexual hacia otros niños.
- Excesiva sumisión frente al adulto.
- Fobias.
- Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales).
- Sobreadaptación, pseudomadurez.

3. En adolescencia:

- Promiscuidad sexual, prostitución.
- Coerción sexual hacia otros niños.
- Consumo de drogas.
- Delincuencia.
- Conductas autoagresivas.
- Intentos de suicidio.
- Excesiva inhibición sexual.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

d) Indicadores altamente específicos de abuso sexual:

1. Físicos :

- Lesiones en zonas genital y/o anal.
- Sangrado por vagina y/o ano.
- Infecciones genitales o de transmisión.
- Embarazos.
- Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.

2. Psicológicos : El relato de la víctima

e) Indicadores inespecíficos de abuso sexual:

1. Físicos :

- Enuresis, encopresis secundaria.
- Dolores abdominales recurrentes sin causa orgánica.
- Cefaleas recurrentes sin causa orgánica.

2. Psicológicos: Síndrome de estrés post-traumático.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Faltas reiteradas a la escuela.
- Alteraciones de la conducta, sanciones disciplinarias en la escuela.
- Alteraciones del humor: irritabilidad, hostilidad.
- Convivencia con amigos /as consumidores/as de drogas.
- Ausencias reiteradas del hogar sin previo aviso.
- Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas.



CONDUCTA SOCIAL

a. Familia y relación social

- Excesivo aislamiento y ausencia de relaciones íntimas pueden ser indicadores de depresión.

b. Relación en la escuela

- Insatisfacción o conflictos con los profesores y compañeros /as.
- Bajo rendimiento escolar.
- Abandono escolar o faltas injustificadas.
- Problemas económicos o laborales que afectan la escolaridad.
- Problemas de conducta.
- Problemas de aprendizaje.

c. Condiciones laborales:

- Precocidad en la edad de inicio.
- Horario que interfiere actividades sociales y educativas.
- Falta de condiciones legales.
- Falta de condiciones de seguridad.
- Dificultades en las relaciones humanas en el trabajo.
- Desconocimiento de los/as padres/madres de las condiciones laborales.

d. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria:

- Pérdida de peso mayor del 10% de su peso previo (últimos 6 meses).
- Percepción distorsionada de su imagen corporal.
- Preocupación excesiva sobre el peso.
- Frecuentes dietas sin tener sobrepeso.
- Atracones alimentarios.
- Vómitos autoprovocados.



- Consumo de diuréticos o laxantes.
- Amenorrea.
- Historia familiar obesidad, diabetes, dislipemias, enfermedad cardiovascular.
- Actividad física (ausencia o excesiva) y hábitos alimentarios.

e. Riesgo inminente de suicidio (presencia de 5 ó más de los siguientes factores):

- Plan o ideación suicida.
- Intentos previos.
- Historia de desajustes.
- Contexto suicida (amigo o familiar).
- Consumo de estimulantes.
- Ocupar una posición periférica en el contexto familiar y/o social.
- Enojo.
- Depresión.

Recomendaciones a dar durante la entrevista

AL ADOLESCENTE

Promoción de hábitos saludables

- Duerme en cantidad adecuada (7 a 8 h./día).
- Realiza actividad física al menos 20 min/ día 3 veces a la semana.
- Reemplaza la televisión por otras actividades recreativas.

Prevención de accidentes y violencias

- Usa cinturón de seguridad en el coche y el casco al utilizar la moto o bicicleta (incluso si vas de paquete).
- No tomes alcohol en circunstancias de riesgo: conducir, nadar, etc.
- Usa protector solar al tomar sol.
- Evita la contaminación acústica (casco).
- Desarrolla habilidades en resolución de conflictos.
- Evitar situaciones de riesgo de maltrato físico o abuso sexual.

Salud Mental

- Aprende a conocerte a ti mismo.
- Reconoce tu proceso de crecimiento y cambio.
- Aprende a valorar tus capacidades.
- Recurre a un profesional de salud o a un adulto en quien confíes cuando estás triste o nervioso o las cosas no resultan como quieres.
- Aprende a reconocer y manejar el estrés.
- Explora nuevos roles, respetando a los que te rodean.

Nutrición

- Come 3 a 4 comidas diarias y a ser posible con tu familia. No dejes de desayunar.
- Utiliza alimentos variados limitando los ricos en grasa, azúcar o sal.
- Mantén un peso apropiado a través de una dieta adecuada y ejercicio físico.
- Prefiere las frutas, verduras, cereales, productos lácteos, carnes magras.
- Incluye alimentos ricos en calcio y hierro en la dieta.

Salud oral

- Lava tus dientes al menos 2 veces al día.
- Acude a control dental cada 6 meses.
- Evita el tabaco.

Sexualidad

- Identifica un adulto en quien confíes para obtener información apropiada sobre sexualidad.
- Pregunta al profesional de salud tus dudas e inquietudes acerca de: cambios corporales, enfermedades de transmisión sexual, desarrollo de tu sexualidad, etc.
- Si tienes relaciones sexuales, acércate a un profesional de salud para orientación en métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Prevención de abuso de sustancias

- Evita fumar, tomar alcohol, usar drogas u otros medicamentos sin indicación médica.
- Si fumas, tomas alcohol o usas drogas, pide ayuda a tu profesional de salud para dejarlo.
- Evita situaciones de consumo si te cuesta decir no.
- Apoya a tus amigos que han decidido dejar el tabaco, alcohol o drogas.



Se desaconsejan las medidas informativas aisladas por no ser efectivas.

Se aconseja el consejo breve de tan sólo 3 minutos en la consulta sostenido en el tiempo.

En adolescentes con signos de dependencia a la nicotina, se debe aconsejar a que elijan un día para dejarlo e ir disminuyendo la cantidad de cigarrillos fumados por día, aumentando la actividad física y evitando los hábitos sedentarios.

Promoción de convivencia social

- Comparte tiempo con tu familia en actividades conjuntas.
- Participa en grupos escolares, actividades sociales, grupos deportivos u otros.
- Habla con tu familia de los límites y las consecuencias de su trasgresión.
- Aprende a cuidar y respetar tus pares y familiares.
- Habla con tus padres y los profesionales de salud estrategias de manejar presiones de pares negativas.

Promoción de responsabilidad

- Respeta los derechos y necesidades de los demás.
- Actúa como modelo positivo.
- Obedece las reglas familiares.
- Busca nuevas responsabilidades en tu casa, con tus amigos y en tu comunidad.

Promoción de éxito escolar

- Sé responsable de tus tareas y asistencia.
- Participa en las actividades escolares.
- Identifica tus intereses y habilidades para orientar tu futuro vocacional.
- Planifica tu futuro profesional y laboral.

A LOS PADRES

- Comprenda que el adolescente puede tener conductas desafiantes a vuestra autoridad. Lo importante es estar de acuerdo ambos sobre como están manejando las cosas y apoyarse el uno al otro.
- Establezca y discuta reglas y límites familiares explícitos y claros, así como las consecuencias de su trasgresión.
- Las normas deben ser claras, razonables, aplicadas con justicia y de forma consistente teniendo en cuenta que según el adolescente madura y se hace más responsable también deben ser menos restrictivas.
- Diferenciar que es importante y qué no lo es, ya que no pueden existir reglas para todo.
- Las sanciones o castigos funcionarán mejor si son establecidas con anterioridad a la infracción, y no deberá nunca amenazarse con las mismas si no se van a llevar a cabo.
- Otorgue autonomía y responsabilidad creciente a su hijo/a según va creciendo.
- Hable con el adolescente acerca de su futuro laboral, vocacional, su plan de vida.
- Demuestre interés en las actividades escolares y enfatice la importancia del colegio.
- Estimule la autoestima del adolescente reforzando sus conductas y características positivas.
- Evite las críticas y la descalificación.
- Dedique tiempo a su hijo/a. Escucharlos es lo fundamental.
- Respete el derecho a la privacidad.
- Participe con él /ella en programas de actividad física.



5.

EVALUACIÓN

INDICADORES PARA EVALUAR EL PROGRAMA:

- Indicadores de cobertura.
- Indicadores del proceso.
- Indicadores de resultados.
- Indicadores de calidad de la atención.





Indicadores para evaluar el programa

A modo de ejemplo se describen distintos indicadores que se pueden completar con otros, según características del área de salud.

1. INDICADORES DE COBERTURA:

- Porcentaje de puntos de servicios de atención primaria que ofrecen una consulta joven.
Meta: integración completa de los centros de Atención Primaria en este servicio.
- Porcentaje de la población joven que acude a servicios básicos de salud.
Meta: acceso universal a la atención primaria de salud.
- Media de edad de la población atendida en consulta joven.
- Porcentaje rural de la población.
- Número de llamadas telefónicas atendidas y motivo de consulta no presencial.

2. INDICADOR DEL PROCESO:

- Porcentaje de consultas efectuadas en la que consta motivo de consulta y solución.
Meta: causa de la demanda y la solución dada en cada caso.
- Tasa de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos desglosados por método.
Meta: acceso del joven a los métodos de anticoncepción.
- Prevalencia de ITS en jóvenes que acuden a consulta.
Se obtiene dividiendo el número de jóvenes diagnosticadas de infecciones del sistema reproductor o ITS que acuden a la consulta por el número de total de jóvenes.
- Prevalencia estimada de VIH en adolescentes de ambos sexos.
Se obtiene dividiendo el número de jóvenes diagnosticados de VIH que acuden a la consulta por el número de total de jóvenes.
- Número de pacientes captados en esta consulta con ETS o VIH.
Meta: inclusión en tratamiento, adherencia al mismo.

- Número de pacientes captados en esta consulta con alteraciones del comportamiento especificando diagnóstico.

Meta: acceso de jóvenes “frágiles” a las actividades asistenciales y preventivas ofertadas.

- Número de jóvenes “de riesgo” captados en consulta según el tipo de riesgo, edad y sexo.

Meta: acceso de jóvenes de riesgo a las actividades asistenciales ofertadas desde la consulta.

3. INDICADORES DE RESULTADOS:

- Tasa de fecundidad en el adolescente:

$$\frac{\text{Nº de nacidos vivos de mujeres < de 20 años}}{\text{Nº de mujeres de 12 a 19 años en ese año}} \times 100$$

Fuente: Hospital Virgen de la Salud y Tarjeta Sanitaria.

Periodicidad: cada dos años.

- Tasa de inicio de hábito tabáquico, en pacientes valorados en el centro:

$$\frac{\text{Nº de jóvenes que consumen tabaco (12 a 15 años) vistos en un año}}{\text{Nº de jóvenes de 12 a 15 años visto en ese año en el centro}} \times 100$$

- Tasa de inicio de hábito alcohólico, en pacientes valorados en el centro:

$$\frac{\text{Nº de adolescentes que consumen alcohol (12 a 15 años) vistos en un año}}{\text{Nº de adolescentes de 12 a 15 años en ese año en el centro}} \times 100$$

- Tasa de inicio de consumo de drogas ilegales, en pacientes valorados en el centro:

$$\frac{\text{Nº de adolescentes que consumen drogas (12 a 15 años) vistos en un año}}{\text{Nº de adolescentes de 12 a 15 años en ese año en el centro}} \times 100$$

4. INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

- Porcentaje de centros con consulta joven capaces de ofrecer anticoncepción.
Este indicador se obtiene dividiendo el número de centros con la capacidad descrita por el número de centros.
- Porcentaje de centros que derivan pacientes a recursos secundarios y terciarios.
El número de centros que derivan se divide por el número de recursos.
- Tipo de solicitud de método anticonceptivo y tipo de asistencia realizada.
- Total de analíticas realizadas en relación con total de demanda asistidas.
- Porcentaje de colaboración de los profesionales de salud.
Este indicador se obtiene dividiendo el número de profesionales de Atención Primaria que han recibido formación en atención al joven en el servicio por el número de los que colaboran.
- Porcentaje de jóvenes que han expresado satisfacción a la asistencia.
Esos datos pueden obtenerse mediante encuestas. Para calcular este indicador, el número de jóvenes satisfechos se divide por el número de todos los que han acudido a la consulta joven.



6.

ANEXO I

SOBREPESO, OBESIDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

GRADOS DE TANNER:

- del desarrollo mamario.
- del desarrollo del vello púbico.
- del desarrollo genital.

GRADOS DE ACNÉ E INDICACIONES

ESCOLIOSIS

TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

HABILIDADES SOCIALES:

- Autoestima.
- Asertividad.
- Acoso escolar.





Sobrepeso, obesidad e índice de masa corporal (IMC)

CATEGORIA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIÓN
SOBREPESO	IMC > 25 (Corresponde a IMC de 25 a 29.9)	Investigar co-morbilidades Aporte equilibrado de calorías Consejo a familiares con sobrepeso
OBESIDAD	IMC > 30	Cambios en dieta y actividad física Estrategias conductuales Evitar actividad lúdica sedentaria

El **IMC normal** oscila entre **20 y 25**

Además del exceso de grasa corporal (se mide con el IMC), su distribución constituye un predictor independiente de riesgo y morbilidad. La localización central o abdominal se relaciona con más riesgo y su medida más práctica y fiable es la circunferencia de la cintura (CC). Los límites superiores que se aceptan como normales son: 102 cm. para el varón y 88 cm. para la mujer.

En pacientes mayores de 20 años en la primera visita debemos medir sistemáticamente el peso, la talla y calcular el IMC y repetir la medida del peso cada 4 años.

- **OBJETIVOS: Sobrepeso** = prevenir la ganancia de peso (si no hay factor de riesgo)
tratar si tienen obesidad central (CC \geq 102 cm. para el varón y \geq 88 cm. para la mujer)

Obesidad = alcanzar y mantener el IMC < 25

CLASIFICACIÓN DE LÍPIDOS Y LIPOPROTEÍNAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES con alto riesgo de enfermedad cardiovascular

	Colesterol Total(mg/dl)	Colesterol LDL(mg/dl)
Aceptable	< 170	< 110
Limítrofe	170 – 200	110 – 129
Elevado	> 200	≥ 130

Triglicéridos elevados: > 150 mg/dl
HDL bajo: < 35 mg/dl



Índice de Masa Corporal (peso/talla²) por Edad (CDC/NCHS)

VARONES Percentiles

EDAD AÑOS	P5	P10	P25	P50	75	P80	P90	P95
6.0	13.8	13.9	14.6	15.4	16.4	17.0	17.5	18.4
6.5	13.7	14.0	14.6	15.5	16.5	17.2	17.7	18.7
7.0	13.7	14.0	14.6	15.5	16.6	17.4	18.0	19.1
7.5	13.7	14.1	14.7	15.6	16.8	17.6	18.4	19.6
8.0	13.7	14.2	14.8	15.8	17.0	17.9	18.7	20.1
8.5	13.8	14.3	14.9	16.0	17.3	18.3	19.1	20.5
9.0	13.9	14.4	15.1	16.2	17.6	18.6	19.5	21.1
9.5	14.0	14.5	15.3	16.4	17.9	19.0	19.9	21.6
10.0	14.2	14.6	15.5	16.6	18.2	19.4	20.3	22.1
10.5	14.3	14.8	15.7	16.9	18.6	19.8	20.7	22.6
11.0	14.5	15.0	15.9	17.2	18.9	20.2	21.2	23.2
11.5	14.7	15.2	16.2	17.5	19.3	20.6	21.6	23.7
12.0	14.9	15.4	16.5	17.8	19.7	21.0	22.1	24.2
12.5	15.2	15.7	16.7	18.2	20.1	21.4	22.6	24.7
13.0	15.4	16.0	17.0	18.4	20.4	21.8	23.0	25.1
13.5	15.7	16.2	17.3	18.8	20.8	22.2	23.5	25.6
14.0	15.9	16.5	17.6	19.2	21.2	22.6	23.8	26.0
14.5	16.2	16.8	17.9	19.5	21.6	23.0	24.2	26.5
15.0	16.5	17.2	18.2	19.8	21.9	23.4	24.6	26.8
15.5	16.8	17.4	18.6	20.2	22.3	23.8	25.0	27.2
16.0	17.1	17.7	18.9	20.5	22.7	24.2	25.4	27.5
16.5	17.4	18.0	19.2	20.8	23.1	24.5	25.8	27.9
17.0	17.7	18.3	19.5	21.2	23.4	24.9	26.2	28.2
17.5	17.9	18.6	19.8	21.5	23.8	25.3	26.4	28.6
18.0	18.2	18.9	20.2	21.8	24.1	25.6	26.8	29.0

Índice de Masa Corporal (peso/talla²) por Edad (CDC/NCHS)

MUJERES Percentiles

EDAD AÑOS	P5	P10	P25	P50	75	P80	P90	P95
6.0	13.2	13.8	14.4	15.2	16.3	17.1	17.7	18.8
6.5	13.2	13.8	14.4	15.3	16.5	17.4	18.0	19.2
7.0	13.2	13.8	14.5	15.4	16.7	17.6	18.3	19.6
7.5	13.2	13.9	14.6	15.6	17.0	17.9	18.7	20.1
8.0	13.3	14.0	14.7	15.8	17.3	18.3	19.1	20.6
8.5	13.4	14.1	14.9	16.0	17.6	18.7	19.6	21.2
9.0	13.5	14.2	15.1	16.3	18.0	19.2	20.0	21.8
9.5	13.6	14.4	15.3	16.6	18.3	19.5	20.5	22.4
10.0	13.7	14.6	15.5	16.8	18.7	19.9	21.0	22.9
10.5	13.9	14.7	15.7	17.2	19.1	20.4	21.5	23.5
11.0	14.1	14.9	16.0	17.4	19.5	20.8	22.0	24.1
11.5	14.3	15.2	16.2	17.8	19.8	21.4	22.5	24.7
12.0	14.5	15.4	16.5	18.1	20.2	21.8	22.9	25.2
12.5	14.7	15.6	16.8	18.4	20.6	22.2	23.4	25.7
13.0	14.9	15.9	17.1	18.7	21.0	22.5	23.9	26.3
13.5	15.2	16.2	17.4	19.0	21.3	22.9	24.3	26.7
14.0	15.4	16.4	17.6	19.4	21.7	23.3	24.6	27.3
14.5	15.6	16.7	17.9	19.6	22.0	23.7	25.1	27.7
15.0	15.9	16.9	18.2	19.9	22.3	24.0	25.4	28.1
15.5	16.2	17.2	18.4	20.2	22.6	24.4	25.8	28.5
16.0	16.4	17.4	18.7	20.5	22.9	24.7	26.1	28.9
16.5	16.6	17.6	18.9	20.7	23.1	24.9	26.4	29.3
17.0	16.8	17.8	19.1	20.9	23.4	25.2	26.7	29.6
17.5	17.0	18.0	19.3	21.1	23.6	25.4	27.0	29.9
18.0	17.2	18.2	19.4	21.2	23.8	25.6	27.2	30.3

Grados de Tanner

I - DEL DESARROLLO MAMARIO:

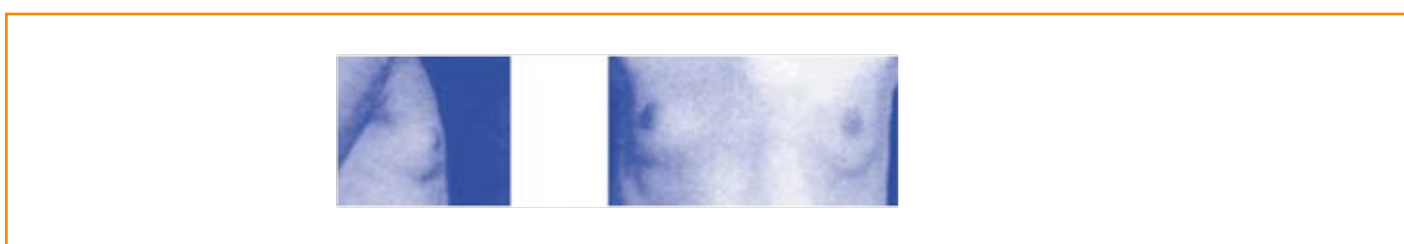
Grado I: O prepuberal, no hay tejido mamario palpable, elevación del pezón, la aréola no está pigmentada.



Grado II: Es la etapa del botón mamario. Se palpa tejido mamario bajo la aréola sin sobrepasar ésta (a la cual solevanta). Aréola y pezón se elevan juntos, observándose además un aumento del diámetro areolar.



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





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



Grado V: Mama adulta, en la cual sólo el pezón protruye y la aréola tiene el mismo contorno de la mama.



DESARROLLO MAMARIO Y EDAD BIOLÓGICA EN NIÑAS

Estadio de Tanner	Edad Biológica (años)
Mama 1	<10 años y 6 meses
Mama 2	10 años y 6 meses
Mama 3	11 años
Mama 4, sin menarquia	12 años
Menarquia	12 años y 8 meses
Postmenarquia	12 años y 8 meses, más el tiempo transcurrido desde la menarquía

II - DEL DESARROLLO DEL VELLO PÚBICO (PARA AMBOS SEXOS):

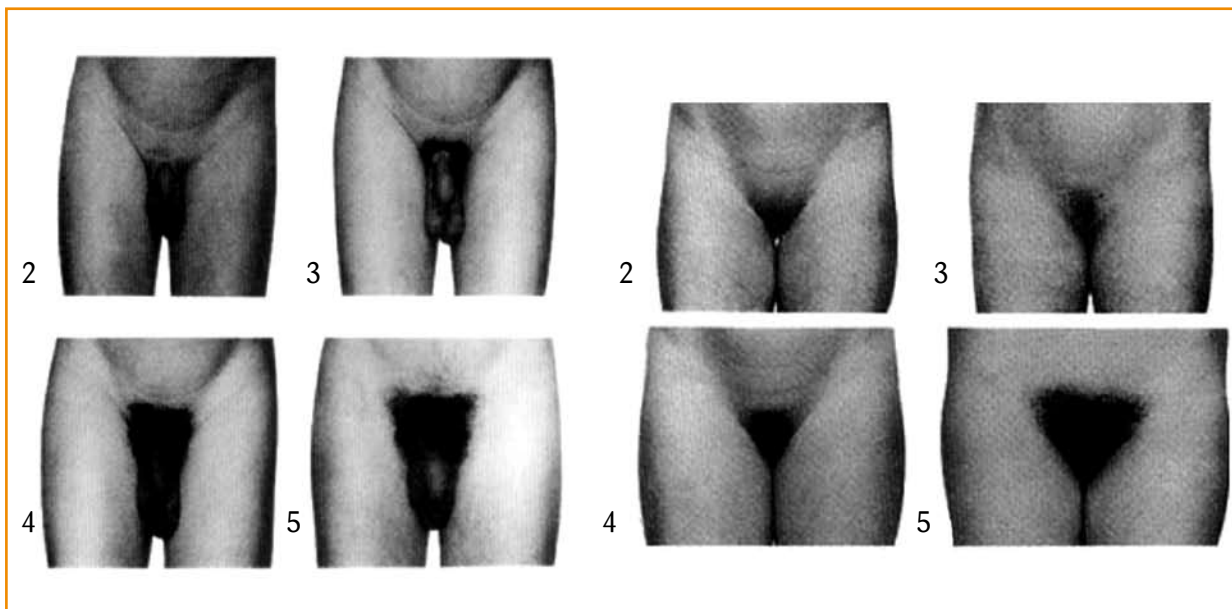
Grado I: O prepuberal, no existe vello de tipo terminal.

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

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

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

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





III - DEL DESARROLLO GENITAL EN EL VARÓN.

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

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

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

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

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

DESARROLLO GENITAL Y EDAD BIOLÓGICA EN NIÑOS

Estadio de Tanner	Edad Biológica (años)
Genitales 1	<12 años
Genitales 2	12 años
Genitales 3	12 años y 6 meses
Genitales 4,	13 años y 6 meses
Genitales 5	14 años y 6 meses

Grados de acné

Aunque el acné es por definición polimorfo, el predominio de unas u otras lesiones determina su grado, y por tanto, su gravedad.

- I. **Acné leve** (Acné comedoniano): las lesiones principales no son inflamatorias. Las pápulas y las pústulas pueden aparecer, pero son pequeñas y poco numerosas, generalmente menos de 10.
- II. **Acné moderado** (Acné papulo-pustuloso moderado): existe un mayor número de pápulas, pústulas y comedones entre 10 y 40. El tronco también puede estar afectado.
- III. **Acné moderadamente grave** (Acné pápulo-pustuloso grave): existen numerosas pápulas y pústulas entre 40 y 100, normalmente con lesiones nodulares infiltrantes y profundas. Las áreas de piel afectada se extienden además de la cara, al torso y espalda.
- IV. **Acné grave** (Acné nódulo-quístico y acné pápulo-pustuloso grave resistente): a este grupo pertenece el acné noduloquístico y el acné conglobata caracterizado por muchas lesiones nodulares grande, doloroso y lesiones pustulosas, junto con muchas pequeñas pápulas, pústulas y comedones.

LESIONES ELEMENTALES EN EL ACNÉ

Lesiones no inflamatorias

microcomedones (no visible)
comedones cerrados
comedones abiertos

Lesiones inflamatorias

pústulas
pápulas
nódulos
seudoquistes

Lesiones residuales

cicatrices
atróficas
hipertróficas
queloides
hiperpigmentación post inflamatoria

Fuente: Academia Española de Dermatología y Venereología.

TRATAMIENTO

En el ACNÉ LEVE Y MODERADO suele ser suficiente el tratamiento local:

- **Peróxido de Benzoilo al 2,5%, 5 o 10%.** Es el tratamiento de primera elección.
- **Retinoides tópicos** como el ácido retinoico o el adapeleno en crema o solución, aplicado a días alternos por la noche, durante la primera semana y después a diario.

Ambos pueden ser irritantes al principio. Utilizar a bajas concentraciones y lavar la zona pasadas pocas horas. Aumentar el tiempo de exposición y la concentración a medida que se incrementa la tolerancia cutánea.

- **Antibióticos tópicos:** eritromicina o clindamicina tópica, en gel o solución. Eficacia similar y pueden causar sensibilización. La eritromicina tópica al 1,5-2% / aplicada una o dos veces al día y la clindamicina tópica al 1% aplicada cada noche o dos veces al día reducen las lesiones inflamatorias y/o comedones en pacientes con acné de severidad moderada.

Existen preparados que combinan antibióticos tópicos y retinoides. Se mostraron más efectivos que en monoterapia para reducir las lesiones inflamatorias, tanto clindamicina como eritromicina con peróxido de benzoilo.

Se recomendará tratamiento oral si el anterior no es efectivo pasados 2 ó 3 meses.

Es igual de efectiva Doxiciclina que Eritromicina. La dosis habitual de:

- Eritromicina es de 250 a 500 mg/día durante 3 meses o 1 gr/día durante seis meses (es más efectiva).
- Doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas 10 días y 100 mg al día hasta completar 2 meses.

No se deben utilizar tetraciclinas en menores de 12 años.

- Los anticonceptivos orales combinados reducen las lesiones de acné y los grados de gravedad. La combinación de 20 mcg de etinilestradiol y 100 mcg de Levonorgestrel es más efectiva que placebo y los que contenían acetato de Ciproterona manifestaban una mejoría más notable que el Levonorgestrel. El tratamiento hormonal con acetato de Ciproterona y estrógeno durante 6 meses reduce la secreción de las glándulas sebáceas y mejora las lesiones de acné.

En el ACNÉ GRAVE suelen ser necesarios fármacos orales, manteniendo el tratamiento tópico:

- **Ácido isotretinoico** oral lo debe indicar el dermatólogo (dosis de 0,5-1 mg/Kg/día, en 2 o 3 tomas coincidiendo con las comidas, durante 6 meses). Produce:
 - Sequedad de mucosas y conjuntivas (corregir con lubricantes como vaselina y cremas hidratantes libres de grasa).

- Teratogenicidad por lo que en la mujer se debe indicar anticoncepción hormonal durante su utilización y hasta dos meses después.

Es necesario un control de función la hepática y de lípidos; realizar un primer hemograma a los 15 días y a continuación cada 2-3 meses. En principio las lesiones papulosas suelen empeorar y la mejoría suele producirse alrededor de las 20 semanas.

No se ha demostrado que la Espironolactona y el tratamiento con láser sean efectivos en el tratamiento del acné.

Criterios de derivación:

Es aconsejable la derivación al dermatólogo en estos casos:

- Variantes severas de acné, como acné fulminante.
- Acné nódulo-quístico, que podría beneficiarse del tratamiento con isotretinoína oral.
- Acné que cause problemas sociales o psicológicos, incluido trastornos dismorfofóbicos.
- Pacientes con acné moderado que no mejoran con tratamiento tópico y sistémico durante al menos 6 meses.
- Sospecha de proceso endocrinológico como causa de acné (ej: síndrome ovario poliquístico) subsidiario de tratamiento.

CONSEJOS PRÁCTICOS:

- Lavar la cara dos veces al día con un jabón neutro o antiséptico.
- No manipular las lesiones. Esto puede producir un empeoramiento y un aumento de las lesiones inflamatorias.
- No existe evidencia de que las modificaciones dietéticas varíen la gravedad del proceso, por lo que no están indicadas recomendaciones específicas en ese sentido.
- La radiación UV pueden mejora el aspecto de las lesiones de acné, aunque puede haber efecto rebote. Además, muchos de los tratamientos para el acné pueden producir un aumento en la sensibilidad de la luz ultravioleta.
- La OMS advierte que los menores de 18 años y los adolescentes en general no deben de recibir sesiones de bronceado en cabinas de rayos UVA debido a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de piel.
- El efecto de los tratamientos del acné no es inmediato. Deben de evitarse el uso de cosméticos grasos, recomendándose productos libres de aceite. Utilizar cosméticos adecuados.
- El mejor método de evitar las cicatrices es tratando el acné pronto.

Escoliosis

La escoliosis, que se define como una desviación de columna, suele aparecer durante la etapa conocida como 'preadolescencia', es decir antes que los chicos tengan su 'estirón'. (alrededor de los 12 años). Suele ser más habitual en las chicas (relación 3/1) y recibe el nombre de escoliosis idiopática.

Sin embargo, si el adolescente empieza a presentar **dolores musculares y problemas de postura**, se debe **derivar** al especialista, pues el abordaje depende siempre de la causa de la escoliosis, el tamaño y la localización de la curva y de qué tanto crecimiento se espera por parte del paciente.

Cuando la curvatura es menor a los 20 grados, se recomienda la realización de determinadas actividades físicas como por ejemplo natación. Si, en cambio, la columna se encuentra desviada entre 20 y 40 grados, el tratamiento lo debe de poner un especialista.



Trastornos de la conducta alimentaria

Dada la importante morbilidad médica y psiquiátrica que llevan asociados los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), es muy importante un abordaje correcto de éstos así como su detección temprana con el fin de disminuir su frecuencia y los problemas asociados a ellos.

¿CÓMO REALIZAR LA DETECCIÓN TEMPRANA?

Existen varios de cuestionarios de detección temprana de TCA, pero no están validados en nuestro país. De forma práctica y eficaz la **determinación seriada** del índice de masa corporal (**IMC**) **junto a un cuestionario estándar**, aplicado por cualquier miembro del equipo sanitario, sería el método ideal para detectar tempranamente un TCA.

¿CUÁNDO DEBO PREOCUPARME SI ALGUIEN EMPIEZA A PERDER PESO?

Se considera que reúne el primer criterio para el diagnóstico de Anorexia nerviosa cuando **IMC < 17,5**. En preadolescentes se acepta como criterio diagnóstico un **peso inferior al 85% del esperable**.

¿CUÁL HA DE SER NUESTRA CONDUCTA ANTE UN PACIENTE CON UNA SOSPECHA DEL TRASTORNO?

En primer lugar, informaremos al paciente y familiares de la sospecha diagnóstica, de su gravedad y de la necesidad de realizar un correcto diagnóstico por parte de un especialista, quien, dada la gravedad de la patología, será el responsable del tratamiento, colaborando nosotros en todo momento con él.

Por ello es importante:

- Buscar una alianza terapéutica, entre el médico, el paciente y la familia encaminado a mejorar la autoestima del paciente.
- Discusión de los conceptos de alimentación normal, dieta y ejercicio.
- Consejo dietético para conseguir una nutrición adecuada y mantener un peso estable y adecuado.
- Establecer un registro diario de comidas en el que se pueda observar el control de las conductas alimentarias.
- Favorecer la práctica del ejercicio regular, no extenuante ni compulsivo.
- Preguntar y dar consejo sobre el uso de drogas y sus riesgos.
- Acordar objetivos realistas respecto al mantenimiento del peso corporal y la disminución de conductas alimentarias de riesgo, y reconocer los logros.

- Favorecer nuevas expectativas de realización personal que incrementen la autoestima del paciente.
- Alertar sobre las recaídas. La prevención de éstas incluye abordar y prevenir situaciones que puedan favorecerlas y planificar estrategias para enfrentarse a ellas.

Debemos controlar las variaciones en el peso corporal, la solicitud de dietas y de fármacos por parte del paciente, el seguimiento de hábitos alimentarios correctos, el uso de conductas purgativas, la práctica de ejercicio físico excesivo, el seguimiento de un correcto desarrollo pondoestatural y psicomotor, la detección de cualquier desequilibrio emocional o presión ambiental y el control y la atención a la familia.

¿CUÁNDO DERIVAR A UN SERVICIO ESPECIALIZADO?

Algunos autores opinan que un paciente con un TCA ha de ser remitido siempre y otros en determinadas situaciones muy concretas (obtener segunda opinión si clínica es incierta; si tratamientos instaurados han fallado, etc.).

Los **CRITERIOS DE GRAVEDAD** por los que los que la **DERIVACIÓN** debe de ser con carácter **URGENTE**:

- Pérdida de peso mayor del 20% del peso habitual.
- Pérdida de peso de forma muy rápida y/o el patrón de alimentación muy desestructurado.
- Alteración importante de signos vitales. (deshidratación, hiponatremia, hipopotasemia, acidosis o alcalosis metabólica).
- Otras complicaciones orgánicas o enfermedades intercurrentes.
- Falta de contención de comportamientos purgativos, con presencia de vómitos incoercibles.
- Presencia de psicopatología grave, como riesgo de suicidio, depresión grave, impulsividad o consumo abusivo de fármacos, drogas o alcohol.
- Problemática familiar importante que impida el tratamiento ambulatorio.

Habilidades sociales

En la bibliografía sobre las habilidades sociales hay numerosas definiciones sobre las mismas.

Definición de Vicente E. Caballo (1986).

La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas.

CLASIFICACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES (GOLDSTEIN ET AL, 1980)

INICIACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS
<ul style="list-style-type: none"> Atender Comenzar una conversación Mantener una conversación Preguntar una cuestión Dar las gracias Presentarse a sí mismo Presentar a otras personas Saludar 	<ul style="list-style-type: none"> Pedir ayuda Estar en compañía Dar instrucciones Seguir instrucciones Discutir Convencer a los demás
HABILIDADES PARA MANEJAR SENTIMIENTOS	HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Conocer los sentimientos propios Expresar los sentimientos propios Comprender los sentimientos de los demás Afrontar la cólera de alguien Expresar afecto Manejar el miedo Recompensarse por lo realizado 	<ul style="list-style-type: none"> Pedir permiso Formar algo Ayudar a los otros Negociar Utilizar el control personal Defender los derechos propios Responder a la amenaza Evitar pelearse con los demás Impedir el ataque físico
HABILIDADES PARA EL MANEJO DE ESTRÉS	HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Exponer una queja Responder ante una queja Deportividad tras el juego Manejo de situaciones embarazosas Ayudar a un amigo Responder a la persuasión Responder al fracaso Manejo de mensajes contradictorios Manejo de una acusación Prepararse para una conversación difícil Manejar la presión de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Decidir sobre hacer algo Decir qué causó un problema Establecer una meta Decidir sobre las habilidades propias Recoger información Ordenar los problemas en función de su importancia Tomar una decisión Concentrarse en la tarea

Siguiendo estos pasos podríamos enseñar habilidades interpersonales

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR SOBRE SITUACIONES INTERPERSONALES PROBLEMÁTICAS:

- Identificación de la situación problema:
¿Que ha pasado? ¿Qué está pasando?
- Identificación de sentimientos asociados a la situación problema:
¿Cómo te has sentido? ¿Cómo te sientes ahora?
- Identificación de causas:
¿Por qué has actuado de esta manera?
¿En qué estabas pensando al comportarte así?
- Identificación de objetivos:
¿Qué querías conseguir al comportarte de tal manera?
- Identificación de consecuencias:
¿Cuáles han sido las consecuencias de tu comportamiento?
- Valoración de la propia conducta en función de objetivos:
¿Has conseguido lo que te proponías?
- Valoración de la propia conducta en función de normas y valores:
¿Crees que has actuado correctamente?
- Identificación de alternativas:
¿Crees que podías haber actuado de otra manera?



Autoestima

¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

La autoestima es la valoración que cada persona hace de sí misma. Tener una adecuada autoestima es fundamental para la salud psíquica y social.

La autoestima depende de las experiencias sociales con la familia y los iguales. El ser humano no nace con una autoestima determinada sino que la capacidad de quererse a sí mismo la aprende y, en ese proceso de aprendizaje, los primeros años de vida son cruciales.

En la adolescencia puede darse una disminución importante en la autoestima debido a las transformaciones que se producen y a la rapidez de éstas. Estos cambios fisiológicos, endocrinos, de personalidad, de relaciones, etc, hacen que las adolescentes tengan una autoestima más frágil.

Las personas que tienen la autoestima alta suelen:

- Quererse a si mismas.
- Ser activas y responsables.
- Hacer amigos con facilidad.
- Disfrutar de las relaciones.
- Mostrarse felices y confiadas.
- Conocer sus verdaderos límites y posibilidades.

Las personas con baja autoestima suelen:

- No valorarse a si mismas, esperan que sean los demás quienes lo hagan.
- Enviarse continuamente mensajes negativos.
- No poder desarrollar adecuadamente todas sus capacidades.

SÍNTOMAS DE BAJA AUTOESTIMA

- Aprende con dificultad (piensa que no puede o que es demasiado difícil).
- Se siente inadecuado ante situaciones que considera que están fuera de su control.
- Postura de victima, hábitos de crítica a los demás, de envidia y descontento.

- Cuando surgen problemas se culpa a las circunstancias y a los demás y encuentra siempre excusas para sí mismo.
- Autocrítica rigurosa (estado habitual de insatisfacción consigo mismo).
- Muy sensible a la crítica de los demás (se siente fácilmente atacado).
- Indecisión crónica por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo excesivo de complacer; no se atreve a decir "no" por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.
- Perfeccionismo (lo cual puede llevarle a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida).
- Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son malas, exagera la magnitud de sus errores.
- Fácilmente irritable (estalla fácilmente por cosas de poca monta).
- Tendencias depresivas: tiende a verlo todo negro, su vida, su futuro y, sobre todo, a sí mismo.

¿Cómo desarrollar la estima en los otros?

- Hacerle ver que interesa y cuenta.
- Enfocar lo positivo de sus capacidades, reforzándoselas.
- Elogiar.
- Fomentar la autonomía, dándole la oportunidad de demostrarse a sí mismo lo que puede llegar a hacer.
- Dar responsabilidades.

Para ello:

- Mantener una comunicación abierta.
- Potenciar la manifestación de afectos positivos.
- Permitir las diferencias individuales, es decir, se acepte a cada persona como es, con sus defectos y cualidades.
- Utilizar los errores como aprendizaje.
- Utilizar normas flexibles.
- Fomentar la sinceridad.

Asertividad

¿QUÉ ES LA ASERTIVIDAD?

Es la capacidad de expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.

FORMAS TÍPICAS DE RESPUESTA NO ASERTIVA:

1. BLOQUEO ("quedarse paralizado").
2. SOBREADAPTACIÓN (el sujeto responde según crea que es el deseo del otro).
3. ANSIEDAD (tartamudeo, sudor, retorcimiento de manos, movimientos estereotipados).
4. AGRESIVIDAD (elevación de la voz, portazos, insultos,...).

HABILIDADES DE LA PERSONA ASERTIVA

1. Sabe decir "no" o mostrar su postura hacia algo.
 - Manifiesta su propia postura ante un tema, petición, demanda.
 - Expresa un razonamiento para explicar / justificar su postura, sentimientos, petición.
 - Expresa comprensión hacia las posturas, sentimientos, demandas del otro.
2. Sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque.
 - Expresa la presencia de un problema que le parezca debe ser modificado.
 - Sabe pedir cuando es necesario.
 - Pide clarificaciones si hay algo que no tiene claro.
3. Sabe expresar sentimientos.
 - Expresa gratitud, afecto, admiración...
 - Expresa insatisfacción, dolor, desconcierto...

ENSEÑAR ASERTIVIDAD:

- Hacerle consciente de sus derechos asertivos.
- Ayudarle a detectar sus ideas irracionales, a cuestionarlas y a sustituirlas por alternativas positivas (describiéndole la conducta errónea, aportándole una razón para el cambio y ayudándole a sentirse bien consigo mismo aun en situaciones de fracaso).
- Reforzar sus conductas asertivas y sus capacidades.
- Ignorar sistemáticamente toda expresión de no asertividad o agresividad.
- Hacerle participe en discusiones y enseñarle mediante refuerzos a conversar correctamente.
- Cuando veamos que evita situaciones que puede afrontar, ayudarle a afrontarlas.



10 CONSEJOS A DAR A ADOLESCENTES PARA MEJORAR LAS RELACIONES

- 1 Cuantas más conversaciones inicies, más probabilidades tienes de hacer amigos / as.
- 2 No te quedes mucho tiempo sentado en las discotecas, fiestas o bailes.
- 3 Toma la iniciativa y da el primer paso.
- 4 Cuando te pregunten, contesta y permíte que la otra persona continúe la conversación.
5. Si quieres empezar una conversación con alguien, hazlo sin miedo a que te rechace.
- 6 No temas molestar a la otra persona; si le molestas ya te lo hará saber.
- 7 No pienses que por no decir algo brillante, la otra persona pensará que eres un idiota: lo que piense la otra persona de nosotros es su problema.
- 8 Es más importante mostrar nuestro interés hacia la otra persona que las palabras exactas que se digan.
- 9 No creas que no vales lo bastante para una persona si se niega a salir contigo: puede tener otros intereses o necesidades.
- 10 Es un error pensar que si una persona no nos demuestra que le caemos bien a la primera, no le caeremos bien nunca.

... y, sobre todo, aunque te desanimes, sigue practicando.



CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD

Muchas personas tienen dificultades al afrontar situaciones en que han de afirmarse ante otros. Para poder medir tu grado de dificultad ante estas situaciones, te pedimos que respondas qué acostumbras hacer cuando te encuentras en alguna de ellas. Pon una cruz donde corresponda.

Situación	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Digo que no cuando me piden prestada una cosa de valor			
Puedo expresar mis sentimientos honestamente			
Hago un elogio a un amigo/a			
Puedo decir "no" sin disculparme o sentirme culpable			
Reconozco cuando cometo un error			
Trato de encontrar la causa de mi enfado			
Digo a una persona, que conozco muy bien, que me molesta alguna cosa de lo que dice o hace			
Espero tener todos los hechos antes de tomar decisiones			
Inicio una conversación con alguien desconocido / a			
Me responsabilizo de mis propios sentimientos sin culpar a otros			
Pregunto a alguien si le he ofendido			
Expreso los sentimientos malos así como los buenos			
Resisto ante la insistencia de alguien para que beba			
Digo cómo me siento, sin causar daño a alguien más			
Me opongo a una exigencia injusta de alguien con autoridad sobre mí			
Si no estoy de acuerdo con alguien no lo maltrato ni física ni verbalmente			
Pido explicaciones a alguien que me ha criticado			
Ofrezco soluciones a los problemas en lugar de quejarme			
Pido que me devuelvan algo que he dejado			
Respeto los derechos de los demás mientras me mantengo firme			

CUESTIONARIO DE VERBALIZACIONES PROPIAS DE UNA BUENA HIGIENE MENTAL

(“Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes”, MSC)

Marca con una cruz la casilla que mejor te describa. No hay respuestas buenas ni malas. Si respondes con sinceridad, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

	Sí	No	?
Soy una persona por la que los otros sienten aprecio			
Soy una persona respetuosa de si misma y del prójimo			
Soy una persona capaz de aprender lo que mis educadores me enseñan			
Soy una persona agradable y comunicativa con sus familiares y vecinos			
Me siento feliz cuando hago algo bueno por los demás			
Me siento feliz cuando demuestro a otros mi afecto por ellos			
Me siento dispuesto a responsabilizarme de mis actos			
Me siento seguro de que todo saldrá bien			
Si me siento triste lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo			
Me siento rodeado de compañeros que me aprecian			
Tengo personas alrededor en quienes confío			
	Sí	No	?
Tengo personas que me quieren incondicionalmente			
Tengo personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas			
Tengo personas que me muestran con su conducta la manera correcta de proceder			
Tengo personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo / sola			
Tengo personas que me ayudan cuando estoy enfermo / enferma			
Tengo personas que me ayudan cuando estoy en peligro			
Tengo personas que me ayudan cuando necesito aprender			
Puedo hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan			
Puedo buscar la manera de resolver mis problemas			
Puedo controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien			
Puedo buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar			
Puedo encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito			
Puedo equivocarme o saltarme las normas sin perder el afecto de mis padres			
Puedo sentir afecto y expresarlo			

Acoso escolar

CONCEPTO

El maltrato entre iguales se ha descrito como “un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y/o agresividad física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctima de sus compañeros” (Olweus, 1998).

En la literatura especializada es frecuente encontrar el término inglés “bullying”. Por lo tanto, nos referimos a lo mismo cuando hablamos de acoso escolar, maltrato entre iguales o “bullying”.

Se inicia en los primeros años, tiene su punto alto entre los 9-14 años y disminuye a lo largo de la adolescencia.

Aunque todo maltrato implica agresión (es un tipo particular de agresión, por tanto de conducta antisocial, a veces violenta y otras veces más sutil), no toda conducta agresiva o violenta es maltrato. La principal diferencia es que el maltrato supone desequilibrio de poder (la víctima se encuentra en situación de inferioridad) y se ocasiona un daño perdurable a la víctima.

ELEMENTOS PRESENTES EN EL ACOSO ESCOLAR O “BULLYING”:

- Deseo inicial obsesivo y no inhibido de infligir daño, dirigido contra alguien indefenso/a.
- El deseo se materializa en una acción.
- Alguien resulta dañado/a. La intensidad y gravedad del daño dependen de la vulnerabilidad de las personas.
- El maltrato se dirige contra alguien menos poderoso/a.
- El maltrato carece de justificación.
- Tiene lugar de modo reiterado, lo que resulta para la víctima opresivo y temible.
- Se produce con placer manifiesto. El agresor/a disfruta con la sumisión de la persona más débil.

(Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria. Defensor del Pueblo. Informes, Estudios y Documentos. Madrid. 2000).

FORMAS DE ACOSO ESCOLAR

Agresiones físicas:

- Directo: Palizas, patadas, “collejas”, empujones....
- Indirecto: Robo y destrozo de material escolar, ropa y otros objetos personales.

Agresiones verbales:

- Directas (insultos, motes, hablar mal de alguien o difamar, sembrar rumores o bulos).
- Indirectas (hablar mal de alguien, sembrar rumores y mentiras).

Últimamente se está utilizando el teléfono móvil y el correo electrónico como vía para este tipo de maltrato.

Intimidaciones psicológicas: Amenazas para provocar miedo, lograr algún objeto o dinero, obligar a hacer cosas contra su voluntad, pintadas alusivas, notas, cartas.

Aislamiento social: Ignorar y no dirigir la palabra, impedir la participación con el resto del grupo, coaccionar a amigos y amigas de la víctima para que no interactúen con la misma. Rechazo a sentarse a su lado en el aula.

Acoso racial: (Dirigido a colectivos de inmigrantes o minorías étnicas): usar motes racistas o frases estereotipadas despectivas.

Acoso sexual: Alusiones o agresiones verbales obscenas, toques o agresiones físicas.

DÓNDE SE PRODUCEN

En el propio centro escolar: Pasillos (cambio de clases), baños, vestuarios, entradas y salidas, comedor, transporte escolar y en lugares apartados del patio de recreo.

Fuera del centro: En los alrededores del propio centro escolar y de camino a casa del acosado/a.

Ante la sospecha de una situación de maltrato, podemos dar los siguientes pasos:

1. Escuchar de manera comprensiva, dándole la importancia que tiene y no considerarlo "cosa de chicos".
2. Comprobar si lo que cuenta es cierto, y no fruto de su imaginación.
3. Animarle a buscar ayuda, a buscar a alguien de confianza.
4. Ponernos en contacto con el centro y solicitar la intervención del profesorado.
5. Colaborar con el centro escolar en la puesta en marcha de actuaciones para detener la situación.
6. Colaborar con el centro escolar para mejorar las relaciones entre los involucrados.
7. Favorecer una solución adecuada, apoyando al joven pero también enseñándole a asumir la responsabilidad que pueda corresponderle.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

¿Qué hacer cuando un joven se siente víctima de acoso escolar, o bien la familia, el profesorado o algún compañero/a detecta una situación de este tipo?.

El primer paso será comunicar la situación de acoso en el centro escolar, ante:

- Un profesor o profesora con el que pueda existir más confianza.
- El Tutor/a.
- El Departamento de Orientación.
- El Equipo Directivo.



Protocolo de maltrato entre iguales de la Consejería de Educación y Ciencia

(Resolución de 20-1-06; DOCM de 31 de enero de 2006).

INDICADORES PARA LA DETECCIÓN DE MALTRATO ENTRE IGUALES - AGRESORES/AS

INDICIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR	Nunca se ha observado	Se ha observado en alguna ocasión	Se observa con frecuencia
Muestra actitud agresiva hacia familiares, profesores/as o compañeros/as			
Muestra conductas agresivas o violentas hacia compañeros/as			
Es excesivamente reservado, casi inaccesible en el trato personal			
Tiene objetos diversos que no son suyos y cuya procedencia es difícil de justificar			
Cuenta mentiras con frecuencia para justificar su conducta			
Parece no tener sentido de culpa cuando hace daño			
Otros padres les cuentan que arremete a sus hijos/as			
Se observa que los amigos le tienen miedo, le rehuyen y/o evitan			
Trata de imponer sus criterios utilizando la agresividad verbal o física			
No controla sus reacciones			
A menudo ha tenido episodios de agresiones o insultos a compañeros/as del centro escolar			

INDICADORES PARA LA DETECCIÓN DE MALTRATO ENTRE IGUALES - VÍCTIMAS

INDICIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR	Nunca se ha observado	Se ha observado en alguna ocasión	Se observa con frecuencia
Presenta dificultad para relacionarse con sus compañeros.			
Presenta dificultad para relacionarse con sus profesores.			
Tiene cambios en el estado de ánimo: parece triste y deprimido sin motivo aparente.			
Se muestra extraño y huidizo.			
Muestra accesos de rabia extraños.			
Presenta moratones, heridas, rasguños a los que no sabe dar explicación.			
Aparece con la ropa rasgada o estropeada.			
Trae objetos dañados o éstos le desaparecen.			
Le faltan materiales escolares.			
Se muestra distraído, absorto, olvidadizo, con problemas de concentración.			
Parece haber perdido el interés por el trabajo escolar; empeoramiento de su rendimiento.			
No tiene amigos para su tiempo de ocio.			
Muestra temor de ir al centro educativo.			
Utiliza una ruta ilógica y más larga para ir al centro o a casa.			
Se niega a ir al colegio o instituto exponiendo objeciones o simulando malestar.			
Se rebela de forma constante ante las normas o se comporta con excesiva sumisión ante las mismas.			
Falta al centro sin dar explicaciones convincentes de por qué y adónde fue.			
Se queja frecuentemente de dolores de cabeza, de estómago o de otro tipo cuya causa no está clara.			
Parece nervioso: padece trastornos del sueño, enuresis, tics, irritabilidad, miedos irracionales.			
Padece de pérdida de apetito.			
Pide dinero sin explicar el motivo.			
Agrede a sus hermanos/as cuando antes ha sido afectuoso y pacífico.			
Muestra miedo y ansiedad.			

RECOMENDACIONES A LA FAMILIA:

Si desde el centro escolar os comunican que vuestro/a hijo/a sufre acoso escolar, es porque se ha identificado una posible situación de acoso, o maltrato en el alumno. Debéis de:

- Acudir a la entrevista con los responsables del centro educativo. Recibiréis la información sobre los hechos así como las medidas tomadas en el centro.
- Tratar de evitar la confrontación; en este primer momento se trata de recabar toda la información posible.
- Dar apoyo incondicional a tu hijo/a, él no tiene la culpa de lo que le está pasando.
- Si no entendéis claramente de todo lo que se está hablando, solicitar el uso de un lenguaje más habitual, que os resulte comprensible.
- Recordar que todos los hechos están bajo la más absoluta confidencialidad y privacidad.
- No es conveniente buscar culpables de la situación, ni tener una actitud sancionadora.
- Solicitar apoyo social y psicológico, si es preciso, para ayudar a vuestro/a hijo/a.

COMO PADRES PODÉIS AYUDARLE:

- Buscando espacios y momentos para hablarle, haciendo que se sienta escuchado y acompañado.
- Compartiendo con él actividades de la vida cotidiana (compras, elaboración de menús, paseo con el perro...) o de ocio (bici, paseos, cine, música...).
- Enseñarle a desdramatizar los problemas, todo tiene solución si utilizas un pensamiento más positivo.
- Reforzando su autoestima valorando de modo positivo sus cualidades y potenciándolas.
- Dándole apoyo y seguridad, tiene que sentir que aunque te enfades y estés en desacuerdo con él no le privas de tu amor y confianza.
- No le sobreprotejas, él tiene que aprender a resolver sus conflictos. Mantente cercano y accesible para hablar de estos temas.
- Enseñándole a expresarse, a utilizar el dialogo como modo de resolución de conflictos.



7.

ANEXO II

TECNICA PARA DESARROLLAR UNA BUENA COMUNICACIÓN

CUESTIONARIOS DE ENTREVISTAS

Modelo de Bron y Henderson.

Modelo de Cohen et al (técnica de HEADSS).

Modelo de Garcia Tornel (técnica de FACTORES).

Modelo de Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

CRITERIOS Y CUESTIONARIOS PARA CONDUCTAS DE RIESGO

SEXUALIDAD

Cuestionario sobre conocimientos.

Cuestionario sobre conductas sexuales.

TABACO

Test de Fagerström (dependencia).

Test de Richmond (motivación).

ALCOHOL

Cálculo de Consumo.

Test de Cage (consumo problemático).

Test de Audit (dependencia).

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Etapas de Kandel.

Criterios de MacDonald.

ALIMENTACIÓN

Test en niños de 11-14 años.

Test en niños a partir de los 14 años.

CUESTIONARIO GENERAL PARA CONDUCTAS DE RIESGO



Técnica para desarrollar una buena comunicación

BUENA COMUNICACIÓN	SABER ESCUCHAR	SABER ENTREVISTAR	SABER INFORMAR	SABER RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL ADOLESCENTE	SABER ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE
¿QUÉ SIGNIFICA?	Es establecer una relación de dos vías, ambas partes hablan, se escuchan, preguntan, expresan opiniones, intercambian información y comprenden al "otro".	Las preguntas abiertas, adecuadas a la situación, se facilita la comprensión de los problemas, se aprende mutuamente, se conoce más del "otro".	Conocer los contenidos de lo que se quiere comunicar y tener las habilidades para llevarlo a cabo de manera efectiva.	Tener en cuenta lo que dice y pregunta, respetar y aclararle información equivocada que tenga.	Hablar de manera que comprenda su situación o problema de salud haciendo las preguntas pertinentes, escuchando las respuestas y dando la información que requiere el caso.
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?	Al escuchar al "otro" se permite crear un clima de confianza. El adolescente puede expresarse más libremente y el sanitario obtener más información sobre la realidad del mismo y tener mejores condiciones para informar, motivar, educar o orientación.	Las preguntas permiten profundizar en una idea o sentimiento (ej: sobre lo que quiere y siente). El joven percibe que el profesional está interesado en lo que le pasa.	Usar lenguaje sencillo, pero técnicamente correcto, aclarando cuando sea necesario y verificando que entiende lo que se comunica	Porque cuando acude ya reconoce que tiene algún problema de salud o de otra índole y espera que el profesional le ayude de alguna manera.	Esto es necesario en la mayoría de los casos. Son pocos los que se expresan libremente y cuentan sus problemas sin necesidad de estímulo.
¿CÓMO HACERLO?	1. Ponerse cara a cara Significa: dar la bienvenida o saludarle, mirarle a los ojos evitar revisar papeles, escribir o que me interrumpen.	1. Iniciar con preguntas abiertas y usar las cerradas para el expediente clínico. Las preguntas abiertas permite obtener respuestas ricas en información. (ejemplo: ¿cuéntame, cómo estás? o ¿cómo te ha ido?). Si se inicia con preguntas cerradas (ej:¿cuántos años tienes?) las respuestas se limitarán a darnos el dato que requerimos, por lo que estas preguntas se deben de hacer una vez establecido un clima de confianza.	1. Describir y discutir la información relevante. Los jóvenes quieren recibir información de una fuente profesional fiable. Los términos no deben ser demasiado técnicos o incomprensibles.	1. Responda a todas las preguntas del adolescente. No deje de contestar preguntas o dudas. Si usted no puede hacerlo en ese momento, consulte alguna bibliografía y hágale saber que le podrá responder al día siguiente. Compórtese de acuerdo a la situación que le presente teniendo en cuenta sus vivencias, su edad y comprensión del lenguaje.	Mostrar interés por su situación. Ser comprensivos y tolerantes pero no paternalistas. 1. Mantenga la privacidad, evite interrupciones. Estas desmotivan la participación del adolescente en el intercambio de información.

sigue →



BUENA COMUNICACIÓN	SABER ESCUCHAR	SABER ENTREVISTAR	SABER INFORMAR	SABER RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL ADOLESCENTE	SABER ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE
¿CÓMO HACERLO?	<p>2. Concentrarse en lo que le dice. Es un resultado natural de practicar la conducta anterior.</p>	<p>2. Preguntar sobre sentimientos. Permite establecer la empatía necesaria para poder hablar de lo que a él realmente le interesa.(Ej: “y qué tal va la relación con tu padre? o ¿cómo te sientes en el nuevo deporte?.</p>	<p>2. Organice información. Ofrecer la información o la orientación de manera profesional, bien organizada y accesible, usando materiales impresos.</p>	<p>2. Asegúrese que su postura corporal, sus expresiones faciales y tono de voz indiquen interés y respeto y sean amables. Una misma frase dicha con distinta entonación y volumen de voz puede significar cosas diferentes.</p>	<p>2. Pedirle que hable o explique más sobre lo que le preocupa. Si el joven habla sobre algún tema específico, hay que motivarlo a profundizar y analizar la información.</p>
	<p>3. Asentir con la cabeza. Reforzar mediante comunicación no verbal las expresiones verbales de apoyo.</p>	<p>3. Evitar formarse prejuicios o estereotipos. Los adultos nos dejamos llevar por nuestros juicios de valor en ciertas actitudes y conductas de los jóvenes (ej: la forma de vestir, de peinarse).</p>	<p>3. Usar material impreso para que comprenda y recuerde mejor la información. Materiales como herramientas de la comunicación. Si los usamos apoyan la educación y comprensión de los temas abordados.</p>	<p>3. No lo critique, regañe o juzgue. La relación que se establece tiene que ser equilibrada, haciendo a un lado nuestros prejuicios y formas de pensar para que el adolescente se sienta en libertad de compartir con nosotros y para poder orientarlo.</p>	<p>3. Infundir confianza y reconocer lo que haya hecho bien. No debemos crear falsas expectativas, sino orientarlo para que comprenda mejor su papel en la solución de un problema salud.</p>
	<p>4. Escuchar las respuestas completas. Cuando pregunte, debe escuchar la respuesta completa antes de reconducir a lo que queremos saber.</p>	<p>4. Reflexionar sobre sus sentimientos. Debemos de ayudarlo a entender sus propios sentimientos y necesidades. Establecer la confianza, hacer preguntas abiertas y no prejuizar, permitirá llevar al joven a reflexionar sobre sus problemas, ver lo positivo y negativo de las cosas, para que al final pueda tomar sus propias decisiones.</p>	<p>4. Verifique que recuerda lo que debe hacer Si se le ha dado consejos para hacer algo en beneficio de su salud, verifique que recuerda lo que le ha pedido que haga(ej: cómo tomar un medicamento, cómo usar un Anticonceptivo).</p>	<p>4. Dedique el tiempo necesario. Es importante tener el tiempo que el adolescente necesita para atenderle especialmente durante la 1ªentrevista.</p>	<p>4. Motivar al adolescente a continuar con sus prácticas saludables. Si el joven está haciendo un esfuerzo por llevar a cabo un cambio de conducta o una práctica que protege su salud, debemos reconocerlo y apoyarle a continuar.</p>

sigue →

BUENA COMUNICACIÓN	SABER ESCUCHAR	SABER ENTREVISTAR	SABER INFORMAR	SABER RESPONDER A LAS NECESIDADES DEL ADOLESCENTE	SABER ESTIMULAR LA PARTICIPACIÓN DEL ADOLESCENTE
¿CÓMO HACERLO?	<p>5. Observar sus gestos y expresiones.</p> <p>Permitirá reconocer sentimientos que no se atreve a expresar verbalmente, tales como miedo, angustia, y otros.</p>	<p>5. Interpretar juntos sentimientos y dudas para tomar decisiones.</p> <p>Ayudarle a organizar la información de tal manera que pueda separar los sentimientos de los hechos y pueda llegar a tomar una decisión objetiva.</p>	<p>5. Asegurarse que entiende, acepta y va a seguir las indicaciones que le dieron o decisiones que tomó.</p> <p>Es importante conocer su opinión con respecto al tratamiento o a las decisiones que tomó durante la consulta médica. Puede tener dudas.</p>	<p>5. Responda todas sus preguntas de manera positiva, no ignore sus quejas o comentarios.</p> <p>Algunas veces las preguntas no son claras o se refieren a temas delicados.</p> <p>Pongamos atención a lo que nos dice.</p>	
	<p>6. Repetir con sus palabras las ideas clave.</p> <p>Esto ayuda tanto al profesional como al joven a verificar que ambos están comprendiendo lo mismo.</p>	<p>6. Preguntar su opinión sobre temas de interacción.</p> <p>Es conocer su opinión ante determinados problemas y circunstancias de la vida.</p> <p>Ayudará a comprender qué decisiones está tomando o tomará en el futuro.</p>			
	<p>7. Resumir lo dicho antes de pasar a otro tema o terminar la consulta.</p> <p>Ej: "Quedamos en que vas a anotar en un calendario las fechas de tus reglas durante tres meses. Con esa información podremos saber qué tan regular eres en tus periodos y si el método del ritmo o calendario es un método adecuado para ti."</p>	<p>RESUMEN:</p> <p>El modelo ADONIS ayuda a recordar cómo organizar la entrevista o consulta con el adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> A Atienda al adolescente D Dedique tiempo O Oriente, comunique, informe al adolescente N No regañe ni juzgue I Informe de: conductas saludables, nueva cita o otros servicios especializados S Sea amable 			

Cuestionarios para realizar las entrevistas

La finalidad de un buen cuestionario es favorecer la interacción con el joven y evitar que se queden áreas importantes sin recoger información. En una primera visita no se ha de pasar todo el cuestionario, pero sí, en función del tiempo o la importancia del problema, que dediquemos un esfuerzo selectivo a alguna de las áreas del mismo.

A partir de los diversos cuestionarios existentes, el profesional debe de ser capaz de adaptarlo a su estilo de entrevista, al joven que atiende y al tiempo que disponga.

I. MODELO DE LAS CINCO AREAS DE BRON Y HENDERSON:

Cuestiones básicas a formular en cada una de las áreas

SALUD FÍSICA	Historia clínica habitual.
HOGAR/FAMILIA	¿Con que persona vives?.
ESCUELA/TRABAJO	¿Edad y grado de escolarización. ¿Cómo son tus notas de este año en relación a las del año pasado?.
AMIGOS	¿Quién es tu mejor amigo?. Alguno de tus amigos consume alcohol o drogas?.
VIDA AFECTIVA	¿Tienes novio/a? ¿Habéis tenido relaciones sexuales?.

II. MODELO DE COHEN, ET AL :

Técnica de HEADSS

HOGAR	<p>¿Dónde y con Quien vives?</p> <p>¿Puedes hablar abiertamente con las personas que convives?</p> <p>¿Tienes intimidad en casa?</p> <p>¿Has cambiado muchas veces de casa?</p> <p>¿Cuántas veces comes a lo largo del día y con quien?</p>
EDUCACION/EMPLEO	<p>¿Te gusta el colegio?</p> <p>¿Qué notas sacas?</p> <p>¿Cuáles son tus asignaturas preferidas?</p> <p>¿Tienes amigos en clase?</p> <p>¿Tienes algún problema en el colegio?</p> <p>¿De que tipo y con quien?</p> <p>¿Trabajas?</p> <p>¿Te gusta?</p> <p>¿ganas lo suficiente para cubrir tus necesidades?</p> <p>Si no trabaja ni asiste a colegio:</p> <p>¿Qué haces a lo largo del día?</p>
ACTIVIDADES	<p>¿Qué haces en tu tiempo libre?</p> <p>¿Qué tipo de amigos tienes?</p> <p>¿Sales con algún chico o chica?</p>
DROGAS	<p>¿Qué fuman tus compañeros?</p> <p>¿Y tú?</p> <p>¿Desde cuando?</p> <p>¿Salís de cañas o botellón?</p>
SEXUALIDAD	<p>¿Tienes novio ¿</p> <p>¿Habéis tenido algún contacto sexual?</p> <p>¿Utilizáis algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Tienes alguna preocupación relacionada con el sexo que te preocupe?</p>
SUICIDIO/DEPRESIÓN	<p>A veces la gente está tan desesperada que prefería no existir: te ha pasado a ti alguna ves?</p> <p>¿Porque?</p> <p>¿Has pensado alguna vez en el suicidio?</p> <p>¿En que has pensado?</p>



III. MODELO DE GARCIA TORNEL

Exploración de F.A.C.T.O.R.E.S.

	PREGUNTAS
FAMILIA	¿Con quien vives? ¿Cómo están las cosas en casa? ¿Quién es la persona adulta en la que más confías? ¿Se habla en familia de los problemas que tienen? ¿Sientes que tu familia te quiere? ¿Existen reglas claras y justas en tu familia?
AMISTADES	¿Quién es tu mejor amigo? ¿Qué edad tiene? ¿Tienes muchos amigos con quienes sales? ¿Alguno de tus amigos consume alcohol o drogas habitualmente?
COLEGIO	¿Cómo vas en el cole? ¿Te gusta? ¿Has tenido problemas? ¿Mejor o peor que a los demás? ¿Qué notas sacas en la escuela? ¿Cuáles son tus asignaturas preferidas? ¿Tienes amigos en clase?
TOXICOS	¿Qué fuman tus amigos? ¿Y tú? ¿Soléis tomar alcohol cuando os juntáis? ¿Desde cuándo? ¿Qué piensas del uso de drogas? ¿Te parece un problema?
OBJETIVOS	¿Qué te gusta hacer? ¿Qué cosas te preocupan?
RIESGOS	¿Haces algún ejercicio o deporte? ¿Accidentes? ¿Tratamientos previos? ¿Vacunas? ¿Has estado haciendo dietas últimamente?
ESTIMA	¿Sientes que tu familia te quiere? ¿Te preocupa tu peso? ¿Te gusta tu imagen en el espejo?
SEXUALIDAD	¿Tienes novio /a o alguien con quien sales más? ¿Cómo son tus relaciones con esa pareja? ¿Qué piensas sobre tener las relaciones sexuales? ¿Tuviste tu primera regla? ¿Son regulares? ¿Has utilizado o utilizas algún método de planificación familiar? ¿Cual?

IV. MODELO DE SOCIEDAD CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Aprovechando una visita espontánea o programada, sin la presencia de los padres, remarcando la confidencialidad y sin olvidar que se trata de mantener una conversación y no un interrogatorio.

REALIZAR/ REVISAR GENOGRAMA	Recoger antecedentes familiares. Identificar convivientes y señalarlos. Explorar dinámicas familiares y posibles duelos.
RENDIMIENTO ESCOLAR/ LABORAL	¿Qué curso haces? ¿Has repetido? ¿Vas a seguir estudiando? ¿En que trabajas? ¿Te gusta tu trabajo?
TABACO	¿Has fumado alguna vez? ¿Fumas a diario? ¿Cuántos cigarrillos? ¿Fuma alguien en tu casa? ¿Y en tu grupo de amigos? ¿Que opinas del tabaco?
ALCOHOL	¿Tomas bebidas con alcohol? ¿Cuáles? ¿En casa? ¿Los fines de semana? ¿Qué piensas del alcohol? ¿Has ido en coche o moto con alguien que haya bebido?
OTRAS DROGAS	¿Has tenido contacto con otras drogas? ¿Cuales? ¿Conoces a alguien que consuma? ¿Es de tu grupo de amigos? ¿Quieres hacer alguna pregunta sobre estos temas?
ACTIVIDAD FISICA/ TIEMPO LIBRE	¿Practicas algún deporte? ¿Cuál? ¿Cuanto tiempo dedicas? ¿Que haces los fines de semana? ¿Sales en grupo? ¿Tienes novio/a?
ACTIVIDAD SEXUAL	¿Has recibido información sobre anticonceptivos? ¿Donde? ¿Cuales conoces? ¿Y sobre ETS? ¿Cuales te suenan? ¿Quieres hacer alguna pregunta sobre estos temas?
ALIMENTACIÓN	¿Haces o has hecho algún tipo de dieta? ¿Cual? ¿Conoces a alguien con problemas de alimentación? ¿Cual? ¿Que opinas?
SALUD MENTAL	¿Cómo crees que va tu vida? ¿Con quien hablas cuando las cosas no van bien? ¿Te has sentido deprimido alguna vez? ¿Tanto como para pensar en el suicidio?

CUESTIONARIOS PARA DESCUBRIR CONDUCTAS DE RIESGO

SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

Este cuestionario es anónimo y voluntario.

A) Datos sociodemográficos:

EDAD (En años) _____

SEXO

1. _____ Hombre 2. _____ Mujer

ESTADO CIVIL

1. _____ Soltero/a
2. _____ Casado/a
3. _____ Separado/a
4. _____ Otros

CURSO

1. _____ ESO
2. _____ BACHILLER
3. _____ UNIVERSIDAD
4. _____ NO ESTUDIA, TRABAJA EN _____
5. _____ NO ESTUDIA, NO TRABAJA

RESIDENCIA ¿Con quién vives actualmente?

1. _____ Solo/a
2. _____ Con mis padres
3. _____ En pareja
4. _____ En piso compartido: con chicos/as
del mismo sexo _____
mixto _____

CONTESTAR SÓLO CHICAS:

EDAD DE LA MENARQUIA (1ª regla) _____ En años

En general, ¿cada cuantos días te viene la regla? _____

¿Cual fue el primer día de tu última regla? _____

¿Te viene la regla regularmente cada mes? Si _____ No _____

sigue →

B) conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

Tus conocimientos sobre sexualidad son:

Muy pocos _____ Pocos _____ Regulares _____ Suficientes _____ Muchos _____

¿Cómo valoras la información sobre sexualidad adquirida por tu cuenta?

Ninguna _____ Muy poca _____ Poca _____ Suficiente _____ Mucha _____

¿Cómo valoras la información sobre sexualidad recibida por tus padres?

Ninguna _____ Muy poca _____ Poca _____ Suficiente _____ Mucha _____

La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre sexualidad la has adquirido de:

Padres _____ Amigos _____ Pareja _____ Hermano/as _____

Personal sanitario _____ Libros _____ Profesores (colegio, instituto) _____

Otras fuentes. _____

Tus conocimientos sobre métodos anticonceptivos son:

Muy pocos _____ Pocos _____ Regulares _____ Suficientes _____ Muchos _____

¿Cómo valoras la información sobre anticonceptivos adquirida por tu cuenta?

Ninguna _____ Muy poca _____ Poca _____ Suficiente _____ Mucha _____

¿Cómo valoras la información sobre anticonceptivos recibida por tus padres?

Ninguna _____ Muy poca _____ Poca _____ Suficiente _____ Mucha _____

La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre métodos anticonceptivos la has adquirido de:

Padres _____ Amigos _____ Pareja _____ Hermano/as _____

Personal sanitario _____ Libros _____ Profesores (colegio, instituto) _____

Otras fuentes. _____

¿Crees que una chica puede quedarse embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales con penetración?

Si _____ No _____ No sabe/no contesta (NS/NC) _____

¿En qué momento del ciclo menstrual crees que es más probable que una mujer se quede embarazada?

Durante la regla _____ Días antes de la regla _____ Días después de la regla _____

A mitad del ciclo _____ NS/NC _____

sigue →

Señala qué métodos anticonceptivos conoces:

NATURALES	QUIRÚRGICOS	BARRERA	HORMONALES
Temperatura basal	Ligadura de trompas	Preservativo	Orales o píldora
Moco cervical	Vasectomía	Diafragma	Inyectables
Método del calendario		Esponja vaginal	
Temperatura y moco		Espermicidas	
Coito interrumpido		DIU	

C) Hábitos sexuales

¿Mantienes, actualmente, relaciones sexuales?

Si _____ No _____ No sabe/no contesta (NS/NC) _____

Si tu respuesta anterior es si, ¿con qué frecuencia?

Diarias _____ Cada 3 días _____ Cada 7 días _____ Cada 15 días _____

Cada mes o más _____ NS/NC _____

¿Cómo consideras tus relaciones sexuales?

Regulares _____ Esporádicas _____ NS/NC _____

Satisfactorias _____ No satisfactorias _____ NS/NC _____

¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración? En años.

¿Influyeron tus amigos en tu decisión de iniciar las relaciones sexuales?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

Actualmente mantienes relaciones sexuales con:

Una pareja _____ Dos o más parejas _____ NS/NC _____

Respecto a la práctica del sexo oral, forma parte de tus conductas sexuales:

Habitualmente _____ A veces _____ Nunca _____ NS/NC _____

sigue →

¿Te has satisfecho sexualmente solo/a alguna vez?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

¿Has mantenido relaciones sexuales con alguien más, a parte de tu pareja actual?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

¿Utilizas algún método anticonceptivo en la actualidad?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

Si tu respuesta anterior es si, enumera de mayor a menor uso los más utilizados:

NATURALES	QUIRÚRGICOS	BARRERA	HORMONALES
Temperatura basal	Ligadura de trompas	Preservativo	Orales o píldora
Moco cervical	Vasectomía	Diafragma	Inyectables
Método del calendario		Esponja vaginal	
Temperatura y moco		Espermicidas	
Coito interrumpido		DIU	

¿Quién te aconsejó el método anticonceptivo que usas?

Padres _____ Amigos _____ Pareja _____ Hermano/as _____

Personal sanitario _____ Nadie _____ Otros _____

¿Has tenido dudas sobre tu identidad sexual en alguna ocasión?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

¿Has mantenido o mantienes alguna vez, relaciones con una persona de tu mismo sexo?

Si _____ No _____ (NS/NC) _____

CUESTIONARIOS PARA DESCUBRIR CONDUCTAS DE RIESGO

TABACO

TEST DE FAGERSTRÖM: calcula dependencia a la nicotina

¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que enciende su primer cigarrillo?	PUNTOS
Hasta 5 minutos	3
De 6 a 30 minutos	2
De 31 a 60 minutos	1
Más de 61 minutos	0
¿Encuentras difícil “no fumar” en donde está prohibido?	
Sí	1
No	0
¿Qué cigarrillo te molesta más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	
10 ó menos	0
11 a 20	1
21 a 30	2
más de 31	3
¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse?	
Sí	1
No	0
¿Fumas estando enfermo?	
Sí	1
No	0

INTERPRETACIÓN:

Menos de 4 puntos:	Dependencia Baja
Entre 4 y 7 puntos:	Dependencia Moderada
Más de 7 puntos:	Dependencia Alta

TEST DE RICHMOND: Calcula la motivación para dejar de fumar

	PUNTOS
¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?	
NO	0
SÍ	1
¿Cuánto interés tienes en dejarlo?	
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
Mucho	3
¿Intentarás dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	
Definitivamente NO	0
Quizás	1
SÍ	2
Definitivamente SÍ	3
¿Cabe la posibilidad de que seas un "No fumador" en los próximos seis meses?	
Definitivamente NO	0
Quizás	1
SÍ	2
Definitivamente SÍ	3

INTERPRETACIÓN:

Menor o igual a 4: Motivación Baja
 Entre 5 y 6: Motivación Media
 Más de 7: Motivación Alta

CUESTIONARIOS PARA DESCUBRIR CONDUCTAS DE RIESGO

ALCOHOL

Se recomienda una exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años. Se debe de hacer al abrir la historia, al actualizarla o ante cualquier indicio de sospecha. Para ello se recomienda utilizar una encuesta semiestructurada de cantidad /frecuencia, compuesta por preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos. El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente utilizando la cuantificación en unidades (unidad de bebida Standard [UBE]). 1 UBE= U = 10 gramos de alcohol puro.

DEFINICIONES:

Consumo peligroso:

en varones = entre 17 y 28 U.
en mujeres entre 11 y 17 U.

Consumo de riesgo (o bebedor de riesgo):

28 u/semana para hombres.
17 u /semana para mujeres.
5 u en 24h.día, al menos una vez al mes.
Cualquier grado de consumo si hay antecedentes familiares de alcoholismo.

Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites seguros:

170 (17U) en el varón y 110 (11 U) en la mujer.

CALCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES

1 UBE		2 UBE	
200 ml de cerveza (caña o quinto)		1 copa de coñac (50 ml)	
100 ml de vino tinto (vaso pequeño)		1 combinado (50ml)	
50 ml de vino generoso (jerez)		1 vermut (100 ml)	
50 ml de cava (1 copa)		1 whisky (50 ml)	
25 ml de licor (carajillo)			

TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UNIDADES
VINO	1 VASO (100 CC)	1
	1 LITRO	10
CERVEZA	1 CAÑA (200 CC)	1
	1 LITRO	5
COPAS	1 CARAJILLO (25 CC)	1
	1 COPA (50 ML)	2
	1 COMBINADO (50 ML)	2
	1 LITRO	40
JEREZ, CAVA, VERMUT	1 COPA (50 ML)	1
	1 VERMUT (100 ML)	2
	1 LITRO	20

TEST DE CAGE: Sospecha de consumo problemático

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?

2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?

3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?

4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

PUNTUACIÓN: 1 punto por respuesta afirmativa.

INTERPRETACIÓN:

1 punto o más: Problemas con el alcohol

2 puntos: Se considera dependencia.

Versión original: Mayfield D. (1974).

TABLA I

TEST AUDIT: Permite evaluar la dependencia de una persona hacia el alcohol.

	PUNTOS
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
Nunca	0
1 o menos veces al mes	1
2 ó 4 veces al mes	2
2 ó 3 veces a la semana	3
4 ó más veces a la semana	4
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
1 ó 2	0
3 ó 4	1
5 ó 6	2
7 a 9	3
10 o más	4
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	
Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	
Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4

sigue →

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca	0
Menos de 1 vez al mes	1
Mensualmente	2
Semanalmente	3
A diario o casi a diario	4

sigue →

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

No	0
Sí, pero no en el curso del último año	2
Sí, en el último año.	4

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

No	0
Sí, pero no en el curso del último año	2
Sí, en el último año.	4

PUNTUACIÓN: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

INTERPRETACIÓN:

La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo.

A mayor número de puntos, mayor dependencia.

Si tu puntuación es mayor de 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

CUESTIONARIOS PARA DESCUBRIR CONDUCTAS DE RIESGO

CONSUMO DE SUSTANCIAS

Etapas del consumo y abuso de sustancias:

Kandel ha identificado cuatro etapas que permiten al médico clasificar a los adolescentes basándose en los modelos de consumo:

Etapas 1. Experimentación.

Etapas 2. Consumo recreacional.

Etapas 3. Problemático (19% de los adolescentes).

Etapas 4. Adicción (se dan las "4 ces": compulsión, control, deseo y abandono (compulsión, control, craving, cutting down)).

Se estima que uno de cada tres jóvenes que fuman marihuana progresa de la etapa 1 a la etapa 2, y uno de cada ocho van de la etapa 1 hasta la dependencia química. Entre los jóvenes que consumen alcohol recreacionalmente, uno de cada cinco a siete llega a la etapa de dependencia

El modelo de MacDonald es una herramienta para diagnosticar la dependencia química en la juventud (similar al criterio de Jones para diagnosticar la fiebre reumática).

CRITERIOS DE MACDONALD

a) criterios primarios:

- Dos ocasiones de consumo agudo de drogas observadas por la familia, la policía, un médico de urgencias, alguna otra persona significativa, profesores o un familiar.
- Señales de consumo regular de drogas, que incluye el continuo consumo de drogas a pesar de los firmes límites puestos por la familia o el médico, la incapacidad de parar a pesar de las consecuencias, los cambios progresivos de la conducta y las pruebas de laboratorio.

b) criterios secundarios:

- Cualquier signo de deterioro en los resultados académicos.
- Menoscabo de las relaciones familiares.
- Cambios negativos de la personalidad.
- Cambios físicos.
- Problemas legales.
- Cambios en el grupo de amigos.

Un criterio principal sumado a tres criterios secundarios indica una primera diagnosis de dependencia química.

Indicaciones para los exámenes de droga en la orina:

- Si un adolescente ha perdido el conocimiento con conducta de búsqueda de drogas o síntomas somáticos que no se pueden explicar.
- Diferenciar cuadros psiquiátricos agudos en jóvenes (ej: psicosis relacionada con las drogas de un desorden grave de pánico).
- Confrontar la negación de un adolescente consumidor ante un consumo, en la etapa de precontemplación o contemplación de cambio (en este caso, se indica un test cuantitativo).
- Diagnosticar una patología dual en adolescente (por ejemplo, depresión, trastornos antisociales de la personalidad, desórdenes desafiantes opuestos o bulimia junto con abuso concomitante de sustancias).
- Exploración de una madre adolescente, cuyo bebé ha dado positivo al analizar el meconio en el test de sustancias.

Los exámenes de orina siguen una proporción 1:20 de dar un falso positivo. No todas las drogas de las que se abusa pueden detectarse mediante un examen ordinario de drogas en la orina. Pueden darse falsos negativos consecuencia de manipulación en el caso de jóvenes

Se desaconseja a los padres que utilicen kits de detección de drogas en casa puesto que suponen un conflicto con las relaciones establecidas entre los padres y el adolescente y se debería aconsejar a los padres que soliciten una valoración clínica si fuera necesario.

A instancias del Ministerio de Sanidad y Consumo se redactó el Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria elaborándose dos cuestionarios para la detección temprana de los TCA según la edad, de 11 a 14 años o superior a 14 años.

DETECCIÓN DE RIESGO DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

EN NIÑOS DE 11-14 AÑOS

- Medición del peso y la talla.
- Cálculo del índice de masa corporal.
- En niñas: edad de la menarquia, fecha de la última regla, ciclos menstruales.

PREGUNTAS GUÍA PARA ENTREVISTA	NIÑO	FAMILIA
PESO	¿Te parece que tu peso es el adecuado?	¿Ha aumentado o disminuido de peso recientemente?
ALIMENTACIÓN	¿Comes todo tipo de alimentos?	¿Excluye algún alimento? ¿Ha mostrado preferencia por alimentos con bajo contenido en calorías y grasa? ¿Se salta alguna comida? ¿Están preocupados por la alimentación de su hijo/a?
EJERCICIO	¿Haces mucho ejercicio?	¿Cree que su hijo/a realiza una práctica de ejercicio excesiva? ¿Su tiempo de descanso es suficiente?
AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN	¿Te gusta cómo eres físicamente? ¿Crees que el aspecto físico es muy importante?	¿Cree que su hijo/a está demasiado preocupado/a por su aspecto físico?
INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	¿Te encuentras a gusto en el colegio? ¿Tienes buenos amigos? ¿Te llevas bien con tu familia?	¿Es sociable? ¿Son buenas las relaciones sociales?

Tomada de Cabranes et al.

A PARTIR DE LOS 14 AÑOS

- Medición del peso y la talla.
- Cálculo del índice de masa corporal.
- En niñas: edad de la menarquia, fecha de la última regla, ciclos menstruales.

PREGUNTAS GUÍA PARA ENTREVISTA	AL ADOLESCENTE
PESO	¿Se han producido cambios en tu peso recientemente?
ALIMENTACIÓN	¿Comes todo tipo de alimentos? ¿Excluyes alguno? En ocasiones: ¿te saltas alguna comida principal? ¿Prefieres comer solo/a o acompañado/a de tu familia? ¿Haces algún tipo de dieta para adelgazar? ¿Haces alguna otra cosa para adelgazar? ¿Alguien de tu familia hace algún tipo de dieta?
EJERCICIO	¿Haces mucho ejercicio? ¿Descansas lo suficiente?
AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN	¿Crees que el aspecto físico es muy importante? ¿Te gusta como eres físicamente? ¿Te has visto gordo/a alguna vez? ¿Te gusta como eres en general? ¿Eres muy exigente contigo mismo?
INTEGRACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	¿Tienes buenos amigos? ¿Te llevas bien con tu familia? ¿Te encuentras a gusto en el colegio, instituto, etc.?

Tomada de Cabranes et al.

PREGUNTAS A REALIZAR SI SE SOSPECHA TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

- ¿Cuál es tu peso ideal?.
- ¿Qué peso te gustaría tener?.
- ¿Cuál ha sido tu variación mayor de peso? ¿Cuándo la alcanzó?.
- ¿Por qué es tan importante para ti perder peso?.
- ¿Cuáles son los mejores rasgos de tu cuerpo?.
- ¿Cuándo tuvo la menarquia? ¿Cuándo tuvo por última vez la menstruación?.
- ¿Tienes menstruaciones regulares?
- ¿Está siempre comiendo? ¿Por qué? ¿Qué sueles comer un día normal?
- ¿Qué has comido en las últimas 24 h?
- ¿Qué tipo de ejercicio haces? ¿Por qué haces ejercicio? ¿Qué le empuja a realizar ejercicio?
- ¿Cuánto tiempo dedica al ejercicio? (¿El suficiente para compensar una comida reciente?)
- ¿Usa el tabaco u otras drogas para suprimir el apetito o como sustitutivo de la comida? ¿Vomita con frecuencia? ¿Usa laxantes?

CUESTIONARIO GENERAL DETECCIÓN PRECOZ DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO

1) Respecto al curso pasado, el rendimiento académico del alumno:

- _____ Ha mejorado.
 _____ Es igual.
 _____ Ha empeorado algo.
 _____ Ha empeorado notablemente.

2) Sus resultados académicos son:

- Mejores en las asignaturas _____
 Peores en las asignaturas _____
 Iguales en casi todas las asignaturas _____

3) El alumno parece tener unas técnicas de estudio adecuadas:

- | | | | | |
|---|-------|----|-------|----|
| Planifica su trabajo: | _____ | SÍ | _____ | NO |
| Se distrae con frecuencia cuando estudia: | _____ | SÍ | _____ | NO |
| Tiene un método de estudio adecuado: | _____ | SÍ | _____ | NO |
| Tiene un lugar de estudio adecuado: | _____ | SÍ | _____ | NO |
| Sabe tomar apuntes: | _____ | SÍ | _____ | NO |

4) El alumno:

- Asiste regularmente a clase _____
 No asiste regularmente a clase _____

5) Su actitud dentro del aula suele ser:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Atiende | _____ No atiende |
| _____ Se implica en el trabajo | _____ No se implica en el trabajo |
| _____ Hace los deberes escolares | _____ No hace deberes escolares |
| _____ Molesta | _____ No molesta |
| _____ Participa | _____ No participa |

6) Se puede decir que es un alumno:

- | | |
|---|--------------------|
| _____ Integrado con sus compañeros | _____ No integrado |
| _____ Integrado en las actividades del centro escolar | _____ No integrado |

7) Respecto a la normativa del centro escolar, el alumno:

- | | |
|--|---|
| _____ Cumple la mayoría de las normas | _____ No cumple las normas |
| _____ Tiene muchas faltas de asistencia | _____ No muchas faltas de asistencia |
| _____ Ha tenido algún conflicto este curso | _____ No ha tenido conflicto este curso |

sigue →

8) El alumno:

- _____ Tiene claro que quiere seguir estudiando
_____ No lo tiene claro
_____ Quiere dejar de estudiar

9) Últimamente, el alumno muestra:

- _____ Conductas desafiantes
_____ Conductas agresivas
_____ Hostilidad
_____ Impulsividad para resolver los problemas o tomar decisiones
_____ Cambios bruscos en su estado de ánimo (nerviosismo, apatía)
_____ Cambios en su apariencia física (pérdida de peso en poco tiempo, no higiene)

10) En general, el alumno:

- _____ Sabe relacionarse con sus compañeros _____ No sabe relacionarse con compañeros
_____ Sabe relacionarse con sus profesores _____ No sabe relacionarse con sus profesores

11) Sus compañeros:

- _____ Suelen quejarse de su comportamiento
_____ No suelen quejarse de su comportamiento

12) Últimamente, el alumno se ha visto envuelto en actos vandálicos y/o robos:

- _____ Sí _____ No

13) El alumno ocupa la mayor parte de su ocio:

- _____ Deporte
_____ Ir a bares y/o discotecas
_____ En casa de algún amigo
_____ En su casa
_____ En la calle

Otros _____

Las aficiones conocidas del alumno son:

sigue →

14) Al alumno le gusta salir con:

- _____ Sus compañeros del centro escolar
 _____ Amigos del barrio
 _____ Su familia
 _____ Solo

Otros _____

15) El alumno suele salir con personas:

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| _____ Consumidora de drogas legales | _____ No consumidora |
| _____ Consumidora de drogas ilegales | _____ No consumidora |
| _____ Con conductas antisociales | _____ Sin conductas antisociales |

16) El alumno tiene un horario de llegada a casa:

- A diario, a las _____
 Fines de semana, a las _____
 No tiene horario de llegada durante los fines de semana _____
 No tiene horario de llegada ningún día de la semana _____

17) El alumno dispone de una paga:

- _____ Sí _____ euros a la semana _____ NO

18) Respecto al resto de sus compañeros, el alumno suele disponer de:

- _____ Más dinero
 _____ Una cantidad semejante
 _____ Menos dinero

19) El alumno es consumidor de:

- | | | | | |
|---------------|--------------|-----------------------|------------------|-----------------|
| TABACO: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| ALCOHOL: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| CANNABIS: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| PASTILLAS: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| COCAÍNA: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| HEROÍNA: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| OTRAS DROGAS: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |
| ILEGALES: | Diario _____ | Fines de semana _____ | Esporádico _____ | Cantidad: _____ |

sigue →

20) La estructura familiar del alumno es:

_____ Padre

_____ Madre

Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa _____

Otros: _____

21) El alumno vive con: _____

22) El estilo educativo de la familia tiende a ser:

Permisivo _____

Autoritario _____

Democrático _____

23) La familia tiene unas normas de funcionamiento claras y consecuentes:

_____ Sí

_____ NO

24) La relación del alumno con su familia es, en general:

Adecuada _____

Inadecuada _____

25) La familia tiene problemas importantes:

Malos tratos _____

Desempleo _____

Consumo de sustancias _____

Actividades delictivas _____

26) Los padres se implican en las actividades del centro escolar:

Acuden los dos siempre o casi siempre a las entrevistas _____

Acude uno de ellos siempre o casi siempre a las entrevistas _____

No suelen acudir ninguno de los dos _____

Suelen participar los dos en actividades organizadas por el centro _____

Suele participar uno de ellos en las actividades organizadas por el centro _____

No suelen participar en las actividades organizadas por el centro _____

27) El padre o la madre suelen controlar los deberes escolares de su hijo:

_____ Sí

_____ NO

sigue →

28) El barrio en el que vive el alumno:

Dispone de pocos recursos para los jóvenes (polideportivo, asociaciones juveniles...) _____

Dispone de bastantes recursos para los jóvenes _____

Es un barrio conflictivo (droga, delincuencia) _____

No es un barrio especialmente conflictivo _____

29) El alumno conoce los recursos de los que dispone su barrio:

_____ Sí _____ NO

8.

RECURSOS

I. EN INTERNET:

SESCAM

Plan de Salud 2001-2010

Profesionales

Plan de Salud Mental 2005-2010.

Información de Salud

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

JCCM:

Sanidad/contenidos/salud

Promoción de la Salud. Programas Preventivos.

Salud en la etapa escolar.

Vacunaciones.

Prevención de caries dental en escolares.

Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Salud de los jóvenes .

Programas especiales.

Promoción de la alimentación saludable y actividad física.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (M.S.C.)

Ciudadanos

Protección de la salud.

Profesionales

Salud Pública.

JOVENES

Patología en jóvenes

Sobre sexualidad

Educación para la salud

Nutrición

PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

Para padres

Para profesores

Para jóvenes

II. INSTITUCIONES

OTROS RECURSOS

CENTROS DE LA MUJER POR LOCALIDADES

CENTROS LOCALES DE INFORMACIÓN JUVENIL

III. SESCAM

CENTROS DE SALUD

HOSPITALES

CEDT

GERENCIA

SALUD MENTAL



I. En internet

- **SESCAM.**
 - **Plan de salud 2001-2010.**
 - **Profesionales:**
 - Plan de Salud Mental 2005-2010.
 - **Webs hospitales y primaria:**
 - Complejo Hospitalario de Albacete.
 - consejos de salud - tabaquismo.
ACCIONES SOBRE EL TABACO DE LA JCCM:
 - Encuesta sobre drogas en población escolar.
 - Programa “Quit and Win”.
 - Plan de prevención y tratamiento del tabaquismo en C-LM.
 - Gerencia de Atención Primaria de Toledo.
 - temas de salud - diagnostico y tratamiento.
MEDLINE PLUS.
 - **Información de salud:**
 - Adultos:
 - Educación para la salud.
 - Más información:
 - Biblioteca Cochrane Plus.
 - MedlinePlus®. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.
 - CDC.
 - Medicina de Emergencia Basada en la Evidencia.
 - Portal de Acceso a la Web of Knowledge (WoK).



- **GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO (GAPTOLEDO).**
- **JCCM.ES/SANIDAD/CONTENIDOS/SALUD.**
 - **Recomendaciones Sanitarias frente al calor.**
 - **Recomendaciones Sanitarias en Viajes Internacionales.**
 - **Epidemiología.**
 - Vigilancia del Sida:
 - Situación en Castilla-La Mancha.
 - Situación Mundial.
 - **Promoción de la Salud. Programas Preventivos.**
 - Catálogo de programas de promoción de la salud:
 - Programa de Educación para la Salud en la Etapa Escolar.
 - Programa de inmunizaciones.
 - Programa de prevención de la caries dental en escolares.
 - Programa de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.
 - Programa de información sociosanitaria a jóvenes.
 - Promoción de la alimentación saludable y la actividad física regular.
 - Catálogo de materiales de educación para la salud.
 - **Catálogo de publicaciones.**
 - **Salud en la etapa escolar.**
 - Educación para la salud en el ámbito sanitario.
 - Guía de consejos para la salud de jóvenes y adolescentes 6-14 años.
 - Guía de alimentación para comedores escolares.
 - Prevención de la Pediculosis.
 - **Vacunaciones.**
 - Calendario Vacunal en Castilla-La Mancha.
 - Normas de conservación de las vacunas.

- **Prevención de caries dental en escolares.**
 - Descripción de actividades.
 - Folleto "Caries no, gracias".
 - Colutorios fluorados.
 - Encuesta de salud bucodental en escolares 2004.
- **Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.**
 - Descripción de actividades.
 - Guía de manejo en Atención Primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
 - Programa de detección y prevención de anorexia y bulimia.
 - Folleto Programa de detección de anorexia y bulimia.
 - Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolares (2004).



- **Salud de los jóvenes.**

- Descripción de actividades.
- Enlace a la web del Programa de Información, Formación y Orientación en Jóvenes de los CIFOS.
- Programa de Información, Formación y Orientación en Jóvenes.
- Soporte didáctico.
- Memoria de actividad.
- Prevención de VIH-SIDA.
- Guía de métodos anticonceptivos.
- Información sobre tatuajes, micropigmentación y perforación cutánea.
- Folleto "Si quieres decorar tu cuerpo, hazlo sin riesgos".
- Decreto 5/2004 de 27-01-2004 de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos donde se realizan prácticas de tatuaje, micropigmentación, perforación cutánea u otras técnicas similares.
- Prevención de lesiones por accidentes de tráfico.
- Prevención del consumo de alcohol en la conducción.
- Folleto.
- Flyer.
- ¿Para qué sirve tu casco?.



- **Programas especiales.**
 - Curvas de crecimiento y desarrollo:
 - Índice de Masa Corporal por edad (niñas).
 - Índice de Masa Corporal por edad (niños).
 - Índice de Peso/Talla por edad (niñas de 2 a 20 años).
 - Índice de Peso/Talla por edad (niños de 2 a 20 años).
 - Cuestionarios Prevacunales para Niños y Adolescentes.
Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos.
 - **Promoción de la alimentación saludable y actividad física regular.**
 - Descripción de actividades.
 - Guía de educación alimentaria.
 - Folleto de alimentación saludable.
 - Seminario de Gastronomía y salud.
 - Folleto de ejercicio físico.
 - Orden de 31-01-06 (DOCM N° 34 de 15-02-06, pág 3236) para el desarrollo de proyectos de educación para la salud.
 - **Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010.**
 - **Programa de Sensibilización de los problemas derivados del uso de la cocaína.**
 - **Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2005-2010.**
 - **Plan de Salud Mental de Castilla la Mancha 2000-2004.**
 - **Plan Regional de Drogas.**
 - **Catálogo de hospitales de Castilla-La Mancha.**
- **MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (M.S.C.).**
 - **Ciudadanos.**
 - **Protección de la salud.**
 - Infancia:
 - Derechos del niño (declaracion ONU).
 - Alimentación en la Infancia.

- Prevenir.
 - Accidentes y lesiones.
 - Accidentes domésticos.
- Vacunaciones.
 - Calendarios de Vacunas y enlaces Webs. (CCAA).
- Recomendaciones de Nutrición de la SEEN.
- Salud Materno-Infantil.
- Ambientes saludables para los niños.
- Enlaces.
- Adolescencia:
 - Ganar salud con la juventud.
 - Actividad física.
 - Guía para padres y madres.
 - Actividades físicas beneficiosas para la salud.
 - Empezar es más fácil de lo que parece.
 - ¿Cómo medimos la intensidad de la actividad física?.
 - Beneficios de la actividad física.
 - Recomendaciones en la infancia y la adolescencia.
 - Motivos que conducen a realizar la actividad física.
- Nutrición.
- Alcohol.
 - Guía consumo juvenil de alcohol.
 - Declaración Estocolmo (OMS).
 - Tríptico alcohol.
 - Recomendaciones del Consejo (UE).
 - Legislación Nacional.
 - Alcohol - Conducción (formato pdf, 1.164 KB).
 - El alcohol y tú: ¿Limitas o te limita?.
- Salud Mental en la Adolescencia.
 - Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes.

- Estudio HBSC: Los Adolescentes Españoles y su Salud.
- Recomendaciones de Nutrición de la SEEN.
- Tabaco.
 - Guía para dejar de fumar.
 - Legislación.
 - Enlaces.
 - Programa para dejar de fumar.
- **Enfermedades.**
 - Enfermedades Transmisibles.
 - VIH/Sida.
 - Enfermedades no Transmisibles.
- **Salud Mental.**
 - Guía de estilos.
 - Salud Mental-Guía de estilo.
 - Hoja Guía de Estilo.
 - Enlace: [//www.feafes.com](http://www.feafes.com).
- **Profesionales.**
 - **Salud Pública.**
 - Prevención y Promoción.
 - S.I. de Promoción y Educación de la Salud, SIPES.
 - VIH/SIDA.
 - Plan Nacional sobre el Sida.
 - Prevención.
 - Cooperación Internacional.
 - Investigación.
 - Enlaces de interés.

– Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Promoción de la salud.

Salud de los Jóvenes.

Ganar Salud.

Salud Mental.

Estudio HBSC.

– Glosario de Promoción de la Salud.

Nutrición.

Actividad Física.

Alcohol.

Accidentes y lesiones.

Tabaco.

Salud Materno-Infantil.

Enlaces.

Género y Salud.

Días Mundiales de la salud. Antecedentes.

Cuidado con el exceso de calor.

- **Novedades.**

Anteproyecto de ley de medidas sanitarias para la protección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores.

- **JOVENES.**

- **Patología en jóvenes.**

- Consejo de la Juventud de España: www.cje.org
- Plan Nacional sobre Sida: www.es/sida
- Centro Joven de Anticoncepción y sexualidad: www.centrojoven.org
- FAD: www.fad.es
- www.jccm.es/sanidad/ics
- [www. Tavad.com](http://www.Tavad.com)

- WWW.MTAS.ES/INJUVE
- www.jccm.es/cultura/juventud
- [/www.cdc.gov/spanish/adolescentes.htm](http://www.cdc.gov/spanish/adolescentes.htm)
- www.cdc.gov/spanish/drogas
- www.cdc.gov/spanish/tabaco.htm
- [/www.cjclm.org/enlaces/descarga/planjoven.pdf](http://www.cjclm.org/enlaces/descarga/planjoven.pdf)
- www.educacionvial.dgt.es
- [www .fpfe.org](http://www.fpfe.org)
- [www. cruzrojajuventud.org](http://www.cruzrojajuventud.org)
- www.saludescolar.es
- **Sobre sexualidad.**
 - INFORMACIÓN GENERAL Y ATENCIÓN DE CONSULTAS.
 - www.arrakis.es
 - friendnet.es
 - MATERIALES DIDÁCTICOS.
 - www.pntic.mec.es
 - www.medusex.com
 - www.intercom.es
 - EDUCACIÓN PARA LA SALUD, Y EDUCACIÓN SEXUAL Y AFECTIVA.
 - www.icer.com
 - www.arconet.es
 - www.epibiostat.ucsf.edu
- **Educación para la salud.**
 - www.isciii.es
 - www.aragob.es
 - www.alezeia.org
 - www.arrakis.es
 - <http://weber.u.washington.edu>
 - <http://www.nigz.nl>

- **Nutrición.**

- <http://milksci.unizar.es/nut/nutricion>
- www.noah.cuny.edu

- **Prevención de drogodependencias.**

- FAD: www.fad.es
- www.arrakis.es
- www.mir.es/pnd
- www.idea-prevencion.com
- www.ddnet.es/gjd
- www.setox.org
- www.geocities.com
- www.pnsd.msc.es
- www.energycontrol.org

- **Para padres.**

- Sitios web:
 - Educared.
 - Escuela de Padres - Ministerio de Educación y Ciencia .
 - Confederación española de asociaciones de padres y madres de alumnos (CEAPA).
 - Confederación Católica Nacional de Padres de Familia y Padres de Alumnos (CONCAPA).
 - lasdrogas.info. Canal para padres.
 - AZ Libres de drogas. Padres de familia.
 - Chaval.es - Padres.
 - navegacion-segura.red.es.
 - Somos Padres.
 - Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad.
 - Consell Escolar Municipal de Barcelona.

- Documentos:
 - Un mensaje a los padres. Spot dirigido a padres.
 - ¿Pueden los padres hacer prevención? F AD, 1998.
 - Comunicación y conflictos entre hijos y padres. Adaptación de los contenidos del libro: Hijos y padres: comunicación y conflictos FAD, 2003.
 - ¿Alcohol en la familia? Una guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo Programa Alfil. Socidrogalcohol, 2001.
 - Escuela de Padres. Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid. 2000.
 - Actuar es posible: La prevención de las drogodependencias en la familia. PNSD, 1997.
- **Para profesores.**
 - Sitios web:
 - Educared.
 - Ministerio de Educación y Ciencia.
 - Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa.
 - REDINET. sistema documental automatizado centrado en la información educativa.
 - Educar.org, Portal latino de la educación.
 - Sociedad Española de Pedagogía.
 - DOCE- Documentos de educación.
 - Tasta'm Web educatiu.
 - Documentos:
 - Atenea: Programa de desarrollo de habilidades sociales: cuadernos del monitor y del alumno Asociación Deporte y Vida, 2004.
 - Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas. E. Megías Valenzuela (dir.), D. Comas Arnau, J. Elzo Imaz, J. Navarro Botella, A. Vega Fuente. F AD, 2000.
 - Documentos de prevención de la FAD El reto de las transversales, Deporte y educación.
 - La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa Luengo Martín M.A [et al] Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
 - Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas José Galbe Sánchez Ventura Previn-fad, junio 2003.
 - Actuar es posible: La prevención de drogodependencias en la comunidad escolar PNSD, 1996.



- **Para jóvenes**

- Sitios web:

- Instituto de la Juventud (Injuve).
- Consejo de la Juventud de España.
- Infojoven.
- Eurodesk (Formación y Actividades Interculturales para los Jóvenes).
- www.eryica.org/infomobil (Red europea información y asesoramiento para jóvenes (ERYICA)).
- Observatorio Internacional de Justicia Juvenil.
- Para los más pequeños: chaval.es.

Tasta'm.

- Documentos:

- Jóvenes y estilos de vida : Valores y riesgos en los jóvenes urbanos.
D. Comas; dir., J. Aguinaga, F.A. Orizo, A. Espinosa, E. Ochaíta. FAD e INJUVE, 2003.
- Jóvenes entre sonidos : hábitos, gustos y referentes musicales.
Megías Quirós, E. Rodríguez San Julián FAD e INJUVE, 2003.

- Jóvenes y videojuegos : espacio, significación y conflictos E. Rodríguez San Julián; coord., I. Megías Quirós, A. Calvo Sastre, E. Sánchez Moreno, J. Navarro Botella FAD e INJUVE, 2002.
- Las mujeres jóvenes en España Inés Alberdi, Pilar Escario, Natalia Matas Fundación La Caixa, 2000.
- Jóvenes y Empleo en España. Situación por Comunidades Autónomas Luis Zarapuz Puertas.

II. Instituciones

OTROS RECURSOS

Bienestar social

Dirección general del servicio a menores:
Dirección general de la familia
De la infancia y adolescencia

Teléfono: 925-28.70.55
Teléfono: 925-28.70.96/ 925-28.70.03
Teléfono: 900.50.55.32

CAVE (Teléfono Joven de Información Sexual. Toledo)
Consejo Europeo con apoyo de Injuve
se abrió la línea en Abril 2000

Teléfono: 900.71.40.93

Centro Coordinador de Información Juvenil en Castilla-La Mancha

Ronda de Buenavista, 47
Teléfono: 925- 28.89.56

45005 Toledo
Fax: 925- 28.70. 01

Centro de Información Juvenil de Ocio y Tiempo Libre - "OXIO" Toledo

C/ División Azul, nº 3
Teléfono: 925- 25.73.14

45005 Toledo
Fax: 925- 25.73.14

Centro de Mediación e Intervención Familiar - AMIFAN

Callejón de San José, 9 bajo
Teléfono: 925- 28.40.92

45003- Toledo
Fax: 925- 28.40.92

Centro de Orientación Familiar - COF.

(Centro de Salud de Palomarejos)
c/ Barcelona, 2
Teléfono: 925-25.99.31

45005 Toledo

Centro de Orientación Sobre Alcohol y Tabaco - COAT

Avda. de Portugal, 18 local 6

Teléfono: 925- 21.20.02

mail: coat-toledo@terra.es

Fax: 925- 21.20.02

www.iespana.es/jesusabandonado

CIFOS - Programa de Información, Formación y Orientación Socio Sanitaria para Jóvenes del Consejo de la Juventud

C/ Gracilazo de la Vega, nº 3

Teléfono: 925- 21.07.21

Teléfono: Ciudad Real: 926- 27.10.15

45002 Toledo

Teléfono: Albacete : 967- 51.22.14

Mail: cifos@cjclm.org

Prevención de Riesgos Laborales

Teléfono: 925- 26.93.01/ 02

Consejería de Sanidad

Servicio de Promoción de la Salud

Avda. de Francia, 4

Teléfono: 925-26.73.86

45005 Toledo

Delegación de Sanidad de Toledo

Subida de la Granja, 10

Teléfono: 925- 26.64.00

45071 Toledo

Fax: 925 -21.45.53

Delegación Provincial de Juventud de Toledo

Pza. Zocodover, 7 2ª

Teléfono: 925-26.77.20 y 925-26.77.35

45002 Toledo

Teléfono Verano Joven 925-26.77.60

Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria

Pza. Zocodover, 7- 1º

Teléfono: 925- 26.77.63

45005 Toledo

www.jccm.es/sanidad/salud/

Equipo de Atención a Drogodependientes de Toledo

Centro de Día

Ctra. de Mocejón s/n

Teléfono: 925- 25.93.90

45071 Toledo

Federación de Planificación Familiar de España

C/ Almagro, 28 bajo 2ª

Teléfono: 91- 319.92.76

28010 Madrid

Fax: 91-308.15.89

C/ Ponce de León, 8,1ºizq
Teléfono: 91- 591.34.49

28010 Madrid
Fax: 91- 591.38.84

Oficina Provincial de Prestaciones de Toledo

Cervantes, 4
Teléfono: 925289100

45005- Toledo

Tesorería General de la Seguridad Social

(Gestión de afiliación, cotización, recaudación y pagos)

Plaza San Agustín, 3
Teléfono(s): 925- 25.91.00
Servicio de Gestión y Atención Telefónica Personalizada

45001 Toledo
Fax: 925- 25.91.39
Teléfono: 901.50.20.50

Instituto Nacional de la Seguridad Social

(Gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seg.Social)

Callejón del Moro, 4
Teléfono: 925- 28.51.30

45001 Toledo
Fax: 925- 22.49.19

Centros de Atención e Información Urbanos

TOLEDO

Nº 1 c/ Lisboa, 2 bis
Teléfono: 925- 28.20.90

45005 Toledo
Fax: 925- 25.07.57

Nº 2 Callejón del Moro, 4
Teléfono: 925- 28.47.04

45001 Toledo
Fax: 925- 22.49.19

COMARCALES

Nº 1 c/ Salvador, 25
Teléfono: 925- 46.70.82

45710 Madridejos
Fax: 925- 46.70.83

Nº 2 Ctra. Villanueva de Alcardete, s/n
Teléfono: 925- 18.01.20

45800 Quintanar de la Orden
Fax: 925- 56.44.97

Nº 3 c/ San Andrés, 14
Teléfono: 925- 80.09.58

45600 Talavera de la Reina
Fax: 925- 80.01.98

Juzgado

C/ Marques de Mendigorría, 2 (Centralita)
Juzgado Menores

Teléfono: 925-39.60.00
Teléfonos: 925-39.61.12/ 61.16/ 61.15

Malos Tratos

Victimas de violencia: prevención de malos tratos y atención a la mujer

Oficina de Asistencia a víctimas de delitos en la provincia de Toledo

Instituto de la Mujer (teléfono gratuito)

Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional

Equipo de mujer y menor de la Guardia Civil

Teléfono gratuito 24 h: 900.100.114

Teléfono: 925- 24.08.75

Teléfono: 900.19.10.10

Teléfono: 061

Teléfono: 062

Observatorio Juvenil de Consumo (CIFOS)

Teléfono: 925- 21.07.21 www.jccm.es

Programa de Prevención e Intervención en Violencia Familiar - Amformad

Avda. Europa, 6 – 2º 10

Teléfono: 925- 25.76.33

Línea Nacional del Sida

1-800-232-4636

Línea Nacional de Vacunación

1-800-232-4636

CENTROS DE LA MUJER

Si es víctima de malos tratos llame al **Teléfono de Urgencias 900 100 114**, servicio **gratuito** atendido las **24 horas del día** por profesionales.

SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional). Tfno. Urgencias: 091.

EMUME (Equipo de mujer y menor de la Guardia Civil). Tfno. Urgencias: 062.

Formas de acceso.

Los servicios que se ofrecen se prestan en la forma, horario y centros siguientes:

De forma presencial y por teléfono: de lunes a viernes, de 9:00 horas a 14:00 horas y, además martes y jueves de 16:00 horas a 18:00 horas.

Horario de verano: meses de julio y agosto de 8:30 horas a 14:30 horas.

También puede obtener información adicional a través de internet en la siguiente dirección: <http://www.jccm.es/conpresi/mujer/index.htm>.

EN LA PROVINCIA DE TOLEDO

Bargas

C/ Barrio Alto, 8 – 45593

Teléfono: 925- 39.50.63

Calera y Chozas

C/ Miguel de Cervantes, 2 – 45686

Teléfono: 925- 84.71.54

Consuegra

C/ Don Vidal, 1 – 45700

Teléfono: 925- 46.75.71

Corral de Almaguer

C/ Caños, 1 – 45880

Teléfono: 925- 19.11.72

El Toboso

C/ Maestro Joaquín Rodrigo, s/n 45820

Teléfono: 925- 56.82.09

Fuensalida

C/ La Soledad, 4, 2ª planta – 45510

Teléfono: 925- 73.20.83

Illescas

Pza. Manuel de Falla, 4 – 45200

Teléfono: 925- 54.02.85

Los Yébenes

C/ Huertos, 11 – 45470

Teléfono: 925- 32.14.55

Mora

C/ Orgaz, 70 – 45400

Teléfono: 925- 30.14.86

Navahermosa

C/ De los Molinos, 5 – 45150

Teléfono: 925- 42.82.44

Noblejas

C/ Francia s/n – 45350

Teléfono: 925- 14.09.84

Ocaña

Pza. Doctor Espina y Capo, 3 – 45300

Teléfono: 925- 13.16.11

Puebla de Montalbán

C/ Tetuán, s/n – 45516

Teléfono: 925- 74.57.93

Sonseca

C/ Mazarambroz, 7 bajo – 45100

Teléfono: 925- 38.21.00

Toledo

C/ Comercio, 22-4º - 45001

Teléfono: 925- 25.25.99

Torrijos

Plaza de España, 1 – 45500

Teléfono: 925- 76.22.50

CENTROS LOCALES Y PUNTOS DE INFORMACIÓN JUVENIL

Ajofrin (ayuntamiento)

Plaza de la Iglesia, nº 1. 45110
bpm-ajofrin@local.jccm.es

Teléfonos: 925- 39.06.88 / 925- 39.06.33

Añoover de Tajo (Ayuntamiento)

C/ Canalejas, 2. 45250

Teléfonos: 925- 50.67.40/ 925- 50.62.79

Argés (Ayuntamiento)

Plaza de la Constitución, 8. 45122

Teléfonos: 925- 37.62.81/ 925- 29.30.62

Burujon (Ayuntamiento)

Plaza de España, nº 1. 45521
burujon@teleline.es

Teléfonos: 925-75.60.81/ 925-75.62.19

Carranque (Ayuntamiento)

C/ Serranillos, nº 23. 45216
bibliotecarr@jazzfree.com

Teléfonos: 925- 54.44.77/ 925- 54.42.54

Casarrubios del Monte (Asoc. Recreativo Cultural "El Campillo")

Plaza del Campillo, s/n. 45950

Cebolla (Ayuntamiento)

C/ Malpica s/n 45680

Teléfonos: 925- 86.67.10/ 925- 86.61.16

Chozas de Canales (Ayuntamiento)

Pza. de la Constitución, 1. 45960
chozas-canales@local.jccm.es

Teléfonos: 91- 817.61.86/ 91- 817.61.86

Cobisa (Ayuntamiento)

Avda. de la Constitución, 11. 45111

Teléfonos: 925- 37.63.26/ 925- 29.36.08

Consuegra (Ayuntamiento)

Plaza de España, 10. 45700
pinfjuvenil@aytoconsuegra.es

Teléfonos: 925- 47.52.09/ 925- 46.75.20

Corral de Almaguer (Centro Social Polivalente)

C/ Caños, nº 1. 45880
csocial-almaguer@local.jccm.es

Teléfonos: 925- 19.10.34/ 925- 19.02.66

El Carpio de Tajo (Ayuntamiento)

C/ Don Ignacio, s/n. 5533
culturafcarpio@eresmas.com

Teléfonos: 925- 75.79.83/ 925- 75.79.85

Escalonilla (Ayuntamiento)

C/ Maestro Julio Fuentes Sanchez, nº 12. 45517
escalonilla@local.jccm.es

Teléfonos: 925- 75.81.11/ 925- 75.81.92

La Nava de Ricomalillo (Asociación Recreativa Cultural la Cumbre)

Romeral, 14. 45670
aso-lacumbre@wanadoo.es

Teléfonos: 925- 44.43.10/ 925- 44.43.10

Los Yébenes (Ayuntamiento)

Plaza de S. Juan, 4. 45470

Teléfonos: 925- 34.85.37/ 925- 32.08.55

Menasalbas (Ayuntamiento)

C/ Congreso, nº 1. 45128

Teléfonos: 925- 40.70.70/ 925- 40.79.64

Mocejón (Ayuntamiento)

C/ Comisario, 3. 45270

Teléfonos: 925- 27.04.16/ 925- 36.00.79

Mora (Asociación Juvenil "Don Quijote")

C/ Madrid, nº 5. 45400
asociaciondonquijote@ozu.es

Teléfonos: 925- 34.06.19/ 925- 34.06.19

Noves (Ayuntamiento)

C/ Cristo, s/n. 45519

Teléfono: 925- 77.53.03

Orgaz (Ayuntamiento)

C/ Beato Pedro Ruiz de los Paños, nº 9. 45450

Teléfonos: 925- 31.70.78/ 925- 34.70.04

TOLEDO

Asociación Española "Guías y Scouts de Europa"

Avda. de Europa, nº 10. 45003
fsetoledo@terra.es

Teléfonos: 606.45.30.73

Asociación Juvenil "AZIMUT"

C/ Valdemariás, nº 14. 45007
azimut_clm@teleline.es

Teléfonos: 925- 25.66.82

Asociación para el Fomento del Empleo de los Jóvenes (AFEMJO)

C/. Colegio de Doncellas, 11, 2º.izda. 45002
afemjoto@afemjoclm.com

Teléfonos: 925- 21.55.08

P.i.j. YMCA - Toledo

Plaza de los Vecinos, nº 10 45003
toledo@ymca.es

Teléfonos: 925- 22.42.79/ 925- 25.66.83

Asociación Cultural "Onda Polígono"

C/Alberche, Nº 86 bajo 45007
ondapoligono@terra.es

Teléfono: 925- 23.25.18

Enlace Empleo

Plaza Cervantes, 17 bis 45001
enlaceempleo@arrakis.es

Teléfonos: 925- 28.00.59

Torrijos

C/ Lope de Vega, nº 4 45500

Teléfonos: 678- 83.81.47

Villa De Don Fadrique (Ayuntamiento)

C/ Caramelos, nº 18 45850
bibliote@teleline.es

Teléfonos: 925- 20.43.96/ 925- 19.59.76

Villaluenga de La Sagra (Ayuntamiento)

Paseo del Prado, nº 43. 45520
casajuventud@infonegocio.com

Teléfonos: 925- 53.19.57/ 925- 53.13.24

Villanueva de Bogas (Ayuntamiento)

C/ La Guardia, nº 9 45410

Teléfonos: 925- 31.33.48/ 925- 31.30.41

Yepes (Ayuntamiento)

Pza. Mayor, nº 20 45313
juven_yepes@hotmail.com

Teléfonos: 925- 15.40.01/ 925- 14.72.31

Yuncos (I.E.S. "La Cañuela)

C/ Magallanes, nº 2 45210
ies@edu.jccm.es

Teléfonos: 925- 55.79.23

III. Sescam

CENTROS DE SALUD AREA TOLEDO

CENTRO	DIRECCIÓN	CONSULTORIOS	TELÉFONO CONTACTO	TELÉFONO URGENCIAS	FAX
AÑOVER DE TAJO	C/ Reina Sofía, s/n 45250	ALAMEDA PANTOJA	925 50 60 75 925 55 50 10	925 55 50 10	925 55 53 08
BARGAS (Pedro Fuente)	C/ Real, s/n 45593	MAGAN MOCEJON OLIAS DEL REY VILLASECA LOS OLIVOS	925 35 88 70	925 35 77 77	925 49 33 28
SANTA MARÍA BENQUERENCIA	Avda. Guadarrama, s/n 45007	NAMBROCA	925 23 23 01 925 23 03 19	925 23 01 04	925 24 11 80
CAMARENA	C/ José Antonio, 1 45180	ARCICOLLAR CAMARENILLA CHOZAS DE CANALES VENTAS RETAMOSA	91 817 42 13 91 817 47 14	91 817 48 52	91 817 42 80
CONSUEGRA	Pza. San Juan de Jerusalem, 2 45700	TURLEQUE URDA	925 47 51 94 925 47 51 96	925 48 13 12	925 48 06 36
CORRAL DE ALMAGUER	C/ Lillo, 2 45880	LILLO CABEZA QUEMADA	925 20 73 78	925 20 73 77	925 19 08 57

CENTRO	DIRECCIÓN	CONSULTORIOS	TELÉFONO CONTACTO	TELÉFONO URGENCIAS	FAX
ESCALONA (Julia Tudero)	Ctra. Toledo-Ávila, 34 45910	ALMOROX ALDEAENCABO HORMIGOS NOMBELA PAREDES DE ESCALONA	925 78 04 93	925 78 11 81	925 78 11 67
ESQUIVIAS	C/ Luisa Biaggi Viera s/n 45221	BOROX SESEÑA NUEVA SESEÑA VIEJA YELES	925 52 03 33	925 54 63 46	925 52 01 86
FUENSALIDA	C/ Beato Juan de Ávila, 13 45510	HUECAS PORTILLO DE TOLEDO STA CRUZ DE RETAMAR VILLAMIEL DE TOLEDO	925 78 55 17 925 78 53 68	925 78 56 67	925 73 07 79
ILLESCAS	C/ Sandro Pertini, s/n 45200	YUNCOS CEDILLO DEL CONDADO CARRANQUE NUMANCIA PALOMEQUE UGENA EL VISO DE SAN JUAN	925 54 05 91 925 54 05 73	925 54 02 25	925 51 27 41
LOS YÉBENES	C/ San Salvador, s/n 45470	ORGAZ MARJALIZA ARISGOTAS	925 34 82 80 925 32 28 18	925 32 03 56	925 34 81 49
MENASALBAS	C/ Eras, s/n 45128	GALVEZ SAN PABLO DE LOS MONTES CUERVA TOTANES VENTAS CON PEÑA AGILERA LAS NAVILLAS	925 41 31 21	925 41 31 22	925 41 33 92
MORA	C/ Yegros, s/n 45400	ALMONACID DE TOLEDO MANZANEQUE MASCARAQUE VILLAMINAYA VILLANUEVA DE BOGAS	925 34 10 37 925 34 19 58	925 34 16 85	925 34 07 44
NOBLEJAS	C/ Ezequiel García de la Rosa, s/n 45350	VILLARUBIA DE SANTIAGO VILLATOBAS	925 14 04 00	925 14 10 37	925 14 14 08
OCAÑA	C/ San Isidro, s/n 45300	DOSBARRIOS CABAÑAS DE YEPES ONTIGOLA	925 13 15 00	925 13 08 87	925 13 02 00
PALOMAREJOS	C/ Barcelona, 2 45004	AZUCAICA	925 25 99 23	925 25 99 22	925 25 99 32
POLÁN	C/ Arroyo bajo, s/n 45161	ARGES CASASBUENAS GUADAMUR LAYOS NOEZ PULGAR	925 37 03 14	925 37 03 95	925 37 06 90

CENTRO	DIRECCIÓN	CONSULTORIOS	TELÉFONO CONTACTO	TELÉFONO URGENCIAS	FAX
PUEBLA DE MONTALBÁN	C/ Lino Ramos, 6 45516	CARPIO DEL TAJO ALBARREAL DEL TAJO BURUJON ESCALOÑILLA LA RINCONADA	925 75 10 44	925 75 13 38	925 74 54 60
SANTA BÁRBARA	C/ Esparteros, 6 45006	COBISA BURGUILLLOS	925 22 45 44 925 21 01 50	925 23 01 04	925 21 01 54
SANTA CRUZ DE LA ZARZA	C/ Hospital, 10 45370		925 12 51 80	925 12 53 98	925 12 56 64
SILLERÍA	C/ Sillería, 2 45001		925 21 10 53 925 21 15 65	925 25 99 22	925 25 07 93
SONSECA	C/ Mora, 16 45100	AJOFRÍN MAZARAMBROZ CHUECA	925 38 01 55 925 38 27 47	925 38 13 65	925 38 27 58
TEMBLEQUE	C/ Belén, s/n 45780	LA GUARDIA EL ROMERAL	925 14 55 60 925 14 55 72	925 14 52 60	925 14 57 25
TORRIJOS	Avda. Estación, s/n 45500	ALCABON BARCIENCE CARMENA GERINDOTE LA MATA NOVES RIELVES VAL DE STO DOMINGO	925 77 11 05 925 77 13 60	925 77 13 23	925 77 12 66
VALMOJADO	Avda. Castilla la Mancha, 19 45940	CALYPO CALALBERCHE CASARRUBIOS DEL MONTE MENTRIDA LA TORRE DE ESTEBAN HAMBRAN SANTA CRUZ DE RETAMAR	91 817 10 30	91 817 10 36	91 817 09 57
VILLALUENGA DE LA SAGRA	Paseo del Prado, s/n 45520	CABAÑAS COBEJA LOMINCHAR RECAS YUNCLER YUNCLILLOS	925 53 12 82 925 53 05 12	925 53 08 12	925 55 01 84
YEPES	C/ Santa Reliquia, 28 45313	VILLAMUELAS HUERTAS VALDECARABANOS VILLASEQUILLA CIRUELOS	925 15 50 00	925 15 44 81	925 14 71 02
NAVAHERMOSA	C/ Navarrosquellos, 59 45150	HONTANAR SAN MARTÍN DE MONTALBAN	925 42 85 93	925 42 83 29	925 41 04 26

HOSPITALES

Hospital “Virgen de la Salud”

Avda. Barber, 30	45004 Toledo	
Centralita	Teléfono: 925- 26.92.00	Fax: 925-21.48.36
Admisión	Teléfono: 925- 26.92.00	Ext. 209
Admisión Urgencias	Teléfono: 925- 26.92.17	
Atención al Paciente	Teléfono: 925.26.92.07	
Citaciones	Teléfono: 925- 26.91.84	
Donantes	Teléfono: 925.22.80.95	
Web: www.cht.es		

Hospital de Parapléjicos Toledo

Finca de La Peraleda, s/n	45071 Toledo (Toledo)	
Centralita	Teléfonos: 925- 26.92.50/ 925- 24.77.00	Fax: 925-24.77.45
Admisión	Teléfonos: 925- 24.77.15 / 925- 24.77.41	
Atención al Paciente	Teléfonos: 925- 24.77.00	Ext. 246
Citaciones	Teléfonos: 925- 24.77.04 / 925- 24.77.08	

Hospital Provincial Toledo

Subida de San Servando s/n	45006 TOLEDO	
Centralita	Teléfono: 925- 25.93.50	Fax: 925-25.93.60

CENTROS DE ESPECIALIDADES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (CEDT)

CEDT Toledo

Avda Barber, 26	45004 Toledo
Tlf: 925- 26.91.84/ 86	

CEDT de Illescas

Sandro Pertini s/n	45200 Illescas (Toledo)
Tlf: 925-53.46.00	

CEDT de Ocaña

C/ San Isidro, s/n	45300 Ocaña (Toledo)
Tlf: 925-13.15.00	

CEDT de Torrijos

Avda. de la Estación, s/n
Tlf: 925- 77.11.05/ 13.60

45500 Torrijos (Toledo)

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA TOLEDO

c/ Barcelona, 2
Tlfno: 925-25.99.00

45005 Toledo
Fax: 925-21.54.50

Consulta Joven (Coord. Gracia)

Pagina Web: [gaptoledo.es /consulta joven](http://gaptoledo.es/consulta_joven)

Teléfono: 925- 25.99.76
Mail: mdviseup@sescam.jccm.es

SALUD MENTAL

UNIDADES DE SALUD MENTAL:

Usm Infantojuvenil

C/ Mas del Rivero 17 Esc.1 - 2º-J
Tfno: 925- 22.38.51

45004 Toledo
Fax: 925 214 351

USM H Provincial de La Misericordia

Subida de San Servando s/n
Tfno: 925- 25.93.50
UHosp. Breve

45006 Toledo
Fax: 925- 25.93.60
Teléfono: 925- 25.93.50

Unidad de Salud Mental. (Sta. María de Benquerencia)

C/ Alberche s/n.
Tfno: 925- 23.35.50/ 925- 23.35.54

45007 Toledo

Teléfono de Información del Sescam

Teléfono: 900.25.25.25



fichas de RECOGIDA DE DATOS

9.

- 1 HISTORIA CONSULTA JOVEN.**
- 2 REGISTRO DE LLAMADAS TELÉFONICAS.**



FICHA I

HISTORIA CONSULTA JOVEN

DÍA MES AÑO

--	--	--

SEXO: F: ___ M: ___

CENTRO DE SALUD: _____ N° DE Hª: _____

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ C.P.: _____

CONSULTA PRINCIPAL

FECHA: Día Mes Año

EDAD: Años Meses

ACOMPAÑANTE:

Solo: Madre: Padre: Ambos: Pareja: Amigo/a: Pariente: Otros:

ESTADO CIVIL:

Soltero: Pareja Estable: Separado:

MOTIVO DE CONSULTA

INFORMACIÓN: **SEXUALIDAD:** **CONSUMO DE SUSTANCIAS:** **SALUD MENTAL:**

OTROS: **ASISTENCIAL:**

OBSERVACIONES RELEVANTES:

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES NORMALES	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
DESARROLLO NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
CRECIMIENTO NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
VACUNAS COMPLETAS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CRÓNICAS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
ENF. INFECCION CONTAGIOSAS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
ACCIDENTES INTOXICACIONES	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA HOSPITALIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTOS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
MALTRATO	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
JUDICIALES	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
OTROS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES FAMILIARES

CARDIOVASCULARES (HTA, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
ALERGIAS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
INFECCIONES (TBC, VIH, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
ALCOHOL, DROGAS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
MADRE ADOLESCENTE	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
TRANSTORNOS PSICOLOGICOS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
OBESIDAD	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
DIABETES	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
VIOLENCIA FAMILIAR	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
JUDICIALES	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>
OTROS	SI <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	NS: <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

FAMILIA

CONVIVE CON: Madre: Padre: Padrastro: Madrastra: Hermanos: Pareja: Hijo/a: otros:

VIVE En institución: En la calle: Solo:

PADRE

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto: Prim. incompleta: Primaria: Secund./técnico: Univ./licenc:

TIPO de TRABAJO

Ninguno: No estable: Estable:

Ocupación: _____

MADRE

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto: Prim. incompleta: Primaria: Secund./técnico: Univ./licenc:

TIPO de TRABAJO

Ninguno: No estable: Estable:

Ocupación: _____

PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE: Buena: Regular: Mala: No hay relación:

DIAGRAMA FAMILIAR

VIVIENDA

ELECTRICIDAD: SI: No:

AGUA: SI: No:

EXCRETAS: SI: No:

Nº DE HABITACIONES:

OBSERVACIONES A VIVIENDA: _____

OBSERVACIONES:

EDUCACIÓN

ESTUDIA: SI: No: NIVEL: Prim.: Sec: Univ.:

CURSO: PROBLEMAS EN LA ESCUELA: SI: No:

AÑOS REPETIDOS: Causa: _____

FALTA A CLASES: SI: No: Causa: _____

OBSERVACIONES:

TRABAJO

TRABAJA: SI: No: BUSCA TRABAJO: SI: No:

EDAD INICIO TRABAJO: TRABAJO (HORAS/SEMANA):

HORARIO DE TRABAJO: Mañana: Tarde: Noche: Todo el día: Fin de semana: Turnos:

TIPO DE TRABAJO:

OBSERVACIONES:

VIDA SOCIAL

INTEGRADO: NO INTEGRADO: NO SABE:

NOVIO/A SI: No:

AMIGOS SI: No:

ACTIVIDADES EN GRUPO: SI: No:

DEPORTES SI: No: Tipo: _____ Horas/semana:

TV SI: No: Horas/día:

OTRAS ACTIVIDADES: _____

OBSERVACIONES:

HÁBITOS

SUEÑO NORMAL Si: No: Horas/día:

ALIMENTACIÓN ADECUADA Si: No:

DIETA Si: No:

COMIDA FAMILIA Si: No:

TABACO FUMA Si: No:

Nº DE CIGARROS/DÍA:

EDAD INICIO:

ALCOHOL BEBE Si: No:

Nº DE COPAS/DÍA:

EDAD INICIO:

OTROS CONSUMOS Si: No: FRECUENCIA Y TIPO: _____

CONDUCE Si: No: CUÁL: _____

OBSERVACIONES:

GINECOLÓGICO

EDAD DE LA MENARQUIA:

FECHA ÚLTIMA REGLA / / No conoce:

CICLOS REGULARES Si: No: NC:

DISMENORREA Si: No: NC:

FLUJO PATOL/SECRECIÓN PENE Si: No:

RELACIÓN SEXUAL NO: Hetero: Homo: Ambas:

EDAD INICIO REL. SEX. Años:

PAREJA: ÚNICA: VARIAS: NC:

PROBLEMAS EN REL. SEX. No: Si: NC:

ABUSO SEXUAL Si: No:

E.T.S. Si: No: Cuál: _____

ANTICONCEPCIÓN Siempre: Nunca: A veces: Nc: Cuál: _____

NECESITA INFORMACIÓN Si: No:

EMBARAZOS: **HIJOS:** **ABORTOS:**

OBSERVACIONES:

PSICOEMOCIONAL

IMAGEN CORPORAL Conforme: Crea preocupación: Impide relación con los demás:
AUTO PERCEPCIÓN Alegre: Triste: Tímido: Nervioso: Otro:
REFERENTE ADULTO Madre: Padre: Amigo/a: Otro familiar: Ninguno:
PROYECTO DE VIDA Claro: Confuso: Ausente:

OBSERVACIONES:

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL Normal: Anormal: **PESO:** Kg. **TALLA:** cms.
Perc. Peso/talla: Perc. Talla/edad:
PIEL Y FANERAS Normal: Anormal: **CABEZA** Normal: Anormal:
AGUDEZA VISUAL Normal: Anormal: **AGUDEZA AUDITIVA** Normal: Anormal:
BOCA Y DIENTES Normal: Anormal: **CUELLO Y TIROIDES** Normal: Anormal:
TORAX Y MAMAS Normal: Anormal: **CARDIO PULMONAR** Normal: Anormal:
P.A. Sistólica: Diastólica: **FRECUENCIA CARDIACA:** latidos/min.
ABDOMEN Normal: Anormal: **GENITO-URINARIO** Normal: Anormal:
TANNER Mamas: Vello pub: Genitales: **COLUMNA** Normal: Anormal:
EXTREMIDADES Normal: Anormal: **NEUROLÓGICA** Normal: Anormal:

OBSERVACIONES:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

INDICACIONES: _____

DERIVACIONES: _____

Fecha próxima visita: / /

FICHA II

REGISTRO DE LLAMADAS TELEFONICAS

PROCEDENCIA DE LAS LLAMADAS

PROVINCIA: _____

PROCEDENTES DE OTRAS CC.AA

Comunidad Autonoma: _____

SE CORTO LA LLAMADA:

NO SE PUDO OBTENER NINGÚN TIPO INFORMACIÓN:

HORA ENTREVISTA: _____ **DÍA ENTREV:** _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

PERFILES DE LOS USUARIOS

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LLAMA? Si: No: 1: 2: 3: más:

¿PODRÍA INDICARME SU EDAD?

Si expresa reticencia a dar la edad exacta, solicitar que se sitúe en uno de los intervalos de edad preestablecidos

¿PODRÍA INDICARME EN QUÉ INTERVALO DE EDAD DE LOS QUE LE VOY A MENCIONAR SE INCLUYE VD.?

Menos de 12 años: H Fin de la entrevista

12-16 años:

17-18 años:

19- 25 años:

25- 29 años:

Más de 29 años: H Fin de la entrevista

SEXO:

Hombre: Mujer:

EN LA ACTUALIDAD, ¿ESTÁ TRABAJANDO O ESTUDIA? (SI ESTUDIA Y TRABAJA PREDOMINA EL TRABAJO)

Estudia: Curso: _____

Trabaja: Tipo: _____

No ocupación: Cobra paro: _____ No cobra paro: _____

Busca trabajo:

¿ME HA DICHO QUE CONSULTA POR? _____

MOTIVOS DE CONSULTA

INFORMACIÓN SOBRE CONSULTA JOVEN

¿Qué es la consulta joven?

¿Donde está ubicada? Dirección

Horario

Requisitos de atención (¿hay que citar, puedo ir solo o con amigos?, etc)

Sugerencias

TABLA I

INFORMACIÓN SOBRE

Sexualidad

- Anticoncepción
A. de Emergencia
Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.)

Consumo de sustancias

- Alcohol
Tabaco
Otras Drogas

Salud mental

- Alimentación
Relación interpersonal
Conductas
Depresión
Otros trastornos
OTROS TEMAS

SERVICIOS DE INFORMACIÓN ON LINE

- ¿Sabe de existencia de página web? Si No
¿Ha consultado otros servicios de información on line (de internet) Si No

OTROS SERVICIOS DE INFORMACIÓN SOBRE CONSULTA JOVEN

- Terceras personas / amigos / conocidos
Prensa (Anuncios clasificados)
Tarjetas / folletos de profesionales, etc.
Profesionales sanitarios de su centro de salud
Profesionales del Educación
Otros (especificar)
No sabe/No contesta

¿ENCONTRÓ USTED LA INFORMACIÓN QUE BUSCABA?

- Si:
No:
Nc:

1. Acosta Estévez E, Dueso García C, Ceinos Arcones M. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. *Aten Primaria* 2001; 27:271-274.
2. Aguilar ME, Sagredo J, Heras G, Estevez JC, Linares ML, Peña E. Atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario en un Equipo de Atención Primaria: identificando oportunidades de mejora. *Aten Primaria* 2004, 34 (1): 26-3.
3. Álvarez D, Arribas L, Cabero, L, Lete L, Ollé C, de Lorenzo R. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Documento de consenso de las sociedades SEGO, SEC y semFYC. Disponible en URL: <http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/guia.html> [consultado el 13-1-2006].
4. AMA Council on Scientific Affairs. Confidential health services for adolescents. *JAMA* 1993;269:1420-4.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Emergency contraception. *Pediatrics*. 2005; 116(4):1026-35. Disponible en URL: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;116/4/1026.pdf> [consultado el 13-1-2006].
6. American Academy of Pediatrics. Emergency contraception. *Pediatrics* 2005; 16:1038-47.
7. Atalah, E.; Radrigan, M.E. (1992). "La desnutrición infantil. Manual de prevención y tratamiento".
8. Barcia Salorio D. Confidencialidad y Consentimiento Informado en Psiquiatría. Madrid: You Us, 1998.
9. Barrio G, De la Fuente L, Camí J. El consumo de drogas en España y su posición en el contexto europeo. *Medicina Clínica* 1993; 101: 344-355.
10. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999; 340(14): 1092-8.
11. Benítez Rubio MR, Medranda de Lázaro C, Pizarro Hernández C. Anticoncepción en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5:89-113.
12. Boix G. C., García G. E., González C., M.D. Nuevas demandas de la población *Rev Clin Med Fam* 2005; 1 (1): 32-38 38.
13. Bonacho Paniagua I. Anticoncepción. *Guías Clínicas* 2004; 4 (52). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.asp#postcoital> [consultado el 13-1-2006].
14. Burt, M. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/OMS, Washington, DC.
15. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julián R, Ponce de León C, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones, 2000.

16. Calderone, M.S. y Ramey, J.W. (1987). Como hablar con tus hijos sobre sexo. Barcelona. Granica.
17. Canessa, P.; Nykiel, C. (1997). Manual para la educación para la salud integral del adolescente. OPS/OMS, FNUAP, Washington, DC, mayo.
18. Consejería de Madrid (1992). Alcohol y salud. Informe sanitario dirigido a la comunidad escolar. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.
19. Conserjería de Sanidad Guía de manejo de Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario - JCCM, 2001.
20. Córdoba García R, Ortega SanchezPinilla R, Cabezas Peña C, Forés García D, Nebot Adell D. Recomendaciones sobre el estilo de vida . Tabaquismo. PAPPS-semFYC]. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
21. Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Altisent R, Fores D. Eibal: Estudio de intervención breve en el consumo excesivo de alcohol. Zaragoza: Unidad docente de medicina familiar y comunitaria. Insalud; 1996.
22. Costa, M.; Lopez, E.(1996) Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide.
23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (1995). Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Informe año 1994. Madrid.
24. Escohotado A. (1994) Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza Cien.
25. García Cervera J et al. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia: Generalidades y prevención. In: Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. ed. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001:539-79.
26. García, P. (1991). Propuesta de un modelo de intervención para el cambio de actitudes y tratamiento ante el consumo de drogas. Programa de evaluación e intervención en Educación Especial. VIII Jornadas de Universidades y Educación Especial. A Coruña. pp. 359-374.
27. Gómez Giraudo, M.T. Adolescencia y Prevención: conducta de riesgo y resiliencia. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (grupo del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud).
28. Grup Igia (1989). Jornadas sobre la prevención de las drogodependencias. Experiencias en diferentes países. Ponencias y conclusiones. Barcelona: Grup Igia.
29. Grup Igia.¿Es posible la integración? Relación entre los servicios de atención primaria sanitaria y de servicios sociales con los Centros de atención a las Drogodependencias (1990).
30. Gual A, Colom J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. Jano 1998; LIV (1241): 40-46.
31. Hernandez C.A.(1996) Familia y Adolescencia. En: Indicadores de aplicación de instrumentos. OPS. Washington. D.C.

32. Hofmann AD. A rational policy toward consent and confidentiality in adolescent health care. *J Adolesc Health Care* 1980; 1:9-17.
33. Jiménez R. La medicina de familia y la adolescencia. *Aten Primaria* 2003; 32 (10): 555-556.
34. Kickbusch, I. (1996). "El autocuidado en la promoción de la salud". En *Promoción de la salud: una antología*. OPS/OMS, Publicación científica N° 557. Washington, DC.
35. Ley 41/2002 de 14 de noviembre (BOE 15-11-2002) Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
36. Llopis Pérez A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. In: *Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia.*, ed. *Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. Zaragoza: INO Reproducciones S.A., 2001:705-32.
37. Lopez A., Serrano I., Alaez M. Atención específica a adolescentes en anticoncepción. *Clin. Invest. Ginec. Obst.*, 1989.
38. López F, et al. Actualización en anticoncepción de emergencia. Artículo especial *Rev. Clin. Med. Fam.* 2006; 1 (3): 135-141.
39. López Sánchez, F. (1995). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI.
40. M.I. Gil Canaldaa, J.P. Candela Villanuevab y M. Cecilia Rodríguez. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II).
41. Mardomingo M.ªJ. *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y arte. Ed. Narcea. Madrid. 2002.
42. Martín-Zurro A. Prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado presente y futuro. *Aten Primaria* 2004; 33: 295-296.
43. Moberg, D.P. y Hahn, L. (1991). The Adolescent Drug Involvement Scale. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 2, 75-88.
44. Munist, M.; Maddaleno, M.; Suárez Ojeda, N. *Manual de medicina de la adolescencia*. OPS/OMS. Washington, DC. ECO Salud Ed. En Silber, T.
45. OMS. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3a ed (2005). Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/es/mec/mec_es.pdf [consultado el 13-01-2006].
46. OPS. *Lineamientos y criterios para la programación y evaluación de Programas de Salud Integral de Adolescente*. Washington, DC. 1989.
47. OPS. *Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente (1997)*OMS. Programa de Salud de familia y población.
48. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. 2a edición. Ginebra: OMS, 2005. Disponible en URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/spr/spr_es.pdf [consultado el 13-1-2006].

49. Organización Panamericana de la Salud-OMS. Manual de medicina de la adolescencia.1997.
50. Pérez García I, Pérez Campos EF, Plá Ernst E. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. Rev Pediatr Aten Primaria 2005;7 Supl I: S81-87.
51. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010.
52. Plan Joven 2003 - 2007 - Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
53. Polaino-Lorente, A.(1987). Educación para la salud. Barcelona: Herder.
54. Prandi F. Una visión integral del adolescente y su salud. Bol Pediatría 1992;33:321-7.
55. Programa de la infancia y adolescencia 2005 Grupos de Expertos del PAPPS.
56. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2): 30-44.
57. Rodrigo M, Moreno JM, Hernández R, Solano M. Trastornos de la conducta alimentaria. Medicine. 2003; 8 (116): 6217-6224.
58. Rodríguez-Martos, A., Gual A., Llopis, J. La Unidad de bebida estandar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Medicina Clínica (Barcelona) 1999; 112; 446- 450.
59. Ruiz Lázaro PJ. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria: un reto para la atención primaria. Aten Primaria 2003; 32 (7): 403-9.
60. Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los transtornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Aten primaria 2001; 27:428-431.
61. Salleras, Ll. (1985). Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Díaz de Santos.
62. Sebastián Aparicio MP, Abasolo Galdos RM, Olano Argote J. Abordaje de los trastornos de la alimentación en Atención Primaria. Jano 2001; 61 (1410): 48-53.
63. Silagy C. Consejo médico para dejar de fumar (Revisión Cochrane). En: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software.
64. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Programa de actividades de prevención y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
65. Vega A (1993). La acción social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa. Narcea. Madrid.
66. Viudez Cabañas C. Aspectos ético-legales de la contracepción de emergencia. FMC 2005; 12:277-80.