



saludmesoamerica2015.org

Plan de desarrollo y actualización de los documentos normativos y protocolos de tamizaje de atención integral para adolescentes

Costa Rica

Abril 2014

Documento preparado bajo el contrato No. SCL/SPH.13.12.00-C en colaboración entre
Management Sciences for Health y Family Care International

Participantes en la elaboración del manual

Equipo Técnico Caja Costarricense de Seguro Social

Mario León Barth
Raúl Sánchez
Geovanna Mora
Marco Díaz
Nineth Alarcón
Minor Sequeira
Carlos Garita

Equipo Técnico Ministerio de Salud

Rosibel Méndez
Olga Hernández
Nancy Vargas
Rafael Salazar
Andrés Sánchez

Equipo Consultor de Managment Science for Health y Family Care International

Jessica Mac Donald
Paz Robledo
Hannia Fallas
Griselda Ugalde
Laura Delgado
Marianella Vega
María Faget

Contenidos

Siglas y abreviaturas	4
Glosario	5
I. Introducción	6
II. Referencias normativas internacionales y nacionales	8
III. Alcance y campo de aplicación	10
IV. Objetivo general.....	11
V. Metodología.....	12
VI. Atención integral en salud de la población adolescente con énfasis en SS/SR	13
6.1 Marco referencial	13
6.2 Operativización de la atención integral de la persona adolescente con énfasis en SS/SR	18
6.2.1 Accesibilidad de los servicios de salud para adolescentes	18
6.2.2 Servicios de salud amigables para adolescentes.....	20
6.2.3 Perfil deseable del personal de salud que atiende a adolescentes.....	22
6.2.4 Servicios de atención a las necesidades y problemas en SS/SR.....	23
6.3 Intervenciones y acciones.....	23
VII. Descripción de actividades	29
7.1 Actividades para la organización de la prestación de servicios de salud.....	30
7.2 Actividades de atención a la SS/SR de las personas adolescentes en los EBAIS	34
7.3 Actividades de atención de las necesidades de adolescentes con actividad sexual.....	56
7.4 Atención de adolescentes con trastornos de salud sexual	64
7.5 Atención a adolescentes durante el embarazo, parto y posparto.....	70
7.6 Actividades para el seguimiento.....	74
VIII. Bibliografía.....	76
IX. Anexos.....	80
Anexo N° I: Ficha de registro de consulta en salud y evaluación de riesgos.....	80

Siglas y abreviaturas

ATAPS	Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEINNAA	Comités de Estudio y Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente Agredidos
CNA	Código de Niñez y Adolescencia
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
ENJ	Encuesta Nacional de Juventud
ENSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
ESC	Explotación Sexual Comercial
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEP	Ministerio de Educación Pública
MS	Ministerio de Salud
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
OCIS	Oficina de Cooperación Internacional de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIA	Programa de Atención Integral a la Adolescencia
PANI	Patronato Nacional de la Infancia
PENSPA	Plan Estratégico Nacional de Salud Integral de las personas adolescentes
PNNA	Política Nacional de Niñez y Adolescencia
PPP	Curso de Preparación Psicofísica al Parto
SS/SR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SM-2015	Salud Mesoamérica 2015
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UCL	Unidad de Coordinación Local
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	Organización Mundial de la Salud

Glosario

Derechos reproductivos: Abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y, a, disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Programa de Acción. Párrafo 7.3).

Derechos sexuales: El derecho de toda mujer y hombre a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta/o a coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual. (Adaptado de la Conferencia Mundial de la Mujer, párrafo 96).

Calidad de atención en salud: Es el grado en que los servicios sanitarios para las personas y las comunidades o poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de calidad deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos. La calidad está compuesta por siete dominios: eficiencia, efectividad, oportunidad, seguridad, equidad y centralizada en la persona, familia o colectividad.

Determinantes sociales de la salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS).

Salud sexual: Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos. (World Association For Sexology). El objetivo de la salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. (UNFPA).

Salud Reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (UNFPA).

I. Introducción

El presente *Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de las personas adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*, ha sido elaborado en el contexto del Proyecto Salud Mesoamérica 2015 (Proyecto SM-2015), cuyo propósito en el país es “contribuir a la reducción del embarazo adolescente, apoyando el desarrollo de un modelo intersectorial a través de redes locales para la prevención del embarazo y atención a la maternidad y paternidad precoz, con modalidades diferenciadas de atención a adolescentes, de acuerdo a sus distintos niveles de exposición a riesgos” (BID, Manual Operativo del Proyecto, 16).

Dicho proyecto se enmarca en el convenio que la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS) del Ministerio de Salud, suscribió para la realización de la primera operación individual del programa SM-2015, con el financiamiento no reembolsable de un tramo de inversión equivalente a un 40% con los aportes de Bill & Melinda Gates Fundación, el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Agencia de Cooperación Española (AECID) y la asistencia técnica y de gestión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), así como con la contrapartida local del 60% por parte de la OCIS.

La implementación del proyecto se realiza en las regiones HuetarAtlántica y Brunca, con una cobertura de las siguientes 11 Áreas de Salud: Guácimo, Siquirres, Talamanca, Valle de la Estrella, Matina, Cariari, Coto Brus, Osa, Corredores, Buenos Aires y Golfito, correspondientes a los cantones de estas regiones seleccionados por su menor nivel de desarrollo.

Los objetivos del Proyecto SM-2015 para el país son: a) mejorar la calidad de atención de servicios de salud materna, neonatal e infantil para las adolescentes; b) mejorar la calidad, la utilización y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes; y c) generar evidencias sobre buenas prácticas integrales para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Para el alcance de estos objetivos, el proyecto contempla un componente orientado al “fortalecimiento de los servicios de atención integral en SSR para adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos”, el cual busca mejorar algunas prestaciones claves de las redes locales de salud, a fin de asegurar condiciones óptimas de acceso y participación de las y los adolescentes.

En esta línea, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se propone el desarrollo de una normativa específica que oriente la atención integral de las personas adolescentes, lo que ha posibilitado la elaboración de la *Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las personas adolescentes en su componente de salud sexual y salud reproductiva*, promulgada por el Ministerio de Salud y de aplicación obligatoria en servicios de salud públicos y privados.

La institución no ha actualizado su normativa para la atención integral de la población adolescente desde 1996. Por esta razón, este Manual Técnico y de Procedimientos representa una respuesta institucional ante las disposiciones establecidas en la Norma Nacional, y a la vez, complementa múltiples esfuerzos y estrategias para mejorar la situación de salud de las personas adolescentes y el cumplimiento de compromisos de país, alineado con la normativa internacional y nacional en esta materia.

Este Manual constituye además, una herramienta fundamental para la implementación de las intervenciones del Proyecto SM 2015, en tanto especifica directrices técnicas y operativas para su ejecución en las 11 Áreas de Salud de las Regiones Huetar Caribe y Brunca donde se desarrolla el mismo. Debe destacarse que los resultados que arroje el Proyecto, a partir de su evaluación y sistematización, permitirán validar las distintas acciones que se indican en este Manual, y así facilitar su implementación posterior en el resto del país.

La persistencia de enfoques y paradigmas tradicionales con una visión negativa de la adolescencia, la falta de lineamientos claros en los servicios de salud, y los pocos conocimientos sobre la especificidad de esta etapa del desarrollo, favorecen el manejo discrecional de la atención a esta población, lo que muchas veces se traduce en una atención deficitaria y con limitaciones para que las y los adolescentes accedan a recursos claves de protección para la salud y prevención de enfermedades.

Por ello, se destaca la oportunidad de contar con este Manual Técnico y de Procedimientos que orienta el accionar del personal de salud, y favorece la implementación de una atención diferenciada para adolescentes, que responda efectivamente a las características y necesidades particulares de este grupo poblacional.

Este Manual busca por lo tanto, orientar la prestación de los servicios de salud de manera estandarizada, pero suficientemente flexible para adecuarlos a las realidades locales. Las acciones y actividades impulsadas están basadas en la evidencia mundial y nacional, así como en la experiencia del personal de salud consultado que atiende a esta población.

El presente documento cuenta con dos partes, la primera de ellas comprende el manual técnico, en el cual se explicita el marco conceptual y técnico que debe fundamentar el quehacer operativo de la atención integral en salud a las personas adolescentes, con énfasis en SS/SR. En la segunda parte del documento se presenta el manual de procedimientos, en el cual se describe como se desarrollarán las acciones específicas de atención enunciadas en el manual técnico.

II. Referencias normativas internacionales y nacionales

Tabla I. Instrumentos Normativos Internacionales y Nacionales

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
Internacionales	<p>Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.</p> <p>Declaración sobre los Derechos del Niño, 1959.</p> <p>Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969.</p> <p>Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, ratificado y adoptado por Costa Rica en 1976.</p> <p>Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979, ratificada por Costa Rica en 1984.</p> <p>Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.</p> <p>Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará), 1994, ratificada por Costa Rica en 1995).</p> <p>Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995.</p> <p>Declaración de Panamá, 2000.</p> <p>Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, 2001.</p> <p>Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007.</p>
Leyes nacionales	<p>Constitución Política de Costa Rica, 1949.</p> <p>Ley N° 4573 Código Procesal Penal, 1996.</p> <p>Ley N° 5395 Ley General de Salud, 1984.</p> <p>Ley N° 5476, Código de Familia, 1974.</p> <p>Ley N° 7184 Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990.</p> <p>Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312 del año 2002.</p> <p>Ley N° 7739 Código de Niñez y Adolescencia (CNA), 1998.</p> <p>Ley N° 7771 Ley General sobre el VIH/Sida, 1998.</p> <p>Ley N° 8101 Ley de paternidad responsable, 2001.</p> <p>Ley N° 8239 Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud Pública y Privada, 2002.</p>

Tipo de Instrumentos	Nombre del instrumento y fecha
	<p>Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven, 2002.</p> <p>Ley N° 7600 Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, 2005.</p> <p>Ley N° 7899 Ley contra la explotación sexual comercial de personas menores de edad, 1999.</p> <p>Ley N° 3261 Reglamento de la Ley de derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 2005.</p> <p>Ley N° 8590 Para el fortalecimiento de la lucha contra la explotación sexual de las personas menores de edad, 2007.</p> <p>Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2007.</p>
Decretos Ejecutivos	<p>N° 13032-P-SPPS Código de Moral Ética, 1981.</p> <p>N° 27913-S Decreto sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999.</p> <p>N° 30007-S Reglamento del Comité de Estudio del Niño Agredido, 2002.</p>
Políticas	<p>Política Nacional de VIH y Sida 2007-2015.</p> <p>Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017.</p> <p>Política del Sector Salud para la Atención de los Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en Costa Rica (2008).</p> <p>Política Nacional de Niñez y la Adolescencia 2009-2021.</p> <p>Política Pública de la Persona Joven (2010).</p> <p>Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género 2010-2020 (CCSS) Política Nacional de Sexualidad 2010-2021.</p> <p>Política Nacional de Salud 2011-2021.</p>
Planes	<p>Plan Nacional de Salud 2010-2021.</p> <p>Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA).</p> <p>Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011-2015.</p> <p>Plan de Acción Consejo Interinstitucional de Atención Madre Adolescente (2012-2016).</p>

III. Alcance y campo de aplicación

Este manual se dirige al personal de salud que presta servicios en los tres niveles de atención en salud de la CCSS, especialmente el primer y segundo nivel de atención, que deberá brindar una atención integral a la población adolescente con énfasis en salud sexual y salud reproductiva. Así mismo a las respectivas instancias regionales, para su ejercicio de supervisión de la atención brindada por los servicios de salud.

IV. Objetivo general

Establecer un marco técnico y operativo que guíe al personal de salud en la prestación de servicios de atención integral en salud con énfasis en SS/SR a las personas adolescentes de 10 a 19 años, de acuerdo a la normativa establecida, garantizando una atención diferenciada, amigable, con calidez y calidad, y adecuada a las características, necesidades y problemas de salud de la población adolescente.

V. Metodología

La elaboración de este Manual estuvo a cargo de un Equipo Consultor Nacional y Regional de Family Care International (FCI), bajo la conducción de Management Science for Health (MSH), bajo contrato con el Proyecto SM-2015 y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Para su elaboración se desarrolló previamente una etapa diagnóstica que comprendió la revisión del marco jurídico del país, las políticas y planes nacionales identificando los mandatos específicos para la prestación de servicios de salud a la población adolescente. A su vez, se evaluó la normativa institucional vigente para este grupo poblacional, y se realizaron consultas a personas expertas en adolescencia y salud a nivel internacional y nacional, equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la CCSS, personal de salud que brinda atención directa a las personas adolescentes en los EBAIS y Equipos de Apoyo en las Áreas de Salud, hospitales regionales, periféricos y nacionales. También se consultaron grupos de adolescentes de la Región Huetar Caribe y de la Red Nacional de Adolescentes del PANI.

Asimismo se realizaron búsquedas sistemáticas de literatura internacional y nacional sobre buenas prácticas, evidencias e innovaciones en atención integral a la población adolescente, con énfasis en SS/SR. Para ello indagó en bases de datos especializadas como *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (Lilacs)*, *Pubmed*, *Cochrane Library*, *Embase* y *Adolec*.

VI. Atención integral en salud de la población adolescente con énfasis en SS/SR

Para poder ofrecer una atención integral en salud dirigida a la población adolescente, primero es necesario comprender las características y necesidades particulares de este grupo etario, en especial en materia de salud sexual y salud reproductiva. Desde esta comprensión inicial es posible identificar los retos que implica brindar servicios de salud adecuados.

A continuación se presenta el marco de referencia de la Norma Nacional, el cual debe orientar el quehacer en los servicios de salud diferenciados y adecuados para las y los adolescentes.

6.1 Marco referencial

La adolescencia es una etapa del curso de la vida caracterizada por grandes cambios biológicos, psicológicos y en las relaciones sociales e interpersonales. Las y los adolescentes conforman un grupo poblacional especialmente sensible a los cambios sociales y económicos que van determinando sus oportunidades de desarrollo. Es importante considerar que estas oportunidades no se distribuyen de manera homogénea en la sociedad, y que los contextos y condiciones de vida en que se desarrollan las personas tienen un peso determinante en los perfiles de salud de los grupos humanos.

La OMS/OPS establece la adolescencia como aquel período de la vida comprendido entre los 10 y 19 años, y es esta delimitación la que se utiliza en el sector salud nacional, y por tanto la que rige esta Norma Nacional de Atención Integral a la Persona Adolescente. En esta etapa se pueden diferenciar tres sub-etapas con características y necesidades diferentes: adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). Estos subgrupos no son homogéneos, existen diferencias entre hombres y mujeres, adolescentes rurales o urbanos, grupos étnicos y según condiciones de vida, por lo que es fundamental tomar en cuenta y respetar la diversidad de manifestaciones de la adolescencia.

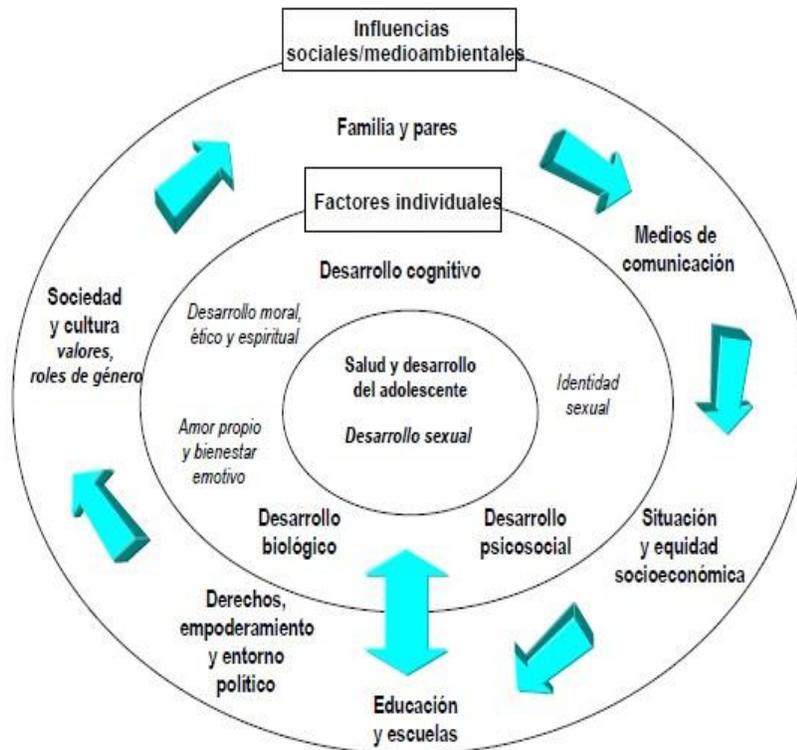
La salud sexual y la salud reproductiva (SS/SR) son aspectos esenciales de la salud y el bienestar de las personas, y como antes se indicara, es justo en la adolescencia cuando un porcentaje importante de la población inicia su actividad sexual genital, muchas veces con poca o nula educación e información adecuada y suficiente.

Vivir con salud sexual y salud reproductiva es un derecho que involucra el desarrollo de una sexualidad responsable y placentera sin que las personas estén sujetas a coerción, abuso, manipulación o violencia. También implica disfrutar de una sexualidad libre de infecciones de transmisión sexual o de embarazos no planeados, lo que requiere tener acceso a información, educación y a todos los recursos necesarios que posibiliten el ejercicio pleno de ese derecho, con las responsabilidades que implica.

Tal como señala Shutt-Ainne y Maddaleno (2003), el desarrollo saludable de las y los adolescentes está vinculado al desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo de las y los adolescentes, e influido por los grupos de pertenencia como la familia, el grupo de pares, y los ambientes donde crecen y se desarrollan, como los centros educativos, espacios laborales y las comunidades. El nivel socioeconómico y el nivel educativo, así como el grado de posicionamiento social y cultural de los derechos humanos y el empoderamiento de este grupo poblacional son también determinantes. Todos estos factores están entrelazados y son interdependientes, como se muestra en el siguiente esquema.

Esquema I:

Influencias y factores que coinciden en el desarrollo sexual de la persona adolescente

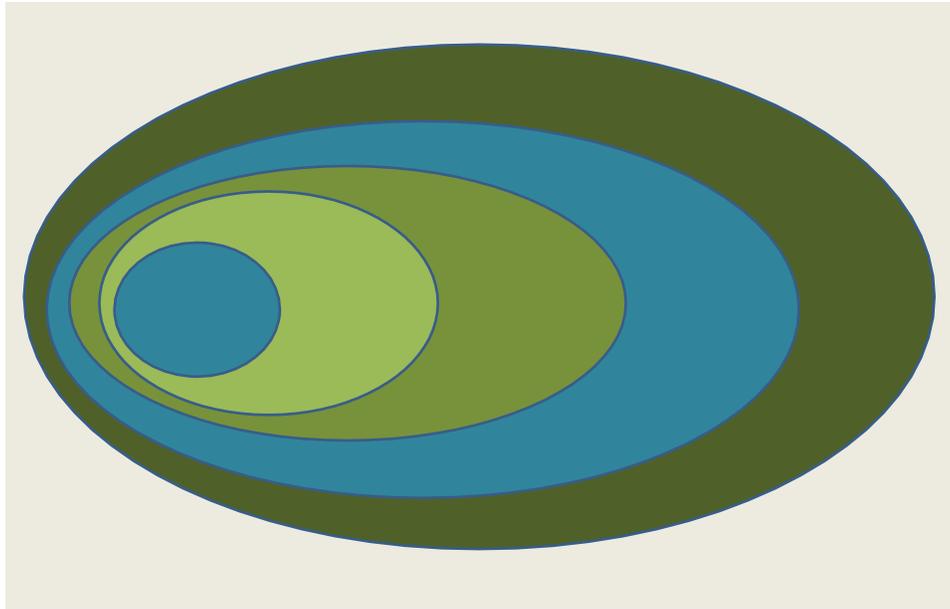


Fuente: Schutt- Ainne y Maddaleno, Matilde. (2003)

Un abordaje de la SS/SR, para que sea efectivo, debe procurar incidir en todas estas dimensiones a partir de una visión de determinantes sociales de la salud y desde un modelo de abordaje en red interinstitucional e intersectorial. Por ello es importante poder identificar las acciones más efectivas para abordar aspectos clave de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes.

La reducción del embarazo en adolescencia es sin duda un aspecto medular que requiere comprenderse desde su determinación. Este es un asunto que involucra no solo aspectos de salud sino de justicia y de oportunidades de desarrollo, así como de exposición a riesgos diferenciados según el sector social de pertenencia de la o el adolescente. El embarazo en esta etapa del curso de vida es el resultado de diversas presiones provenientes de muchas direcciones y niveles, tal como lo explica el último Informe del Estado de la Población Mundial (UNFPA, 2013) y se presenta en el siguiente esquema.

**Esquema 2:
Modelo ecológico: Factores que influyen en el embarazo en adolescentes**



Escuela Individual	Familia	Escuelas/pares	Comunidad	Nacional
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de pubertad e inicio sexual. • Crianza de las niñas en la cual la maternidad es la única opción en la vida. • Desigualdad de género internalizada. • Desconocimiento de las capacidades que están en desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas negativas para las hijas mujeres. • Poco valor por la educación. • Actitud favorable hacia la unión conyugal temprana. • Violencia intrafamiliar e incesto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstáculos para que las niñas asistan a la escuela y permanezcan en ella. • Falta de información o de acceso a una educación sexual de calidad. • Abuso sexual. • Presión del grupo. • Actitudes negativas con respecto al género y conducta riesgosas de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes negativas sobre la autonomía de las niñas. • Actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a métodos anticonceptivos. • Disponibilidad limitada a los servicios adecuados para las y los adolescentes. • Clima de coacción, violencia física y sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos. • Ausencia de legislación que sancionen la unión conyugal temprana. • Pobreza.

Fuente: Adaptación de UNFPA (2013) Estado de la población Mundial

Uno de los desafíos más grandes que debe enfrentarse en la atención integral desde los servicios de salud dirigida a las y los adolescentes, es la necesidad de adecuarlos a las características propias de esta población y a las particularidades de los diversos grupos que la conforman, procurando un abordaje intercultural. De ahí que diversos organismos internacionales como la OMS, OPS, UNFPA y UNICEF (Montero y González, 2010), recomiendan la implementación de servicios de salud amigables con las y los adolescentes. Esto implica que sean accesibles geográfica y culturalmente, agradables, confidenciales, integrales, interdisciplinarios y que promuevan la autonomía y el respeto al consentimiento informado.

Se deberá garantizar que los servicios de salud brinden a la población adolescente información comprensible, veraz, científica y adecuada a su cultura; se creen ambientes seguros, de apoyo y orientación, así como se desarrollen estrategias de educación en salud que les permita a las personas adolescentes desarrollar habilidades para la toma de decisiones saludables, acorde con la adquisición progresiva de su autonomía como personas. También brindarles los recursos para la regulación de la fecundidad y protección adecuada, así como anticiparse e intervenir oportunamente los riesgos para la salud, y en caso de identificar problemas, brindar una atención de calidad. Esto sin olvidar que los servicios pueden ser la puerta de entrada para identificar situaciones que afectan el desarrollo de las y los adolescentes, y que aunque escapen del ámbito de los servicios de salud, se deben hacer las coordinaciones oportunas con otras instancias competentes para lograr una verdadera atención integral en salud que garantice a las y los adolescentes el mejor nivel de desarrollo humano.

Enfoques rectores²

Los criterios conceptuales y metodológicos que deben ser aplicados en la atención integral de la salud sexual y la salud reproductiva de la población adolescente en los servicios de salud, se resumen en la aplicación de los siguientes enfoques:

a) Enfoque de derechos

La atención en salud dirigida a la población adolescente debe basarse en el reconocimiento de las personas menores de edad como sujetos de derechos. En este marco, la persona adolescente se visualiza como sujeto activo y no simple receptor de acciones; se busca con ello romper con los esquemas caritativos, asistenciales y las intervenciones arbitrarias o discrecionales. Se deben eliminar actos discriminatorios, ya sea por distinción, exclusión o restricción, que tengan por objeto o por resultado la violación de un derecho humano a las personas adolescentes. Los servicios de salud para operar desde este enfoque deben contemplar el respeto a la dignidad de las personas adolescentes y el derecho a la confidencialidad, entre otros derechos.

b) Enfoque de desarrollo humano y desarrollo integral

Una atención integral en salud de las y los adolescentes debe contemplar todas las dimensiones de su persona, sean físicas, intelectuales, sociales, culturales y afectivas, en su dinámica de crecimiento y desarrollo específico. En la adolescencia en particular se requiere reconocer que son personas en proceso de consolidar su propia identidad (individuación) y adquirir su autonomía en forma progresiva. Procesos de maduración neurobiológicos y sociales hacen que las y los adolescentes presenten características particulares que deben ser

¹ Tal como indica la evidencia, el inicio temprano de actividades educativas en SSR y el acompañamiento familiar y de las instituciones a las personas adolescentes, contribuyen a la toma de decisiones saludables como el retraso en el inicio de actividad sexual y otras conductas de protección adecuadas.

² Basados en varios documentos: Política Nacional de Niñez y Adolescencia (2009); Glosario, PNUD (2009); Facio (2008), así como evidencias neurobiológicas (Fischhoff, et al, 2001; Johnson, et al, 2009; Oliva Delgado, 2007; White, 2009; Blakemore, et. al, 2010; Forbes, E., et al., 2010; Romer, 2010), CCSS (2012).

comprendidas y consideradas en la atención que se les brinde para garantizar su adecuación y efectividad. Esto desde la perspectiva del desarrollo humano implica facilitar procesos de ampliación de oportunidades y libertades para las personas adolescentes, a través del fortalecimiento y la expansión de sus capacidades individuales y colectivas, en especial la posibilidad de disfrutar una vida larga y saludable, tener acceso a la educación y a un nivel de vida de calidad.

c) Enfoque de equidad

No todas las personas adolescentes están en igualdad de condiciones ni gozan de las mismas oportunidades para disfrutar una vida saludable y un desarrollo pleno. De ahí que es necesario considerar de manera sistemática que las condiciones reales de la existencia produce desigualdades en los grupos sociales. Por lo tanto es necesario implementar acciones que permitan compensar y corregir determinadas injusticias en el acceso a recursos y oportunidades, favoreciendo la inclusión e integración social, así como el desarrollo humano de aquellas personas que históricamente han sido discriminadas y excluidas del desarrollo social y económico. Por ello, la aplicación de este enfoque implica desarrollar medidas que favorezcan a aquellas personas adolescentes que están en condición de mayor vulnerabilidad y requieren condiciones especiales para disminuir los riesgos diferenciados en salud.

d) Enfoque de género

Se debe reconocer que existen condiciones sociales e históricas que asignan diferentes características y roles a las personas dependiendo de su sexo. Esto se basa en valores sociales y culturales construidos sobre lo masculino y lo femenino, el ser hombre y ser mujer. Adoptar el enfoque de género implica promover el cuestionamiento y la ruptura de aquellos patrones socioculturales que sostienen desigualdades basadas en las diferencias entre los sexos, y buscar generar espacios que faciliten la construcción de identidades cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la superación de las inequidades. Para ello el personal de salud no deberá reproducir estereotipos de género, ni relaciones de subordinación y discriminación entre hombres y mujeres, en su lugar debe comprometerse en fortalecer relaciones igualitarias que contribuyan a superar las brechas de género.

e) Enfoque de diversidad

Se debe reconocer las diferentes capacidades, características y necesidades que tienen las personas y los múltiples grupos humanos que configuran una sociedad y una cultura determinada. Desde este enfoque se debe garantizar la no exclusión ni discriminación en la atención en salud basadas en algún tipo de diferencia entre las personas o grupos, así como la adecuación de los servicios según las capacidades funcionales de las personas. En el ámbito de la SS/SR es fundamental que el personal de salud reconozca que todos los seres humanos son seres sexuados y que existen diversas orientaciones sexuales. La aplicación de este enfoque plantea el respeto, la tolerancia y la no violencia contra las personas por sus diferencias.

f) Enfoque de interculturalidad

Si bien los derechos humanos corresponden a todas y a todos por igual, debe tomarse en cuenta las diversas culturas que existen en el país. El diálogo y el reconocimiento de esta diversidad constituyen un derecho humano esencial. En este enfoque no solo se comprende la diversidad de grupos étnicos, sino también las personas que tienen otras nacionalidades y están en condición de migrantes. Lo esencial del enfoque de interculturalidad es asegurar que las diferencias no se conviertan en discriminaciones y que, además, sean reconocidas y aprovechadas como fuentes de saber, de pensamiento y de experiencias para la vida en sociedad.

Principios rectores³

Los siguientes principios deben regir la atención integral en salud de la población adolescente:

a) Interés superior de la persona adolescente y discriminación positiva

El principio de interés superior de la persona menor de edad le garantiza a la persona adolescente que, ante cualquier situación dada, la medida que debe tomarse es aquella que mejor satisfaga sus derechos de manera plena y eficiente en un ambiente físico y mental sano, y en procura de su pleno desarrollo personal.

En coherencia con ello, el principio de discriminación positiva establece que la atención de sus necesidades y la garantía de sus derechos son de aplicación prioritaria. Este principio establece que las personas menores de edad son portadores de derechos humanos universales reconocidos a todas las personas, y de derechos adicionales específicos propios de su condición jurídicas que tienen las y los adolescentes para equiparar su condición en el ejercicio de su ciudadanía.

b) Participación

Toda persona adolescente podrá expresar su opinión, con la garantía de que será escuchada, respondida y tomada en cuenta en todos los asuntos que se relacionen con su vida, y frente a cualquier programa o actividad que la persona considere que puede afectar su vida. Este principio alude al desarrollo progresivo del ejercicio de sus derechos y principalmente de los de expresión, información y ciudadanía, asumiendo niveles de participación mayores cuando el desarrollo de su autonomía lo permita.

La construcción de la ciudadanía social se enmarca en la capacidad jurídica y social que se le otorga a esta población. Significa que las personas adolescentes van adquiriendo progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento (autonomía progresiva).

c) Autonomía progresiva

El principio de autonomía progresiva parte de la condición de personas en proceso de desarrollo integral y preparación para una vida independiente y responsable; en permanente concordancia con la garantía de los otros principios: interés superior, sujeto social, no discriminación y discriminación positiva, participación y desarrollo. Significa que los y las adolescentes van adquiriendo progresivamente la capacidad de accionar sus derechos y de exigir su cumplimiento.

Las personas adolescentes son reconocidas como sujetos sociales de derechos, esto significa que son personas independientes, activas de derechos y con responsabilidades. Gozan de derechos propios, distintos a los de sus progenitores o personas responsables, significa que esos derechos no deben estar supeditados a los intereses de los adultos, por ello su relación directa con el interés superior.

6.2 Operativización de la atención integral de la persona adolescente con énfasis en SS/SR

6.2.1 Accesibilidad de los servicios de salud para adolescentes

Las barreras de acceso a la atención en salud son diversas y se establecen como una gradiente que va desde la disposición, la accesibilidad, la aceptabilidad, hasta la equidad. Cada tipo de barrera desestimula a las y los adolescentes de manera particular e impiden el acceso efectivo a la atención en salud, por lo que eliminarlas implica un reto particular y prioritario.

³ Basado en la PNNA y PENSPA.

Algunas barreras se sustentan en temores, prejuicios o estereotipos que tienen las personas adultas respecto a este grupo etario, a lo que no escapa el personal de salud. Esto afecta la **disponibilidad** de servicios, el acceso a métodos anticonceptivos adecuados para esta etapa del desarrollo o a la consejería en salud sexual y reproductiva, en tanto se considera, por ejemplo, que a esta edad no se deben tener relaciones sexuales.

También los servicios pueden estar disponibles pero no ser **accesibles**, ya sea porque la institución pone barreras administrativas, como exigir la orden patronal, colocando a la persona adolescente en dependencia de la condición laboral de sus padres, a pesar de que el acceso a la atención es un derecho establecido por el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 7739). Otros ejemplos de este tipo de barrera son: cuando se pide como requisito para la atención la presencia del padre o la madre de la persona adolescente, o brindar los servicios en horarios no adecuados para las personas adolescentes. También el lenguaje utilizado en la prestación de servicios puede ser poco comprensible para las y el adolescente, no solo cuando se utilizan términos técnicos, sino también cuando él o la adolescente pertenecen a un grupo étnico que no comparte el mismo lenguaje. Es este último caso, es fundamental contar con asesores culturales o personas del mismo grupo étnico que puedan apoyar el diálogo y hacer los servicios de salud más accesibles y comprensibles.

Por otra parte, la **aceptabilidad** de los servicios es un factor clave en esta etapa del desarrollo. Los servicios de salud pueden estar disponibles y ser accesibles en términos geográficos e incluso económicos, pero no responder a las expectativas de la población adolescente, quienes pueden rechazar la forma como se ofrecen los servicios. Ejemplo de esto es no asistir a consultas de salud sexual y reproductiva, por el riesgo de ser vistos por personas conocidas o debido a que no se garantiza la privacidad y confidencialidad en la atención brindada. También se convierte en una barrera el trato poco cálido e inadecuado por parte del personal de salud, o cuando en el servicio se les regaña, juzga o censura.

Por último, los servicios brindados a la población adolescente pueden haber sido diseñados para un grupo de adolescentes particulares, por ejemplo para la población escolarizada, lo que excluye a otros adolescentes si no se logra identificar la diversidad de este grupo poblacional y la necesidad de contar con estrategias diferentes para cada uno de ellos. No son las mismas necesidades que tienen las personas adolescentes de zona urbana que las de zona rural o de grupos indígenas o en pobreza extrema. Esto afecta que los servicios sean **equitativos**.

Evaluar estas barreras y superarlas es la vía correcta para mejorar las coberturas actuales en atención a la población adolescente. Se debe fortalecer la utilización de servicios facilitando a las y los adolescentes el acceso a los servicios, pero también garantizar la provisión de los servicios que requieren las y los adolescentes de manera adecuada.

- ✓ **Accesibles:** Las y los adolescentes pueden obtener los servicios disponibles.
- ✓ **Aceptables:** Las personas adolescentes desean obtener los servicios disponibles.
- ✓ **Equitativos:** Todos los y las adolescentes pueden obtener los servicios disponibles y no solo un grupo de adolescentes determinado.
- ✓ **Apropiados:** Se les ofrece los servicios adecuados.
- ✓ **Efectivos:** Los servicios adecuados son provistos de manera adecuada y hacen una contribución positiva a la salud.

En las Áreas de Salud participantes del Proyecto SM-2015, se han identificado diversas barreras⁴ que desestimulan a las personas adolescentes y las lleva a desistir de recibir la atención en salud requerida, de ahí los siguientes retos:

- **Superar los obstáculos administrativos:** La atención de personas menores de edad es un derecho establecido en la legislación nacional y debe indicarse con claridad y facilitarle a la persona adolescente el procedimiento que debe seguir para afiliarse sin impedir la atención requerida.
- **Mejorar la recepción y señalización de los servicios:** Los servicios de salud muchas veces asumen que las personas conocen como acceder a ellos y no se organizan estrategias de información y recepción para guiar a las personas por los establecimientos de salud. Las personas adolescentes suelen ser sensibles al rechazo adulto, a la vez que desisten con facilidad de la búsqueda de atención. Por ello, se deben diseñar medidas apropiadas que faciliten a la persona adolescente transitar por los servicios de salud de manera informada y confortable.
- **Tiempos de espera adecuados:** En la adolescencia la espera prolongada no es bien tolerada si no es por motivos muy graves de salud que les inmoviliza o produzca dolor extremo. Por lo tanto, debe garantizarse una atención pronta y oportuna de salud, y no solo de atención de la enfermedad o daño.
- **Superar las respuestas fragmentadas a las necesidades de salud:** Resulta poco probable que las personas adolescentes asistan reiteradamente a los establecimientos de salud. Por esto, es fundamental aprovechar al máximo la consulta y brindar en forma integral respuestas a sus diversas necesidades. En caso de tener que citarles de nuevo o referirlos a otro servicio, se debe motivar y estimular que lo hagan, brindándoles información útil para su cuidado en salud, y ofreciendo el acompañamiento y seguimiento respectivo.
- **Brindar la información necesaria de manera adecuada:** Se debe garantizar el derecho a la información a las y los adolescentes, que les oriente para la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades de auto cuidado en salud. La información debe darse en un lenguaje comprensible y no técnico, verificando su comprensión y correspondiendo a las necesidades e inquietudes propias de la edad. Cuando se hace una referencia a otro servicio se debe ser claro en la indicación de la ruta a seguir.

Todo esto exige una forma de organizar y brindar los servicios de manera amigable, como se detalla a continuación.

6.2.2 Servicios de salud amigables para adolescentes

La aplicación del marco conceptual presentado, tiene implicaciones en la forma que se organizan y brindan los servicios de salud a este grupo poblacional. Le corresponde a los tres niveles de atención ajustar la prestación de servicios a las características de las y los adolescentes, lo cual se concreta con las siguientes estrategias:

a) Servicios diferenciados

Las y los adolescentes se sienten más cómodos en espacios destinados específicamente a ellas y ellos, por lo que cada unidad de salud debe identificar junto con población adolescente, cuales son los ajustes viables

⁴ González (2011). Brechas en el acceso a los servicios de atención primaria de salud en Costa Rica. Informe preliminar, Proyecto Salud Mesoamérica 2015. Solís (2011). Estudio valoración cualitativa al funcionamiento de las redes de servicios desde la perspectiva de usuarias y usuarios adolescentes, SM- 2015.

desde cada realidad local. Se identifican al menos tres alternativas, no excluyentes entre sí:

- Contar con un espacio físico fuera del establecimiento de salud, donde se atenderá con horarios programados exclusivamente a la población adolescente asignada al EBAIS. Pueden ser espacios disponibles en la comunidad, como salones comunales que reúnan condiciones idóneas para la atención.
- Disponer de un espacio físico dentro de los establecimientos de salud, destinado exclusivamente a la atención de adolescentes.
- Definir una consulta diferenciada para la población adolescente, con horarios de atención exclusivos para ellos y ellas, en los establecimientos del EBAIS.

b) Espacios de atención adaptados a los gustos y necesidades de esta población, que cuenten con las siguientes características

- ✓ Ser seguros, agradables, confortables y acogedores.
- ✓ Con horarios convenientes para adolescentes.
- ✓ Contar con señalización clara para que las personas adolescentes se orienten con facilidad.
- ✓ Con espacios que garanticen la privacidad y eviten la estigmatización.
- ✓ Contar con material educativo atractivo y aceptable para las y los adolescentes.
- ✓ Diferenciados de los entornos de atención a población infantil o adulta.

c) A nivel de procedimientos, los servicios de salud deben garantizar

- ✓ Tiempo de espera corto.
- ✓ Resolución efectiva y eficiente de la consulta por demanda de la persona adolescente.
- ✓ Garantizar registros confidenciales.
- ✓ Contar con mecanismos de referencia y contrareferencia expeditas y efectivos.

d) Se considera que para que los servicios en SS/SR sean eficientes, deben asegurar

- ✓ La disponibilidad de métodos de protección y anticonceptivos en los EBAIS o puntos identificados como estratégicos y amigables para la población adolescente.
- ✓ Lograr niveles de cobertura significativos.
- ✓ Acompañar los servicios con orientación y consejería.
- ✓ Estar contextualizados (interculturalidad).

Los servicios de salud amigables siempre deben garantizar los derechos de las y los adolescentes, entre ellos el derecho a dar una opinión y su consentimiento sobre el tratamiento que se le indique en el servicio de salud. Para ello, las y los profesionales de salud deberán explicar claramente a las personas adolescentes las conveniencias del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables, y las otras alternativas que existen al mismo.

Además, se debe garantizar la participación activa de la población adolescente y de la comunidad, en el diagnóstico, la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de estos servicios.

6.2.3 Perfil deseable del personal de salud que atiende a adolescentes

Los servicios de salud amigables para adolescentes deben ser brindados por personal sensibilizado y capacitado, que cuente al menos con las siguientes características:

- Ser **técnicamente competente** para desarrollar acciones de promoción, prevención y atención de salud dirigida a adolescentes.
- Estar **motivado** para trabajar con población adolescente.
- Utilizar **lenguaje claro y accesible** para la población adolescente atendida.
- Contar con **habilidades de comunicación**, tomarse el tiempo para **escuchar**, captar y **comprender** las necesidades de la o el adolescente.
- No enjuiciar y tratar con **respeto e igualdad** a las personas adolescentes.
- Apoyar a los y las adolescentes a **tomar sus propias decisiones** para satisfacer sus necesidades de desarrollo y salud integral.
- Garantizar la **confidencialidad**.

Cualquiera sea su disciplina, el trabajador y/o el equipo de salud deben desarrollar las siguientes habilidades:

- 1) Sostener una adecuada comunicación y eventual intermediación, tanto con las y los adolescentes como con padres y madres o personas adultas responsables.
- 2) Respetar y promover los derechos de las personas adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
- 3) Hacer efectivas intervenciones preventivas como: evaluación de aprendizaje para el autocuidado y cuidado mutuo de la salud; consejerías y grupos de aprendizaje para adolescentes y padres/madres; vacunación; detección de riesgos, vulnerabilidad y factores de protección para la salud; atención de la demanda integral de salud con calidad, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva, especialmente con adolescentes en condición de vulnerabilidad o con necesidades específicas.
- 4) Tener capacidad para trascender los límites de su disciplina con una visión y práctica interdisciplinaria y transdisciplinaria, reconociendo y respetando la competencia de cada disciplina e interactuando con ella.
- 5) Trabajar desde un enfoque integral, articulando y coordinando con redes de servicios de salud, comisiones interinstitucionales y redes intersectoriales, entre otras.
- 6) Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de las personas adolescentes.
- 7) Ejercer una actitud vigilante y crítica de su propio accionar con relación a conductas discriminatorias sobre situación social, etnia, religión, orientación sexual, nacionalidad, condición migrante y género.

6.2.4 Servicios de atención a las necesidades y problemas en SS/SR

Desde la perspectiva de prestación de servicios de salud, la atención integral a la población adolescente involucra acciones de promoción y prevención que potencialicen el desarrollo saludable de las y los adolescentes, así como la detección oportuna de situaciones y comportamientos de riesgo para la SS/SR y su salud integral. También involucra la identificación de factores protectores y la atención específica a sus problemas en este ámbito de la salud. Todo esto desde un abordaje interdisciplinario biopsicosocial y en coordinación con otras instituciones que coadyuven en el bienestar de esta población.

Se busca que las **acciones de prevención** no se enfoquen en la reducción de problemas, como, la postergación de la actividad sexual, el embarazo en la adolescencia o las ITS y VIH, porque su impacto tiende a ser limitado, suele fragmentar la atención y coloca a la persona adolescente como objeto y no sujeto de atención. En su lugar, se busca brindar una atención que aborde de manera integral el desarrollo de la persona adolescente y fortalezca su ciudadanía. Esto requiere promover intervenciones dirigidas a esta población que favorezcan el autoconocimiento de su cuerpo, el desarrollo de habilidades de auto cuidado y la confianza en sí mismos para tomar decisiones saludables. Esto con el apoyo de sus pares, su familia y las redes sociales que favorezcan su acompañamiento y que operen como factores protectores.

Para ello, los servicios de salud deben basarse en una valoración integral de las necesidades y problemas que tiene la población adolescente a lo largo de esta etapa. Esto comprende el abordaje individual, familiar y grupal de sus necesidades particulares en cuanto a crecimiento y desarrollo, postergación del inicio de la actividad sexual, protección sexual, anticoncepción, control prenatal, atención al parto y al postparto, así como la prevención, detección temprana y tratamiento de ITS y el VIH y sida. La valoración integral debe siempre considerar la persona adolescente dentro de su contexto y cultura.

Es indispensable que la atención a estas necesidades y problemas en SS/SR se complementen con la detección oportuna de aspectos psicosociales que inciden en la salud, como son la falta de incorporación al sistema educativo, la presencia de violencia sexual o intrafamiliar, el consumo o abuso de sustancias psicoactivas, entre otros, para su oportuna referencia y atención. A su vez, toda acción de salud debe acompañarse de procesos de información, educación en salud y consejería ajustadas a los principios rectores y a la comprensión de las particularidades culturales y contextos donde se lleva a cabo la atención.

6.3 Intervenciones y acciones

En el siguiente cuadro se presentan las distintas actividades y responsables para la implementación del Manual, según los diferentes niveles de la institución.

Responsables	Acciones
<p>Equipo técnico del Programa Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) del Área de Atención Integral a las Personas (nivel central)</p>	<p>El Equipo Técnico del PAIA participará en la Comisión Técnica de la CCSS para el Proyecto SM-2015, aportando desde su competencia y directrices institucionales en las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría y conducción técnica de la ejecución y evaluación del cumplimiento de la normativa, modalidades de intervención y aspectos relacionados con los servicios de atención integral de salud a la población adolescente. 2. Participación en el proceso de análisis y emisión de criterios sobre los productos generados y la supervisión técnica del Proyecto SM- 2015.

Responsables	Acciones
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Generación de espacios para el intercambio de experiencias entre los equipos de salud participantes del proyecto y otras regiones o áreas no participantes. 4. Asesoría, acompañamiento y apoyo técnico a las instancias responsables de la conducción del Proyecto SM- 2015 en los diferentes niveles.
<p>Direcciones Regionales</p>	<p>Los/as Directores/as Regionales y Equipos interdisciplinarios regionales (en particular el o la funcionaria encargada de la temática de adolescencia) serán responsables de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitación de la correcta aplicación del Manual técnico y de procedimientos en los servicios de salud, posterior a la capacitación respectiva, así como de las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM- 2015. 2. Apoyo a las capacitaciones y acompañamiento técnico a los equipos locales de salud sobre normativa institucional y su aplicación. 3. Desarrollo de actividades de supervisión y monitoreo periódicas. 4. Recopilación de información y elaboración de informes periódicos sobre las coberturas logradas y el cumplimiento de las acciones establecidas en el Manual técnico y de procedimientos en la región respectiva. 5. Identificación y socialización de buenas prácticas en cada región. 6. Apoyo administrativo y logístico para actividades que favorezcan la salud de las y los adolescentes. 7. Suministro de información requerida para la ejecución, evaluación y sistematización del Proyecto SM-2015.
<p>Áreas de Salud</p>	<p>El/la directora/a del Área de Salud y el Equipo interdisciplinario de apoyo debe garantizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El conocimiento y correcta aplicación del Manual técnico y de procedimientos por parte de los servicios de salud, posterior a la capacitación respectiva, así como de las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM- 2015. 2. El involucramiento del Equipo interdisciplinario de apoyo con los EBAIS, en las acciones que requieran la participación de enfermería, trabajo social y/o psicología. 3. La capacitación del personal de salud en atención integral a la población adolescente con énfasis en SS/SR. 4. La disponibilidad y acceso efectivo a métodos de protección y anticonceptivos para la población adolescente, que reúnan condiciones de

Responsables	Acciones
	<p>calidad y sean adecuados para esta etapa del desarrollo.</p> <ol style="list-style-type: none"> La recopilación de la información y elaboración de informes periódicos sobre las coberturas logradas, las actividades realizadas y el cumplimiento de las acciones programadas por EBAIS para la atención integral de las y los adolescentes en SS/SR. El suministro de información requerida para la ejecución, evaluación y sistematización del Proyecto SM-2015.
EBAIS	<p>Los EBAIS son responsables de las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cumplimiento de las acciones establecidas en el Manual técnico y de procedimientos, posterior a la capacitación respectiva, así como de las responsabilidades establecidas en el Manual Operativo y otros documentos oficiales del Proyecto SM- 2015. Organización de la atención diferenciada a la población adolescente. Recopilación de la información y elaboración de informes periódicos sobre las coberturas logradas, las actividades realizadas y el cumplimiento de las acciones programadas por EBAIS para la atención integral de las y los adolescentes en SS/SR.

Asimismo, se presentan en el siguiente cuadro los puestos de trabajo y sus respectivas responsabilidades para el cumplimiento del objetivo de este Manual. La identificación de los servicios que brinda el personal de salud permite definir los aspectos a abordar en el quehacer cotidiano de la atención, y no pretende estimular la fragmentación de la atención en servicios aislados sino integrados.

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
Director/a del Área de Salud	<ol style="list-style-type: none"> Establecer las disposiciones administrativas, financieras, operativas y de coordinación interinstitucional, que aseguren las condiciones básicas para una atención diferenciada, confidencial y amigable a la población adolescente, en cuanto a horarios, escenarios y espacio físico. Apoyar para que el personal de salud a su cargo cuente con las competencias necesarias para brindar una atención de calidad y con calidez a la población adolescente. Gestionar la disponibilidad de los insumos necesarios para brindar la atención integral a las personas adolescentes, entre ellos la disposición de métodos anticonceptivos para la población adolescente, que reúnan condiciones de calidad y sean adecuados para esta etapa del desarrollo. Velar por que se alcance la mayor cobertura de consulta de salud anual a la población adolescente adscrita. Asegurar que el Área de Salud cuente con un CEINNAA que brinde

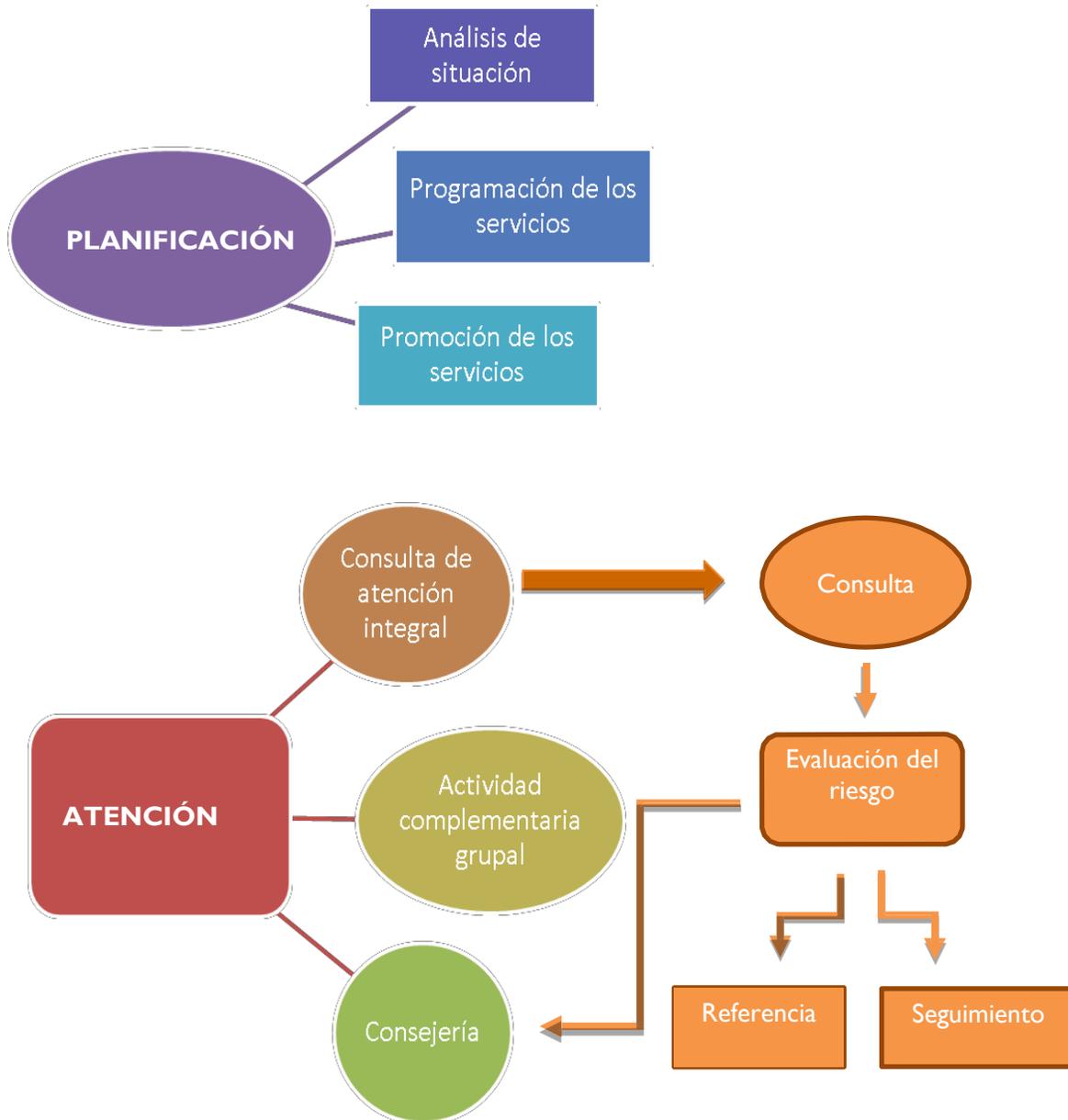
Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	atención y seguimiento de adolescentes que presentan situaciones de agresión y abuso detectadas y derivadas por los EBAIS, y que se estén siguiendo los procedimientos de notificación y denuncia correspondientes.
Equipo o profesional de salud con el perfil requerido (identificado a nivel local)	<ul style="list-style-type: none"> a) Participar en la elaboración del análisis de la situación de salud de la población adolescente del Área de Salud, donde se identifiquen y prioricen, junto con adolescentes de las comunidades, las necesidades y problemas de salud de este grupo poblacional. b) Desarrollar la formación de adolescentes y jóvenes promotores de SS/SR y el acompañamiento en sus tareas de promoción. c) Brindar servicios de consejería en SS/SR. d) Desarrollar actividades grupales de información sobre SS/SR dirigidas a la población adolescente en las Áreas de Salud, con el acompañamiento de promotores juveniles y adolescentes.
Trabajo social	<ul style="list-style-type: none"> a) Brindar atención social a las y los adolescentes que los EBAIS refieren según riesgo detectado, en modalidad individual o grupal. b) Coordinar con servicios de trabajo social de los hospitales de referencia para el seguimiento de casos de adolescentes embarazadas con algún tipo de riesgo que ingresarán a los servicios de maternidad. c) Identificar, capacitar y acompañar a promotores adolescentes y jóvenes en labores relacionadas con SS/SR. d) Brindar servicios de consejería en SS/SR. e) Desarrollar actividades grupales de información sobre SS/SR dirigidas a la población adolescente en las Áreas de Salud, con el acompañamiento de promotores juveniles y adolescentes. f) Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, especialmente para lograr un sistema efectivo de referencia y contrareferencia.
Enfermería del Área de Salud	<ul style="list-style-type: none"> a) Programar y desarrollar cursos de preparación psicofísica para el parto dirigido a adolescentes de 15 a 17 años. b) Capacitar a promotores adolescentes y jóvenes en temas relacionados con SS/SR. c) Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, especialmente para lograr un sistema efectivo de referencia y contrareferencia.
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> a) Brindar atención psicológica a las y los adolescentes que los EBAIS

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	<p>refieren según riesgo detectado, en modalidad individual o grupal.</p> <p>b) Capacitar a promotores adolescentes y jóvenes en temas relacionados con SS/SR.</p> <p>c) Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, especialmente para lograr un sistema efectivo de referencia y contrareferencia.</p>
Médico/a del EBAIS	<p>a) Brindar consulta integral de salud a todas las personas adolescentes captadas.</p> <p>b) Identificar las situaciones de riesgo en la población adolescente atendida a través de la entrevista y la aplicación de instrumentos de evaluación de riesgo y su derivación respectiva o seguimiento.</p> <p>c) Dar atención por morbilidad, control prenatal, control posparto, crecimiento y desarrollo de hijos/as de adolescentes.</p> <p>d) Educar, asesorar y prescribir de manera oportuna los métodos anticonceptivos según necesidades de las y los adolescentes, de acuerdo al interés superior de las personas adolescentes.</p> <p>e) Capacitar a promotores adolescentes y jóvenes en temas relacionados con SS/SR.</p> <p>f) Realizar trabajo interdisciplinario y de coordinación con otros niveles, especialmente para lograr un sistema efectivo de referencia y contrareferencia.</p>
ATAP	<p>a) Detectar y captar la población adolescente para la atención, en los escenarios educativos, comunitarios y domiciliarios.</p> <p>b) Captar a adolescentes en situación de riesgo que no han asistido a consultas de seguimiento.</p>
Auxiliar de enfermería	<p>a) Realizar la pre-consulta.</p> <p>b) Facilitar espacios de espera educativos sobre SS/SR, según etapa de la adolescencia (temprana, media y tardía), y entrega de material de información.</p> <p>c) sobre prevención de riesgos en SS/SR, a la población adolescente atendida.</p>
Especialistas médicos y otros profesionales	<p>a) Médico/a obstetra atenderá adolescentes embarazadas de alto riesgo.</p> <p>b) Servicio de Trabajo Social de hospitales regionales y periféricos coordinarán con Trabajo Social de las Áreas de Salud para el adecuado seguimiento de adolescentes embarazadas y madres en riesgo.</p>

Unidades y puestos de trabajo	Responsabilidad
	c) Las Clínicas de Lactancia de los hospitales de referencia apoyarán a las adolescentes madres en su tarea de lactancia y acompañarán la maternidad y paternidad de adolescentes fortaleciendo sus habilidades.

VII. Descripción de actividades

Para ofrecer una atención integral con énfasis en SS/SR a adolescentes, es necesario considerar una serie de actividades que contemplan tanto el componente de organización y planificación de los servicios, como de la atención misma que se ofrece en dichos servicios. El siguiente esquema refleja las actividades que se describen a continuación para cada uno de estos componentes:



7.1 Actividades para la organización de la prestación de servicios de salud

A ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Es fundamental contar con un análisis de situación de las y los adolescentes en cada área y sector de salud, que permita realizar una planificación y una organización adecuada de la prestación de servicios a esta población. Para ello puede recurrirse a los ASIS que elabora el Ministerio de Salud o la CCSS, o al diagnóstico que elaboran las Unidades de Coordinación Local (UCL) en cada Área de Salud participante del Proyecto SM-2015.

Es necesario reconocer las características demográficas, educativas, socioeconómicas y culturales de la población adolescente, así como identificar la población en situación de vulnerabilidad. También se recomienda identificar los recursos institucionales existentes dentro de cada una de las Áreas de Salud y sus ofertas de servicios.

Otra información importante, de tipo cualitativo, se refiere a las dinámicas socioculturales que se dan en torno al embarazo y maternidad en personas adolescentes, así como la información, los conocimientos, las actitudes y las prácticas que presentan las personas adolescentes respecto a su salud sexual y salud reproductiva. Con las personas adolescentes es necesario identificar barreras de acceso a los servicios, utilización de servicios y percepción sobre la calidad y amigabilidad del servicio que se brinda. Esto permite acordar conjuntamente con adolescentes y la comunidad, estrategias para mejorar las condiciones de acceso y atención en salud según las necesidades y problemas de esta población.

Para los grupos poblacionales que presentan mayor vulneración y exclusión social, se recomienda contar con un estudio o diagnóstico territorial que permita su visualización y caracterización, con un detallado análisis cultural y étnico, en caso de ser pertinente, que permita la definición de las mejores estrategias a desarrollar con ellos y ellas. Para garantizar la implementación del enfoque de interculturalidad dentro del análisis de situación, es indispensable la búsqueda activa de conocimientos sobre las diversas culturas presentes en el territorio, en particular los pueblos indígenas y población migrante. Solo desde esta consideración será posible ajustar los servicios a las necesidades y problemas específicos de estos grupos sociales que deben ser prioritarios.

B PROGRAMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SS/IR PARA ADOLESCENTES

▪ CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL INDIVIDUAL

Toda persona adolescente tendrá acceso a una consulta de atención integral individual anual, o un mínimo de tres consultas al finalizar el período de la adolescencia: una en la adolescencia temprana (10 a 13 años), otra en la adolescencia media (entre 14 y 16 años) y otra en la adolescencia tardía (17 a 19 años).

Para la programación de estos servicios se requiere realizar cálculos sobre la posible población que demandará atención. Una fuente importante para ello son los ASIS, así como la identificación de la población en situación de vulnerabilidad. Se puede recurrir a datos históricos en cuanto a número de nacimientos de madres adolescentes según sector de salud y número de casos de ITS y VIH/sida detectados en población adolescente. Otros cálculos aproximativos requieren dimensionar la posible población adolescente activa sexualmente, para ello se puede utilizar los datos de la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSSR, 2010)⁵.

⁵ Según la ENSSR (2010), el 60,9% de los hombres y el 49% de las mujeres de 15 a 19 años han tenido relaciones sexuales coitales; de estas personas 22% de los hombres y 11,2% de las mujeres las tuvieron antes de cumplir 15 años.

Estas citas tendrán una duración correspondiente a la consulta por primera vez (dos cupos). La programación de la consulta de personas adolescentes será en horarios diferenciados, preferiblemente en las tardes. Se podrá organizar la consulta a adolescentes uno o dos días a la semana, dependiendo del número de adolescentes de cada sector, con el objetivo de lograr la mayor cobertura posible.

Los EBAIS organizarán anualmente la consulta a la población adolescente coordinando con las escuelas y colegios del sector de salud, así como con organizaciones juveniles, instituciones y otros sectores de la comunidad. También se diseñarán estrategias focalizadas para la captación de adolescentes no escolarizados y de grupos más vulnerables, como población indígena y en condición de pobreza.

Se debe disponer de suficientes insumos para brindar la atención requerida, lo que implica contar especialmente con métodos anticonceptivos adecuados y modernos para esta población.

Los procedimientos administrativos deben adecuarse de forma tal que agilicen la atención evitando el abandono de la consulta por parte de las y los adolescentes. Dentro del establecimiento de salud se colocarán carteles indicando las disposiciones de privacidad y confidencialidad en la consulta de las personas adolescentes. Además deberán contar con información visible y entendible por los y las adolescentes que facilite su transitar por el centro de salud.

▪ **ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA GRUPAL**

Se deben programar las actividades complementarias grupales **dirigidas a adolescentes**. Toda persona adolescente debe participar al menos en una actividad grupal, adecuada a la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

También se programarán actividades educativas **dirigidas a padres y madres** de adolescentes, o personas adultas significativas, que les den orientaciones sobre el desarrollo de sus hijos e hijas y un adecuado acompañamiento a sus necesidades y al desarrollo de sus potencialidades. Para realizar estas actividades se puede coordinar con los centros educativos o espacios institucionales y sectoriales organizados en las comunidades.

C PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SS/SR PARA ADOLESCENTES

La población adolescente no suele acudir a los servicios de salud para consultar sobre su salud sexual, si no se vincula con algún malestar o enfermedad, o por motivo de embarazo. Esto hace necesario diseñar estrategias de divulgación y promoción de los servicios, desde las características y recursos locales, y en respuesta a los intereses y gustos de las personas adolescentes.

Cada EBAIS identificará los canales de información más efectivos para difundir la oferta de servicios de salud que se brindan a adolescentes, así como las estrategias más pertinentes para captar y motivar a este grupo poblacional. Las demás instituciones que participan en el modelo de atención en red apoyarán la referencia de adolescentes a los servicios de salud.

Para una adecuada captación de la población adolescente se requiere establecer alianzas locales con grupos juveniles e instituciones clave como las escuelas y colegios, y en caso de adolescentes no escolarizados y grupos más vulnerables, se debe recurrir a estrategias focalizadas a nivel comunitario y en los lugares de trabajo.

Es necesario un acercamiento del personal de salud a los lugares donde están los y las adolescentes, más allá de los centros educativos. El ATAP será responsable de las acciones de promoción a nivel domiciliario, y en las comunidades buscará coordinar con grupos juveniles, organizaciones comunitarias y con promotores juveniles

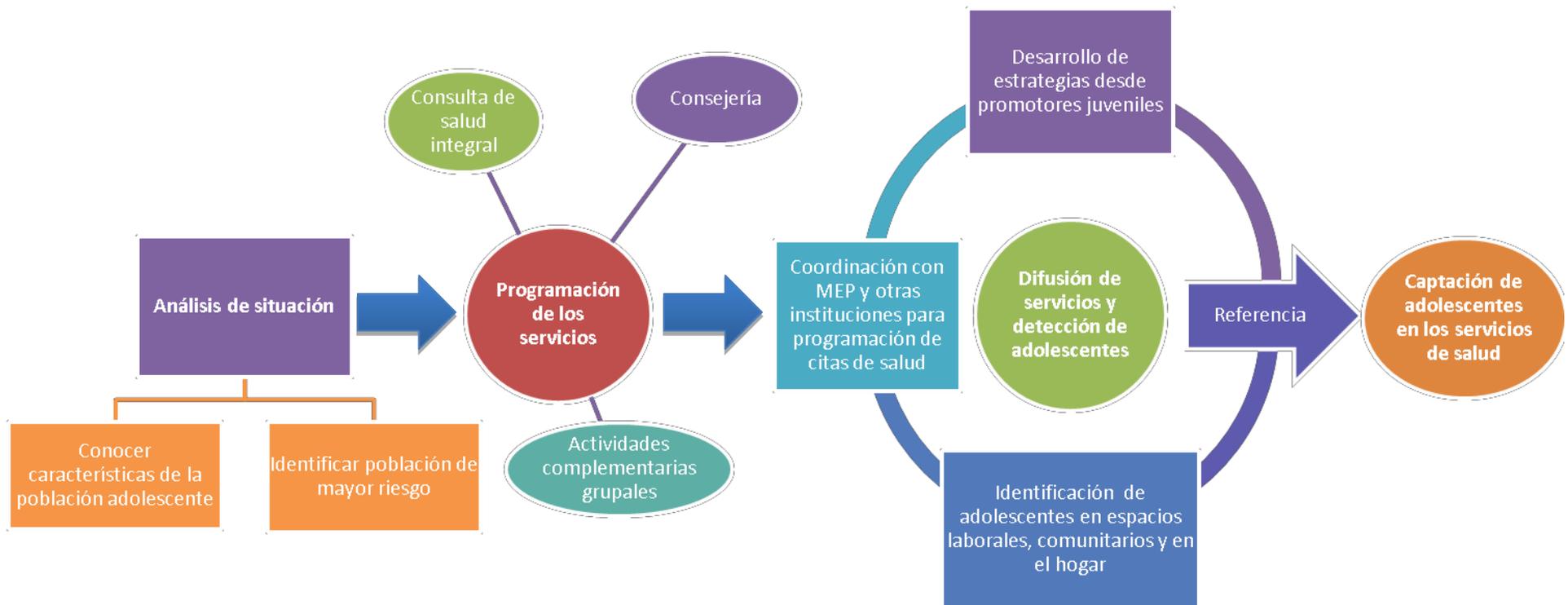
que apoyen estas tareas. Es importante que en la captación de adolescentes se consideren las costumbres de cada grupo étnico, de tal manera que las estrategias que se adopten sean pertinentes culturalmente y que no generen más bien resistencia y rechazo.

A partir del análisis de situación se podrá contar con un mapeo de los grupos más vulnerables con quienes hay que redoblar esfuerzos para su captación. Un primer nivel de identificación de adolescentes en riesgo se logra a través de las visitas domiciliarias, donde serán prioritarias las acciones de detección de personas adolescentes no escolarizadas, en unión conyugal, en condición de pobreza extrema, indígenas, migrantes, adolescentes madres, entre otros. Se harán referencias a los establecimientos de salud para brindar el control de salud integral específico para este grupo etario.

Es importante contar con el apoyo de las y los promotores juveniles, quienes encontrarán estrategias creativas de detección, captación, información y educación dirigidas a la población adolescente, así como de apoyo en el seguimiento de personas adolescentes identificadas con algún riesgo.

En el siguiente diagrama se sintetizan las actividades a realizar en el componente de organización y planificación de los servicios de SS/SR para adolescente:

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SS/SR PARA ADOLESCENTES



7.2 Actividades de atención a la SS/SR de las personas adolescentes en los EBAIS

Los EBAIS deberán organizarse para ofrecer diferentes servicios de SS/SR a la población adolescente. Se busca que el personal de salud promueva la atención de carácter preventivo más que limitarse a la atención de la morbilidad. También se debe organizar actividades específicas para atender los problemas de salud sexual o reproductiva, así como la atención del embarazo, parto y posparto en la adolescencia.

Para ello se requieren estrategias diferentes de atención en otros escenarios que resulten más atractivas y de mayor aceptabilidad para las y los adolescentes, a la vez que sean pertinentes culturalmente. Solo así se podrá lograr mejores coberturas y responder adecuadamente a las necesidades de salud en esta etapa de la vida.

Los servicios pueden organizarse en diferentes escenarios, según las características locales, la logística requerida y las coordinaciones interinstitucionales existentes. Por ejemplo, pueden desarrollarse en establecimientos de salud, educativos o espacios comunitarios que reúnan las siguientes condiciones mínimas para brindar una adecuada atención:

- Espacio físico que garantice privacidad y confidencialidad.
- Equipo y material de enfermería y médico necesario (para la toma de signos vitales, medición de peso y talla, examen de agudeza visual y auditiva, toma de PAP).
- Herramientas educativas requeridas (rotafolios, panfletos y otros).
- Instrumentos de registro necesarios.
- Botiquín con exámenes, medicamentos y métodos anticonceptivos para su entrega expedita (en caso de estar fuera del establecimiento de salud). Esto incluye:
 - o Test de embarazo en orina.
 - o Métodos de protección y anticonceptivos.
 - o Antibióticos básicos para patología ginecológica frecuente.

El siguiente esquema refleja las actividades que se describen a continuación para el componente de Atención a la SS/SR de adolescentes:



A continuación se describe la guía para el desarrollo de las actividades de atención a la SS/SR de las personas adolescentes.

A CONSULTA DE SALUD

Para realizar la consulta de salud integral para adolescentes con énfasis en SS/SR, se deben desarrollar las siguientes actividades:

a. *Recepción de las y los adolescentes en los EBAIS*

1. Todas las personas adolescentes que lleguen al establecimiento de salud serán orientadas por personal de vigilancia y referidas por el personal de recepción (REMES) al sitio de atención correspondiente, tratando de asegurar tiempos mínimos de espera y atención expedita por parte del personal de salud. Las personas adolescentes deben ser recibidas con cordialidad y calidez, y se debe garantizar su derecho a la confidencialidad en todo momento.
2. Si consultan por primera vez, deberán ser inmediatamente orientados por el personal de recepción quien deberá realizar la captación prioritariamente con un trato empático, respetuoso y comprensivo, proporcionando la orientación necesaria para que se le brinde la atención.
3. Se deberá explicitar a la persona adolescente y a su acompañante (en caso de venir acompañada) las políticas de privacidad y confidencialidad en la atención de adolescentes, así como los documentos requeridos para su atención, pero en ningún caso se le podrá negar la atención por no contar con estos.
4. Si una persona adolescente menor de edad solicita atención de salud, sin presencia de sus padres y/o tutores, SIEMPRE deberá ser otorgada. En dicha atención se deberá identificar una persona adulta de su confianza, explicitando que el objetivo de dicha medida es contar con información de la red de apoyo en caso de ser necesario activarla.

Si la persona adolescente no habla español y pertenece a algún pueblo indígena, se procurará establecer la comunicación a través de personas de la misma cultura que sean de confianza para él o la adolescente y puedan hablar el español y ser mediadores con el personal de salud. Se recomienda tener el apoyo de asesores culturales para elaborar recursos didácticos, como material escrito en el lenguaje de los diferentes grupos indígenas, que facilite la información en salud.

b. *Sala de espera*

1. Se recomienda contar con un espacio diferenciado para la espera de las y los adolescentes que asisten a su consulta de atención integral (ya sea diferenciado físicamente o por horarios), que permita la privacidad. Este debe estar ambientado con recursos informativos apropiados para este grupo poblacional, e idealmente un buzón en el cual puedan emitir su opinión de la atención, o cualquier otro comentario que consideren conveniente.
2. También se aprovechará este momento de espera para dar información y contenidos de educación en salud según programación, equipo, recursos disponibles y condiciones específicas de cada localidad.
3. En este espacio se entregará a cada adolescente la primera parte de la ficha de registro (ver anexo I), que consiste en un instrumento auto administrado sobre datos personales, información de su salud y antecedentes familiares de salud.

c. Atención integral de la persona adolescente

Se pretende que toda persona adolescente tenga acceso a esta consulta una vez al año o como mínimo tres a lo largo de la adolescencia, distribuidas en las tres sub etapas de este periodo del desarrollo, según lo establece la Norma Nacional.

Con la atención integral de salud de adolescentes, de carácter preventivo, se espera contribuir al acompañamiento de las necesidades de salud de las y los adolescentes a través de la evaluación de factores y conductas de riesgo, con especial énfasis en salud sexual y salud reproductiva, dando prioridad a los grupos de mayor vulnerabilidad social.

Uno de los objetivos de la consulta de atención integral en salud es el de registrar año con año, en las tres intervenciones mínimas requeridas, toda la información posible a fin de realizar un perfil de la SS/SR de la persona adolescente; así como los aspectos de su familia y entorno que influyen en dicha situación de salud.

De esta forma se espera:

1. Evaluar de manera anticipatoria situaciones y comportamientos de riesgos en la salud.
2. Estimular en el o la adolescente el desarrollo de una sexualidad plena, segura, responsable e informada, libre de violencia, así como de embarazos no planeados ni infecciones de transmisión sexual.
3. Valorar su proceso de crecimiento y prevenir complicaciones.
4. Diagnosticar, tratar y/o derivar precozmente los problemas de salud.
5. Promover los factores protectores de la salud.
6. Informar y orientar a la persona adolescente y su familia.
7. Apoyar a la o el adolescente para alcanzar su máximo potencial de desarrollo.
8. Promover el uso adecuado de la red de servicios de salud.

En el siguiente diagrama se sintetiza la ruta esperable para brindar la consulta de atención integral a las y los adolescentes.



La atención integral involucra las siguientes actividades:

- ✓ Conversación introductoria para generar confianza y facilitar información educativa.
- ✓ Llenado de datos personales.
- ✓ Toma de signos vitales.
- ✓ Evaluación, valoración y clasificación de riesgos.
- ✓ Chequeo de salud.
- ✓ Elaboración de plan de intervención según se requiera.
- ✓ Educación y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección sexual, en caso de ser requerido.
- ✓ Prescripción y realización de exámenes de laboratorio según necesidad.
- ✓ Referencia en caso de ser necesario.
- ✓ Diálogo entre personal de salud y adolescente a fin de clarificar dudas.

Esta atención integral estará compuesta de tres espacios de información y registro:



I. Auto registro de antecedentes personales y familiares

El auto registro de los antecedentes personales y familiares lo completará el o la adolescente en forma privada, ya sea en sala de espera o en la pre-consulta. Se le informará y se le entregará el formulario a completar en el momento de solicitar la atención. El único requisito será que lo revise y llene antes de su encuentro con el o la profesional de salud.

Esta información se anotará en un instrumento elaborado para tal fin, que corresponde a la primera parte de la ficha de registro (ver anexo I).

En caso de no saber leer o escribir, esta información será llenada por la o el auxiliar de enfermería en la pre-consulta. Cada adolescente decidirá si solicita a su madre, padre o acompañante ayuda en el llenado del mismo.

2. Pre consulta

Se desarrollará una **pre-consulta** con una duración de 15 minutos, a cargo del o la auxiliar de enfermería del EBAIS. Al ser este un contacto preliminar es necesario establecer una relación cordial con la persona adolescente, procurando que se sienta respetada y creando un ambiente de confianza, con escucha e interés por la persona adolescente atendida.

Mientras se toman los signos vitales, el personal auxiliar de enfermería explicará a la persona adolescente y su familiar o acompañante (en caso de estar presente) la modalidad de atención y las normas de privacidad y confidencialidad establecidas para la atención de adolescentes según edad.

En la pre-consulta se registra la siguiente información:

- Identificación general de la persona adolescente.
- Peso.
- Talla.
- Presión arterial.
- El índice de masa corporal.

Estos resultados se anotarán en un instrumento elaborado para tal fin, que corresponde a la segunda parte de la ficha de registro (ver anexo I).

También la o el auxiliar de enfermería estará atenta/o a identificar algún signo físico de violencia, según se consigna en los documento de normativa específica⁶. Si se identifica algún indicador, se le comunicará al profesional de medicina antes de que él o la adolescente, ingrese a la consulta, con el objetivo de que se explore en el contexto privado de la consulta.

Además se le informa a la o el adolescente sobre los servicios que se brindan en SS/SR, sus horarios y la forma de acceder a ellos. A su vez, se dará información sobre contenidos relacionados con la SS/SR identificados como prioritarios en el análisis de situación de salud de esta población.

En la consulta de salud se aplicará el esquema de vacunas indicado para este grupo de edad. La cobertura de vacunación se complementará con las visitas al hogar de los ATAPS.

3. Consulta

Tendrán una duración correspondiente a la consulta por primera vez (dos cupos) y el profesional a cargo será el *médico(a) del EBAIS*. El espacio de atención debe reunir las condiciones mínimas para asegurar la confidencialidad y privacidad que se requiere.

⁶ Dos instrumentos normativos dan las indicaciones al respecto: Guía de Atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso / Manual de Atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial para el Sector Salud.

La persona adolescente puede consultar sola o acompañada (por sus padres, su novio/a o amigos/as) y es posible que los motivos de consulta no coincidan. Es necesario escuchar a todos y respetar las distintas percepciones del problema, a fin de satisfacer la demanda del o la adolescente y de su acompañante, inclinándose siempre por el interés superior de la persona adolescente.

Por esto, la consulta tendrá dos momentos: a) la fase inicial con el familiar que acompaña a la persona adolescente, si es el caso, y b) la consulta individual con la persona adolescente.

a. Con familiares o acompañante

Se aclara la dinámica de la relación y las normas de CONFIDENCIALIDAD, se exploran los motivos de consulta y se permite al familiar expresar sus inquietudes y expectativas en forma breve y se podrá indagar algunos aspectos que ayuden a elaborar la historia clínica. No se debe permitir que la persona adulta ocupe más del 10% de todo el espacio de la consulta.

b. Con la persona adolescente sola

Debe corresponder al 90% de la atención programada, y buscará el desarrollo de una relación cercana y empática con la persona adolescente. El profesional de salud podrá preguntarle si desea que su familiar o acompañante esté presente, aclarando que algunos temas a abordar en la consulta pueden resultar privados, por lo que deberá valorar la posible censura o limitación que representaría la presencia adulta.

En este espacio se aclaran los objetivos principales de consulta y se le explica que se le va a hacer algunas preguntas de rutina para conocerle y brindarle la mejor atención a sus necesidades.

Debe realizarse la consulta teniendo claras las particularidades y necesidades diferenciadas de hombres y mujeres, desde un enfoque integral, articulando y coordinando con trabajadores de la salud de diferentes disciplinas y servicios de salud de la zona.

Todas las personas adolescentes tienen derecho a dar opinión y consentimiento sobre el tratamiento e indicaciones que se le brinden en el servicio de salud.

Algunas consideraciones prácticas de la consulta clínica con adolescentes

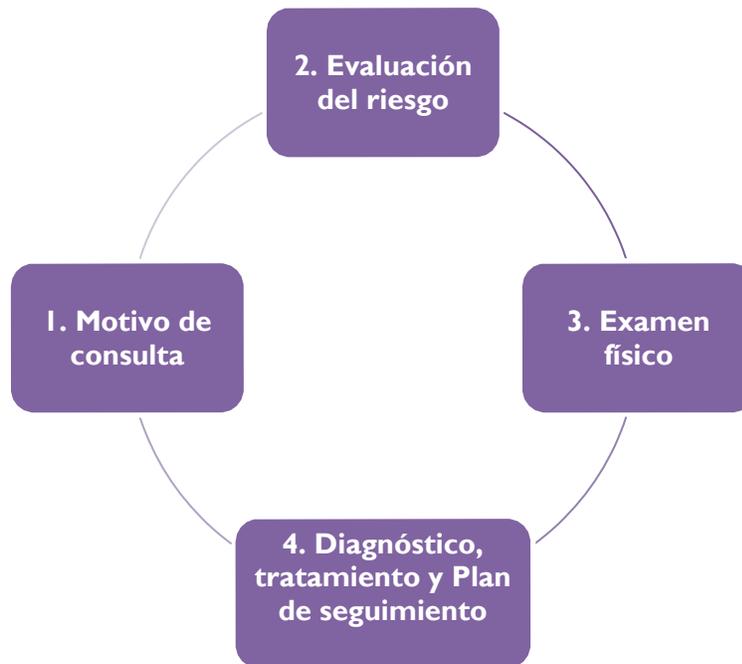
La forma como el/la entrevistador/a inicia o se aproxima en la entrevista clínica es fundamental. Si no es adecuada, puede afectar el resultado de la intervención, por lo que esta aproximación debe ser considerada como un momento determinante, en el cual se deberán desplegar las mejores herramientas de cada profesional.

Con este objetivo, se presentan las siguientes recomendaciones:

- Preséntese a la persona adolescente.
- Pídale a la persona adolescente que se presente o pregúntele como prefiere que le llame. Esto le da un claro mensaje de que usted está interesado en él o ella.
- No comience la entrevista preguntando "¿por qué estás aquí?".
- Aclare el objetivo de la o el adolescente al llegar a la evaluación.
- Si la persona no inicia el diálogo con un motivo de consulta explícito y/o urgente, explique usted qué espera de la entrevista, y los alcances de la confidencialidad.
- Proporcione un esquema de lo que va a ocurrir, incluyendo la gama y tipo de preguntas que se realizarán, clarificando que se le hacen a todas las personas que consultan.

- Advierta la naturaleza sensible de algunas de las preguntas, y dígame que pueden optar por no contestar alguna de las preguntas, enfatizando su derecho a la confidencialidad y el objetivo de estas preguntas.
- Genere una actitud empática, reconociendo que pueden sentirse incómodos a veces.
- Pregunte siempre desde lo más general a lo específico, de manera que los temas sensibles los aborde cuando ya se han ido conociendo y e o la adolescente no se sienta amenazado.
- Establezca una relación de modo que él o la adolescente sienta que sus preocupaciones han sido escuchadas.
- El objetivo no es sólo obtener información sobre lo que podría estar "mal" con la o el adolescente.
- Asegúrese de escuchar y entender las principales preocupaciones y dificultades de la persona adolescente. Para esto puede expresar a la persona adolescente lo que está entendiendo sobre su preocupación y pedir que le confirme si lo está captando bien.
- Antes de terminar, pregunte si tienen alguna pregunta o si desea emitir algún comentario, o si no quiere añadir algo más.
- Sea prudente en qué términos se abordan las preguntas y sondeos, y el contexto en el cual se preguntan.
- Haga las preguntas de una manera que no implique juzgar ni tampoco partir de supuestos, por ejemplo, si se le pregunta a las adolescentes acerca de su "novio", se da por hecho que toda adolescente es heterosexual, lo que muy posiblemente inhiba o incomode a la adolescente con otra orientación sexual o sin aun clara orientación.
- Siempre se debe considerar la etapa del desarrollo y el rango de edad de los y las adolescentes y el ámbito en el que se debe indagar.
- Adopte una postura respetuosa, reconozca y respete la autonomía progresiva de las personas adolescentes, quienes debe ser vistas como personas responsables y capaces de tomar sus propias decisiones según sus propias escalas de valores (y no las del personal de salud). El deber del/la funcionario/a será entregar todas las herramientas que le permitan la mejor toma de decisiones, informada, donde la participación de la persona adolescente en forma activa esté garantizada.

Los componentes que se desarrollan en la consulta individual con adolescentes son:



1. **Motivo de consulta**

Es esencial escuchar y resolver la necesidad de salud y/o motivo que determina la consulta de la o el adolescente, de manera que puedan sentir y contar con un espacio que les resuelve sus problemas de salud, o al menos les guían y acompañan en el camino que deban tomar para resolverlo.

2. **Evaluación de Factores de Riesgo y Protección, con énfasis en salud sexual y salud reproductiva**

El instrumento a utilizar es una nueva ficha de evaluación integral de adolescentes, desarrollada a partir de una entrevista clínica estandarizada con la herramienta del HEADSS + la Escala de PETTING para la evaluación de riesgos psicosociales y de la conducta sexual de adolescentes.

i. **El instrumento HEADS**

El HEADS cubre los siguientes ámbitos:

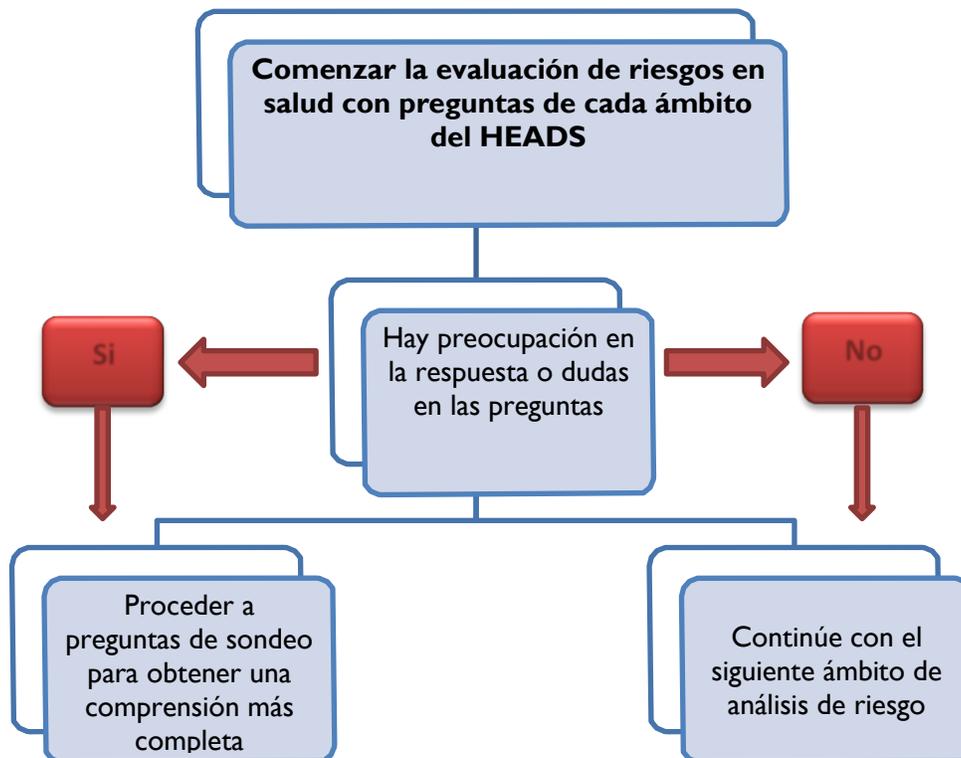
H Hogar y Entorno
E Educación y Empleo
A Amistades y Actividades
D Drogas y Dietas
S Sexualidad y Suicidio

Se ha desarrollado un nuevo instrumento en base al Instrumento de Tamizaje de Riesgo Psicosocial, utilizado por la institución, y de las preguntas de la Ficha CLAPS, de la OPS. Este instrumento corresponde a la tercera parte de la ficha de registro (ver anexo I).

Para la aplicación del HEADS tome en cuenta lo siguiente:

- No todas las preguntas necesitan ser hechas en el orden sugerido.
- El propósito es comenzar con preguntas no amenazantes con el fin de establecer una relación con la o el adolescente.
- Si la persona adolescente inicia la entrevista con información respecto a un problema, esto puede ser explorado inicialmente antes de pasar a los otros ámbitos.

El siguiente flujograma presenta los pasos a seguir en la aplicación del instrumento de evaluación del riesgo:



ii. La escala de PETTING

Se valorará la conducta en sexualidad a través de la Escala de PETTING, que evalúa el grado de exposición a contacto físico entre las personas.

Al momento de abordar el tema “Sexualidad” en la aplicación del HEADS, se utiliza la escala de PETTING en la que se debe indicar en cuál de los siguientes grados de acercamiento físico se ubica la o el adolescente:

GRADO 1:	Tomarse las manos, darse besos, abrazarse.
GRADO 2:	Caricias sexuales sobre la ropa, que pueden incluso simular una relación sexual.
GRADO 3:	Caricias sexuales bajo la ropa, pero sin penetración. Incluye estar desnudos y practicar sexo oral o masturbación mutuas.
GRADO 4:	Coito o relación sexual con penetración vaginal o anal.

Con este objetivo, el o la profesional debe explicar a la persona adolescente que para saber en qué riesgo de salud se encuentra debe preguntar sobre los tipos de encuentros afectivos que ha tenido con otras personas (hombres o mujeres, en forma amplia) y que con esa intención se utiliza la escala de Petting, la cual se le debe mostrar y solicitar que señale en qué grado se encuentra él o ella.

Además se deberá consultar si ha pensado en mantener esa conducta sexual en los próximos 6 meses, por lo que se le puede preguntar por ejemplo: *¿Crees que mantendrás esta conducta?* (con o sin actividad penetrativa).

Con la intención de conducta y el grado de Petting reportado por las y los adolescentes, se puede conocer de manera global el riesgo de la SS/SR, clasificándose en los siguientes tres grandes grupos:

1. Postergador/a	Adolescentes de 10 a 19 años, hombre o mujer con Petting I o II y que no tienen intención de cambiar esa conducta dentro de los próximos 6 meses. Este grupo puede estar con o sin pareja, con conductas sexuales que no implican riesgo de embarazo o ITS/VIH.
2. Anticipador/a	Adolescentes de 10 a 19 años, hombre o mujer con Petting I, II o III, que no han iniciado actividad sexual coital o penetrativa, pero con intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos 6 meses. Este grupo puede estar con o sin riesgo de embarazo o ITS/VIH según su conducta sexual. También, se incluye a los y las adolescentes con Petting III, sin intención de cambiar la conducta sexual.
3. Activo/a	Adolescentes de 10 a 19 años, hombre o mujer con Petting IV, que han iniciado actividad sexual (vaginal, anal, oral) con intención de mantener la conducta sexual. Pueden tener pareja única o múltiples parejas.

Luego de la evaluación se anotará en el instrumento de registro la información pertinente, indicando necesidades y riesgos que requieren referencia a la consejería en SS/SR, a otro nivel de atención, u otras instituciones de la red interinstitucional local según corresponda.

iii. Lo que se espera evaluar y qué se debe hacer

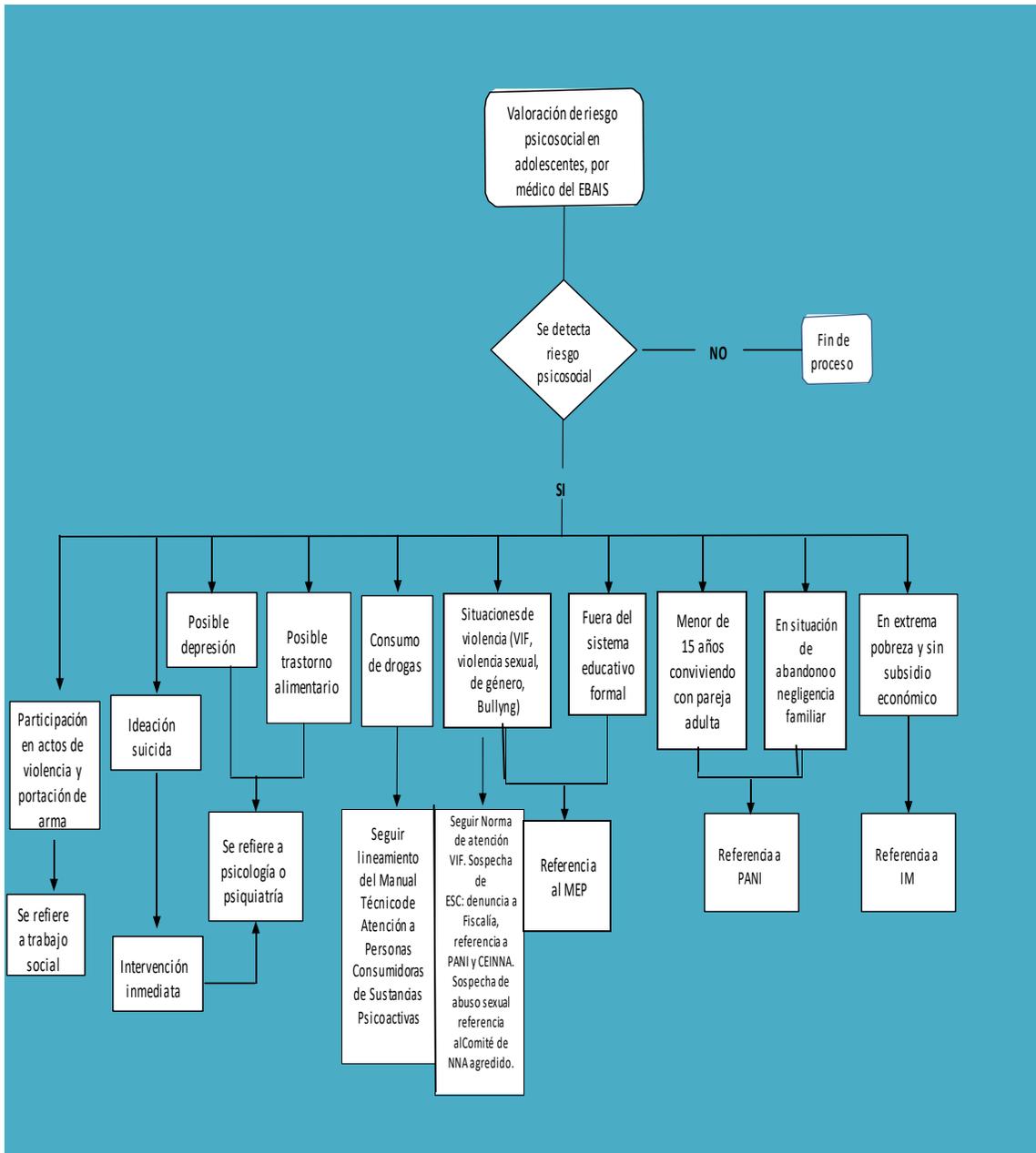
A partir de la detección de riesgos psicosociales, y de necesidades particulares en SS/SR, se brindará la atención oportuna requerida.

ÁMBITO EVALUADO	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REFERENCIA
M otivo consulta	Este componente es clave, pues se debe acoger la demanda de salud de la persona adolescente y su familia, por lo que debe ser lo primero a abordar.	De los resultados de la evaluación se determinará los caminos a seguir en cada caso.
H ogar, familia-Violencia	Evalúa presencia de figuras significativas, casos de abandono o negligencia, ausencia o falta de sostén familiar, casos de convivencia en etapa de adolescencia, y adolescentes que son padres o madres. También indaga la vinculación en actos de violencia y portación de armas.	Referencia en caso de: abandono, negligencia familiar, víctimas de VIF, adolescentes embarazadas, en extrema pobreza y sin subsidio económico. Referencia al PANI en caso de menores de 15 años conviviendo con persona adulta. Referencia en caso de participación en actos de violencia y portación de armas se refiere.
E studios - Empleo	Permite establecer si la persona adolescente está fuera del sistema escolar, y si participa de la fuerza laboral. A su vez identifica el centro educacional al cual asiste, su vínculo con la institución y participación en actividades extracurriculares, como factores de protección. También permite evaluar la presencia de riesgo como el bullying.	Referencia ante casos de: adolescentes fuera del sistema escolar, adolescentes que no trabajan ni estudian, víctima de bullying o discriminación.
A migos, otras A ctividades	Se indagan factores protectores significativos como: el grupo de pares, sentido de pertenencia y participación en grupos.	

ÁMBITO EVALUADO	DESCRIPCIÓN	CRITERIOS DE REFERENCIA
Drogas- Dieta	<p>Se indaga sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psi-coactivas.</p> <p>Las otras preguntas están centradas en, la auto percepción corporal, y evalúa eventual riesgo de trastorno de la alimentación. No hace diagnóstico, sólo identifica visión distorsionada de su corporalidad, o existencia de conductas restrictivas o purgativas en la alimentación.</p>	<p>Referencia por consumo problemático de alcohol y otras drogas.</p> <p>Referencia para psiquiatría o psicología en casos de visión distorsionada de su corporalidad, o quienes tienen conductas alimentarias restrictivas o purgativas.</p>
Sexualidad		<p>Según los resultados del Petting, se hace asesoría y prescripción de métodos, y se refiere a consejería y/o seguimiento.</p> <p>Por trastornos sexuales o sospecha de ITS/VIH, se realiza la atención requerida y referencia necesaria.</p> <p>Si hay sospecha de abuso sexual se refiere al Comité de NNA agredido.</p> <p>Se refieren las sospechas de violencia de género, según lineamientos del programa de violencia institucional y las redes locales.</p> <p>Si se detecta o sospecha ESC, se procede con denuncia a Fiscalía,</p>
Suicidio	<p>Se evalúa la gravedad del trastorno del ánimo, a través de la búsqueda de ideación suicida.</p> <p>En caso de estado de ánimo bajo, se debe preguntar por ideación suicida, con el fin de establecer la eventual gravedad de la sintomatología. Esto no hace diagnóstico, sólo define criterios para la rapidez y calidad de la atención que debe recibir.</p>	<p>Ante ideación suicida, se deberá aplicar el protocolo establecido, con criterios de urgencia según gravedad.</p> <p>Referencia a psiquiatría o psicología ante posible depresión.</p>

En el siguiente flujograma se presentan las acciones a seguir por el o la funcionaria de salud, a partir de la valoración del riesgo psicosocial en adolescentes.

**Flujograma 1:
Acciones a tomar ante resultados de la valoración de riesgo psicosocial en adolescentes de 10 a 19 años**



Con respecto a la valoración de la actividad sexual de las personas adolescentes, y considerando sus riesgos y necesidades, se deben seguir las siguientes indicaciones:

- Todas las personas adolescentes recibirán información y orientación en temas de salud sexual y reproductiva, especialmente asesoría sobre métodos anticonceptivos y de protección sexual.

- Las personas adolescentes con **Petting II, III y IV** deben recibir condones para su protección sexual, junto con la información y educación necesaria sobre su uso correcto.
- Adolescentes con **conducta sexual activa (Petting IV)** deben iniciar método anticonceptivo y además uso de condón (doble método) desde ese mismo día.
- **Adolescentes anticipadores** (que independiente de su Petting, consideran iniciar en los próximos 6 meses actividad sexual penetrativa), deben iniciar método anticonceptivo y de protección sexual.
- **Adolescentes en Petting III**, se les debe explicitar el riesgo real en el cual se encuentran, y estimularla toma de decisión frente al eventual inicio de actividad sexual penetrativa. Si desean postergar el inicio, se debe aclarar lo que involucra dicha decisión, y se deberá invitar a control en 6 meses y a recurrir al centro cuando lo estimen conveniente (en cualquier momento antes si cambian de decisión, explicitando su derecho la protección ante embarazo e ITS).
- En caso que él o la adolescente no se encuentren en condiciones de asegurar la postergación del inicio,al no visualizar estrategias para mantenerse **postergador/a** (ejemplo, no quedarse a solas con su pareja), se le debe proponer iniciar doble protección sexual inmediata.
- Si la adolescente o la pareja de él adolescente tuviera antecedente de **embarazo previo**, se debe preguntar por uso de método anticonceptivos, y en caso de no usarlo, las causas de no uso. Además se deberá preguntar por el producto de la gestación, si llegó a término, y si recibe ayuda, tanto parental como institucional.

Crterios de referencia **URGENTE** a otros servicios y a red interinstitucional

En los casos que se mencionan a continuación, la acción de referencia **DEBE SER INMEDIATA**, por lo que el o la adolescente no se puede ir del centro de salud sin asegurar la adecuada atención de sus necesidades. Estos casos son los siguientes:

Referencia **URGENTE** a otros servicios y a red interinstitucional

- Adolescentes en los cuales se sospeche eventual abuso sexual (adolescente menor de 15 años con actividad sexual, actividad sexual en situación de asimetría relacional o de poder, presencia de episodios de violencia psicológica o física, convivencia de menor de 15 años con adulto/a).
- Sospecha de explotación sexual.
- Violencia de género (asimetría relacional y de poder entre la pareja independiente de la edad, presencia de episodios de violencia psicológica o física, celopatía).
- Adolescente con ideación suicida activa.

Crterios de referencia a consejería en salud sexual y salud reproductiva

Serán referidas a consejería en SS/SR todas aquellas personas adolescentes con un grado de **Petting III o IV**, **sin uso adecuado de métodos anticonceptivos o de protección sexual, que presenten además uno o más de los siguientes riesgos:**

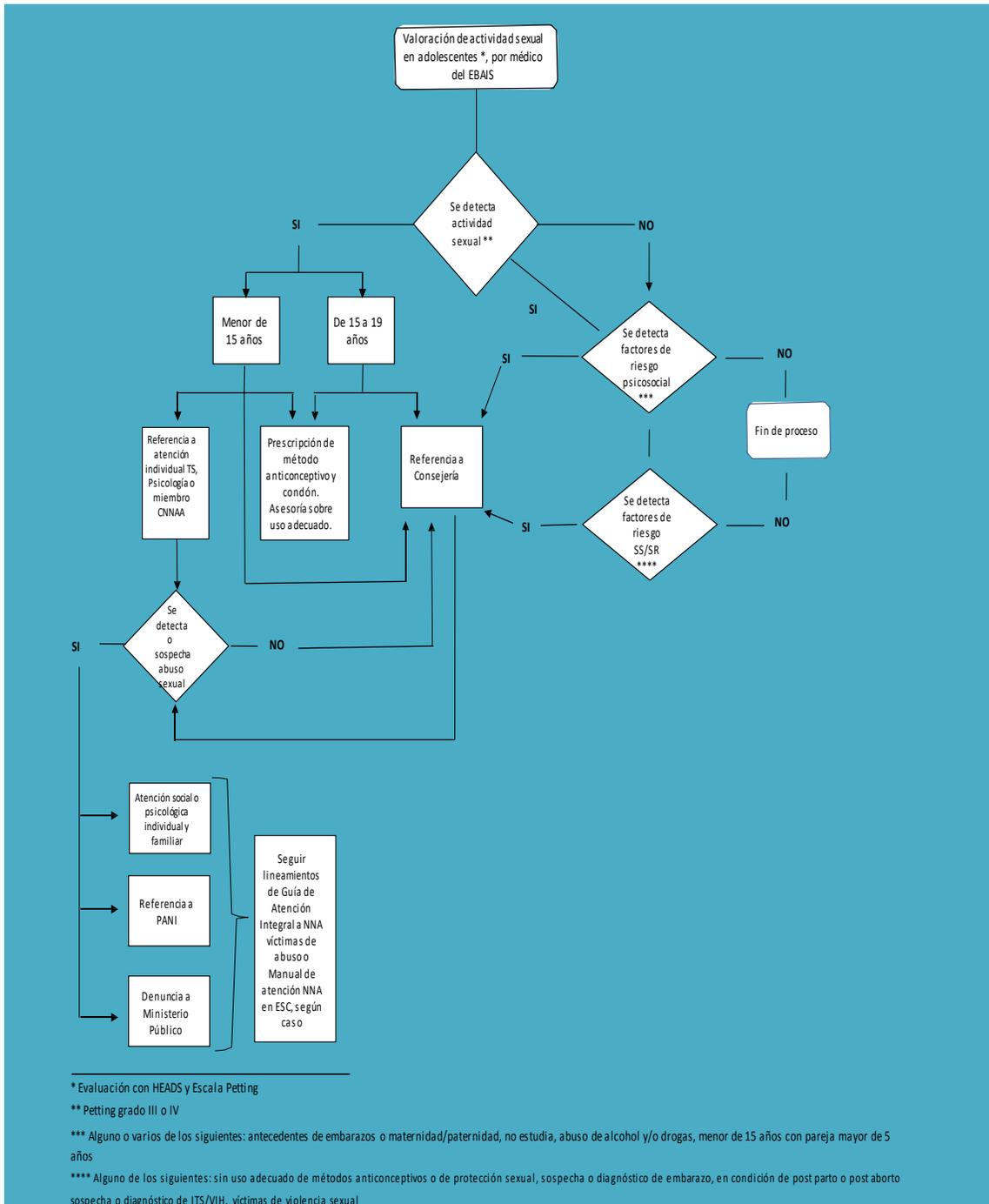
Referencia a consejería en salud sexual y salud reproductiva

- Fuera del sistema escolar.
- Toda persona adolescente menor de 15 años que refiera actividad sexual.
- Toda persona adolescente menor de 15 años, cuya pareja sea 5 años mayor que él o ella.

- Adolescentes con sospecha o diagnóstico de embarazo.
- Adolescentes madres.
- Adolescentes padres.
- Adolescentes en condición de postparto o postaborto.
- Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH.
- Consumo problemático de alcohol o drogas.
- Víctimas de violencia sexual.

En el siguiente flujograma se presentan las acciones a seguir por el o la funcionaria de salud, a partir de la valoración de la actividad sexual en adolescentes.

Flujograma 2:
Acciones a tomar ante resultados de la valoración de actividad sexual en adolescentes de 10 a 19 años



3. El examen físico de la o el adolescente

Para su realización se deberá contar con una pesa, tallímetro, esfigomanómetro, fonendoscopio, tabla de Snell, Orquidómetro de Prader, separador de ambiente que permita cierta privacidad, camilla ginecológica, espéculos virginales, guantes desechables, entre otros insumos, además de las condiciones físicas que garanticen la privacidad y la confidencialidad de la atención.

El examen físico general debe incluir:

- Las características del aspecto general de la persona adolescente.
- Revisión de datos de medición de la presión arterial, peso, IMC, talla/edad.
- Evaluación del grado de desarrollo puberal.
- Examen genital de hombres y mujeres cuando corresponda (no es requisito).

También se observarán en el examen físico posibles indicadores de abuso, agresión y explotación sexual comercial según lo establecido en la Guía de Atención integral a NNA víctimas de abuso. En caso de agresión y abuso, se llena Boleta de Vigilancia Epidemiológica (VE01).

El examen genital

- **Examen gineco-urológico:** Evaluar periodicidad menstrual y características de las reglas, presencia y características de flujo genital, y lesiones genitales.
- **En mujeres:** Informar acerca de autoexamen de mamas. Evaluar presencia de displasia mamaria, quistes, nódulos mamaris, mastodinia y galactorrea. En caso de adolescentes sexualmente activas: referir para examen ginecológico. Evaluar presencia de secreción vaginal fisiológica y educar en relación a medidas de higiene genital.
- Se debe solicitar o desarrollar examen pélvico si se justifica clínicamente (dolor abdominal, o pélvico, hemorragias, actividad sexual, toma PAP, alteraciones anatómicas, puberales, entre otras).
- **En hombres:** Evaluar presencia de ginecomastia. Evaluar presencia de lesiones genitales, simetría y masas testiculares. Instruir al adolescente a realizar autoexamen testicular

Orientaciones para realizar el examen genital en adolescentes

- ✓ Realizar una anamnesis completa que oriente el examen genital.
- ✓ Explicar a la o el adolescente cada aspecto del examen, mostrándole los elementos a utilizar en el mismo (espéculo, orquidómetro de Prader, etc.).
- ✓ Algunas personas adolescentes pueden manifestar pudor o temor a lo desconocido, por lo que es conveniente establecer un ambiente de confianza.
- ✓ Cubrir a la o el adolescente. No es preciso que estén totalmente desvestida/o.
- ✓ Realizar el examen con suavidad y paciencia.
- ✓ Mientras se realiza el examen genital se debe enseñar a la o el adolescente a realizar el autoexamen de testículo y de mama, explicando su importancia y utilidad.
- ✓ Si el padre o la madre que acompañan a la persona adolescente esperan afuera, otro/a trabajador/a de la salud debiera estar presente durante el examen. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales, en particular cuando el trabajador de salud que realiza el examen es de diferente sexo.

Si la actitud ante el examen es de una resistencia significativa, se debe indagar de manera cuidadosa y respetuosa la presencia previa de experiencias abusivas o traumáticas.

El examen genital es diferente según sea la persona adolescentes un hombre o una mujer, y si ha iniciado su actividad sexual o no.

¿Cómo realizar el examen genital de las y los adolescentes?	
En adolescentes sin inicio de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección genital es externos en hombres y mujeres. • Valoración del vello pubiano en hombres y mujeres. • Valoración de salida de secreción vaginal o uretral en mujeres y hombres. • Examen mamario en el hombre y la mujer. • Lesiones perianales en hombres y mujeres. • En mujeres: valoración tamaño clítoris, características y permeabilidad del himen, permeabilidad y malformaciones vagina. • En hombres: examen del pene y del escroto, examen testicular y ubicación del meatourinario.
En adolescentes con inicio de actividad sexual	<p>Además de lo expuesto anteriormente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomas de cultivo de secreción en caso de estar presente (vaginal y uretral respectivamente). • En mujeres: tacto vaginal, inspección de cuello uterino y vagina con espéculo, toma de citología en caso de corresponder PAP y Tratamiento y seguimiento según normativa, ante PAP anormal.

4. Diagnóstico, tratamiento y plan de seguimiento

Una vez concluida la evaluación se le informará a la o el adolescente la aproximación diagnóstica y el plan de tratamiento y seguimiento, según necesidades y problemas identificados.

De no presentarse ninguna necesidad o problema se le motiva a la persona adolescente a efectuar un nuevo control de salud posteriormente. Se le brindará también educación en SS/SR según su etapa de la adolescencia. También se le indicará que si tiene alguna inquietud, desea asesoría en SS/SR o presenta algún cambio en su condición de salud, podrá consultar de nuevo.

Si se identifican riesgos en SS/SR o psicosociales, se procederá de acuerdo a lo planteado en el apartado de Evaluación del Riesgo y los respectivos flujogramas 1 y 2.

Según los riesgos identificados, la persona adolescente será orientada respecto a los recursos de apoyo dentro y fuera de la institución; y se harán las referencias correspondientes.

El manejo clínico de hallazgos patológicos en el examen clínico, se abordarán según protocolos institucionales. Los riesgos y problemas de SS/SR identificados y su manejo, se retoman en los siguientes apartados.

d. Registro de la atención brindada

Se contará con un instrumento de registro (ver anexo 1) que busca recoger los datos de salud y de riesgos psicosociales que favorecerán el adecuado seguimiento de la o el adolescente. El instrumento cuenta con tres

partes: los datos completados por la persona adolescente respecto a su información personal y antecedentes de salud, los datos obtenidos en la pre-consulta, y el instrumento de tamizaje del riesgo, donde se consigna el tipo de riesgo identificado, sea Sexual, Mental y Social.

También se presentan dos cuadros, uno que permite registrar las acciones de salud y referencias realizadas en la atención de salud en relación a su motivo de consulta, con énfasis en las acciones generadas por sus necesidades de salud sexual y reproductiva. El otro cuadro registra si la persona adolescente ha participado de actividad educativa grupal en salud sexual y reproductiva y si fue o no derivado a consejería en salud sexual y reproductiva.

Con este instrumento se estandarizará el registro del control de salud a nivel del EBAIS, con el fin de evaluar factores de riesgo y de protección, que permitan el seguimiento y evolución de los riesgos de cada persona, y que favorezca la evaluación y la planificación de las acciones promocionales y preventivas a realizar. Se espera contribuir a la sistematización de la información recolectada en la entrevista clínica, de manera que se pueda realizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones desarrolladas.

El instrumento de registro del EBAIS, debe aplicarse al ingreso de toda persona adolescente al sistema de salud y repetirse en cada consulta de atención integral, dado que la situación de salud puede sufrir cambios. Para los controles posteriores, se utilizará una ficha simplificada, que considera datos de identificación para recupera la historia clínica, espacios de evolución y derivación.

Se anotará la información pertinente, indicando necesidades y riesgos que requieren referencia a otro nivel de atención u otras instituciones de la red interinstitucional local, según corresponda.

Cada EBAIS deberá contar con un FICHERO de la población de adolescente con casos de riesgos identificados para su seguimiento. Este fichero será responsabilidad del auxiliar técnico del EBAIS. Periódicamente, el o la ATAP deberá seleccionar las fichas que han quedado consignado con algún riesgo en salud, de manera que pueda referir dichos antecedentes a las o los profesionales a cargo del seguimiento de dichos riesgos en las UCL.

En la ficha se consignará el nombre de la o el adolescente y el posible riesgo identificado para darles seguimiento, para luego desarrollar las actividades de monitoreo respectivas.

Es importante que en el registro de la atención se asegure siempre la **confidencialidad** de los datos de las personas adolescentes.

B ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA GRUPAL

Las personas adolescentes tendrán acceso a espacios grupales de información y educación, en los que puedan externar y aclarar dudas e inquietudes sobre SS/SR. Con ello se pretende mejorar el vínculo con las y los adolescentes, promover la adherencia de esta población a los servicios de salud, y ofrecer espacios de confianza y apoyo para su crecimiento saludable.

Todas las y los adolescentes que reciben una consulta de atención integral en salud, deben participar en una actividad grupal, cuyo objetivo es complementar la información y orientación que el personal de salud puede brindar a la o el adolescente en el tema de la SS/SR.

Así se contará con un espacio grupal para evacuar dudas, comentar inquietudes e informarse sobre temáticas clave en SS/SR, con el apoyo de personas capacitadas para la facilitación de este espacio de diálogo y aprendizaje conjunto.

Estas actividades, pueden tener la modalidad de taller o conversatorios, y tendrán una duración de 1 hora. Pueden realizarse previo a las consultas, como “puerta de entrada” a los servicios, o posterior a estas. También pueden desarrollarse en el mismo espacio de la consulta, antes y/o después de esta, o en lugares comunitarios más apropiados para incrementar la participación adolescente.

Si los EBAIS cuentan con recursos suficientes, pueden desarrollar dos actividades simultáneas, uno dirigido a las y los adolescentes y otro a sus madres, padres o familiares que les acompañan.

Se requiere la conducción de estas actividades por parte de personas capacitadas y con la sensibilidad necesaria para identificar mitos y estereotipos, contrastándolos con información veraz, clara y científica. Esto acompaña- do de una actitud de apertura y no crítica frente a las inquietudes y vivencias de las y los adolescentes.

Se espera que los Equipos de Apoyo del Área apoyen estas actividades, junto con la participación de promotores juveniles, dada la evidencia sobre la efectividad de la educación en SS/SR brindada entre pares.

Dada la función vital que tendrá el grupo de promotores juveniles en las estrategias grupales y actividades de promoción y prevención, es fundamental programar la capacitación de estas personas promotoras, la entrega de una identificación que facilite sus labores con el EBAIS y el diseño conjunto de estrategias de promoción de los servicios de salud y la programación de las actividades que desarrollarán los promotores.

La guía metodológica para el desarrollo de esta activad se encuentra en el documento “Manual de actividad grupal complementaria”.

C CONSEJERIA

La Consejería en SS/SR es un proceso de tres sesiones de 30 minutos, con una frecuencia quincenal o mensual, que una persona profesional capacitada del Área de Salud brinda a un o una adolescente, a partir de los criterios de referencia mencionados anteriormente.

Las y los adolescentes que reciben la consejería, son referidos por la o el médico del EBAIS, luego de la consulta de atención individual, donde se realiza una evaluación del riesgo.

La o el funcionario del Área de Salud que brinda la consejería, idealmente deberá trasladarse al EBAIS para brindar el servicio a la población adolescente que así lo requiere; en última instancia, de no ser posible tal tras- lado, la cita se programará para ser realizada en el Área respectiva.

La consejería busca ser un proceso de escucha y apoyo para que la persona adolescente se aclare y tome decisiones en salud sexual y reproductiva, especialmente relacionadas con la protección para evitar un embarazo o una ITS/VIH. En este espacio se facilita además información amplia y veraz en sexualidad, y se considera las necesidades y problemática particular que traen las personas adolescentes.

Como se mencionó, la consejería consiste en tres sesiones, desde una visión de proceso, que implica abordar en cada una de ellas aspectos diferenciales, como se muestra a continuación:

- **Sesión 1:** *Discusión y problematización de la situación de riesgo con apoyo de información básica en salud sexual y reproductiva.*
- **Sesión 2:** *Acompañamiento profesional en la búsqueda de alternativas y toma de decisiones para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera.*
- **Sesión 3:** *Reconocimiento de obstáculos y recursos, contextuales, familiares y personales, para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera. Definición de criterios para el seguimiento.*

En la consejería se abordarán los siguientes aspectos básicos de la salud sexual y reproductiva del o la adolescente:

- ✓ ITS y VIH y las formas para prevenirlas.
- ✓ Implicaciones biopsicosociales de embarazos en la adolescencia.
- ✓ Uso correcto de métodos de protección y anticoncepción, como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, y las creencias alrededor de los mismos.

- ✓ Roles de género y vivencia de la sexualidad.
- ✓ Apropiación del propio cuerpo y toma de decisiones en SS/SR.
- ✓ La vivencia del placer.
- ✓ Obstáculos y recursos a nivel contextual, familiar y personal, que pueden favorecer o dificultar el mantenimiento de las decisiones que toma sobre su SS/SR.

Para ampliar la propuesta conceptual y metodológica para realizar la consultoría, se debe consultar el documento “Manual de Consejería en SS/SR para adolescentes”.

7.3 Actividades de atención de las necesidades de adolescentes con actividad sexual

A. INFORMACIÓN Y ORIENTACION EN SS/SR

Como se señaló en apartados anteriores, en la consulta de atención integral en salud se realizará una exploración inicial a través de las preguntas del HEADS y la Escala de Petting que permitirán al profesional en medicina definir las personas adolescentes a quienes deba referir a la Consejería en SS/SR (ver flujograma 2).

Asimismo, en los servicios se debe ofrecer información veraz y basada en conocimientos científicos sobre SS/SR, libres de sesgos morales y/o religiosos, así como orientar a que la persona adolescente pueda tomar decisiones fundamentadas en una evaluación de opciones y sus consecuencias, a partir de sus deseos, la situación que vive en ese momento y su realidad concreta.

Las y los adolescentes muestran una serie de inquietudes acerca de su sexualidad, por lo que es importante:

- Apoyar a adolescentes que han decidido posponer el inicio de las relaciones sexuales e informar y orientar para evitar riesgos de la salud sexual y reproductiva.
- Apoyar y otorgar todos los servicios que la o el adolescente requiera o solicite, y que le permita el ejercicio de una sexualidad responsable, informada, saludable, satisfactoria, segura, libre de violencia y de embarazos no planificados e ITS/VIH y sida.
- Dialogar sobre la satisfacción y los conflictos referidos a la sexualidad con todas las personas adolescentes, *hayan o no iniciado relaciones sexuales genitales*, a fin de facilitar el acompañamiento respecto a conflictos con relación a la sexualidad, sentimientos de culpa frente a la masturbación, el inicio de las relaciones sexuales, la orientación sexual, molestia o dificultades en sus relaciones sexuales (falta de deseo sexual, fobia a las relaciones sexuales, falta de erección, eyaculación retardada, parcial o precoz, falta de orgasmo, dolor, vaginismo, entre otros).
- No realizar juicios de valor o imponer los valores morales propios, sino posicionarse desde la prestación de servicios que garantice niveles óptimos de salud.

Con quienes ya iniciaron su actividad sexual, se debe:

- Indagar las condiciones en que se tienen las relaciones sexuales, frecuencia, con quiénes, si son inesperadas, regulares o voluntarias.
- Preguntar sobre comportamientos sexuales de riesgo para embarazos y/o ITS.
- Realizar la detección precoz de ITS y ofrecer pruebas de diagnóstico para VIH.
- Informar, prescribir y facilitar métodos anticonceptivos y de protección sexual.

Se consideran que son factores de riesgo de embarazo en adolescentes

- Precocidad de la primera menstruación en la mujer (menarquia) o de la primera eyaculación en los hombres (espermarquia).
- Baja autoestima y baja percepción, de la autoeficacia.
- Ausencia o mala comunicación familiar, y vínculos familiares inadecuados.
- Falta de una persona adulta referente, significativa afectivamente.
- Abuso y violencia sexual.
- Abandono escolar.
- Bajo rendimiento escolar o repitencia escolar.
- Presión de los pares. Grupos de pares con actividad sexual sin protección.
- Abuso de alcohol y consumo de drogas.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 16 años,) o embarazo y/o aborto previo.
- Depresión o duelo por pérdidas.
- Deficiencias en la educación, con ausencia y/o inadecuada educación sexual en los centros de enseñanza.
- Ausencia de condiciones reales para que la persona adolescente se pueda proyectar en su entorno, y pueda construir proyectos de vida diferentes a la maternidad.
- Condición de pobreza extrema y/o violencia social.
- Antecedente de embarazo en adolescencia en madre, hermana o amiga.

ASESORÍA DE ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES

I. Información y orientación

En caso de detectar intención o actividad sexual en la o el adolescente, se brindará información sobre los diferentes métodos anticonceptivos que ofrece la institución y valorará con ella o él la opción que más se ajusta a sus características y necesidades.

Se explicará con claridad el correcto uso del método seleccionado y se verificará si la persona adolescente ha comprendido las indicaciones. Se le facilitará el acceso a los métodos de la forma más ágil, respetando su intimidad y evitando exponerla a ser vista cuando se hace la entrega de medicamentos.

La persona adolescente que ya inició relaciones sexuales tiene riesgo de embarazo y de ITS/VIH, por lo que se debe indicar siempre **DOBLE MÉTODO**, tanto anticonceptivo como de barrera, lo que permite, además el involucramiento tanto de hombres como de mujeres.

Se deben hacer las orientaciones básicas a la o el adolescente en cuanto a la protección sexual y anticoncepción, así como su prescripción. Es fundamental dar información sobre el adecuado uso de los métodos anticonceptivos, y sobre los posibles efectos de los anticonceptivos. En el caso de gestágenos orales explicarle a la adolescente que el escaso sangrado menstrual es algo esperable como efecto secundario común, dando la tranquilidad de que no

provoca daños ni disminuye la eficacia del anticonceptivo y se elimina solo. Pero si el sangrado continúa y es incómodo debe solicitar una cita para valorar otro método más adecuado.

También se debe aprovechar la consulta para informar a la persona adolescente sobre las ITS, sus síntomas, cómo se contraen y las medidas de prevención, al igual que las indicaciones de acudir a los servicios de salud si identifica algún síntoma. Es fundamental incentivar el uso del condón de manera consistente y continua, cuestionar los mitos que existan sobre ello. También orientar a la persona adolescente sobre la forma de acceder a condones de manera ágil y oportuna, así como otras indicaciones para garantizar prácticas sexuales seguras.

Si una persona adolescente no presenta síntomas pero menciona haber tenido relaciones de riesgo, se le pondrá realizar un examen de ITS/ VIH con su consentimiento.

Además se estimulará la necesidad de una consulta ginecológica posterior a la orientación, a fin de complementar la información a la persona adolescente para el proceso de elección, mediante los estudios clínicos necesarios.

Sin embargo, no hace falta esperar hasta el examen ginecológico para iniciar la anticoncepción hormonal. Sólo se debe indagar que no existan contra indicaciones para el uso de métodos hormonales. Además se deberá abordar con él o la adolescente sus conceptos de género en relación al poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.

En la asesoría de anticoncepción se deberá abordar con el o la adolescente

- Antecedentes de trastornos de coagulación o trombofilia familiar o personal, y/o alergia al látex.
- Lista de los métodos anticonceptivos que conoce.
- Exposición y demostración de uso de cada método anticonceptivo.
- Puntos fuertes, débiles y efectos secundarios de cada método.
- Uso correcto.
- Importancia de la regularidad y el uso sistemático.
- Modo de incorporación en el coito (cuando sea apropiado).
- Problemas comunes del uso y soluciones.
- Lugares para obtenerlos.
- Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.
- Posibles cambios del ciclo menstrual en particular un sangrado prolongado, excesivo y/o amenorrea.
- Significado de la amenorrea.
- Retraso en el retorno a la fertilidad.
- Falta de protección contra ITS e infección por VIH/sida.
- Efectos secundarios y complicaciones posibles.
- Necesidad de consultas médicas para el seguimiento.

También se debe considerar: relación con la familia, apoyo de la pareja, creencias religiosas, actitud frente a los métodos anticonceptivos y frecuencia de las relaciones sexuales.

Preguntas para orientación

- ¿Qué edad tiene tu/s pareja?
- ¿Cómo se conocieron?
- ¿Con qué frecuencia tienen relaciones?
- ¿Ha tenido tu pareja otras parejas sexuales antes?
- ¿Dónde tienen relaciones?
- ¿Has usado antes algún método?

- ¿Por qué no? o ¿Por qué dejaste de usarlo?
- ¿Sabes tus padres que tienes relaciones sexuales?
- ¿Qué opinan tus padres con respecto a esto?
- ¿Tienes temor de usar algún método en particular? ¿Por qué?
- ¿Qué piensa tu pareja de los métodos anticonceptivos en general y del preservativo/condón en particular?
- ¿Has estado embarazada alguna vez? ¿Has embarazado a alguien?

2. Elección del método

Se debe realizar lo siguiente:

Historia clínica completa	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la menarquía/espermarquia. • Edad de inicio de relaciones sexuales. • Número de parejas. • Ciclos menstruales. • Infecciones genitales y de transmisión sexual. • Embarazos anteriores. • Abortos. • Edad de la pareja. • Consumo de tabaco, drogas, alcohol. • Antecedentes de enfermedades previas: <ul style="list-style-type: none"> ○ depresión, ○ diabetes, ○ hipertensión arterial, ○ bocio, ○ epilepsia, ○ enfermedades de la coagulación, ○ glaucoma y otros problemas de visión, ○ jaquecas y cefaleas. • Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia. 	
Examen físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presión arterial, peso, talla. ▪ Estadíos de Tanner. ▪ Tiroides. ▪ Examen pélvico. ▪ Espéculo y tacto genital. ▪ PAP y estudio bacteriológico de secreciones vaginales.
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si no hay elementos anormales, no estaría indicado previo a iniciar método. ▪ Si hay sospecha de trombocitosis o trastorno de coagulación, se deberán solicitar un hemograma y pruebas de coagulación antes de indicar el método hormonal.

Para decidir por un método es necesario evaluar la reversibilidad, la efectividad, los riesgos, la tolerancia y aceptabilidad del método.

Considerar

- Frecuencia de las relaciones.
- Número de parejas sexuales.
- Historia de infecciones genitales.
- Capacidad para el uso constante del método.
- Existencia de apoyo de una persona adulta significativa que le ayude a formar los hábitos requeridos

Alentar a que concurra con la pareja

La responsabilidad del método debe involucrar a los hombres, no debe recaer sólo en las mujeres adolescentes. Se debe estimular a que el hombre participe y comparta la responsabilidad.

Se debe asegurar que las siguientes personas adolescentes reciban de manera in- mediata la información y prescripción de un método anticonceptivo o de protección sexual

- Adolescentes con actividad sexual sin uso o con uso irregular de métodos anticonceptivos o de protección sexual.
- Adolescentes que utilizan un método natural de anticoncepción.
- Adolescentes con embarazo o aborto previo.
- Adolescentes madres o padres.
- Adolescentes en condición de postparto o postaborto.
- Antecedente, sospecha o diagnóstico de ITS/VIH.
- Con intención de actividad sexual, según escala de Petting, en grupo Anticipadores (que independiente de su grado de Petting, han decidido iniciar en los próximos 6 meses actividad sexual penetrativa).

Métodos elegibles para adolescentes

A las mujeres adolescentes no se les puede indicar exactamente los mismos anticonceptivos que a las mujeres adultas. Se sabe que desde el punto de vista biológico, sólo al final de la adolescencia habrán completado su desarrollo mamario, regularizado sus ciclos menstruales, entre otros componentes. Las adolescentes se encuentran en un período de gran velocidad de multiplicación celular, con procesos de maduración de sus diversos órganos, incluido su cerebro, hígado, huesos, entre otros, lo que le otorga una gran vulnerabilidad frente al efecto de toxas que le puedan interferir estos procesos.

El crecimiento óseo se desarrolla en base a dos procesos fisiológicos, por un lado la elongación, es decir desarrollo de la matriz ósea (que se expresa en la talla de la adolescente) y el proceso de osificación propiamente tal de esa matriz ósea que es el depósito de grandes cantidades de sales de calcio en las matrices óseas.

Se sabe que cuando llega la menarquía, el desarrollo de la matriz ósea alcanza aproximadamente el 95.5% de su talla final con una edad ósea a la Rx de carpo de 14 años un 98%. Pero también se sabe que durante toda su adolescencia, hasta los 19 a 22 años, se sigue produciendo depósito de calcio, es decir mineralización ósea propiamente tal, aunque ya no siga con gran velocidad de crecimiento en talla. En esta etapa de la vida se estima se deposita entre el 40% al 60% de toda la masa ósea que la acompañará en su vida.

Para este proceso de mineralización ósea se requieren, entre otros factores, ciertas dosis mínimas de ESTRÓGENOS. Es así como se recomienda que los anticonceptivos para adolescentes deben contener, idealmente 0,30 mcgrs de etil estradiol, además del progestágeno.

Diversos estudios han demostrado que la utilización de medroxiprogesterona (Depo-Provera) en forma prolongada y exclusiva, tiene efecto en la mineralización ósea de las mujeres, en seguimientos con densitometría ósea. Las mujeres que usan Inyección Anticonceptiva de Depo-Provera pierden densidad mineral ósea significativa. Esta pérdida de masa ósea es mayor cuanto más tiempo se utiliza.

Estos elementos son importantes al momento de escoger y recomendar un método en esta etapa de la vida; mientras más pequeña, más debemos preocuparnos que contenga estrógenos el método hormonal elegido.

Aquellos métodos en base a progestágenos exclusivos como el Depo-Provera, se podrán utilizar, pero en situaciones excepcionales, donde el análisis costo-beneficio para esa persona sea el adecuado.

Métodos recomendados

- ✓ **Hormonales:** píldoras combinadas o de gestágenos solo en caso de lactancia, inyectables e implantes de gestágenos.
- ✓ **Mecánicos de barrera:** preservativo/condón masculino. Ventaja adicional de prevenir infecciones transmisión sexual.
- ✓ **DIU** también se puede recomendar en adolescentes, ya sean multíparas como nulíparas.

SIEMPRE recomendar doble método: hormonal y de barrera (preservativo/condón).

Los métodos naturales son difíciles de usar por la alta frecuencia de ciclos irregulares que presentan las adolescentes, por el tipo de comportamiento sexual y la práctica y conocimiento que se requiere.

Seguimiento

- 8 semanas después: peso, presión arterial, y aparición de cefaleas, alteraciones del humor, sangrados.
- 6- 12 meses: examen pélvico, PAP, investigar infecciones genitales.

Método		Ventaja/ desventajas	Riesgos	Efectos secundarios	Beneficios no contraceptivos
Hormonales (mujeres).	Píldora Combinados estr/progest (monofásicos/trifásicos) Progestágeno solo	Si se toman bien muy efectivos y siempre está protegida; no interfieren con la relación sexual. Costo, accesibilidad y temor a los efectos de las hormonas. Los progestágenos solo pueden usarse en algunas diabéticas, enfermedad fibroquística y en la lactancia.	Complicaciones Cardiovasculares y encefálicas, hipertensión arterial, tromboembolias (+tabaco).	Aumento de peso, cefaleas, trastornos menstruales, tensión mamaria, cambios de humor, sequedad ocular, náuseas, mareos. Amenorrea con progestágenos inyectables y sangrados irregulares con inyectables combinados.	Protegen contra EIP, cáncer de ovario y endometrio, quistes ováricos. Mejorar el dolor menstrual; disminuyen el sangrado menstrual, los quistes benignos de mama, y mejorar el acné.
	Inyectables Progestágeno 150mg/M cada 3 meses Progest/Estr. Una vez al mes.	Inyectables e implantes facilitan el uso pero no garantizan continuidad de uso del método	Los inyectables no presentan riesgos reconocidos.		
	Implantes Progestágeno Duran 5 años, requieren ser extirpados.		Infección en sitio de implante.		
Barrera	Preservativo/condón masculino	Fácil de adquirir, económico, fácil de usar y efectivo bien usado. Falta de espontaneidad; disminución de la sensibilidad; requiere apoyo de la pareja.	Ninguno conocido.	Alergia, irritación.	Protege de las ITS, incluido el VIH y retrasa eyaculación precoz.
	Preservativo femenino	Costoso, difícil de usar por la adolescente, poco atractivo, motivación alta			
Mecánicos (mujeres)		Espermicidas		Accesibles, económicos. Cierta privacidad. Deben usarse con otro método (preservativo/condón) para mayor eficacia.	

Método	Ventaja/ desventajas	Riesgos	Efectos secundarios	Beneficios no contraceptivos
	Diafragma, copa cervical, esponja		Requiere colocación médica, difícil de usar, no muy económico, motivación; efectivo.	
	Dispositivo intrauterino (DIU)		Requiere colocación médica, efectivo, no interfiere con acto sexual, requiere control estricto de la adolescente.	
Otros métodos no recomendados en adolescentes	Ritmo / Billings		No requiere prescripción, necesita explicación detallada y tener ciclos muy regulares. Requiere mucha motivación y control, alto riesgo de fracaso.	
	Coito interrumpido		No requiere prescripción, necesita explicación detallada y mucho control; alto riesgo de fracaso; eyaculación prematura; placer limitado.	
	Amenorrea de la lactancia (MELA)		Solamente si es pecho exclusivo, no se dan suplementos al niño y se lo alimenta a demanda; es solamente temporal, hay que agregar un método apenas cambien estas condiciones.	

Métodos anticonceptivos para adolescentes con enfermedades crónicas

Tipo de enfermedad crónica	Métodos anticonceptivos
Lupus eritematoso sistémico.	Anticonceptivos orales de progestágenos. Inyectable de progestágeno de acción prolongada. Evitar uso de DIU con inmunosupresores.
Diabetes mellitus.	Anticonceptivos orales combinados con las más bajas dosis hormonales. Progestágenos solos.
Enfermedad tiroidea.	DIU. Puede usarse píldoras combinadas con buen control hormonal tiroideo.
Tuberculosis.	Usar dos métodos (larifampicina aumenta el metabolismo hepático de los esteroides y disminuye la eficacia de los mismos).
Asma.	Anticonceptivos orales combinados.
Enfermedad fibroquística.	Anticonceptivos orales combinados, menor dosis progestágenos.
Enfermedad de Crohn/Colitis. Ulcerosa.	Anticonceptivos orales combinados.
Hepatitis.	Anticonceptivos orales combinados solamente con función normal. Controlar.
Convulsiones.	Progestágenos inyectables, o Anticonceptivos orales (menos el valproato, los anticonvulsivantes reducen la eficacia de los anticonceptivos orales).
Artritis reumatoidea.	Anticonceptivos orales combinados.
Cáncer.	Anticonceptivos orales combinados si el cáncer no es estrógeno dependiente. Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores.

Métodos anticonceptivos para adolescentes con enfermedades crónicas

Tipo de enfermedad crónica	Métodos anticonceptivos
Enfermedad renal crónica.	Progestágenos inyectables, o Anticonceptivos orales sin hipertensión severa. Evitar DIU si están recibiendo inmunosupresores.
Anemia falciforme.	Píldora de progesterona sola, progesterona inyectable de acción prolongada. No usar DIU por riesgo de sangrado e infección.

Métodos anticonceptivos para adolescentes con retardo mental

- Los métodos de barrera (preservativo/condón, espermicidas, esponja, diafragma) no se recomienda en adolescentes con retardo porque requieren iniciativa personal, destreza, comprensión intelectual.
- Los dispositivos intrauterinos se desaconsejan por la incapacidad para reportar dolor o molestias, por el aumento del sangrado menstrual y problemas de higiene.
- Las píldoras son las más recomendadas aunque se requiere supervisión.
- Puede agravarse sin embargo la enfermedad mental.
- Los inyectables de acción prolongada (medroxiprogesterona I/M) son los más recomendados ya que son de fácil aplicación y presentan el beneficio adicional de producir el cese de las menstruaciones.
- La esterilización puede considerarse como una opción en algunos casos, luego de una evaluación ética de cada caso en particular.

7.4 Atención de adolescentes con trastornos de salud sexual

En la consulta se podrán detectar problemas de salud sexual que requieren pronta atención, por lo que es fundamental un buen diagnóstico inicial que permita dar el tratamiento adecuado. Existen problemas específicos del proceso de maduración física, otros vinculados a la actividad sexual, y problemas asociados a factores y comportamientos de riesgo.

A la persona adolescente se le debe explicar de manera comprensible el diagnóstico de su problema de salud, así como del tratamiento a seguir y alentarla a hablar de sus dudas y temores. Se le invitará a acudir de nuevo si su problema de salud no se resuelve.

A. Problemas en la función sexual

A continuación se presenta un cuadro de problemas en la función sexual que producen gran preocupación en las y los adolescentes y que muchas veces están asociados a factores emocionales y culturales que obstaculizan el disfrute saludable de la sexualidad, produciendo inhibiciones y problemas serios en la autoconfianza y autoestima.

Problemas en la función sexual

Diagnóstico	¿Qué hacer?
Factores emocionales o culturales Cuando los problemas psicosexuales son fruto de angustias leves, de la inexperiencia o de expectativas poco acordes a la realidad y se dan en adolescentes básicamente sanos/as.	Consejería sobre sexualidad para tranquilizarles y poder brindarles el espacio para conversar de algunos aspectos referidos al desarrollo psicosexual y la respuesta sexual humana, así como de modelos masculinos y femeninos sostenidos por la cultura.

Problemas en la función sexual	
Diagnóstico	¿Qué hacer?
<p>Problemas relativos a la función sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la fase orgásmica: Como eyaculación precoz, eyaculación retardada o retardada parcial. • En el hombre, orgasmo femenino inhibido. • Trastornos de la fase de excitación: Como impotencia en el hombre, ambivalencia sobre el coito en la mujer. • Trastornos en la fase del deseo: Como pérdida del deseo. • Trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales: dolor eyaculatorio, vaginismo, dispareunia. • Dispareunia funcional: Como erección dolorosa en el hombre o dolor en la penetración en la mujer. • Fobia a las relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casi todos reconocen componentes psicológicos y emocionales y requieren intervención profesional específica. • Algunos se asocia con consumo de alcohol o drogas. • Otros se asocian a experiencias de violaciones o abuso sexual. • Descartar factores de riesgo físico y genital.

B. Trastornos de la salud sexual en mujeres

Con relación a otros problemas que se abordan en la consulta médica, en el caso de las mujeres adolescentes los problemas más comunes se vinculan con trastornos menstruales, los cuales se indican en la siguiente tabla.

TRASTORNOS MENSTRUALES		
Problema de salud	Descripción	Causas posibles
Amenorrea	<p>Es la ausencia de flujo menstrual. Se trata de una amenorrea primaria en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a los 16 años no ha menstruado nunca. - a los 14 años no menstruó y carece de caracteres sexuales secundarios. - si no menstruó un año después de haber alcanzado un desarrollo mamario Tanner 5. - si no menstruó 5 años después de haber iniciado el desarrollo mamario Tanner 2. <p>La amenorrea secundaria se da cuando falta menstruación por 3 meses o más en una adolescente con ciclos regulares, o cuando la ausencia de menstruación es por 6</p>	<p>Trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, anemia, entre otros), alteraciones del sistema hormonal, malformaciones congénitas del aparato reproductor, anomalías genéticas, diabetes, obesidad, tuberculosis, situaciones de estrés o depresión, consumo de ciertos medicamentos (hormonales, anticonceptivos mal usados, glucocorticoides, heroína).</p>

TRASTORNOS MENSTRUALES

Problema de salud	Descripción	Causas posibles
	meses en una adolescente con ciclos irregulares, ambos casos en ausencia de embarazo.	
Dismenorrea	Es el dolor que se produce durante las menstruaciones, es primaria cuando el dolor es premenstrual o intermenstrual, difuso, bilateral y de corta duración. Puede acompañarse de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómito y diarrea. Es secundaria cuando el dolor es progresivo, puede ser después de la menstruación o puede acompañarse de dispareunia.	No está bien determinadas pero están relacionadas a la acción de la prostaglandinas en el caso de la dismenorrea primaria y a inflamación pélvica, varices pélvicas, tumores, adenomiosis, endometriosis, pólipos, miomas, uso de DIU, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas en el caso de dismenorrea secundaria.
Metrorragia	Sangrado abundante.	<p>Cuando hay previamente atraso menstrual en adolescentes con actividad sexual, puede ser amenaza de aborto, aborto incompleto, embarazo ectópico o embarazo molar.</p> <p>Cuando hay antecedentes de sangrados importantes desde la menarquía con petiquias o sin ellas, y/o equimosis fáciles, puede deberse a alteraciones de la coagulación, o hipo/hipertiroidismo.</p> <p>Otras causas pueden ser por medicamentos (ingesta de AAS, AINE, hormonas y anticoagulantes), infección uterina (endometritis), traumatismo o lesión genital.</p>
Oligoamenorrea	Aparición de la menstruación cada 45 a 90 días.	<p>Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarquía.</p> <p>Etapa inicial de la poliquistosis ovárica, falla ovárica prematura u otras alteraciones endocrinas (tiroideas, diabetes).</p> <p>Gran pérdida de peso.</p>

TRASTORNOS MENSTRUALES		
Problema de salud	Descripción	Causas posibles
		Desequilibrios emocionales, situaciones de estrés o cambios importantes
Pseudopolimenorrea	Sangrado que acompaña a la ovulación a mediados de ciclo menstrual. Puede ser un sangrado leve y breve (1 a 2 días), con dolor o sin él, y distensión del abdomen inferior.	Torsión de ovario y trompa: quiste del ovario: embarazo ectópico, ciclos anovulatorios cortos.
Síndrome premenstrual (SPM)	Conjunto de síntomas de tipo emocional y físico frecuente en las adolescentes. En general se evidencia 2 o más años después de la menarquía. Aparece poco antes de la menstruación y desaparece poco después de su inicio. Síntomas emocionales: depresión, irritabilidad, fatiga y apetito inusual. Físicos: edemas, cefaleas, tensión mamaria, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento, dolor de piernas, náuseas, palpitaciones.	Se desconocen, se vinculan con ciclos ovulatorios.

Por otra parte, para las adolescentes mujeres sexualmente activas, se indica realizar el examen ginecológico, y después de 3 años de iniciada la actividad sexual, efectuar el examen del papanicolau (PAP). También a las mujeres se debe instruir en cuanto al auto examen de mama. En caso de signos y síntomas de cáncer, se hará la referencia a especialista en el nivel de atención que corresponda.

C. Problemas de desarrollo y salud sexual en hombres

Problema de salud	Descripción salud	Causas posibles
Epididimitis/Orquitis	Inflamación aguda del epidídimo y el o los testículos. Aumento de volumen testicular e inflamación del escroto.	Infección por gonococo, clamidia o ambas.
Hidrocele	Acumulación de fluido en el escroto y el cordón espermático. Masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.	

Problema de salud	Descripción salud	Causas posibles
Varicocele	Aumento depresión en las venas espermáticas, más frecuente del lado izquierdo. Se da un aumento de volumen del escroto por distensión venosa y disminución del volumen testicular.	
Criptorquidia	Falta de descenso en uno o los dos testículos, se diagnóstica generalmente antes de la adolescencia.	
Anorquia	Ausencia testicular.	Congénito o adquirido por un traumatismo, o por cirugía debido a torsión testicular.

Además de los problemas de salud antes indicados, están los tumores de testículo cuyo síntomas y signos son tumor sólido, indoloro en uno de los testículos. El diagnóstico final es por estudio de la biopsia, en el 85% de los casos se encuentra metástasis linfáticas regionales en el momento del diagnóstico. Por ello, es muy importante examinar los testículos de los adolescentes y a su vez, enseñarles el auto examen para que identifiquen cualquier tumoración o cambio en ellos.

D. Infecciones de transmisión sexual y VIH

Con las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) el principal objetivo es la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, que pueden evitar las complicaciones que llegan a poner en peligro la vida de las personas adolescentes y su futuro reproductivo.

Prevención Primaria de ITS en Adolescentes

- Se recomienda realizar screening pesquisa precoz de ITS a toda persona adolescente sexualmente activa.
- Solicitar dirigidamente screening de ITS en todas las personas adolescentes sexualmente activas con conductas sexuales de riesgo.
- Solicitar estudio de ITS en toda persona adolescente con signología clínica sospechosa de ITS.
- Solicitar screening de ITS cuando él o la adolescente lo solicita dirigidamente, analizando en conjunto las implicancias de las conductas como de los resultados de los test solicitados.
- Desarrollar consejería pre y post test de VIH.
- Solicitar estudio para Clamidia, Gonorrea, Sífilis, VIH, HPV.

Factores de riesgo de ITS e infección por VIH en adolescentes:

- Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (oral, vaginal, anal).
- No utilización de condón en todas las relaciones sexuales.
- Antecedente de pareja sexual con ITS conocida.
- Prevalencia específica de cada una de las ITS en la comunidad.
- Conducta sexual promiscua con múltiples compañeros/as sexuales, ya sean simultáneas o consecutivas; cambio frecuente de pareja sexual.
- Alguna de sus parejas sexuales es VIH+ o tiene sida.

Factores de riesgo de ITS e infección por VIH en adolescentes:

- Uso de tatuajes propios o de la pareja.
- Transfusiones previas.
- Consumo de drogas intravenosas en grupo (uso de las mismas agujas y jeringas); uso de alcohol.
- Historia de ITS (sífilis, hepatitis B, C, condilomatosis, herpes, candidiasis, tricomoniasis).
- Abuso sexual.
- Adolescentes que viven en las calles.
- Adolescentes que viven en instituciones de menores.
- Antecedentes de explotación sexual.

Ante la presencia de factores de riesgo, se debe solicitar una prueba de VIH y realizar una consejería pre y post test, cuyos principales aspectos a considerar son:

Consejería Adolescentes Pre Test VIH

Aspectos a Considerar:	Lo que se debe preguntar e informar:
<ul style="list-style-type: none"> • Es un tipo de consejería diferente, donde la prioridad es la contención ante el resultado del diagnóstico, más que la acción de educación para la salud. • Promueve el proceso de auto reflexión sobre comportamientos de riesgo, para que se genere la necesidad en él o la adolescente de conocer si está infectado. • Tiene fines preventivos, facilitándole la toma de posición de la persona adolescente frente a la posible infección por VIH. • Permite detectar factores de riesgo para focalizar la tarea preventiva. • Debe establecer un vínculo de confianza, basado en la confidencialidad, para futuras acciones de salud. • Puede ser necesario el apoyo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferencia entre infección por VIH y el sida. 2. Formas de transmisión. Preguntar si él o ella pudiesen haber tenido oportunidad de infectarse. 3. Preguntar sobre cuál considera que será el resultado del examen. 4. Deben plantearse tres posibles resultados de la prueba: puede ser negativo, positivo o negativo sólo por ahora, debido al mantenimiento de comportamientos de riesgo o al período ventana. 5. Explicar cómo se detecta el VIH por la prueba de ELISA y cómo actúa la medicación (AZT, DDI, etc.). 6. Dialogar sobre acciones para que una persona con VIH no desarrolle la patología hasta pasados muchos años, como por ejemplo: "Detección temprana de la infección, lo que favorecería la disminución del virus en sangre y conservar la salud del adolescente como a) cambio de hábitos sexuales, b) buena alimentación, c) vida sexual saludable". 7. En el caso de adolescentes embarazadas, explicar que esto impediría en un 70% la infección de su bebé. Priorizar siempre la salud y el cuidado de la adolescente.

Consejería Adolescentes Post Test HIV

Aspectos a Considerar	Lo que se debe preguntar e informar
<ol style="list-style-type: none"> Al igual que la consejería previa a la prueba para VIH es diferente a la consejería de educación para la salud. El objetivo es facilitar la toma de posición del/de la adolescente frente al impacto del resultado. Para esto se requiere contención. Facilitar la expresión de sentimientos y la auto reflexión, para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo. Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos. Se requiere el apoyo de un equipo inter disciplinario psicológico. 	<ol style="list-style-type: none"> Diferencias entre infección por VIH y SIDA. Mostrar los aspectos positivos, aceptando el rol de cada persona en el auto cuidado/cuidado mutuo de su salud. Aspectos legales: derechos y responsabilidades. Seguimiento necesario según el resultado. Indagar sobre la posibilidad de compartir la información con alguna otra persona adulta, es decir la presencia de un adulto significativo/a que lo/la pueda acompañar en esta situación de crisis. Capacitación para seguir el tratamiento y los controles.

En caso de que se presente una ITS, es importante informar a la persona adolescente sobre el diagnóstico, el tratamiento a seguir y los exámenes que debe realizarse con los controles posteriores. A toda persona adolescente que presente o haya presentado ITS, se le invitará a asistir a Consejería en SS/SR, donde se dispondrá de más tiempo para orientarle a partir de su experiencia particular, sus dudas y desinformación.

Se debe tener en cuenta las repercusiones emocionales de un diagnóstico de ITS, que pueden consistir en pérdida de la autoestima, sentimiento de humillación, depresión, intentos de suicidio, furia, ataques físicos, celos, negación, aislamiento.

Por eso, se recomienda interconsulta con profesional en psicología, y referencia para apoyo psicoterapéutico cuando fuera necesario. Es imprescindible asegurar confidencialidad y estimular la presencia de una persona adulta de confianza que permita el acompañamiento y contención.

7.5 Atención a adolescentes durante el embarazo, parto y posparto⁷

Se detallan a continuación las actividades que los EBAIS, los Equipos de Apoyo y los Equipos de Salud del Segundo Nivel de Atención, deben desarrollar para brindar una atención continua y diferenciada durante el proceso de gestación y el parto, así como el apoyo y acompañamiento tanto a la maternidad y la paternidad de las personas adolescentes, como al crecimiento y desarrollo de sus hijos e hijas. Todas las actividades deberán tomar en cuenta el contexto y la cultura de pertenencia de cada adolescente y su familia para garantizar servicios de salud adecuados y pertinentes.

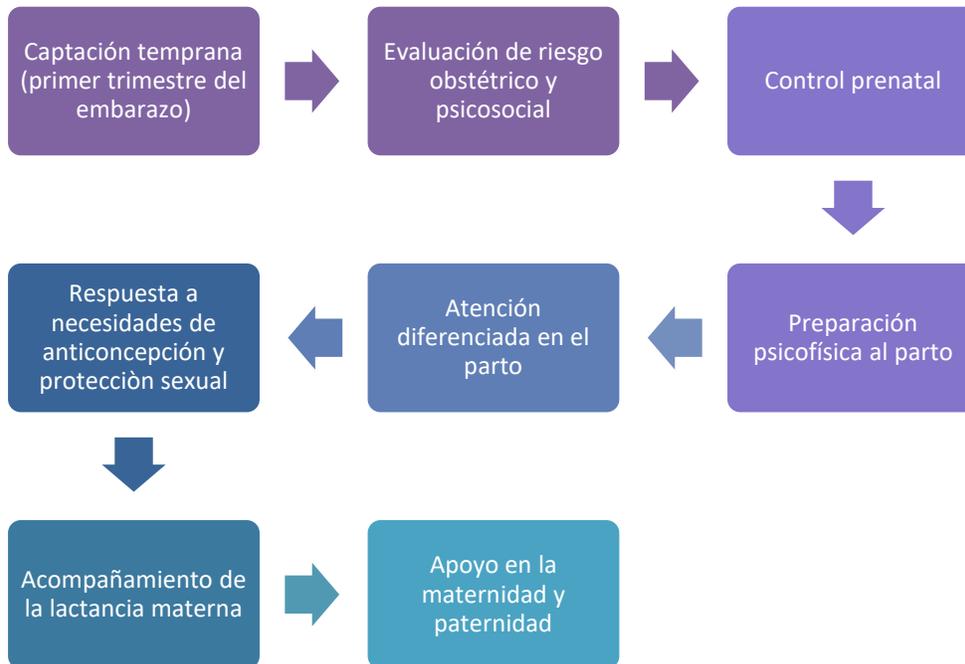
La adolescente embarazada debe ser captada en el primer trimestre de gestación, y puede ser detectada en los siguientes espacios:

⁷ La institución cuenta con una Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto, así como un Manual de Atención Integral del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia. Ambos instrumentos son complementarios a los procedimientos que aquí se enuncian.

- En la escuela, colegio, en su hogar o en la comunidad, de acuerdo a las rutas identificadas de detección.
- En los servicios de salud, ya sea porque consulta por morbilidad, busca la consulta de atención integral para adolescentes, o debido a que conoce su estado de gestación y busca directamente la atención prenatal.

La adolescente iniciará entonces su control prenatal y el equipo de salud propiciará el involucramiento y adecuado acompañamiento por parte de su pareja, en caso de tenerla, y/o su familia durante todo el proceso de gestación, parto y postparto.

La ruta de atención de las personas adolescentes en estos servicios es la siguiente:



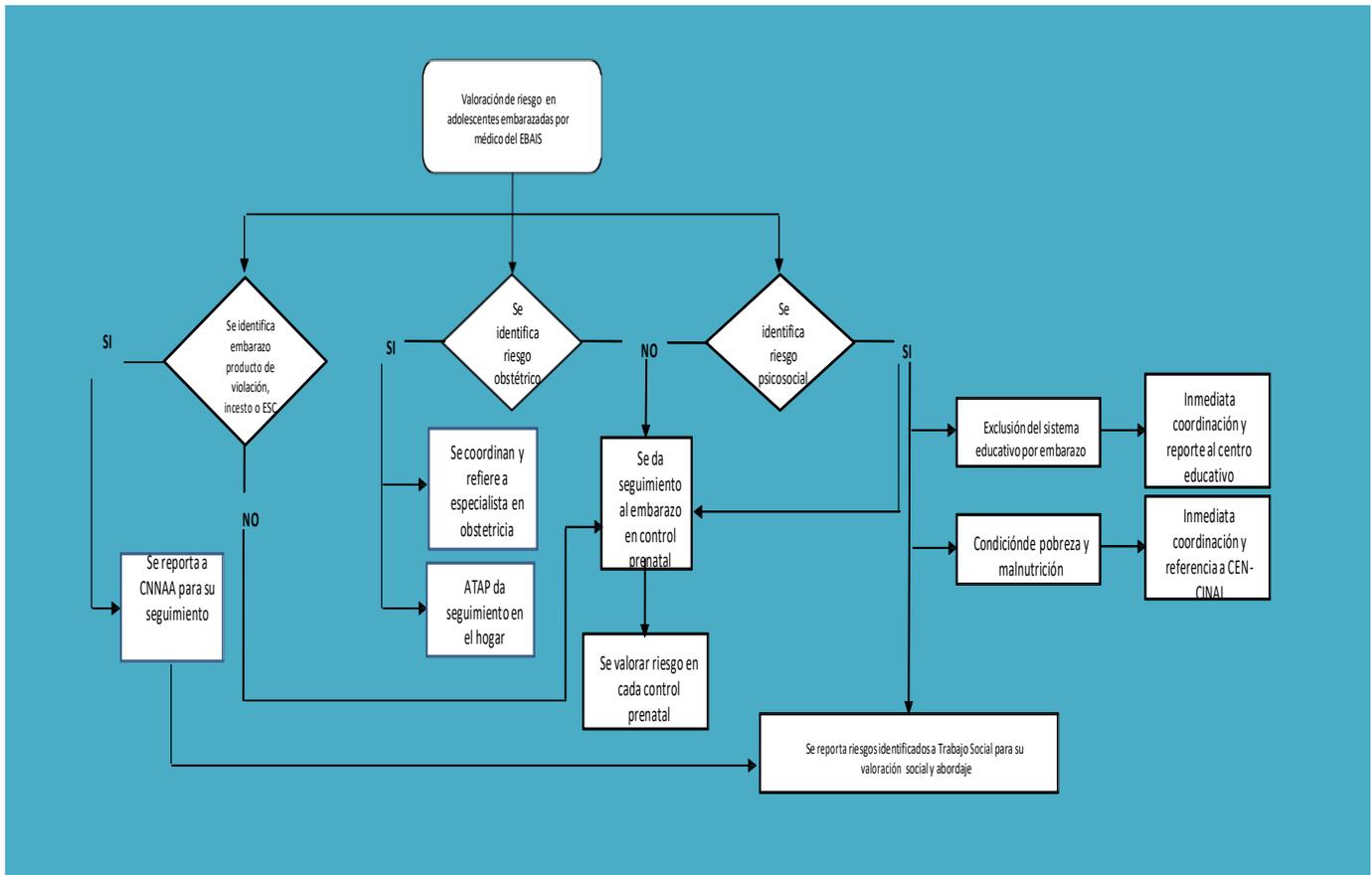
A. Atención del embarazo

I. Valoración del riesgo

En el primer control prenatal se valorarán los comportamientos y situaciones de riesgos según los lineamientos establecidos en apartado anterior, así como el posible riesgo obstétrico. En caso de identificar algún riesgo, se procederá según lo establecido en los flujogramas 1 y 2, además de valorar los riesgos específicos para adolescentes embarazadas.

El flujograma 3 se presenta las acciones a seguir a partir de la valoración del riesgo:

Flujograma 3: Acciones a tomar a partir de la valoración de riesgo en adolescentes embarazadas



En cada control prenatal se valorarán cambios ocurridos con relación a los riesgos identificados o la aparición de nuevos riesgos. Así los controles prenatales permitirán ir evaluando de manera continua las condiciones de salud y sociales que pueden estar afectando a la adolescente o al adolescente padre, lo que permitirá ir ajustando las respuestas a sus necesidades cambiantes. Además se buscará articular acciones con otras instancias desde la lógica de garantía de derechos en salud, educación y protección integral, así como acceso a recursos de apoyo.

Dar una **atención oportuna** implica no solo brindar atención en el momento requerido, sino que es necesario anticiparse a la detección temprana de riesgos, a la probable sucesión de otros, así como a dificultades acumuladas que pudieran enfrentar las personas adolescentes embarazadas, madres y padres dependiendo de sus particulares condiciones de vida.

- Es fundamental valorar si la adolescente embarazada o el adolescente padre se encuentran asistiendo a un centro educativo, o por lo contrario el embarazo está promoviendo el abandono de los estudios. En tales casos la coordinación con el centro educativo es urgente para asegurar la continuidad y el disfrute del derecho a la educación.
- En caso de que la adolescente se encuentre en condición de pobreza y presente problemas de malnutrición, será derivada al CEN-CINAL más cercano.

- Las situaciones que ameriten alguna medida de protección, se reportarán y coordinarán con el PANI o con las instancias como el CEINNA a lo interno de la institución.

Durante el embarazo, las adolescentes y su pareja o familiar recibirán procesos educativos que les apoyen en el ajuste a la situación del embarazo, les preparen para el parto y para asumir el rol de maternidad y paternidad.

2. Curso de preparación psicofísica al parto (PPP)

Se organizará un curso de PPP diferenciado para adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 17 años, facilitado por enfermera obstetra o personal capacitado. Esto con el objetivo de ajustar la metodología y los contenidos educativos a las características y necesidades de este grupo poblacional, así como promover el intercambio de experiencias y estrategias de auto cuidado entre las adolescentes y sus acompañantes o familiares. Lo anterior favorecerá el establecimiento de vínculos de apoyo entre las adolescentes a lo largo del embarazo y posterior al parto.

En el caso de las adolescentes mayores de 17 años, se integrarán a los cursos con las mujeres embarazadas adultas.

Las adolescentes menores de 15 años recibirán los contenidos educativos de manera individualizada, en sus controles mensuales de salud.

Se debe tomar en cuenta los valores y costumbres de cada grupo étnico, procurando ajustar los contenidos del curso a ello.

B. Atención en el parto

Es necesario que la atención al parto se ajuste a las características de las personas adolescentes y a las particular de los grupos culturales que integran este grupo poblacional. Un abordaje desde el enfoque de derechos requiere el consentimiento informado, y el respeto a la privacidad. También desde el enfoque de interculturalidad se debe garantizar un acercamiento a los valores y costumbres propio de cada cultura, lo que implica que el personal de salud establezca un diálogo respetuoso y procure, dentro de lo posible y saludable, adecuar la atención a las necesidades particulares de cada adolescente según su grupo de pertenencia.

1. Ingreso al hospital

En el ingreso al hospital, el personal de salud procurará orientar a la adolescente y sus acompañantes sobre el proceso y los procedimientos que se le aplicarán a lo largo de su estadía en el servicio de maternidad. La asistencia previa al curso de PPP será un elemento que favorezca la comprensión y manejo del parto por parte de la adolescente y su acompañante, de ahí la relevancia de que desde los EBAS se promueva la asistencia de las y los adolescentes al curso.

2. Labor de parto y parto

En la labor de parto, y el parto mismo, deberá garantizarse el acompañamiento de la adolescente por parte de la persona que ella considere de su confianza, para que pueda contar con apoyo y contención. Es muy importante informarla sobre su proceso y reducir la ansiedad ante lo incierto del evento.

Se debe estimular a la adolescente a declarar el nombre del padre de su bebé, tal como la faculta la Ley de Paternidad Responsable. Esto contribuirá a garantizar los derechos y el bienestar de su bebé, aliviando también las responsabilidades que la adolescente, debe enfrentar producto de la crianza y maternidad.

También las acciones de evaluar riesgos y dar seguimiento a su evolución, requieren una estrecha coordinación entre Trabajo Social en las Áreas de Salud y los servicios de Trabajo Social a nivel hospitalario, ya que por normativa, el egreso del servicio de maternidad está condicionado a la valoración de trabajo social. Con ello se

pretende evitar vulnerabilización de derechos que restrinjan la libertad de la adolescente y su bebé. Es importante recordar que la maternidad adolescente no es un problema social o mental en sí mismo, sino una situación que puede estar rodeada de condiciones psicosociales adversas que deben valorarse para apoyar de manera efectiva a las personas adolescentes, y no para controlarlas, estigmatizarlas o realizar intervenciones violatorias de sus derechos.

C. Atención después del parto

Será fundamental garantizar el seguimiento de la adolescente posterior al parto, procurando un adecuado acompañamiento y respuesta a sus nuevas necesidades, entre ellas la prevención de un nuevo embarazo o su postergación.

El personal de salud debe constituirse en parte de la red de apoyo que de soporte a las y los adolescentes en el proceso de asumir la maternidad o paternidad. Este apoyo se brindará a través de diversos encuentros como son: la **consulta de posparto** y el **tamizaje del recién nacido**, que pueden hacerse de manera conjunta y coordinada.

Además de la evaluación del puerperio, la adolescente recibirá información sobre auto cuidado y se buscará responder a sus inquietudes específicas. Estos espacios son oportunidades para valorar las dificultades que enfrentan con el rol materno/paterno, los ajustes en sus vidas y planes de incorporación o seguimiento de los estudios, así como necesidades de apoyo en el cuidado de sus bebés.

Resulta fundamental abordar sus necesidades de **métodos anticonceptivos y de protección sexual**.

Se estimulará a la adolescente y su familia a que mantenga contacto con el hospital de referencia a través de la **Clínica de Lactancia Materna**, que será una instancia que puede facilite el seguimiento y apoyo a la adolescente, su bebé y familia. Toda adolescente deberá ser apoyada y acompañada en el proceso de lactancia materna para asegurar su éxito, y aprovechar esta captación para una atención integral de sus necesidades en esta etapa de su vida. En estas Clínicas se debe programar la atención y seguimiento de las adolescentes que egresaron del hospital. Se brindará este servicio preferiblemente en grupo para fomentar el fortalecimiento y apoyo mutuo entre adolescentes, que propicien la construcción de vínculos y redes de solidaridad y acompañamiento fuera de los establecimientos de salud.

En las **consultas de crecimiento y desarrollo de sus hijas e hijos**, las y los adolescentes deberán recibir herramientas para los cuidados básicos del recién nacido y estimulación temprana; lo que instrumentará positivamente a esta población y facilitará su bienestar y la salud de sus hijos e hijas.

7.6 Actividades para el seguimiento

El técnico de registro de salud (REMES) del EBAIS revisará los expedientes de la consulta de adolescentes y anotará como segundo diagnóstico lo que corresponda para identificar el tipo de atención requerida por la persona adolescente (por ejemplo consejería en SS/SR).

La auxiliar de enfermería tendrá la tarea de elaborar un listado de las y los adolescentes que fueron identificadas/os que se encuentran fuera del sistema educativo, consignando su condición ya sea embarazada, madre, padre o ninguna de las anteriores. Se detallará nombre, edad, donde residen y número telefónico para su localización. Estos listados deberán remitirse semanalmente a la Unidades de Coordinación Local (UCL) para su seguimiento.

Se hará lo mismo con adolescentes a las cuales se hizo referencia al CEN-CINAI, IMAS y PANI. La UCL es la instancia articuladora de la atención intersectorial, de ahí que su tarea es fundamental para garantizar las respuestas oportunas a las situaciones de riesgo social identificadas para asegurar su protección y bienestar.

En su debido momento, el centro de salud deberá asegurarse la adecuada contra referencia a fin de dar seguimiento y monitoreo a los casos de mayor riesgo.

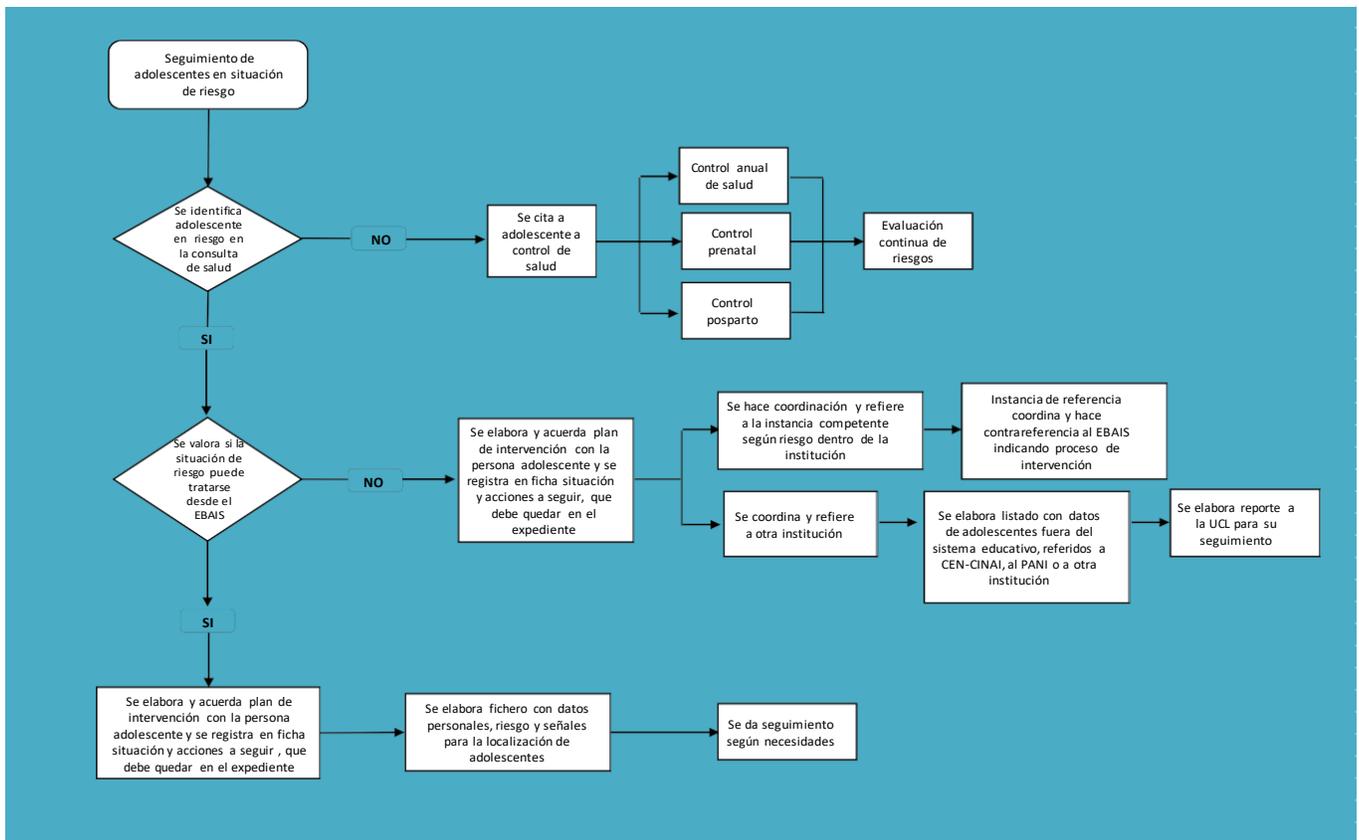
En el caso de riesgos propiamente de salud, se elaborará un fichero con la información de las y los adolescentes a los cuales se les identificó con algún riesgo y fueron citados a una nueva consulta, a consejería o se les derivo a otro nivel de atención. En caso de que la o el adolescente haya faltado a su cita se valorará si es necesario programar una visita al hogar por parte del ATAP, o si será suficiente contactarlo/a por vía telefónica. Se procurará en todo caso la continuidad de la atención.

Tal como se indicara anteriormente, dado que trabajo social tiene una función importante en la valoración de riesgo psicosocial de adolescentes embarazadas y madres, es fundamental la coordinación entre niveles. Se debe garantizar que la adolescente que ingresa a los servicios de maternidad del hospital de referencia, ya cuenta con una valoración de riesgo que facilitará su adecuada atención en caso de riesgo obstétrico y en otros casos de riesgo psicosocial ya debe existir la coordinación previa entre trabajo social del Equipo de Apoyo de las Áreas y el servicio de trabajo social a nivel hospitalario.

Esto garantizará una adecuada atención a las adolescentes identificadas con situaciones especiales que ameriten un apoyo especial o protección. También se evitará las entrevistas de trabajo social en salones de maternidad que muchas veces no garantizan la confidencialidad requerida ni se dan en un momento en el cual la adolescente está en las mejores condiciones ni disposición para dar información valiosa para su protección y la de su bebé.

En el flujograma 4 se indica el flujo de acciones a seguir para garantizar el seguimiento deseado.

**Flujograma 4:
Seguimiento de adolescentes en situación de riesgo**



VIII. Bibliografía

1. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) immunization schedules for persons age birth through 18 years, 2011 link <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>
2. American Academy of Pediatrics. 2005 Guidelines for the evaluation of sexual abuse in Children 116,506-512.
3. Atención integral de Adolescentes y Jóvenes Criterios de diagnóstico y tratamiento Secretaria de Publicaciones y Biblioteca SAP Buenos Aires; 1990 vol I p123-130.
4. Bandura, A; Self Efficacy: Toward a Unifying theory of behavior Change; Stanford University; Psychological Review, 1977, Vol 84 N° 2, 191-2115.
5. Bianculi C, (1999) Crecimiento y desarrollo físico del adolescente. Sociedad Argentina de Pediatría Atención integral de Adolescentes y Jóvenes Criterios de diagnóstico y tratamiento Secretaria de Publicaciones y Biblioteca SAP Buenos Aires; vol. I p123-130.
6. Blakemore, S., S. Burnett and R. Dahl. (2010) The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. Human Brain Mapping 31:926-933.
7. CCSS (2012) Marco Filosófico Conceptual. Inédito.
8. Charalambopoulos R; Rolla D; Rodríguez P (2003) Edad a partir de la cual las Adolescentes podrían emplear anticonceptivos hormonales sin riesgos para su estructura ósea; Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 22 (4).
9. Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia. (2009). Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia Costa Rica 2009-2021. Costa Rica.
10. Cundy T, Evans M, Roberts H, Wattie D, Ames R, Reid I. (1991) Bone density in women receiving de- pot medroxyprogesterone acetate for contraception. BMJ 303:13-16.
11. Dehne, Karl; Riedner, Gabriele Sexually Transmitted Infections among adolescents the need for adequate health services, WHO, en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562889/en/index.html
12. Dulanto E; El Adolescente; Asociación Mexicana de Pediatría A.C.; Editorial MacGraw-Hill Interamericana 2000, México.
13. Elser, A.B., Levenberg, P.: Integrating comprehensive adolescent preventive services into routine medicine care: rationale and approaches. Pediatr. Clin. North Am, 44: 1365-1377, 1997.
14. Elser, AB, Kuznets NJ (1994) GAPS: Guidelines for Adolescent Prevention Services: Recommendations and Rationale. Baltimore, Williams and Wilkins.
15. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report; National Heart, Lung and Blood Institute USA, 2011 link http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd_ped/summary.htm#chap9.
16. Fischhoff, B., E. Nightingale, J. Iannota. (2001) Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement. Board on Children, Youth, and Families. National Academy Press. Washington, D.C.

17. Forbes, E., et al. (2010) Health Adolescents' Neural Response to Reward: associations with puberty, positive affect, and depressive symptoms. National Institutes of Health. Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Febrero; 49(2): 162-172.
18. Gracia, Diego; Toma de Decisiones en el paciente menor de edad, Med. Clínica, p 179-190 Barcelona, 2000 España.
19. Goldenring J, Cohen E. (1988) Getting into adolescents heads. Contemporary Pediatrics 1988; 5:75-90.
20. Goldenring JM, Rosen DS. (2004) Getting into adolescent heads: an essential update. Contemporary Pediatrics; 21:64.
21. Green, M (ed): Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of infants, children, and adolescents. Arlington, Virginia, National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994. Pag. 197-257.
22. Hofmann, A.D, Greydanus D.E. (Eds) Adolescent Medicine. 3rd. Ed. Stamford, C.T. Appleton & Lange. 1997.
23. Johnson, Sara, Robert Blum and Jay Giedd. (2009) Adolescent Maturity and the Brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. National Institutes of Health. Journal Adolescent Health. Setiembre; 45(3): 216-221.
24. Kaunitz A. Inyectable contraception: New and existing options. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27:741-80.
25. Levenberg, P.B, Elster, A.B.: Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Clinical Evaluation and Management Handbook. Chicago. American Medical Association. 1995. <http://www.ama-assn.org/adohlth/adohlth.htm>
26. Mc Anarney, E.R., Kriepe, R.E., Orr, D.P., et al. Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1992. Pag. 152-197.
27. Ministerio de Salud. (2011). Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes (PENSPA) 2010-2018. MS-OPS. San José, Costa Rica.
28. Montero, Adela y Electra González (2010). Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 75(4): 272-277.
29. Molina R, et Al; Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, Editorial Mediterráneo, 2003.
30. Nappi C, Sardo C, Grecco E, Tomaselli GA, Giordano E, Guida M. Effects of an oral contraceptive containing drospirenona on bone turn and bone mineral density. Obstet Gynecol 2005; 105 (1):53-60.
31. Neinstein, L.S. Adolescent Health Care. A Practical Guide. Third Edition. Baltimore. Williams & Wilkins. 1996. Pag. 46 – 109.
32. Nelson, W. Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia W.B. Saunders Co, 1996.
33. OPS/UNFPA (2000) Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes; con énfasis en salud sexual y reproductiva OPS/UNFPA N°2.
34. Orientaciones Técnicas: Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile, 2009.
35. Paiva L, Pinto-Neto A, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. Contraception 1998; 58:351-5. 34.

36. Petitti D, Piaggio G, Metha S, Cravioto M, Meirik O. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population for the WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *ObstetGynecol* 2000; 95:736-44.
37. Polatti F, Preotti F, Filippa N, Gallina D, Nappi RE. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptives treatment in young women. *Contraception* 1995, 51:221-224.
38. Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company. ISBN: 13: 978-0894648489.
39. Prochaska, J.O., Redding, C. & Evers, K. (2009). *The Transtheoretical Model and stages of change*. In K. Glanz, F.M. Lewis and B.K. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice (Fourth Edition)*. Jossey-Bass Publications, Inc. ISBN: 0-7879-9614-9, 978-0-7879-9614-7.
40. Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra: OMS, p. 19.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Ginebra: OMS.
42. OMS/OPS/UNFPA *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes; Con énfasis en salud sexual y reproductiva*; Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud OMS, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población Salud y Desarrollo de Adolescentes; Serie OPS/UNFPA N°2 2000.
43. Register T, Jayo M, Jerome C. Oral contraceptive treatment inhibits the normal acquisition of bone mineral in skeletally immature young adult female monkeys. *Osteoporosis Int* 1997; 7:348-53.
44. Romer, Daniel. (2010) *Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: implications for prevention*. National Institutes of Health. *Development Psychobiology*. Abril; 52(3): 263-276.
45. Ryan P, Singh S, Guillebaud J. Depot medroxyprogesterone and bone mineral density. *The journal of family planning and reproductive health care* 2002; 28:12-15.
46. Scholes D, LaCroix A, Ichikawa E, Barlow W, Ott S. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology* 2002; 13:581-7.
47. Shutt-Aine, Jessie y Matilde Maddaleno. (2003) *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS. Washington, D.C.
48. Schwingl P, Visness C, Weber T, et al. Does depot medroxyprogesterone acetate reduce bone mineral density in adolescent users? Results of a pilot study Abstract presented at the North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. New Orleans, MO, USA 1999. Cited in *The Contraception Report* 1999; 10:6.
49. Silber, T., Munist, M., Maddaleno, M., Suarez Ojeda, E.N. (Eds) *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex N°20. 1992. Pag. 1-46
<http://www.paho.org/spanish/hpp/hppadol.htm>
50. Steinberger, J; Aaron S. Kelly, PhD *Challenges of Existing Pediatric Dyslipidemia Guidelines; Call for Reappraisal*; American Heart Association; *Circulation*.2008; 117:9-10 link
<http://circ.ahajournals.org/content/117/1/9.full.pdf+html>

51. Strasburger, V.C, Brown, R.T. Adolescent Medicine. A Practical Guide. 2nd. Edition. Philadelphia. Lip- Pincott-Raven Publishers. 1998. Pp 23-32.
52. Tang O, Tang G, Yip P, Li B, Fan S. Long-term depotmedroxyprogesterone acetate and bone mineral density. Contraception 1999; 59:25-9.
53. The fourth report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute, May 2005. Link http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp/hbp_ped.pdf
54. The Royal Australasian College of Physicians– Position Statement: Routine Adolescent Psychosocial Health Assessment Email: racp@racp.edu.au Web: www.racp.edu.au
55. Simini F, Franco S, Pasqualini D, Lammers C. Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano OPS/OMS; 2000.
56. Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. ActaPsychiatr Scand. mayo de 1981; 63(5):409-15.
57. The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000- 00751 KIDSCREEN-52, Child and Adolescent Version Page 8 of 8.
58. Theintz G, Buchs B, Rizzoli R, Solsman D, Clavien H, Sizonenko PC, Bonjour JP. Longitudinal monitoring of bone mass accumulation in healthy adolescents: Evidence for a marked reduction after 16 years of age at the level of lumbar spine and femoral neck in female subjects. J ClinEndocrinolMetab 1992; 75:1060-65.
59. UNFPA (2013) Informe del Estado de la Población Mundial.
60. White, Aaron. (2009) Understanding adolescent brain development and its implications for the clinician. Adolescent Medicine 20; 73-90.
61. WHO. Adolescent Friendly Health Services, An agenda for change 2002 WHO en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
62. WHO recommendations on maternal, newborn, child and adolescent health, WHO en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/index.html
63. WHO Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services, 2011, WHO link http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html

IX. Anexos

Anexo N°1: Ficha de registro de consulta en salud y evaluación de riesgos

INFORMACIÓN DE SALUD: COMPLETA CON LETRA IMPRENTA LOS CASILLEROS Y MARCA CON UNA CRUZ LOS CASILLEROS SEGÚN CORRESPONDA. (auto aplicada por la persona adolescente)

SECCIÓN 1. DATOS PERSONALES

N° Cédula de Identidad	Nombre y apellidos	Fecha Nacimiento			Edad	Sexo	
		Día	Mes	Año		F	
						M	
Dirección:							
Dirección alternativa de contacto:							
Número Teléfono:				Email/Facebook::			
Celular:		Domicilio:					
Tu estado Civil:		Asistes a la consulta:			Nombre del acompañante:		
Soltero/a <input type="checkbox"/>		Solo/a <input type="checkbox"/>	Con padre/madre <input type="checkbox"/>	Con Amigo/a <input type="checkbox"/>			
Casado/a <input type="checkbox"/>		Con otra persona <input type="checkbox"/>			Teléfono acompañante:		
Otro: <input type="checkbox"/>		¿Te consideras?			¿Te sientes discriminado? ¿Dónde?		
		Negro/a <input type="checkbox"/>	Blanco/a <input type="checkbox"/>	Mestizo/a <input type="checkbox"/>	Afrodescendiente <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
		Mulato/a <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Ninguna: <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>	
Señala donde:							

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE SALUD

Datos personales:				Datos de tu familia (papá, mamá o hermano/a):			
	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
¿Tienes alergia/s?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es obeso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes todas las vacunas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene la presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes alguna discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes problemas de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes pérdida del apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones (Tuberculosis, VIH, sida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Una enfermedad prolongada o Permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de la enfermedad:				Consumo de alcohol drogas			
<input type="text"/>				<input type="checkbox"/>			
¿Tomás medicamentos?				En tu familia hay violencia de algún tipo (insultos, peleas, golpes)			
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Nombre medicamento				Tus padres fueron madre o padre adolescentes			
Dosis:				<input type="checkbox"/>			
1-							
2-							
3-							
4-							
Frecuencia:				Otros tratamientos:			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			

SECCIÓN 4: EVALUACIÓN DEL RIESGO (completada por el o la profesional de salud)

Examen físico: completar los datos en casilleros color blanco por auxiliar de enfermería al inicio del ingreso. los casilleros de color gris deben ser llenados por el o la profesional, en la entrevista de ingreso.

SECCIÓN 3. EXAMEN FISICO

Presión Arterial _____ PAM	IMC _____ Percentil _____
Peso (Kg) _____ Talla (cm) _____	T/E _____ Percentil _____
Aspecto General: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Observaciones

RIESGO SOCIAL	
SIN RIESGO _____	RIESGO _____ (uno o más rojos)
HOGAR	
Con quién vivís?	Ambos padres/abuelos ___ madre/padre ___ tu pareja _____ Edad pareja _____ otros _____ solo _____
Tus relaciones familiares son	buenas regulares malas
¿Con que frecuencia hablás de tus problemas o dudas con tu familia?	Siempre a veces casi nunca nunca
¿Tenés a una persona adulta a la que recurrís si tenés un problema?	Si No
¿Tenés un/a hijo/hija?	No _____ Si _____
¿Has recibido alguna vez golpes o insultos fuertes en tu casa?	No _____ Sí _____
EDUCACION – EMPLEO- AMISTADES	

MENOR DE 15

¿A qué te dedicas?

Solo estudiar

Solo trabajar con o sin salario

No estudia ni trabaja

DE 15 EN ADELANTE

¿A qué te dedicas?

Solo estudiar

Estudiar y trabajar con familia

Solo trabajar

No estudia ni trabaja

Curso al que asistes en el colegio/escuela _____ muy retrasado* NO Si

Tenés problemas de conducta en el colegio No Si

Sos o has sido víctima de bullying /discriminación/maltrato o violencia (amigos, escuela, otros) No Si

¿Te gusta tu colegio? Si No

¿Participas en alguna actividad escolar recreativa/ deportiva/religiosa? Si No

¿Tenés algún/alguna buen/a amigo(a) con quién podés hablar de tus problemas, inquietudes o preocupaciones? Sí No

¿Consideras que tienes una vida social buena? Si No

*dos años o más

VIOLENCIA

En los últimos 12 meses ¿has participado en una pelea con golpes?

No

Algunas veces

Frecuentemente

¿Has usado alguna vez un arma (pistola, puñales, tijeras, piedras, palos, etc.) para amenazar o agredir a alguna persona?

Nunca

Algunas veces

Riesgo moderado: cualquiera verde _____

Riesgo alto: cualquier rojo _____

REFERENCIA Y CONSEJERÍA:

- ___ En pareja con persona mayor (menor 15 años)
- ___ Maternidad-paternidad
- ___ Fuera del sistema escolar
- ___ Fuera del sistema escolar y sin trabajo (mayores 15 años)

- REFERENCIA** ___ Abandono, negligencia familiar
- ___ Violencia intrafamiliar
 - ___ Víctima de violencia, bullying o discriminación

RIESGO SALUD MENTAL	
SIN RIESGO _____	RIESGO _____ (un rojo o tres o más verdes)
DROGAS- DEPRESION - DIETA	
¿Has probado marihuana?,	Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____ _____
¿Te has emborrachado durante los últimos tres meses (3 o más cervezas o tragos pequeños)?	Una o dos veces _____ Tres - cuatro veces _____ A menudo _____ _____
¿Has probado crack (piedra), cocaína, éxtasis, ácidos, pastillas estimulantes u otras drogas inhalantes?	Nunca _____ Probé alguna vez _____ Más de una vez _____
¿Has conducido una moto o auto después de ingerir licor o habiendo consumido drogas?	Sí _____ No _____
¿Has tenido con frecuencia problemas de angustia/miedo (sudores, temblores)?	No _____ Sí _____
¿Te has sentido con frecuencia hiperactivo y no has podido dormir o?	No _____ Sí _____
¿Has sentido con frecuencia un enojo/soledad/dolor muy profundo seguido de un impulso fuerte por hacer algo para pararlo como golpear, lastimarte, comer, beber, etc.?	No _____ Sí _____
En relación a tu cuerpo...	Estás conforme con él _____ Haces muchas dietas/ejercicio excesivo/otros _____ Te has provocado vómito en repetidas ocasiones o has evitado comer por varios tiempos _____ Comés comida chatarra con mucha frecuencia _____
SUICIDIO	
¿Te has sentido muy deprimido en los últimos dos meses?	No _____ Algunas veces _____ Muchas veces _____ _____

<p>¿Has pensado que la vida no vale la pena? Nunca ___ a veces ___ Muchas veces ___</p> <p>¿Alguna vez has deseado/a estar muerto/a? Nunca ___ a veces ___ Muchas veces ___</p> <p>¿Has pensado alguna vez en terminar con tu vida? Nunca ___ Alguna vez ___ Muchas veces ___</p> <p>¿Has intentado suicidarte? Nunca ___ Alguna vez ___ Muchas veces ___</p>
<p>Riesgo moderado: cualquiera verde _____</p> <p>Riesgo alto: un rojo, o tres o más verdes _____</p> <p>REFERENCIA Y CONSEJERÍA:</p> <p>_____ Consumo problemático de alcohol o drogas</p> <p>REFERENCIA:</p> <p>_____ Sospecha de algún trastorno emocional</p> <p>_____ Sospecha de trastorno de alimentación</p> <p>_____ Posible depresión</p> <p>_____ Ideación suicida (URGENTE)</p>

RIESGO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SIN RIESGO _____ **RIESGO MODERADO** _____ **RIESGO ALTO** _____

Embarazo previo No ___ Sí ___ ¿Cuántas veces has estado embarazada? _____

Embarazo actual No ___ Sí ___ Sospecha de embarazo No ___ Sí _____

Antecedente ITS No ___ Sí _____ Sospecha de ITS No ___ Sí _____

¿Tenés pareja actual? No ___ Sí _____

¿Has tenido pareja en los últimos 6 meses? No ___ Sí _____

¿Qué grado de acercamiento físico has alcanzado en tus relaciones sexuales? (con pareja u otro/a)

Petting I ___ II ___ III ___ IV ___

Intención actividad sexual Postergada/or (P) ___ Anticipada/or (A) ___ Activa/o _____

Durante los últimos 3 meses ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

1 persona solamente ___ 2 personas ___ 3 o más personas _____

En todas las relaciones sexuales que has tenido ¿Vos o tu pareja usaron condón?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

Usás algún método anticonceptivo? Método de ACH _____ Método natural _____

Con constancia (+ de seis meses) _____

Irregularmente _____

¿Has tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, ropa, droga, licor, etc? No ___ Sí _____

¿Te han forzado a tener relaciones sexuales (incluyendo tu pareja)? No ___ Sí _____

¿Te han tocado íntimamente, u obligado a realizar actos sexuales que no te gustaban (desnudarse ante otras personas, ver personas desnudas, ver películas pornográficas, etc.) No ___ Sí _____

Sin Riesgo: No tuvo ni tiene pareja, no se anticipa que la tenga en los próximos 6 meses

Riesgo Moderado: Petting II (A); Petting III y Petting IV con uso de métodos AC y condón

Riesgo Alto: Petting III y IV sin uso de métodos AC y condón, y todo lo marcado en rojo

REFERENCIA Y CONSEJERÍA:

- Sin uso o uso irregular de métodos AC y condón
- Menor de 15 años con actividad sexual
- Maternidad-paternidad
- Embarazo previo, aborto, sospecha de embarazo
- Sospecha o diagnóstico de ITS/VIH
- Víctimas de violencia sexual (URGENTE si hay sospecha de abuso sexual y sospecha de explotación sexual)

Diagnóstico Integrado de Salud:

Riesgo identificado:

Sin Riesgo Riesgo Social Riesgo Salud Mental Riesgo Salud Sexual

Ha asistido a actividad grupal complementaria Si No Fecha cuando asistió _____
 Fue referido a Consejería en SS/SR Si No Motivo de Referencia _____

Acciones de Salud Realizadas

- Evaluación del Riesgo
- Anticoncepción
- Referencia a Consejería SS/SR
- Tratamiento ITS/VIH/sida
- Control Prenatal
- Control Puerperio
- Referencia RN madre adolescente
- Consulta/control morbilidad ginecobstetricia
- Consulta/control médico
- Referencia a Trabajo social
- Referencia a Psicología
- Referencia a otra institución
- ¿Cuál? _____

Próxima cita:

Responsable: